

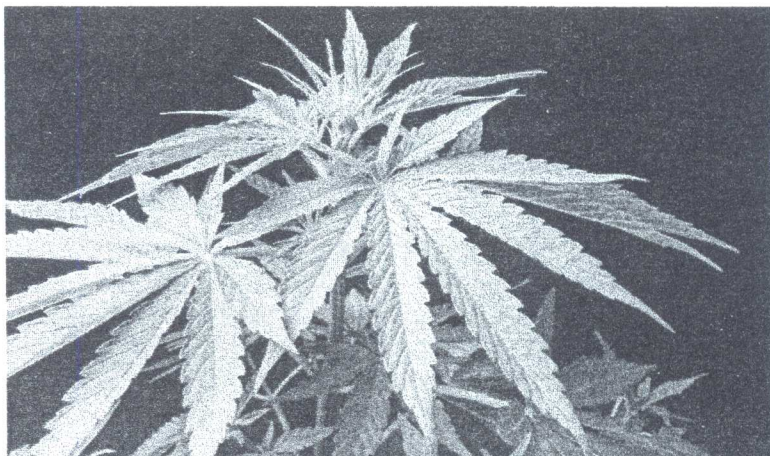
676.85
D 28 RU

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

Catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală

Laboratorul de narcologie

Tulburări mentale și comportamentale datorate utilizării canabinoizilor (Îndrumar metodic)



Chișinău
2019

016.03
D 28

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCHI ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

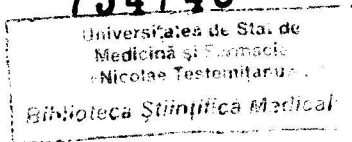
Catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală

Laboratorul de narcologie

Inga Deliv • Ion Coșciug • Svetlana Condrațiu

Tulburări mentale și comportamentale datorate utilizării canabinoizilor (Îndrumar metodic)

754743



Chișinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2019

Îndrumarul metodic a fost elaborat de Laboratorul de narcologie al USMF „Nicolae Testemițanu”; eliberat la ședința Laboratorului de narcologie,
Proces-verbal nr. 4 din 12.09.2018

Autori:

Inga Deliv – dr. în șt. medicale, conferențiar universitar, cercetător științific superior

Ion Coșciug – dr. în șt. medicale, conferențiar universitar, cercetător științific superior

Svetlana Condratiuc – dr. în șt. medicale, cercetător științific superior

Referenți:

A.A. Nacu – dr. hab. în șt. medicale, profesor universitar, cercetător științific superior

M.G. Revenco – dr. hab. în șt. medicale, profesor universitar, cercetător științific coordonator

În redacția autorilor.

În lucrare sunt elucidate date cu referire la tulburările mentale și de comportament determinate de consumul canabinoizilor. Sunt listate caracteristicile principale ale dependenței de canabinoizi, influența negativă a canabisului asupra stării generale de sănătate, este descris tabloul clinic, evoluția și criteriile de diagnostic ale dependenței de canabis. Sunt prezentate unele rezultate ale interviurilor anonime ale tinerilor efectuate de către colaboratorii Laboratorului de Narcologie al Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” în instituțiile superioare și medii specializate de învățământ din municipiile Chișinău, Bălți și or. Cahul în cadrul Proiectului național „Studierea consumului de substanțe psihoactive și a măsurilor de profilaxie a acestuia la tinerii din instituțiile medii și superioare de învățământ din Republica Moldova”. Sunt menționate consecințele consumului de canabinoizi atât pe termen scurt cât și pe termen lung, cu descrierea consumului la adolescenți. În lucrare sunt elucidati indicatorii pentru a suspecta consumul de canabis la copii, sunt descrise psihozele provocate de canabinoizi, precum și principiile de tratament ale tulburărilor mintale și comportamentale datorate utilizării acestui drog.

Îndrumarul metodic poate fi util părinților, pedagogilor, psihologilor școlari, studenților facultăților de medicină, psihologie, medicilor rezidenți psihiatri și de alte specializări, medicilor psihiatri, psihoterapeuți, medicilor de familie, psihologilor medicali.

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

Deliv, Inga.

Tulburări mentale și comportamentale datorate utilizării canabinoizilor: (Îndrumat metodic) / Inga Deliv, Ion Coșciug, Svetlana Condratiuc; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală, Lab. – Chișinău: CEP *Medicina*, 2019. – 35 p.: tab.

Bibliogr.: p. 32-33 (21 tit.). – 400 ex.

ISBN 978-9975-82-133-9.

613.83./86(036)

D 28

I. ACTUALITATEA PROBLEMEI

Canabis, marijuana, „iarbă” sunt doar câteva dintre denumirile folosite pentru a identifica unul dintre cele mai frecvent utilizate droguri ilicite și, consumul căruia este mult mai periculos, decât cred majoritatea utilizatorilor de droguri. Periculozitatea acestuia, dar și faptul că, a crescut numărul utilizatorilor și s-a redus vârsta la care este inițiat consumul de marijuana, este un semnal de alarmă pentru societate. Statisticile ONU arată că această plantă psihoactivă (cannabis sativa) este cea mai folosită substanță ilicită de pe Terra.

Până în a.1992, în SUA, hașișul se afla pe locul 2 printre substanțele psihoactive utilizate (ceea ce înseamnă utilizare limitată în scopuri medicale) – pentru bolnavii cu SIDA, oncologici și cei cu glaucom.

În SUA epidemia dependenței de hașiș a fost provocată de războiul din Vietnam. Către sfârșitul anilor 1960 circa 15% dintre elevi cu vârsta cuprinsă între 10 și 15 ani fumau marijuana. Apogeul consumului a fost înregistrat în anii 1970-1980, atingând în populație un nivel de 60,4%. În anul 1999 numărul americanilor ce au consumat pentru prima dată marijuana a atins mai mult de 2 milioane. Dintre ei, 2/3 aveau vârsta între 12 și 17 ani. În Rusia, conform datelor lui Koșkina, (2003) au fost înregistrați circa 4% dependenți de hașiș. Incidența narcomaniei prin hașiș rămânând constantă, constituind 1,7-1,8 la 100 000 populație.

Actualmente, pe primele locuri în topul consumatorilor de marijuana (în scop recreațional) sunt Statele Unite, Canada, Australia și Nigeria. În țările menționate, peste 10% din populația cu vârsta între 15 și 64 ani au declarat că folosesc acest drog. Pe locul următor, cu o proporție între 5% și 10% sunt alte câteva state din Europa de Vest: Spania, Marea Britanie și Franța.

Pe ultimele locuri se situează România, Turcia, Ecuador și Paraguay, unde sub 1% din populație consumă marijuana. Statisticile susțin că, în Mexic consumul de cannabis este unul redus, deși se presupune că, această țară ar fi principalul furnizor de cannabis pentru Statele Unite. Este aproape imposibil de estimat cultivarea cânepii la nivel global, deoarece sunt țări, în care nu există informații privind consumul de marijuana.

O scurtă prezentare a estimărilor privind consumul de cannabis în Uniunea Europeană î-l reflectă următoarele cifre:

– 78,9 milioane sau 23,3% dintre adulți (cu vârsta între 15 și 64 ani) au consumat cannabis pe parcursul vieții;

- 19,3 milioane sau 5,7% dintre adulți (cu vârsta între 15 și 64 ani) au consumat canabis în ultimul an;
- 14,6 milioane sau 11,7% dintre adulții tineri (cu vârsta între 15 și 34 ani) au consumat canabis în ultimul an;
- 0,4% și 22,1% – este procentul minim și cel maxim al consumului de canabis din ultimul an în rândul adulților tineri, depistate la nivel național (date obținute în cadrul Proiectului Național „Studierea consumului de substanțe psihoactive și a măsurilor de profilaxie a acestuia la tinerii din instituțiile medii și superioare de învățământ” desfășurat de către colaboratorii Laboratorului de Narcologie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu” în perioada anilor 2014-2018).

Conform celor mai recente studii realizate atât în populația școlară, cât și în cea generală, canabisul este cel mai consumat drog, în special în rândul tinerilor.

Potrivit raportului de țară privind drogurile, pentru România, 3,9% dintre tinerii cu vârste cuprinse între 15 și 34 ani au consumat anul trecut cel puțin o dată droguri, 3,3% dintre aceștia declarând că au consumat canabis [<http://www.emcdda.europa.eu/edr2017>].

În anul 2016, Canabisul continua să fie cel mai consumat drog în România, 4,6% din populația generală cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani declarând că, a experimentat consumul de canabis, din care, 2%, în ultimul an, și 1%, în ultima lună. Rata de continuare a consumului recent de canabis, respectiv proporția celor care au consumat cel puțin o dată în viață canabis și care au făcut acest lucru și în ultimele 12 luni, este de 43%.

Pentru consumul actual de canabis, s-a constatat o rată de 50% de continuare a acestui consum. Consumul de canabis este mai răspândit în rândul bărbaților, indiferent de perioada de timp analizată. Dacă în cazul prevalenței de-a lungul vieții, cea mai mare valoare (7,4%) s-a înregistrat la tinerii cu vârsta cuprinsă între 25 și 34 ani, prevalențele care indică un consum actual și recent prezentau valori mai mari pentru grupa de vârstă 15-24 ani (3,4% și, respectiv 2 - 2,1%).

În cazul populației adulte (35-44 ani), consumul experimental s-a situat în jurul valorii de 2%, consumul recent a fost sub 1%, iar cel actual, sub 0,5%. În funcție de mediul rezidențial, consumul de canabis predomina în mediul urban, indiferent de perioada de timp considerată ca și perioadă de referință. 6,6% din populația României care locuiește

în mediul urban a încercat cel puțin o dată în viață să consume canabis, 1,5% declarând că au consumat substanța în ultima lună.

Consumul experimental de canabis a fost prezent în toate regiunile țării. Cea mai mică vârstă de debut declarată de către cei care au experimentat consumul de canabis a fost 10 ani, iar cea mai mare, 50 ani. Confirmând faptul că tinerii reprezintă o populație cu risc crescut în consum, 81,1% dintre ei au inițiat consumul în intervalul de vârstă 15-24 ani. Majoritatea (49,9%) au debutat în consumul de canabis între 15 și 19 ani, iar 31,2%, între 20 și 24 ani. Se constata un procent important de persoane, care indicau inițierea consumului de canabis la o vârstă mai mică de 14 ani (4,5% dintre respondenți), o rată cu 0,4% mai mare, comparativ cu cea a persoanelor ce au debutat în consum la vârsta de aproximativ 29 ani.

Canabisul se află pe al doilea loc (după opiacee) în ceea ce privește solicitarea tratamentului ca urmare a consumului de droguri (38%) și, pe primul loc în rândul persoanelor de sex masculin care au beneficiat de tratament. Consumatorii de canabis care au solicitat asistență medicală în mare parte sunt tineri, 71% dintre persoanele admise la tratament pentru consum de canabis având vârsta cuprinsă în intervalul 20-29 ani. În ceea ce privește statusul ocupațional al persoanelor care s-au prezentat la serviciile de urgență pentru probleme datorate consumului de canabis, o treime dintre aceștia (32,7%) au fost elevi sau studenți, 20,4% erau angajați prin contract pe o perioadă determinată sau nedeterminată, iar 39,4% dintre aceștia erau fără ocupație. [Agenția Națională Antidrog, România <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2016/01/Analiza-de-situatie-droguri-2016.pdf>].

Deși se întâmplă rar, consumul de canabis poate provoca urgențe acute, în special în doze mari. În țările cu niveluri mai ridicate de prevalență, consumul de canabis este una dintre cauzele frecvente a urgențelor asociate consumului de droguri.

Un studiu, realizat în 11 dintre cele 13 țări europene pe o durată de 5 ani, a identificat creșterea numărului de urgențe asociate consumului de canabis în perioada 2008-2012. În Spania, de exemplu, numărul de urgențe asociate consumului de canabis a crescut de la 1589 (25 % din totalul urgențelor asociate consumului de droguri) în 2008 până la 1980 (33 %) în 2011.

Rețeaua europeană privind urgențele cauzate de consumul de droguri (European Drug Emergencies Network – Euro-DEN), care monitorizează

situația urgențelor asociate consumului de droguri în 16 unități de primiri urgențe din 10 țări europene, a raportat că, între 10 % și 48 % (16 % în medie) din numărul de prezentări asociate consumului de droguri s-au datorat consumului de cannabis, deși în 90 % dintre aceste cazuri în mediile biologice investigate (sânge, urină, salivă, etc.) a fost depistată și prezența altor substanțe psihoactive. În majoritatea cazurilor, s-a detectat cannabis în combinație cu alcool, benzodiazepine și substanțe stimulente. Problemele raportate cel mai frecvent au fost de tip cognitiv-comportamental (agitație, agresivitate, psihoză și anxietate) și/sau vomă.

Cannabisul este o plantă ilegală în marea majoritate a țărilor lumii, dar în ultimii ani mai multe state i-au reevaluat statutul legal.

Potrivit datelor Dispensarului Narcologic Republican, către 01 ianuarie 2018 în supraveghere medicală în instituțiile de profil narcologic din Republica Moldova se aflau 45340 bolnavi cu alcoolism, 538 bolnavi cu psihoze alcoolice, iar numărul persoanelor consumatoare de droguri la finele anului 2017 constituia 11661, sau 328,6 la 100 000 populație.

Pe parcursul anului 2017, primar au fost înregistrate 890 persoane consumatoare de diverse substanțe psihoactive, sau 25,1 la 100 000 populație.

Cifrele menționate, de fapt nu reflectă situația reală, iar conform opiniei experților OMS la un consumator aflat în supraveghere există alți 10 utilizatori de droguri ce nu figurează în evidențele specialiștilor narcologici sau a organelor de drept.

Concomitent, evoluția în timp a fenomenului consumului de droguri demonstrează menținerea acestuia la un nivel înalt cu o ușoară creștere de la an la an (*tab. 1* – date oferite de IMSP Dispensarul Republican de Narcologie).

Tabelul 1

Consumul de droguri în Republica Moldova

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cifre absolute	1304	1062	819	715	854	923	603	890
Incidența	36,6	29,8	23,0	20,1	24,0	26,0	17,0	25,1
Cifre absolute	9096	9449	9652	9995	10483	11045	11259	11661
Prevalența	255,4	265,4	271,1	280,9	294,6	310,8	317,0	328,6

În Republica Moldova cadrul legal ce vizează consumul de droguri include următoarele acte normative: Legea nr. 382-XIV din 6.05.1999 “Cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor”, Legea nr. 713-XV din 6.12.2001 „Privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope”, care includ canabinoizii în lista drogurilor ilicite.

Obiectivul general al actelor normative constă în conștientizarea și implicarea populației, în special a copiilor și tinerilor în programele de prevenire a consumului de droguri.

Interviuearea anonimă a studenților din instituțiile superioare și medii specializate de învățământ din Republica Moldova (orașele Chișinău, Bălți și Cahul) în cadrul Proiectului Național „Studierea consumului de substanțe psihoactive și a măsurilor de profilaxie a acestuia la tinerii din instituțiile medii și superioare de învățământ”, realizată de către colaboratorii Laboratorului de Narcologie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu” în perioada anilor 2014-2018 a scos în evidență atitudinea nepăsătoare față de consumul de canabinoizi, asociată de lipsa cunoștințelor privind tulburările mintale și comportamentale datorate utilizării acestora.

În urma analizei statistice a datelor cu referință la faptul, dacă ar fi recunoscut în ancheta respectivă consumul anterior de marijuană sau hașiș, dacă acesta ar fi avut loc, (19,3% – Chișinău, 21,8% – Bălți, 13,5% – Cahul) dintre cei intervievați au recunoscut consumul drogului, iar (7,8% – Chișinău, 7,5% – Bălți, 16,7% – Cahul) dintre cei intervievați au notat că, chiar dacă chestionarul este anonim, ei cu siguranță nu vor recunoaște faptul consumului de canabis.

În ceea ce privește prezența unui model al consumatorului printre rudele apropiate, s-a constatat că, 2,2% (Chișinău), 4,4% (Bălți) și 1% (Cahul) dintre tinerii intervievați au observat cum fratele sau sora, fumează marijuana ori hașiș. Astfel, putem constata că, unii dintre studenți au în preajma sa un model de consum nu doar de alcool, ci și de droguri, având posibilitatea ca ulterior să preia acel comportament deviant de la fratele sau sora sa.

În cazul, în care tinerii și-ar dori să consume (fumeze, inhaleze) așa substanțe ca hașiș sau marijuana, părinții în egală măsură, atât mama, cât și tata le-ar interzice acest lucru (tata, în 83,4% – Chișinău, 73% – Bălți, 79,8% – Cahul) și (mama în 84,1% – Chișinău, 76,3% – Bălți,

81,6% – Cahul), (atât tata, cât și mama în 3,3% – Chișinău, 8% – Bălți, 1% – Cahul), dar există familii, în cadrul cărora atitudinea vis-a-vis de consumul canabisului este una permisivă, astfel, în 3,3% familii-Chișinău, 8,6% – Bălți și 1% – Cahul, părinții nu consideră pericolos și, permit consumul de hașiș sau marijuană.

Datele sondajului, prezentate anterior, sugerează ideea că, dependența de canabinoizi adeseori debutează la o vârstă tânără, datorită atitudinii neserioase (fără a lua în calcul consecințele posibile) atât din partea consumatorului, cât și din partea membrilor familiei, iar în unele familii, consumul de marijuană sau hașiș este chiar acceptat, fenomene, care ulterior conduc la dezvoltarea diferitor tulburări mintale și de comportament.

Iată de ce colaboratorii Laboratorului de Narcologie au decis să familiarizeze părinții, pedagogii, psihologii școlari, medicii rezidenți și medicii specialiști psihiatri-narcologi, cu dependența de canabinoizi.

II. CANABINOIZII. NOȚIUNI GENERALE

Marijuana se produce din planta numită Cannabis Sativa care a fost cultivată pentru proprietățile ei psihoactive cu mai mult de 2000 de ani în urmă. Cânepa crește aproape pe toate continentele (Africa, Eurasia, America de Sud și de Nord). Ea este cultivată pentru a fabrica funii, saci, țesături, ulei, etc. Semințele de cânepă conțin 35% ulei care este utilizat la producerea lacurilor, vopselelor, etc. Cânepa este folosită în hrana animalelor, semințele, în hrana păsărilor, deoarece conține o cantitate considerabilă de lipide și proteine.

Canabisul conține mai mult de 400 de substanțe, dar principalul stimulant pentru creier îl reprezintă substanța THC (delta 9-tetrahydrocannabinol).

Puterea de acțiune a drogului este determinată de concentrația de THC care variază în funcție de mai mulți factori: soiul în care crește planta, clima, timpul de recoltare. THC este în concentrație maximă în perioada coacerii semințelor, iar clima uscată și caldă contribuie la creșterea concentrației de THC. Cu cât concentrația de THC este mai mare, cu atât mai puternice sunt efectele drogului.

Cânepa cultivată actualmente a ajuns să conțină THC de 4-7 ori mai mult decât aceeași cultură în anul 1975, iar concentrația de THC în hașiș, este de 5-10 ori mai mare decât cea din cânepa crudă.

La cei ce utilizează marijuană, THC-ul poate fi găsit în organism chiar după săptămâni de la încetarea folosirii drogului (în păr, unghii). După consumul unei țigări de marijuană, organismul depozitează urme de THC în țesuturile grase. Acestea rămân în organism pe o perioadă de la câteva zile până la 1 lună după acest consum.

Marijuana este un amestec verde, maro sau gri din frunzele, tulpinile, semințele și florile uscate ale cânepii (*Cannabis Sativa*) și are aspect de tutun verzui tăiat foarte fin. Hașișul (engl. „pot”) este rășina secretată de glandele situate la nivelul frunzelor de cânepa (*Cannabis*).

Hașișul se comercializează în „bulgări” solizi sau plăci presate și se prezintă – în funcție de țara de origine – în nuanțe de culoare roșie, maro, verde sau negru.

Hașișul și uleiul de hașiș sunt forme mai puternice de marijuană.

Există diverse metode de obținere a drogului, iar în funcție de localitate și metodele de producere are diferite denumiri. În Europa, Asia – **hașiș**, **anașa** – aceasta reprezintă o compoziție din polen, alți adjuvanți și praf, care rămân după strângerea cânepii. În India – **gandja**, **ciaras (ciare)** – rășină, extrasă din vârfurile înflorite. **Bang** – frunzele de vârf ale cânepii, care sunt frecate până la obținerea unei paste. Din pastă se prepară băuturi și comprimate, iar din frunze se prepară infuzie pe apă sau lapte. În America de Nord drogurile din cânepă se numesc **kif**, în Africa de Sud – **dagga**, în Brazilia – **mahanga**. În SUA, Canada, America Latină și la noi în Republica Moldova sunt utilizate florile cu frunzele adiacente numite marihuană. În țările caucaziene este numit **plan**, existând și așa denumiri ca „**duri**, **hurus (cucos)**”.

În literatura științifică figurează termenul „*canabis*”. Acestea sunt vârfurile cu flori sau semințe, din care nu a fost extrasă rășina. Hașișul este obținut cel mai frecvent în perioada de înflorire (iulie-septembrie). Pe mașinile agricole se poate acumula rășina care uneori conține 10-25% THC. Cu scop de a obține hașiș sunt utilizate resturile, care sunt cernute prin sită. „Hașișul lichid” este obținut prin extracție cu ajutorul benzinei aviatice sau cu alcool etilic și cânepă mărunțită. După extracție, în produsul final, concentrația de THC poate ajunge până la 50%.

În rezultatul fumatului, 50% din THC nimerește în circuitul sanguin. Concentrația maximă în sânge este constatată în aproximativ

1 oră. Efectele ebrietății dispar, în medie, peste 6 ore. În creier THC se leagă cu receptorii G-proteici ai neuronilor și inhibă adenilataciclaza.

Canabinozii și metaboliții lor sunt liposolubili și, din aceste motive interacțiunea cu lipidele membranare crește permeabilitatea membranelor neuronale. THC se metabolizează în ficat, se elimină preponderent prin bilă și mai puțin pe cale renală. Perioada de semi-viață ($T_{1/2}$) este de 2 zile. În rezultatul cercetărilor s-a constatat că, efectul de bază al marijuanei constă **nu** în dereglarea funcțiilor corticale superioare, ci în activarea sistemului nervos vegetativ, acționând direct asupra acestuia, sau indirect prin intermediul trunchiului cerebral sau structurilor limbice.

Forme de consum ale canabisului:

– Fumat în formă pură sau în amestec cu tutun - Marijuana, ca și alte produse extrase din canabis, se fumează cel mai frecvent sub formă de țigări, mai rar în pipă. Unii folosesc țigările obișnuite pe care le golesc de tutun și le umplu cu marijuană, adăugând uneori și alte droguri care cresc efectele halucinogene. Inhalarea profundă a canabisului cu fumul, face ca substanțele active să fie absorbite de organism prin capilarele pulmonare. Efectul se instalează în aproximativ 10-20 minute după începerea fumatului. Marijuana este uneori fumată într-o pipă specială, dar de cele mai multe ori într-o țigară răsucita numită „joint, cui, etc”.

– Marijuana se mai administrează și în ceaiuri, băuturi, sau ca amestec în prăjituri sau alte produse de cofetărie, dulciuri, iar efectul se instalează mai târziu (după 1-2 ore).

– Mai sunt și alte metode precum vaporizarea (inhalarea vaporilor de apă cu THC).

Cauzele consumului de canabis:

Lichko A. E. și Bitenskii V. S (1991), consideră că, curiozitatea ar fi una dintre cauzele principale ale consumului de hașiș de către adolescenți.

Influență importantă în același sens ar avea astfel de particularități psihosociale ca:

- lipsa dorinței de a munci,
- tendința spre un mod parazitar de viață,
- nesupunerea,
- inacceptarea normelor morale și regulilor sociale,
- instabilitatea afectivă,

- predispoziția spre a dezvolta stări depresive.

În final, savanții menționați anterior, evidențiază ca și cauză principală a consumului de drog, influența factorilor sociali de genul:

- instabilitatea familiei parentale (neînțelegeri, certuri la nesfârșit, etc.),
- divorțul părinților,
- alcoolismul părinților ș.a.

Astfel, consumul sistematic de hașiș ar fi determinat de:

- educația într-un mediu familial nefavorabil,
- reușită școlară scăzută,
- absentarea de la ore,
- activitatea sexuală inițiată precoce și,
- consumul altor remedii psihoactive (alcool, tutun, tranchilizante, halucinogene, remedii hipnotice).

Ca și factori provocatori mai pot fi:

- autotratamentul stărilor de anxietate și depresie,
- insatisfacția de statutul familial și social,
- comportamentul antisocial ș.a.

III. MANIFESTĂRI CLINICE ALE UTILIZĂRII CANABINOIZILOR

Manifestările ebrietății canabice sunt diverse. Acestea depind de doza THC-lului pătrunsă în organism, particularitățile individuale, metoda de consum, influența companiei în care se consumă drogul. În caz de utilizare a dozelor mici se constată „efectul de așteptare” – adică reacțiile consumatorului sunt influențate puternic de așteptările sale, datorate informației despre acțiunea drogului și de experiențele anterioare. Unele persoane, când consumă drogul pentru prima oară nu simt nimic deosebit.

Frecvent, în cazul consumului primar se constată senzații neplăcute, de greață, vomă, amărăciune în gură, hipersalivație, vertij (care de fapt sunt reacții de apărare ale organismului). Din aceste motive unele persoane abandonează consumul, pe când alții, sub influența companiei continuă să utilizeze drogul.

De regulă, acțiunea canabinoizilor începe cu senzație de sete, foame, uscăciunea mucoaselor cavității bucale. Treptat apare o senzație de căldură în tot corpul, imponderabilitate, dorință de a sări, de a dansa,

de a lua poziții, posturi ciudate ale corpului. Adeseori, poate să apară crize de râs (zâmbet) sau plâns bizar, nemotivat și necontrolat.

Persoana nu-și poate concentra atenția, asociațiile decurg rapid și se schimbă cu o viteză caleidoscopică. În aceste cazuri, consumatorul poate pronunța frânturi de fraze, asociate cu un aflus rapid de idei. Pe măsură ce consumul de hașiș devine sistematic, cercul de interese se îngustează, pacientul de parcă s-ar afla în „vid”. Dânsul, nu mai poate relaționa adecvat cu persoanele din ambianță. Bolnavii adeseori sunt impulsivi. La ei apar multiple iluzii, fantezii. Sunetele, senzațiile, culorile, în starea de ebrietate indusă de canabis sunt percepute având o acuitate deosebită, extrem de expresivă și accentuată.

Pyatnitskaya I. N. (1975) delimitează 4 etape consecutive ale ebrietății prin consum de hașiș. Pentru **etapa I** cea a anxietății (apare după câteva minute de la consumul hașișului) sunt caracteristice: creșterea acuității percepției asociată cu senzații de groază, teamă, suspiciune anxioasă. De asemenea sunt prezente: midriaza (pupilele sunt mari, dilatate), hiperemia feței, tremurul mâinilor. Fumătorul simte uscăciune în gură, căldură în tot corpul, greutate în membre. Simptomele menționate au o durată de aproximativ 5–10 minute.

Etapa II. Apar tulburări de percepție, gândire, conștiință acompaniate de dereglarea funcțiilor somatice. Fumătorii percep culorile ca fiind deosebit de aprinse și intense, contururile obiectelor sunt percepute ca fiind extrem de clare, cu contrast sau invers, absolut amorfe, neclare. Frecvent, bolnavul nu poate pași peste un pârâiaș din cauza că î-l percepe ca având dimensiunile unui râu. Momentele curente pot fi trăite ca rulând extrem de accelerat sau invers, încetinit, lent. Din cauza erotismului exagerat, sexul este subiectul frecvent al discuțiilor întreținute între membrii echipei de consumatori.

În această etapă este prezent schimbul rapid al opiniilor. Gândirea poate fi modificată nu doar ca tempou, coerență, dar și ca conținut. Inițial, fumătorul poate primi decizii cu ușurință, nepăsare, fără a se gândi la consecințe, responsabilități, fenomene, care demonstrează că, mediul ambiant este perceput superficial, iar capacitatea de analiza la justa valoare evenimentele, acțiunile, fenomenele ce au loc în ambianță este redusă considerabil.

Ulterior, gândirea devine incoerentă, fragmentară. Persoana percepe și analizează fragmentat (la întâmplare) evenimentele exterioare, fapt ce demonstrează îngustarea câmpului conștiinței. În etapa a 2-a se

evidențiază luciul specific al ochilor, creșterea frecvenței contracțiilor cardiace, creșterea presiunii arteriale (PA), exagerarea reflexelor osteotendinoase, mers “clătinat”, “legănat”, instabil. Este caracteristic nistagmusul orizontal.

Pentru **etapa III** – de intoxicație profundă – este caracteristică incoerența gândirii. Consumatorii devin hipomobili, detașați de lumea înconjurătoare, percep doar replicile și acțiunile persoanelor, care din start au fost în grupul de consumatori. În același timp, fumătorii repetă cuvintele, frazele și acțiunile altor membri ai grupului de consumatori. Adeseori, râd sau plâng nemotivat, în funcție de dispoziția altor membri ai grupului (de parcă s-ar molipsi unii de la alții). Concomitent, pot fi prezente diverse iluzii, dereglarea percepției timpului și a schemei corporale. În plan emoțional, poate să persiste o paletă vastă de emoții. Fumătorul este palid, transpiră abundent, simte cum crește senzația de foame, sete, scade temperatura corporală, crește presiunea arterială.

Pentru **etapa IV** – ieșirea din ebrietatea canabică sunt caracteristice: slăbiciunea generală, paloarea tegumentelor, inhibiția motorie și ideativă, apatia, abulia, astenia. Brusc apare o poftă de mâncare exagerată (“foame de lup”) și sete permanentă. După ce starea de ebrietate ia sfârșit, persoana poate să doarmă circa 10-15 ore. Somnul, însă este neliniștit, superficial, cu tresăriri și treziri frecvente în timpul cărora persoana este perplexă, buimăcită. După trezire persistă setea și apetitul alimentar crescut.

Prezintă interes descrierea ebrietății hașișice de către Frenkel.

Primele semne în opinia lui Frenkel sunt senzațiile de anxietate și timiditate. De parcă, se apropie ceva necunoscut și inevitabil, se inhibă activitatea, iar în locul ei vine senzația de neputință, frica și slăbiciunea generală. Imaginile experiențelor trecute și deja date uitării, în starea de ebrietate se pot reactualiza sub aspectul unor scene întregi și expresive, pe care subiectul le percepe ca și cum s-ar petrece actualmente. Are loc perceperea eronată a realității ambientale: se dereglează perceperea spațiului, „fuge podeaua de sub picioare”, apar senzații de schimbări atmosferice; în fața ochilor apare o ceață plutitoare, sau o perdea de fum, ceață; treptat culorile devin mai expresive, obiectele și conturul acestora par a fi mai frumoase, totul este iluminat de ceva care iradiază exact ca un soare, ca un far.

Persoana în ebrietate vorbește despre aceste lucruri, dar nu-și poate exprima gândurile în mod consecutiv. Periodic începe să râdă. Crizele

de răs nemotivat pot să dureze până la câteva minute. Senzațiile plăcute se accentuează, iar cele neplăcute, scad în intensitate.

Apare impresia că nu mai există nici un fel de dificultăți, și este posibil să depășești atât spațiul, cât și timpul. Ebrietatea este în scurt timp schimbată de depresie și somnolență.

J. Buke (1951) a sistematizat simptomele prezente în intoxicația acută cu canabis, delimitând următoarele etape:

Etapa agitației motorii – persoana resimte necesitatea de a se mișca, de a se deplasa, de a sări în sus, de a dansa. În același timp consumatorul se reține de la comiterea acestor acțiuni.

Treptat, însă, controlul asupra acțiunilor proprii, dar și discernământul cedează, iar persoana devine imprezvizibilă. În mintea subiectului apar multiple idei, care sunt percepute ca “străine”, dar în același timp, gândurile menționate î-l copleșesc totalmente. Evenimentele, fenomenele în care nu există nimic amuzant, î-l fac să rădă inadecvat și necontrolabil.

Etapa de amefire: subiectul este tăcut, îngândurat și, adeseori în această stare, împărtășește cele mai intime trăiri personale. Mișcărilor, cuvintelor și faptele, alături de conținutul iluziilor și halucinațiilor scot în evidență trăirile adevărate ale hașișomanului.

Etapa de disociere a gândurilor Consumatorul simte nevoia imperioasă de a vorbi, de se destăinui. Discuțiile însă, adeseori sunt foarte stupide și stranii ca conținut. Interlocutorul este surprins de expunerile ciudate ale hașișomanului, rămânând nedumerit. Nedumerirea interlocutorului î-l amuză pe dependentul de canabis generându-i crize de răs (zâmbete) nemotivat. Subiectul vorbește fără noimă, cu entuziasm, se contrazice pe sine și rămâne surprins (uneori supărat, iritat, furios) atunci, când persoanele care nu au consumat drogul nu-i împărtășesc emoțiile.

Etapa “hipertrofiei Eu-lui” În această etapă, subiectul manifestă o autoapreciere exagerată, considerându-se cea mai valoroasă persoană din univers. El se uită la colegii săi cu dispreț, umilință, deoarece î-i depreciază. Ulterior, se instalează o stare de agitație delirantă și, subiectul pierde capacitatea de a evalua la justa valoare persoanele, fenomenele, obiectele, situațiile realității ambientale. Această stare se manifestă prin acutizarea neobișnuită a emoțiilor, sentimentelor și hiperbolizarea ideilor proprii. Mai târziu se instalează o stare de groază, stare care poate fi declanșată de orice zgomot, orice mișcare care au loc la acel

moment în ambianță. Confuzia de idei se agravează, perioadele de luciditate devin tot mai scurte și, consumatorul de drog treptat este totalmente copleșit de trăirile afectiv-ideative proprii.

Persoana poate fi obsedată chiar și de ticăitul ceasornicului ori bâzâitul ușor al țăntarilor. Efortul fizic minim devine aproape imposibil. Subiectul devine apatic și indiferent.

Etapa de dereglare a percepției timpului. Persoana în starea de ebrietate canabică percepe timpul ca și cum s-ar scurge foarte lent, deoarece între percepțiile clare ale realității interferează cu scene vagi și incomplete ale unor amintiri din trecut.

Etapa de perturbare a percepțiilor În această etapă, persoana are percepțiile și senzațiile distorsionate. De exemplu, pacientul percepe distanța între el și colegul care stă alături, ca fiind foarte mare (de kilometri) sau are impresia că, mâna proprie nu v-a ajunge la paharul care se află pe masă foarte aproape, ori urcând treptele unei scări, persoana în stare de ebrietate canabică percepe treptele acesteia ca ajungând până la cer.

Senzațiile devin extrem de acute, în special vederea și auzul. Imaginile obiectelor sunt percepute denaturat și în modificare permanentă (ca în caleidoscop). Forma și culoarea obiectelor frecvent par a fi schimbate sau/și foarte expresive.

Etapa de "scindare" a personalității. Subiectul resimte că alături de „Eu-l” său real ce trăiește o viață normală, există un alt Eu, fantastic, inconstant care îi impune numeroase idei Eu-lui real.

În această etapă persistă și sugestibilitatea crescută. Este suficient ca cineva să numească un obiect, pentru ca acesta să apară în fața ochilor dependentului. Orice excitant (vizual, auditiv, tactil, etc.) poate declanșa perceperea iluzorie și/sau halucinatorie a realității ambientale.

Etapa halucinatorie În etapa prezentă unii subiecți văd cum sunt urmăriti de animale sălbatice trăind senzații de spaimă, groază, pericol vital. Ulterior, crește acuitatea percepției sunetelor. Mai frecvent, sunetele de intensitate slabă (de ex., șoaptele) sunt percepute ca foarte intense. În această etapă se acutizează trăirile emoționale „scenele uitate din trecut reapar în fața ochilor în cele mai mici detalii”. În cazul când, persoana nu suportă pe cineva din anturaj, antipatia se poate transforma în crize de ură, furie. Ulterior se dezvoltă o stare de “extaz” oniric în care creierul nu mai reușește să urmărească imaginile și rememorările rătă-

cite. Uneori, în momentul critic al intoxicației acute poate fi urmărită și **etapa de agitație erotică** de genă cerebrală.

Conform Clasificării DSM-V-R **Criteriile de diagnostic pentru Intoxicația acută cu Cannabis (292.89)**, sunt următoarele:

- A. Uz recent de canabis.
- B. Modificări comportamentale sau psihologice dezadaptative semnificative clinic (de ex., deteriorarea coordonării motorii, euforie, anxietate, senzație de încetinire a timpului, deteriorarea judecării, retragere socială) care apar în cursul sau la scurt timp după uzul de canabis.
- C. Două (sau mai multe) dintre următoarele semne care apar în decurs de 2 ore de la uzul de canabis:
 - 1) injectare conjunctivală;
 - 2) apetit crescut;
 - 3) gură uscată;
 - 4) tahicardie.
- D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mintală.

De specificat dacă: Cu perturbări de percepție

IV. EVOLUȚIA DEPENDENȚEI DATORATE UTILIZĂRII CANABINOIZILOR

Dependența de canabis, comparativ cu dependența de opiacee se dezvoltă mai lent, dar mai rapid decât alcooldependența. Pentru începutul dependenței este caracteristic consumul episodic (2-3 ori pe săptămână), de regulă, determinat situațional. În perioada respectivă, consumul de canabis este asociat cu utilizarea băuturilor alcoolice. Treptat toleranța crește de la 2-3 la 7-8 țigări pe zi. În această perioadă, la marea majoritate dintre fumători apare pulsiunea patologică față de efectele induse de marijuana. Rapiditatea dezvoltării pulsiunii patologice depinde de particularitățile premorbide ale subiectului. În literatura de specialitate sunt descrise cazuri, când pulsiunea patologică s-a dezvoltat în decursul a 3-4 luni.

Consumatorii, de regulă manifestau semne de retardare mintală sau organicitate cerebrală cu un sindrom psihopatoid.

Autorii ce au studiat dependența de canabinoizi descriu trei stadii de formare a acestei dependențe.

Stadiul I se caracterizează prin creșterea toleranței (Toleranță – necesitatea de a consuma doze progresiv mai mari de drog pentru a obține efectul dorit. Adică subiectul, când consumă sistematic drogul, pe zi ce trece este nevoit să crească doza acestuia). În această perioadă fumatul devine sistematic, dependentul caută drogul, fiind convins că ebrietatea este singura modalitate de a obține satisfacție și stare de confort psihic.

Pyatnitskaya I. N. (1975) consideră că, în acest stadiu se constată scăderea efectului vegetativ al drogului (se reduce hiperemia feței și senzațiile de “greutate în membre”). În opinia Dnei Durandina A. I., deja în această etapă sunt prezente anumite modificări de personalitate, manifestate prin îngustarea cercului de interese, astenie psihică, scăderea activității voliționale, instabilitate emoțională. Durata primului stadiu diferă după datele diferitor autori, de la 1 până la 5 ani.

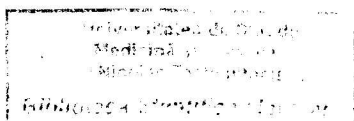
În **stadiul II** dependența psihică atinge apogeul, manifestându-se cu simptome inițiale de dependență fizică. Adică, apare sindromul de sevraj.

Nu toate studiile recunosc prezența acestuia în tabloul clinic al maladiei, probabil datorită faptului că, în cazul consumului de canabis cu o concentrație scăzută de THC, tabloul clinic al sevrajului se limitează doar la astenie nepronunțată.

Datele de literatură cu referire la tempoul și rata formării sindromului de sevraj sun controversate. Cercetările lui Durandina A. I. (1968) au demonstrat că, în cazul fumatului sistematic, sevrajul se poate dezvolta într-o perioadă de 1 lună, iar în consumul episodic în aproximativ 6-12 luni.

Pyatnitskaya I. N. (1975; 1994), susține că, primele semne ale sevrajului apar după 2-3 ani de consum sistematic, însă formarea deplină a acestuia este posibilă și după 6-8 luni de utilizare sistematică. Încetinierea procesului de formare al sevrajului, în opinia autorului, ar putea fi explicată de asocierea consumului de drog cu consumul băuturilor alcoolice.

Sevrajul, în cazul consumului de hașiș, în conformitate cu datele prezentate de către Гулямов М. Г. și Порогова А. В., (1987) se caracterizează prin sănătate precară, slăbiciune generală, senzații neplăcute în



oase, în mușchi, dereglări ale somnului, pierderea apetitului alimentar, tremur, căscat, inapetență, perplexitate.

Simptomele de bază ale sevrajului sunt: deprimarea, starea de spirit răutăcios cu labilitate emoțională, izbucniri afective și pulsivitatea toxicomanică (atracția irezistibilă) de a consuma drogul. Durata sevrajului poate fi între 1 și 4 săptămâni.

Pyatnitskaya I. N., (1994) delimitează trei etape ale sevrajului.

Prima etapă apare în termen de 4-5 ore după fumat și se caracterizează prin midriază (pupile dilatate), căscat, disforie, dereglarea somnului și pofta de mâncare.

Etapa a doua se deosebește prin apariția pulsivității compulsive, tremur, contracții musculare, creșterea PA, creșterea frecvenței contracțiilor cardiace (FCC), accelerarea pulsului, hiperemia feței, creșterea salivăției și lacrimăției. Această etapă se instalează către sfârșitul primei zile a sevrajului.

Etapa a treia începe în ziua a 2-a de abținere și se caracterizează prin senzații multiple de apăsare și constricție în regiunea pieptului, respirație dificilă, senzații de comprimare a capului, arsuri, înțepături, pulsivitate irezistibilă pentru drog, starea emoțională alternând între disforie și depresie astenică.

Dinamica formării sindromului de sevraj la dependenții de canabis este următoarea.

În etapa inițială, sevrajul se manifestă preponderent ca și un sindrom astenic complex, cu fenomene de labilitate afectivă, fatigabilitate, epuizare rapidă (pierderea capacității de a efectua efort fizic sau/și psihic minim).

Este prezentă somnolența și slăbiciunea diurnă asociate cu dificultăți de adormire seara. În unele cazuri, somnul este perturbat de gândurile despre drog (componenta ideativă a pulsivității patologice pentru drog). În conținutul visurilor adesea persistă scene ce reflectă consumul drogului.

Reacțiile vegetative au aspect de cefalee de constrângere, uneori cu caracter pulsatil. Pot fi prezente și dureri înțepătoare în regiunea cordului, palpitații, hipertensiune, puls frecvent și labil, dermografism roșu persistent, hiperhidroză.

Neurologic, se constată tremur, cefalee persistentă, hiperreflexie, spasme musculare. Simptomele de bază în această etapă sunt: irascibilitatea, reducerea apetitului alimentar, scăderea capacității de muncă.

Persoana trăiește cu speranța că, consumul de drog îi va ușura suferința, însă nu conștientizează pe deplin că starea de rău general este o manifestare a atracției irezistibile față de drog, fenomen, asociat cu tendința de a ascunde prezența pulsioni patologice. Dependentul explică dorința consumului de drog prin faptul că-și dorește să se învioreze, să-și reducă oboseala, să se calmeze. Durata etapei inițiale a sevrajului cu manifestări astenice este de aproximativ 3-5 zile.

După o perioadă de 3-6 luni de consum sistematic, la simptomele expuse anterior se pot asocia tulburările afective, de tipul indiferenței, apatiei, mâhnirii, tristeții. Subiectul deja înțelege că, tulburările emoționale sunt cauzate de lipsa drogului.

La mulți dintre ei starea depresivă se agravează. Mediul înconjurător este perceput ca fiind sumbru, vag și trist fără consumul de drog. Frecvent sunt prezente ideile de vinovăție. Consumatorii se autoacuză pentru faptul că au luat drogul, că s-au certat cu cei apropiați. Dar poate fi și invers, căutând compătimire, ei se poziționează în rol de victimă a circumstanțelor, acuzându-i pe alții de tot ce li se întâmplă.

Treptat, dependentul devine pesimist, î-și vede viitorul în culori sumbre, pierde încrederea în utilitatea și eficiența tratamentului, precum și speranța că va reuși să se lase de drog. Tot mai frecvente și persistente devin senzațiile de inferioritate, incapacitate acompaniate adeseori de idei suicidale. Tentativele suicidale mai frecvent sunt demonstrative, dar pot fi și acțiuni autolitice propriu-zise, care se pot finaliza prin suicid consumat.

Apariția anxietății în structura sevrajului poate conduce la dezvoltarea unei stări psihotice. De rând cu simptomele menționate pot fi prezente și irascibilitatea, comportamentul răutăcios sau agresiv. Pot fi dureri nu doar la nivelul capului, dar și în mușchi, articulații. Algiile menționate pot fi asociate cu insomnie persistentă. Simptomele asteno-depresive sunt mai accentuate în orele matinale ori seara și, mai puțin pronunțate, pe parcursul zilei. Durata acestei etapei este de 10-15 zile, iar regresia simptomelor are loc începând cu ziua a 8-12 a sevrajului.

În etapa următoare (etapa hipocondriacă), la simptomele asteno-depresive se pot asocia senestopatiile și paresteziile.

Manifestările menționate apar în aproximativ 9-12 luni după formarea primelor semne ale sevrajului. Predomină acuzele privind senzațiile neplăcute, dureroase de amorțeală și răcire în membre, senzația de constricție toracală, crampele stomacale. Concomitent, apar senzații de

furnicătură, arsură cutanată în diferite părți ale corpului. Simptomele menționate sunt acompaniate de prurit, localizat preponderent în extremități și regiunea scalpului.

În primele zile ale sevrăjului sunt prezente: frisoanele, febra, hiperhidroza, tremorul marcat. Pielea pacientului este palidă, limba cu depuneri, sclerele icterice.

Se observă edeme subpalpebrale, fața este tumefiată. Senzațiile dureroase devin persistente și permanente și, de regulă sunt localizate în mușchii membrelor și regiunea lombară. Adeseori pot fi prezente diareea, greața, voma, durerile și crampele abdominale. Durata etapei este de până la 1 lună. Mulți pacienți sunt convinși că boala este incurabilă și insistă să fie externați din spital. Ei refuză tratamentul, considerându-l inutil și expun deschis dorința de a relua consumul de drog (manifestări ale pulsionii generalizate pentru droguri).

În literatura de specialitate este specificat că, evoluția dependenței de canabinoizi este determinată atât de particularitățile farmacologice ale drogului, cât și de mulți factori bio-psiho-sociali. De exemplu, (1) durata perioadei consumului episodic; (2) frecvența consumului zilnic în perioada inițială a utilizării sistematice; (3) durata perioadei de formare a pulsionii patologice pentru drog ș.a.

În prezent sunt evidențiate 3 tipuri de evoluție ale dependenței de canabinoizi: 1) evoluție lent-progredientă; 2) relativ-progredientă; 3) evoluția progredient-activă.

Pentru tipul lent-progredient de evoluție sunt caracteristice: durata relativ îndelungată a perioadei de consum episodic (mai mult de 7 luni); utilizarea zilnică a nu mai mult de 1-3 țigări pe zi în perioada inițială și durata formării pulsionii patologice, într-o perioadă mai mare de 6 luni. În pofida unei evoluții relativ benigne a maladiei, totuși se dezvoltă modificări de personalitate cu regresie etico-morală și intelectual-mnezică neesențială, fenomene, ce pot conduce la dezadaptarea socială a bolnavilor.

În cazul **evoluției relativ-progrediente** a maladiei, inițierea consumului are loc la o vârstă mai tânără, perioada consumului episodic este mai scurtă (4-7 luni); în etapa inițială a consumului sistematic pacientul fumează circa 4-8 țigări în zi, iar formarea pulsionii patologice pentru drog are loc în aproximativ 3-6 luni. De menționat că, modificările de personalitate apar mai devreme sunt mai pronunțate și conduc la degradare etico-morală, intelectual-mnezică și dezadaptare socială.

Tipul progredient-activ de evoluție mai frecvent se întâlnește la persoanele care până a consuma drogul se evidențiau prin diverse anomalii de caracter (adeseori fiind etichetați ca „copii dificili, brutali, nesupuși, obraznici”), care au crescut și au fost educați într-un mediu social nefavorabil. La grupul menționat, inițierea consumului avea loc în adolescență, perioada de utilizare episodică a drogului era mult mai scurtă (între 1 și 3 luni), în etapa consumului sistematic pacientul fuma 8 și mai multe țigări pe zi, iar formarea pulsionii patologice avea loc mai rapid (în aproximativ 2 luni). Pentru această categorie de dependenți a fost specifică modificarea brutală a personalității, fenomen asociat cu dezadaptare socială rapidă.

V. CONSECINȚELE CONSUMULUI DE CANABINOIZI

Cercetările efectuate au demonstrat că, consumul de canabis, chiar și ocazional, are efecte negative clar definite asupra creierului. Chiar și persoanele care consumă acest drog doar o dată sau de două ori pe săptămână au de suferit în urma acestui obicei. Există studii, care demonstrează efectul nociv pe care îl are asupra creierului consumul ocazional de canabis, dar totuși mai multe dintre studiile de specialitate reflectă consecințele consumului sistematic de marijuana, reflectând starea de sănătate a persoanelor dependente.

Oamenii de știință de la Universitatea Northwestern din Chicago și de la Facultatea de Medicină de la Harvard au analizat modificările din creierul a 20 tineri consumatori de cannabis, cu vârsta între 18 și 25 de ani. Ei au comparat apoi rezultatele cu cele ale unor tineri, care niciodată nu au consumat droguri.

Cercetătorii au depistat la consumatorii de canabis modificări majore în două regiuni ale creierului: amigdala și nucleul accumbens, structuri cerebrale, implicate în procesele motivaționale, controlul emoțiilor și mecanismele dependenței. La tinerii care consumau ocazional canabis amigdala era deformată, iar nucleul accumbens era mai mare decât în mod normal. De menționat că, nucleul accumbens este implicat în mecanismele apariției și menținerii anxietății. Este interesant că, aceste modificări au apărut la persoanele care fumau cânepa doar o dată sau de două ori pe săptămână. Până la cercetările menționate se credea că un consum ocazional nu are efecte negative asupra organismului.

„Oamenii cred că un consum în scop recreațional nu face rău, mai ales dacă se descurcă bine la muncă sau la școală, dar rezultatele arată că nu este chiar așa”, a declarat profesorul Hans Breiter, unul dintre cercetători. Modificările în structura creierului apar chiar înainte de instalarea dependenței.

Efectele consumului pe termen scurt sunt:

- apatie, somnolență, creșterea poftei de mâncare;
- dificultate în identificarea temporală,
- deteriorarea memoriei de scurtă durată;
- reducerea abilităților de concentrare și coordonare;
- creșterea ritmului cardiac;
- potențial crescut de infarct în cazul persoanelor ce suferă de afecțiuni cardiovasculare;
- ochi congestionați (înroșiți);
- diminuarea inhibițiilor sociale (reducerea capacității de a-și controla emoțiile sau/și comportamentul);
- risc de paranoia, halucinații, anxietate intensă.
- vomă, diaree.

Efectele consumului pe termen lung:

- risc crescut de afecțiuni pulmonare cronice, inclusiv cancer pulmonar;
- descreșterea nivelului de testosteron în cazul persoanelor de sex masculin (probleme de fertilitate);
- creșterea nivelului de testosteron în cazul persoanelor de sex feminin;
- reducerea volumului de ejaculat (spermă), asociat cu dificultăți în reproducere;
- risc crescut de infertilitate în cazul femeilor;
- diminuarea sau absența plăcerii sexuale;
- dependență psihologică care determină un necesar tot mai mare de drog, pentru obținerea acelorasi efecte;

Intoxicația cronică cu hașiș conduce la modificări de personalitate, consumatorii devenind retrași, izolați, închiși în sine, pierzând relațiile sociale.

În conformitate cu datele publicate de Kaplan & Sadock, (2009), consumul cronic al dozelor mari de hașiș conduce la formarea unui sindrom apatic amotivațional, caracterizat prin: lipsa dorinței de a munci,

de a-și continua studiile, sau de a se implica în orice altă activitate care presupune perseverență ori necesitatea de a-și asuma responsabilități. Consumatorii devin apatici, lipsiți de energie, frecvent adăugând în greutate și sunt descriși ca “lenoși” și pasivi.

Canabisul afectează semnificativ funcția cognitivă. Se constată prezența modificărilor de intelect, diminuarea memoriei, în special, vis-a-vis de evenimentele recente. Se modifică percepția și simțurile, are loc pierderea capacității de a-și concentra atenția, de a-și coordona mișcărilor. Suferă declin rațiunea, judecata, crește riscul de accidente, se pierde motivația; se reduce controlul asupra emoțiilor, comportamentului; crește riscul de infectare cu HIV/SIDA și alte boli sexual transmissibile; crește intensitatea și frecvența tulburărilor vegetative, stărilor de anxietate, atacurilor de panică, comportamentului paranoic; apar halucinații, este afectat sistemul respirator, cel reproductiv și imunitar, crește riscul de cancer pulmonar, se modifică în sens patologic personalitatea.

Modificarea personalității este o consecință indispensabilă la consumatorii de cannabis, consecință ce apare în stadiul doi al hașișomaniei.

Durandina A. I., (1968) descrie tipurile – **astenic**, **apatic** și **exploziv** ale modificărilor de personalitate constatate la dependenții de cannabis.

Testul MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) a evidențiat la acești pacienți un comportament rebel, scandalos asociat cu un nivel crescut de conflictualitate.

Consumatorii de cannabis adeseori iau decizii pripite, dorindu-și să fie în centrul atenției „cu orice preț”, manifestând impulsivitate și imaturitate emoțională.

Ei întâmpină dificultăți în îndeplinirea obligațiilor proprii, încercând să transpună responsabilitatea pe umerii altora. În cazuri particulare, se constată criticism exagerat față de cei din jur și absența criticii față de sine. Adeseori, pentru a cuceri autoritatea într-un colectiv manifestă cruzime și violență. Dependenții nu iau în considerare consecințele și pericolul posibil al acțiunilor întreprinse manifestând adeseori tendințe criminale.

Pentru majoritatea consumatorilor sunt caracteristice tendința de a se supraaprecia, înșelăciunea, lașitatea, promiscuitatea socială și fuga de responsabilitate.

Modificările neurologice la consumatorii de canabis

În conformitate cu studiile realizate de Лыкачев Г.Я., (1989), modificările neurologice apar în al 2-lea an de consum. Pentru prima etapă a dependenței de canabis este caracteristică disfuncția vegetativă suprasegmentară, mai rar sindromul hipotalamic.

În etapa a II-a se constată prezența sindromului encefalomielitei diseminate, mai puțin pronunțat, comparativ cu alte drogdependențe.

Concomitent, în sevrăj sunt depistate: hipertensiune intracraniană ușoară, midriază, reacție fotopupilară abolită, convergență insuficientă, nistagmus orizontal. Tonusul muscular (tip piramidal) este crescut. Reflexele osteo-tendinoase păstrate, poate fi prezent clonusul plantar. Simptomele piramidale patologice pot fi prezente atât în membrele superioare, cât și în cele inferioare. Reflexele abdominale lipsesc. Frecvent, la îndeplinirea probelor de coordonare se observă ataxie și tremor, ceea ce demonstrează modificări ale fluxului lichidului cefalorahidian, afectarea nervilor oculomotor, vestibulocohlear; afectarea sistemului piramidal și a cerebelului. Regresia în timp a tulburărilor neurologice este următoarea: la a 7-8 zi de abținere de la consumul drogului, dispar semnele de hipertensiune intracraniană, la a 15-20 zi semnificativ se reduc manifestările tulburărilor cerebeloase. Tremorul, reflexele abdominale abolite și simptomele patologice piramidale se pot menține mai mult timp.

VI. CONSUMUL DE CANABIS LA ADOLESCENȚI

De ce este periculoasă marijuana pentru copii și adolescenți? În primul rând, părinții trebuie să țină cont de faptul ca, din punct de vedere fizic și mintal, copiii sunt în dezvoltare, ceea ce îi face mai vulnerabili la efectele negative ale drogului, atrăgând importante probleme de sănătate, cu consecințe ulterioare pentru întreg organismul.

Principalele efecte negative ale canabisului asupra copiilor:

- consumul de marijuana afectează organe importante, precum plămânii și inima;
- utilizarea marijuanaei a fost corelată, de-a lungul timpului, cu multe tipuri de cancer;
- consumul în tinerețe, prezintă risc crescut de dezvoltare a dependenței psihologice;

- copilul poate dezvolta probleme de memorie manifestate pe tot parcursul vieții, și nu doar în perioada consumului;
- în cazul femeilor, consumul poate duce la probleme reproductive: tulburări ale ciclului menstrual și infertilitate;
- marijuana scade nivelul de testosteron în cazul sexului masculin, reducând cantitatea de spermă. Acest lucru nu dăunează doar funcției reproductive a masculului și șansele de a avea copii, ci și procesului de maturizare al organismului, testosteronul fiind responsabil de modificări precum: creșterea și dezvoltarea organelor genitale, dezvoltarea vocii și a sistemului muscular;
- la copii se manifestă o reducere vizibilă a motivației și a abilității de concentrare la școală.

Consumul de canabis dăunează grav sistemului imunitar, permițând instalarea mai ușoară a unor boli în organism, precum pneumonia sau și mai grav, cancerul. Potrivit oamenilor de știință, canabisul crește vulnerabilitatea organismului față de tumorile canceroase de sân sau de plămâni, dar și față de alte tipuri de tumori canceroase. Nu în ultimul rând, persoanele care fumează canabis în mod regulat la 18 ani au de 1,6 ori mai multe șanse să sufere de probleme psihice grave, inclusiv schizofrenie.

Părinții ar putea utiliza următorii indicatori pentru a suspecta consumul de canabis la copii:

Indicatorul nr. 1: “Schimbări în comportament”

Înainte de a găsi orice probă solidă (de ex., planta mărunțită sau rășina) care să demonstreze consumul de marijuana de către copil, pot exista o serie de dovezi la nivel de modificări comportamentale, care să trădeze probabilitatea consumului.

Principalul indiciu sesizat de părinții copiilor ce consumau canabis a fost scăderea performanței școlare și/sau modificarea atitudinii copilului față de evenimente, persoane, ființe, etc. Din acest motiv, atenția acordată comportamentului și atitudinii copilului poate fi extrem de importantă în sensul depistării precoce a consumului de canabis.

Principalele manifestări comportamentale ale adolescenților consumatori de marijuana includ:

- scăderea implicării în activitățile școlare (sau în cadrul serviciului) – absențe la ore, întoarcerea acasă mult mai târziu după încheierea programului școlar;

– eschivarea de la orice activitate extrașcolară sau neasumarea responsabilităților – scăderea bruscă a ambiției și dorințelor copilului, în special, în ceea ce ține de activități sportive sau alte activități pentru care copilul manifesta anterior un interes deosebit;

– purtarea ochelarilor cu protecție solară în momente nepotrivite - dacă în mod nejustificat copilul începe să-și ascundă ochii în spatele ochelarilor de soare, când nu este o zi însorită ori seara, încercați să-i prindeți privirea pentru a vă încredința că sclerele ochilor nu sunt congestionate (nu sunt înroșite);

– schimbarea atitudinii: impulsivitate, stări de iritare nejustificate, mânie, ură, furie, schimbări bruște de dispoziție, reprize necontrolate de râs, plâns, în lipsa unui stimul care să justifice comportamentul.

Indicatorul nr. 2

Excluzând modificările comportamentale, există o serie de indici siguri, care permit părinților să suspecteze consumul de marijuana.

Simptomele principale includ:

– înroșirea ochilor, pe care copilul încearcă să o ascundă purtând ochelari de soare sau utilizând picături (medicamente) pentru ochi (de ex., pentru tratamentul conjunctivitei).

– identificarea mirosului de marijuana (emanat de hainele acestuia ori care poate fi simțit în aerul expirat de copil) - semne pe care acesta ar putea să încerce să le ascundă prin utilizarea excesivă a parfumului, gumelor de mestecat ș.a.

– copilul mănâncă mai mult decât de obicei (uneori este prezentă o “foame de lup”) și brusc adaugă în greutate.

– fiind sub acțiunea marijuanei, copilul poate fi într-o stare de relaxare neobișnuită cu de somnolență continuă; memoria de scurtă durată la fel poate fi afectată în perioada consumului de drog; comunicarea cu copilul devine mai dificilă.

– copilul își schimbă nemotivat ținuta vestimentară, fenomen absent anterior (de ex., preferă să îmbrace tricouri cu diverse inscripții ori bijuterii, sau alte obiecte “decorative” inutile).

– în cazul când, descoperiți marijuana asupra copilului, probabil că acesta obișnuiește să consume respectivul drog;

– un semn de întrebare trebuie să ridice și orice accesoriu ce poate fi asociat consumului: pipe, hârtie de tutun, brichete.

Majoritatea copiilor prinși asupra faptei vor încerca sa-și convingă părinții că aceste obiecte nu le aparțin, ci eventual sunt ale unui membru din anturaj; înainte de a-i da crezare, faceți tot posibilul pentru a descoperi proveniența materialelor.

Uneori pare să fie rațională testarea mediilor biologice (sânge, urină ș.a.) pentru a confirma/infirma prezența drogului în sânge, urină. Testările de acest gen pot fi efectuate anonim de către medicii narcologi în cadrul Dispensarului Republican de Narcologie (în or. Chișinău) sau în cabinetele de narcologie (în or. Bălți și centrele raionale).

Multiple studii relatează că, primele episoade de consum la adolescenți au loc la vârsta de 14-16 ani. Ca și factori predispozanți în acest sens fiind evidențiați: plictiseala și lipsa de ocupație. Cât mai precoce are loc inițierea consumului de drog, cu atât mai malignă este evoluția dependenței și, respectiv, mai severe vor fi consecințele.

În literatura de specialitate sunt evidențiate 2 grupe de factori principali care conduc la consumul de cannabinoizi:

1) accentuările (dizarmoniile) caracterului, tulburările de personalitate, modificarea de tip organic a personalității, inițierea fumatului de tutun până la vârsta de 14 ani, consumul de alcool, alcoolismul și drog-dependența părinților, situațiile de conflict în familie, consumul precoce de medicamente și aflarea într-un mediu, în care se consumă canabinoizi.

2) traumele cranio-cerebrale grave, maladiile infecțioase și somatice, reacțiile neurotice și corelate cu stresul în anamnezic.

Prima grupă conduce la trecerea de la consumul episodic al drogului la cel sistematic și formarea pulsunii patologice, iar cea de a 2-a se reflectă asupra modificării tabloului clinic (manifestarea mai intensă a simptomelor postintoxicaționale și a celor de sevraj) și evoluției dependenței (evoluție malignă cu progrediență rapidă).

Motiv frecvent pentru a iniția consumul este și tendința de a imita, curiozitatea, în special în companiile unde se transmite țigara cu hașiș pe cerc.

Durata consumului episodic la adolescenți nu depășește 3-6 luni, apoi se instalează cel sistematic.

Ebrietatea la această vârstă este caracterizată printr-un efect euforizant redus, uscăciunea pronunțată a mucoaselor cavității bucale, vertij, frecvent greață și vomă. La adolescenți, în ebrietatea primară (primele cazuri de consum), pe prim plan se poziționează simptomatologia vegeta-

tivă, inhibiția psihomotorie, fenomenele de derealizare și cele senestopice, spre deosebire de adulți, la care pot fi prezente din start veselia și încântarea.

În perioada postintoxicațională sunt caracteristice labilitatea emoțională, irascibilitatea, epuizarea fizică și intelectuală, care durează cca. 2-4 ore. Ulterior, dacă efectul euforizant este prezent, foarte rapid se dezvoltă pulsiunea patologică pentru drog (atracția patologică).

Trecerea la consumul sistematic, este adeseori semnalată de creșterea cu aproximativ 400% a toleranței. Mai târziu, simptomele vegetative sunt schimbate de trăiri psihice plăcute de genul senzațiilor de căldură în tot corpul, ușurință, bucurie, mulțumire. Ebrietatea devine mai prelungită (ajungând până la 1-2 ore), timp în care, pacientul vede totul în culori vii, expresive, se accelerează fluxul de idei, după care urmează iritabilitatea, simptomatică astenică, dispoziția scăzută. Frecvent, chiar în etapa I de evoluție a dependenței, în caz de supradozare, mai ales la persoanele cu consecințe ale traumatismelor cranio-cerebrale se pot dezvolta stări de psihoză.

VII. PSIHOZELE PROVOCATE DE CANABINOIZI

În funcție de condițiile apariției stărilor psihotice pot fi evidențiate câteva tipuri de psihoză:

1. psihoze ce se dezvoltă în rezultatul supradozării;
2. psihoze ce apar în cadrul sevrajului;
3. psihoze canabice-intoxicaționale complicate în rezultatul combinării hașișului cu alte remedii (hipnotice, tranchilizante, opiacee, alcool ș.a.).
4. psihoze endogene (declanșarea schizofreniei) provocate de consumul de canabinoizi.

Psihozele canabice pe fondal de supradozare, mai frecvent, sunt de scurtă durată (de la ore până la 2-3 zile) și, au aspectul unor tulburări ale conștiinței (stări de delirium, oneiroid ori crepusculare). Concomitent, la consumatori pot fi prezente trăiri halucinatorii asociate cu tulburări psihosenzoriale. Starea emoțională oscilează între euforie și frică.

Psihoza pe fondal de abinență (în cadrul sevrajului) este asemănătoare celei metalcoolice, dar există și diferențe. În primul rând este vorba de un fondal somatic totalmente diferit. La consumatorii de cana-

bis, spre deosebire de alcooldependenți, adeseori lipsesc poliuria, tremorul general, ataxia, însă sunt prezente fenomenele simpaticotonice: midriază, uscăciunea gurii, hiposecreția lacrimară, tahicardie, paloarea tegumentelor, hiposecreție bronșică, voce răgușită, senzații de sufocare, tremor intern, cefalee musculo-tonică ș.a.. În aspect afectiv, lipsește umorul alcoolic brutal. Dispoziția este scăzută, pot fi prezente fenomenele senestopatice și cele psihosenzoriale (derealizare, depersonalizare, dismorfie corporală, etc.). La ieșire din starea psihotică, o perioadă de timp persistă astenia și pulsiunea patologică pentru drog. Amintirile despre psihoza suportată sunt incomplete, uneori poate fi prezentă pierderea memoriei cu referință la evenimentele curente și la perioada ce a urmat imediat după starea psihotică.

Tabloul clinic al psihozelor canabice intoxicaționale complexe depinde de remediul (hipnotic, tranchilizant, alcool, etc.) pe care consumatorul de cannabis la administrat concomitent cu marijuana. În cazul utilizării canabisului și a Trihexyphenidyl-ului (Cyclodol), starea psihotică poate fi similară sau identică cu deliriumul tremens clasic, manifestându-se cu: halucinații vizuale microscopice, zoologice, care sunt în permanentă mișcare, modificare (ca într-un film) și, de regulă, pacientul este participant activ al propriilor trăiri halucinatorii. Concomitent, în structura psihozei pot fi prezente episoade de oneiroid și paranoid.

Consumul de cannabis asociat cu Trihexyphenidyl (Parkopan) conduce la un tablou clinic mai polimorf, iar episoadele paranoide și oneiroide au o pondere mai mare în structura psihozei. Dereglările de conștiință au caracter alternant. Bolnavii văd imagini nereale, dar în cazul când sunt sustrași, înțeleg că ce văd sunt halucinații.

Asocierea hașișului cu tranchilizante conduce la psihoze cu dereglări afective evidente, sub formă de anxietate, frică, groază, agitație psihomotorie. Stările psihotice durează mai mult în timp. În structura psihozei pot fi simptome de schizofrenie. Există date conform cărora, THC poate provoca modificări similare schizofreniei. Structura psihozei poate fi polimorfă, manifestându-se sub aspectul diferitor sindroame psihopatologice: stări depresiv-hipocondriace, maniacale, halucinator-paranoide cu fenomene catatonice, stări de depersonalizare, tulburări de conștiință de tip amenzial sau amentiv-crepuscular, sindrom psihoorganic. Comun pentru acest tip de psihoze este tulburarea afectivității, labilitatea emoțională și dereglările de conștiință. Majoritatea psihozelor canabice schizofreniforme se remit complet.

Pe fondalul consumului de canabis se poate dezvolta un proces schizofren. În acest caz are loc tendința de compensare a modificărilor de personalitate procesuale care au fost prezente la începutul consumului (dorința „de a se învia”, de a-și reduce disconfortul intern, de a păstra relații formale cu cei din ambianță). Concomitent fumatul canabisului agravează simptomele “negative” (deficitare – atimie, apatie, apatie emoțională, anhedonie, tendința de a se izola de societate), contribuind la formarea unui comportament asocial și dezadaptativ. Simptomatologia psihopatologică a psihozei prezintă o combinație complexă de simptome atât endogene, cât și exogene. Ulterior psihoza se reduce la tulburări de tip endogen. Rapid se instalează simptomele deficitare („negative”), specifice schizofreniei (deregări de gândire, emoțional-voliționale) care conduc la izolarea socială a consumatorului. Paul Morrison, (2013) prezentând rezultatele unui studiu prospectiv (“Cannabis & Schizophrenia”) realizat în Finlanda de către Niemi-Pynttari J.A. și colab., (2013) pe un eșantion de 18.478 consumatori de canabis susține că, 46% [95% CI, 35-57%] dintre persoanele care au fost spitalizate pentru psihoză indusă de **canabis**, în următorii 8 ani de viață au dezvoltat schizofrenie.

VIII. TRATAMENTUL TULBURĂRILOR MINTALE ȘI COMPORTAMENTALE DATORATE UTILIZĂRII CANABINOIZILOR

Din start este necesar de explicat persoanei adevărul, deoarece există mituri precum că canabisul te ajută să te isprăvești în situații stresante, ridicând stima de sine și formând individualitatea. Este de luat în considerare că, de regulă se opun tratamentului „prieteni” și membrii grupului de consumatori.

În cazul dependenței de marihuana startul tratamentului poate să însemne parcurgerea unor etape: spitalizare/dezintoxicare, consiliere psihologică, recuperare psihologică și comportamentală într-o clinică sau într-un centru staționar, participarea la grupuri de suport pentru neconsumatori/abstinenți.

Sindromul de abstenență grav este motiv pentru a efectua terapie de dezintoxicare. Dezintoxicarea implică de regulă spitalizarea și reprezintă un set de intervenții medicale (în special administrarea de medica-

mente) cu scopul de a controla efectele intoxicației acute și de a diminua simptomele de sevraj (în sens larg, stare de rău fizic și psihic). Se acționează pentru eliminarea din organism a substanței față de care pacientul este dependent și pentru a ameliora stările neplăcute de ordin fizic și psihic, cauzate uneori de abuzul de substanță, iar alteori de sevraj. Prin programul de dezintoxicare nu se tratează alte aspecte ale dependenței precum: aspecte psihologice și sociale, remedierea relațiilor din familie și alte situații legate abuz sau dependență.

Consilierea psihologică este o formă de intervenție psihologică ce se adresează persoanelor sănătoase aflate într-o situație de impas cu privire la rezolvarea unor situații de criză de natură personală, familială, socială sau profesională. Consilierul îl ajută pe client să gestioneze o situație de criză și îl asistă în găsirea unei soluții la problema cu care se confruntă. În cazul persoanelor care doresc să pună stop dependenței, consilierul poate oferi răspunsuri la diverse întrebări despre dependență (cauze, factori favorizanți, efecte, consecințe, tratament) îndrumare, recomandare și sprijin pentru găsirea soluției sau metodei potrivite pentru startul unui program de recuperare. În cadrul ședințelor de consiliere psihologică se urmărește ca persoana consiliată să-și dezvolte motivație puternică și o strategie pentru atingerea obiectivului propus: ieșirea din cercul dependenței și prevenirea reluării consumului.

În întreaga lume, inclusiv și în Republica Moldova există Asociațiile Narcomanilor anonimi, în cadrul cărora persoanele dependente, care au reușit să depășească problema drogurilor și de mai mult timp nu-l mai consumă, acordă suport și susținere celor, care au decis să se elibereze de dependența de drog.

BIBLIOGRAFIE

1. Catalano RF, Hawkins JD, Wells EA, Miller J, Brewer D (1990). „Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention“. *The International Journal of the Addictions*.
2. Lichko A. E., Bitenski V. S. Adolescent narcology. – A manual for physicians. – Leningrad. Medicine, 1991. – 304 p.
3. Manual de Diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale. Asociația Psihiatrică Americană, Ediția a cincea DSM-5R, București, Editura Medicală Callisto, 2016, 995 p.
4. Niemi-Pynttari J.A., Sund R., Putkonen H., Vormo H., Wahlbeck K., Pirkola S.P. Substance-induced psychoses converting into schizophrenia: a register-based study of 18,478 Finnish inpatient cases. *J Clin Psychiatry* 2013;74(1):e94-9.
5. Newton NC, Teesson M, Vogl LE, Andrews G (2010). Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course. *British journal of addiction*, 105(4):749-59.
6. Pyatnitskaya I. N. General and particular narcology: A manual for physicians. – Moscow: Meditsina Publishers, 2008. – 640 p. ISBN 5-225-03329-6
7. Spear LP (June 2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 24 (4): 417–463.
8. www.ana.gov.ro
9. www.emcdda.europa.eu
10. www.emcdda.europa.eu/publications
11. www.unodc.org
12. Анохина, И.П. Биологические механизмы предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ / И.П. Анохина // Вопросы наркологии. 2008. - №3. - С. 59-67.
13. Бабаян, Э.А. Наркология / Э.А. Бабаян, М.Х. Гोनпольский. М.: Медицина, 1987— 336 с.
14. Битенский, В.С. Наркомании у подростков / В.С. Битенский, Б.Г. Херсонский, С.В. Дворяк, В.А. Глушков. Киев: Здоровья, 1989 - 216 с.
15. Гулямов, М.Г. Наркомания (клиника, диагностика, лечение, профилактика) / М.Г. Гулямов, А.В. Погосов. Душанбе: Ирфон. - 1987. - 112 с.
16. Гурвич, И.Н. Молодежная наркотизация / И.Н. Гурвич, М.М. Русакова, А.А. Яковлева / Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе. СПб, 2001. - С.32.
17. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М., МИКЛОШ, 2003, 215 с.

18. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1994. Том 1— 662 с., Том 2 - 528с.
19. Лукачер Г.Я., Ласкова Н.Б., Марсакова Г.Д. (1989) Неврологические изменения при наркоманиях. Некоторые проблемы наркоманий и токсикоманий (Сборник научных трудов). Ред.: Морозов Г.В. Москва, 1989.
20. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. СПб.: Речь, 2007. - 768 с.
21. Пятницкая И.Н., Клиническая наркология, Москва «Книга по требованию», 1975, 331 стр.

CUPRINS

I. Actualitatea problemei.....	3
II. Canabinoizii. Noțiuni generale.....	8
III. Manifestări clinice ale utilizării canabinoizilor.....	11
IV. Evoluția dependenței datorate utilizării canabinoizilor.....	16
V. Consecințele consumului de canabinoizi.....	21
VI. Consumul de cannabis la adolescenți.....	24
VII. Psihozele provocate de canabinoizi.....	28
VIII. Tratatamentul tulburărilor mentale și comportamen- tate datorate utilizării canabinoizilor.....	30
Bibliografie	32