

FARMACODEPENDENȚE (OBSERVAȚII CLINICE)

A. CÂRPA, I. DABIJA, I. COȘCIUG

Abstract:

The research performed on 141 patients dependent on psychoactive substances allowed to determine a series of factors with negative effect on the drug addiction development the main role among which play the biological and psychosocial factors. Personal clinical experience demonstrated high efficiency of the complex treatment including psychopharmacology, psychotherapy, ergotherapy, acupuncture and activities of socio professional, socio-familial, socio-cultural etc. reintegration.

Key words: psychoactive substances, dependence, psychopharmacology, psychotherapy.

Farmacodependențele reprezintă, actualmente, una dintre cele mai arzătoare probleme atât ale medicinei moderne, cât și ale societății în ansamblul ei. Acest fapt este determinat atât de extinderea rapidă a numărului de pacienți cu diverse farmacodependențe, cât și de „întinerirea” patologiilor respective, adică cel mai frecvent, diverse narcomanii și toxicomanii depistate la persoane tinere și adolescenți.

Din aceste motive, scopul lucrării prezente constă în studierea patologiei respective în baza datelor clinice pe municipiul Bălți, în sensul unui schimb de experiență referitor la soluționarea problemei date.

În Spitalul de Psihiatrie nr. 5, municipiul Bălți, pe parcursul anilor 2005-2008 au fost tratați 141 pacienți cu diagnosticul Narcomanie, Toxicomanie. Conform observațiilor noastre privind dependența de drogul administrat, toți pacienții au fost repartizați în trei grupe:

- în prima grupă care constă din 53 pacienți (37,7%) au fost incluși bolnavii ce foloseau substanțe narcotice propriu-zise (morfină, codeină, heroină, promedol, omnopon, decoct de mac, canabinoizi);
- a doua grupă au alcătuit-o pacienții cu toxicomanie, care foloseau substanțe psihoactive (tranchilizante, somnifere, barbiturice, psihostimulatori); aici au fost incluși 72 bolnavi (51,1%);
- grupa a treia au alcătuit-o pacienții care foloseau diverse substanțe și componenți chimici de uz casnic (solvenți, acetonă, benzină, dihidrofos, adezivi sintetici etc.). În total în această grupă, au intrat 16 pacienți (11,2%).

La pacienții din grupa I, cu diverse tipuri de narcomanie, se observă o dependență direct proporțională între starea de sevraj și durata narcomaniei. În tabloul clinic al stării de sevraj, la acești bolnavi, predominau algiile articulare și musculare, mai pronunțate fiind în mușchii regiunii lombare, mușchii și articulațiile membrelor inferioare. De asemenea, se înregistrau multiple dereglări vegetative sub formă de midriază, palpitații, cefalee, vertij, rinoree, lăcrimare. Majoritatea bolnavilor acuză dureri puternice localizate în diferite părți ale corpului, însoțite de disfuncții intestinale, diaree, meteorism, constipații. În statusul psihic, predomină anxietatea, neliniștea, frica, uneori deprimarea, iritabilitatea, nemulțumirea, agresivitatea, stările depresive însoțite de idei suicidare. În asemenea stare, pentru a-și ușura suferințele, pacienții căutau diferite motive și căi pentru a primi droguri, deveneau agitați, uneori evadau din spital. În continuare, se intensificau tulburările vegetative sub formă de frisoane, tahicardie – până la 140-150 bătăi pe minut, tensiunea arterială se mărea până la 160/80 – 190/100 bătăi pe minut, febră până la 38-39 grd. C; se înregistrau agripnii, care atingeau uneori gradul de insomnie îndelungată, rezistentă la tratament. Era posibilă depistarea

ceșexiei, hipotrofiei, distrofiei, a pielii uscate cu nuanță pământie, pe suprafața căreia erau multiple plăgi atroifice; pe traiectul venelor se vedeau urme cicatrizate de înțepături, precum și semne de tromboflebită; bolnavii arătau îmbătrâniți, istoviți, cufundați în propriile gânduri. La 2 pacienți, absolut toate venele erau trombozate și atrofiate, ei administrându-și stupefiante atât în scrot, cât și în penis. Se depistau dereglări somatice pronunțate, manifestate clinic prin hepatite toxice; tulburări cardiovasculare sub formă de aritmie, tahicardie paroxistică, extrasistole, colaps, mai rar infarct miocardic, pericardită sau endocardită. În cadrul sistemului digestiv dereglările apărute au fost: destrucția dinților, stomatite, gastrite, ulcere gastroduodenale necrotizante, colite cronice, hepato- și splenomegalie. În analiza generală a sângelui, predominante erau anemiile și leucopeniile.

Grupa a II-a care includea pacienți cu diverse toxicomanii, apărute în urma utilizării preparatelor cu acțiune psihotropă, era cea mai numeroasă și mai răspândită actualmente. Situația dată poate fi explicată prin faptul că tranchilizantele sunt cel mai frecvent întrebuințate fără controlul riguros al specialiștilor respectivi. Cel mai des, pacienții acestei grupe utilizau tranchilizante (diazepam, sexuden, bazon, elenium, alprazolam). Din datele anamnestice s-a depistat că, după întrebuințarea a 4-5 pastile de sexuden, bolnavii simțeau o stare de euforie, de dispoziție elevată, nu-și puteau găsi locul, aveau senzația de zbor, de imponderabilitate. La exterior, făceau impresia unei stări de ebrietate alcoolică, având mersul clătinat, mișcările necoordonate, fiind logoreici, cu dizartrie periodică. Tegumentele acestor pacienți erau palide, îndeosebi fața; pupilele midriatice, cu reacția la lumină abolită și întârziată; limba este uscată cu depozit alb-cenușiu, mucoasele cavității bucale sunt accentuat uscate. Tonusul muscular este scăzut, mai ales în mușchii membrelor inferioare. Spre finalul stării de ebrietate se înregistra un somn adânc sau o stare de extenuare fizică pronunțată, bolnavii declarând că mâinile și picioarele sunt „ca de vată“. În caz de suspendare a administrării necontrolate a diazepamului, starea psihică se ameliorează peste aproximativ 24 ore. Dacă substanța tranchilizantă era utilizată sistematic pe parcursul a mai mult de 6-8 luni, suspendarea bruscă a administrării acesteia provoca stări de sevraj. Pacienții deveneau agitați, cu dispoziție depresivă, insomnii și cu acuze de cefalee trenantă. La 2-3 zile de abstenență, apăreau fibrilații musculare în diferite grupe de mușchi, mai ales, în mușchii faciali și cei ai gambelor. Tegumentele deveneau palide, pupilele midriatice cu reacția la lumină diminuată. Unul dintre simptomele permanente și caracteristice era nistagmusul orizontal. Reflexele tendino-musculare erau accentuate iar cele abdominale diminuate, uneori abolite. Apărea tremorul degetelor mâinilor, hiperhidroză, tahicardie până la 100-120 contracții pe minut. Toate gândurile erau focusate spre a redobândi și reutiliza tranchilizantul. În cazuri mai grave, perioada de sevraj poate continua până la 1-2 și chiar 3 săptămâni. La pacienții care foloseau diazepam timp îndelungat (6-8 ani) se forma treptat un defect psihopatologic specific, asociat cu modificări organice ale personalității și tulburări intelectual-mnestice. La majoritatea era prezentă o astenie pronunțată care schimba radical structura personalității: deveneau irascibili, brutali în relațiile cu cei apropiați, manifestând o decădere etico-morală și o lipsă a capacității de muncă fizică și intelectuală. Un procent ridicat înregistra devieri de comportament, care în unele cazuri atingeau nivelul comportamentului delicvent sau antisocial.

A treia grupă o constituiau pacienții cu toxicomanii, care foloseau substanțe chimice de uz casnic, conținând solvenți, acetonă, benzină etc. Această grupă de toxicomanii a fost înregistrată la minorii cu vârsta de 10-15 ani și, mai rar, la adolescenții de 16-18 ani. În total, au fost internați pentru tratament 16 pacienți cu diferite tipuri de toxicomanie. Din spusele pacienților, inhalarea substanțelor toxice avea inițial loc în grupuri de câte 3-5 persoane, ulterior, inhalarea petrecându-se solitar. După aproximativ 5-7 zile de inhalatii, se forma o dependență psihică și apărea un anumit ritual de continuare a intoxicațiilor. Imediat după inhalarea substanțelor toxice, se instala o stare de confort psihic însoțită de euforie. Pacienții relatează despre o stare caracterizată prin senzația de dispariție a tuturor problemelor și emoțiilor negative. O inhalare a toxinelor de circa 3-5 minute provoca: apariția unui gust sălcu în cavitatea bucală, ușor vertij, urmată de apariția în cap a unui sunet repetitiv, asemeni ecoului. Ulterior, apăreau trăiri halucinatorii, de obicei, colorate în culori aprinse, vii, arzătoare, care-și schimbau nuanțele încontinuu și erau în continuă mișcare, ca într-un caleidoscop. Periodic, apare o percepție eronată a schemei corporale și tulburări de tipul derealizare-depersonalizare. Inhalatiile sistematice aveau durata de 20-30 minute, urmate de instalarea

unui somn adânc. Simptomele caracteristice pentru stările de sevraj survenite în urma intoxicațiilor sunt: disforie, cefalee, iritabilitate crescută, fatigabilitate, algii musculare, tulburări hipnice, grețuri, vărsături. Astfel de stări se mențin 3-4 zile după suspendarea inhalării substanței respective. Tulburările de dispoziție durau până la 1-2 săptămâni. Consecințele social-psihologice ale toxicomaniei se manifestau prin modificări ale personalității, instalarea sindromului psiho-organic cu predominanța simptomelor astenice, diminuarea capacității intelectuale, limitarea intereselor, perturbarea gândirii până la nivelul unei demențe organice. Pe parcursul examinării și tratamentului au fost analizate cauzele și factorii predispozanți ai utilizării stupefiantelor și diverselor toxine. S-a stabilit că factorii predispozanți pot fi multipli, însă un rol important îl dețin cei de origine psiho-biologică și, mai ales, socială.

Prima grupă de factori, ce pot facilita dezvoltarea unei narcomanii sau toxicomanii sunt factorii de origine ereditar-genetică, adică prezența tulburărilor mentale și/sau comportamentale la unul din părinți (alcoolism, narcomanie, toxicomanie, psihopatie, schizofrenie, epilepsie etc.) și/sau educația în familii incomplete (familii monoparentale sau prezența în familie a mamei sau a tatălui vitreg).

A doua grupă de factori predispozanți sunt cei care țin de educația incorectă de tipul cumirul familiei, când are loc satisfacerea momentană a tuturor cerințelor copilului, sau din contra, educația de tip Cenușăreasa, cu inhibarea tuturor dorințelor și inițiativelor copilului.

În a treia grupă de factori predispozanți pot fi incluse tulburările mentale de tip organic, tulburări de personalitate, retard mental, enurezis, balbism, infantilism etc.

A patra grupă de factori predispozanți, conform observațiilor noastre clinico-anamnestice, o alcătuiesc factorii sociali de rând cu politica statală, care ar veni să asigure evidența și lupta contra răspunderii nelegale a acestor substanțe în societate, să asigure condiții optime de odihnă și educație pentru tineret, să creeze cluburi, terenuri și săli de sport destinate reabilitării, să asigure încadrarea tineretului în câmpul muncii.

Referindu-ne la tratamentul pacienților cu narcomanie și/sau toxicomanie, putem menționa că el se acordă prin intermediul spitalelor și dispensarelor narcologice. Tratamentul în spital prevede câteva etape: în prima etapă se procedează la cuparea simptomelor de sevraj, a doua etapă ține de dezintoxicare și tratament simptomatic, a treia etapă constă în tratamentul stărilor astenice, disforice, depresive etc., iar a patra etapă prevede formarea concepțiilor și asocierilor negative față de substanțele psihoactive. Ultima etapă, a cincea, constă în reabilitarea socio-profesională, prevăzând reintegrarea pacientului în familie, societate, câmpul muncii.

În prima etapă a tratamentului: în caz de agitație, neliniște, încordare psihică, se administrează intramuscular sau intravenos aminazină, tizercină, azaleptină împreună cu soluții de dimedrol, pipolfen, suprastină etc., iar pentru a preveni stările de colaps – soluție de cordiamină, mezadon ș.a.; pentru a diminua algiiile musculare, articulare sau cu alte localizări, se administrează intramuscular analgină sau intravenos baralgină, spasmalgon de câte trei ori pe zi sau miorelaxante de tipul melictinei, condelfinei (în patru prize), care, blocând sinapsele neuromusculare periferice atenuează algiiile mușchilor și organelor interne. În caz de supradozaj al miorelaxantelor se administrează prozerină, galantamină ș.a. preparate cu acțiune anticholinesterazică. De asemenea, în stările de sevraj sunt, în mod frecvent, administrate ganglio-blocante de tipul pentaminei, dicolinei, dimecolinei care, substituind acetilcolina în ganglionii vegetativi înlătură simptome ca: palpitații, senzația de sufocare, tuse, grețuri, vărsături, diaree, algii cu localizare în organele interne. Pentru combaterea simptomelor vasomotorii ca: strănut, lăcrimare, rinoree, hipersalivație etc., se utilizează redinol, ciclodol, parcopan, romparkin ș.a.

A doua etapă a tratamentului constă în dezintoxicare și tratament simptomatic. În acest scop, mai frecvent se administrau soluții de tipul Haemodezi, Poliglucină, Reopoliglucină, Glucoză, Acesoili, Trissoili, ser fiziologic, soluție de Sulfat de Magneziu, Unitol, Tiosulfat de Natriu, vitamine din grupele B, PP.

În a treia etapă se efectuează tratamentul stărilor de astenie, disforie, depresie. În acest scop, mai frecvent, se utilizează, de regulă, în complex: doze hipoglicemice de insulină, stricnină, duplex, pantocrină, acid glutaminic, iar în cazul depresiilor amitriptilină, mianserină, trazodonă.

A patra etapă a tratamentului constă în formarea concepțiilor și asocierilor negative față de stupefiante și substanțele toxice. În această etapă, erau, în mod individual, recomandate diferite forme de psihoterapie, ergoterapie, reabilitare familială și socioprofesională etc. După externarea din spital pacienții erau transferați pentru evidență și tratament ambulator de susținere, medicilor narcologi din dispensarul psihonarcologic.

În baza celor expuse anterior putem extrage următoarele concluzii :

1. Narcomaniile și toxicomaniile cunosc, pe parcursul ultimului deceniu, o răspândire tot mai largă în Republica Moldova și în particular în municipiul Bălți;
2. Factorii predispozanți, în sensul dezvoltării narcomaniilor și toxicomaniilor sunt multipli, însă un rol important le revine celor de origine biologică și socială;
3. Experiența practică în acest domeniu demonstrează o eficacitate mai înaltă în tratamentul narcomaniilor și toxicomaniilor, atunci când este aplicat un tratament complex, ce include atât remedii psihofarmacologice, psihoterapeutice, ergoterapeutice, de acupunctură etc., cât și măsuri de reabilitare socioprofesională, socioculturală etc. cu reintegrarea acestor pacienți în societate.

BIBLIOGRAFIE:

1. Piatnitkaia, L.N, *Alcoolism, narcomanie, toxicomanie*, Moskva, Medițina, 1998
2. Nacu, A.G., Nacu, A. A., *Psihiatrie judiciară*, Chișinău, F.E.P. Tipografia Centrală, 1997
3. Oprea, N., Nacu, A., Revenco, M., *Psihiatrie*, Chișinău, Știința, 1994
4. Șelaru, M., Donciu, D., *Personalități patologice*, Editura Dosoftei, Iași, 1997
5. Ghelider, M., Gam, D., Melo, R., *Oxfordskoie rukovodstvo po psihiatrii*, Izdatelstvo Sfera, Kiev, 1997

A. CÂRPA – medic psihiatru,
Spitalul clinic de Psihiatrie nr. 5, mun. Bălți, Republica Moldova
I. DABIJA – medic psihiatru,
Spitalul clinic de Psihiatrie nr. 5, mun. Bălți, Republica Moldova
I. COȘCIUG – medic psihiatru,
Spitalul clinic de Psihiatrie nr. 5, mun. Bălți, Republica Moldova