



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA**

Tulburări mintale și de comportament datorate utilizării alcoolului

**Protocol clinic național
(Ediția V)**

PCN-20

Chișinău, 2025

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 30.09.2025, proces verbal nr. 3**
Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.1162 din 12.12.2025
**Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Tulburări mintale și de comportament
datorate utilizării alcoolului”, ediția V**

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
SUMARUL RECOMANDĂRILOR ȘI ACTUALIZĂRILOR	6
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	8
A.1. Diagnosticul. Exemple de formulare a diagnosticului clinic:	8
A.2. Codul bolii (CIM 10).....	8
A.3. Utilizatorii protocolului.....	9
A.4. Scopul protocolului	9
A.5. Obiectivele protocolului	9
A.6. Elaborat - 2008	9
A.7. Revizuit - 2025	9
A.8. Următoarea revizuire - 2030	9
A.9. Grupul de autori. Recenzenții. Structurile care au examinat, avizat și aprobat protocolul: ..	9
A.10. Definițiile folosite în document	11
A.11. Informația epidemiologică	13
B. PARTEA GENERALĂ	17
B.1. Nivelul de asistență medicală primară (medici de familie, asistenți medicali de familie, medici obstetricieni-ginecologi); Centrele Comunitare de Sănătate Mintală, Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor).....	17
B.2. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească (echipe AMU din cadrul CNAMUP/medici de urgență; UPU, CG/medici de urgență sau personal medical de gardă)	18
B.3. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (narcolog din secția consultativă a spitalelor raionale și DRN, psihiatru din centrul comunitar de sănătate mintală, servicii de reabilitare publice și private).....	19
B.4. Nivelul de asistență medicală spitalicească – secțiile de profil narcologic și psihiatric ale spitalelor raionale și municipale, UPU	22
C. CONDUITA TERAPEUTICĂ A PACIENTULUI	24
C.1. ALGORITMII DE CONDUIȚĂ	24
C.1.1. Screeningul și acțiunile privind utilizarea riscantă a alcoolului.....	24
C.1.2. Planificarea tratamentului	25
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	26
C.2.1. Clasificarea clinică.	26
C.2.2. Profilaxia	34
C.2.2.1. Factorii de risc	38
C.2.2.2. Screening-ul.....	39
C.2.3. Conduita pacientului	40
C.2.3.1. Anamneza	41
C.2.3.2. Examenul obiectiv (datele fizice și psihice)	43
C.2.3.3. Investigațiile paraclinice.....	62
C.2.3.4. Diagnosticul diferențial	66
C.2.3.5. Prognosticul	72

C.2.3.6.	Criterii de spitalizare	73
C.2.3.7.	Criterii de transfer de la un nivel de asistență medical la alt nivel.....	75
C.2.3.8.	Tratamentul.....	76
C.2.3.8.1.	Nemedicamentos	77
C.2.3.8.2.	Medicamentos.....	82
C.2.3.9.	Evoluția.....	101
C.2.3.10.	Supravegherea	102
C.2.3.11.	Reabilitarea.....	104
C.2.4.	Stările de urgență.....	108
C.2.5.	Complicațiile	115
D.	RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	117
E.	INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI CONFORM OBIECTIVELOR	120
	ANEXE	122
	ANEXA 1. Fișa standardizată de audit medical	122
	ANEXA 2. Ghid informativ privind asistența medicală oferită persoanelor cu tulburări mintale și comportamentale asociate consumului de alcool în Republica Moldova.....	124
	ANEXA 3. Testul pentru identificarea tulburărilor legate de consumul de alcool	126
	ANEXA 4. CAGE – testul de screening pentru consum problematic de alcool	129
	ANEXA 5. Testul MAST (Michigan Alcohol Screening Test)	130
	ANEXA 6. Scala scurtă de evaluare a Sevrăului indus de alcool (SAWS)	131
	ANEXA 7. Scala “The Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale Revised” (CIWA-Ar) de evaluare a modalității de retragere a alcoolului.....	132
	ANEXA 8. Interviu Motivațional.....	134
	ANEXA 9. Modele de planuri de reabilitare pentru tulburări legate de consumul de alcool ...	143
	ANEXA 10. Nivele de evidență și grade de recomandare	144
	BIBLIOGRAFIE	145

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AA – Alcoolici Anonimi
ABA – Applied Behavior Analysis
ADHD – Attention-deficit/hyperactivity disorder
ADN – Acid deoxiribonucleic
ALT – Alanine aminotransferaza
AMP – Asistența Medicală Primară
AMS – Asistența Medicală Spitalicească
AMSA – Asistența Medicală Specializată de Ambulator
AMT – Asociațiile Medical Teritoriale
AMU – Asistența Medicală Urgențe
AMUP – Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
AP – antipsihotic
APA – American Psychological Association
APC – adulți per capita
ASSIST – Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AST – Aspartate Aminotransferase (Aspartat aminotransferază)
AUD – Alcohol use disorder (Tulburarea consumului de alcool)
AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test
AVC – Accident Vascular Cerebral
BAL – Blood Alcohol Level (Nivelul de alcool în sânge)
BAP – British Association for Psychopharmacology
BPOC - Bronhopneumopatie obstructivă cronică
BZD – Benzodiazepine
CAGE - Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener
CAS – Concentrația Alcoolului în Sânge
CBT – Cognitive Behavioral Therapy
CCSM – Centru Comunitare de Sănătate Mintală
CDT – Carbohydrate Deficient Transferrin (Transferrina deficitară în carbohidrați)
CIM – Clasificarea Internațională a Maladiilor
CIWA - Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol
CT - Computed Tomography
DBT – Dialectical Behavior Therapy (Terapie dialectic-comportamentală)
DRN – Dispensarul Narcologic Republican
DSM – Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale.
ECG – electrocardiograma
ECSM – echipa comunitară de sănătate mintală
EEG – electroencefalograma
EMA - Agenția Europeană a Medicamentului
EPA – Expunerea Prenatală la Alcool
EtG – Ethyl Glucuronide (Metabolit al alcoolului)
EW – Encefalopatia Wernicke
FDA – Food and Drug Administration
GABA – Gamma-Aminobutyric Acid
GGT – Gamma-Glutamyl Transferase (Gama-glutamil transferază)
HDL - high-density lipoproteins
HDRS - Hamilton Rating Scale for Depression
HIV – human immunodeficiency viruses
IAA - Intoxicația acută cu alcool
ICD – International Classification of Diseases
IM – Interviu Motivațional
IMSP – Instituție Medico-Sanitară Publică
INR - International Normalized Ratio - Raportul Internațional Standardizat
ISRS - Inhibitorii Selectivi ai Recaptării Serotoninei
ÎARS - întrebările deschise, afirmațiile, reflecțiile și sumarizările

MAST - Michigan Alcohol Screening Test
 MCV - Volumul eritrocitar mediu
 MI – Motivational Interviewing
 MMSE – Mini Mental State Examination
 MS – Ministerul Sănătății
 NB – Nota Bene
 NICE – National Institute for Health and Care Excellence
 NMDA – N-methyl-D-aspartate
 NNT – Numărul de pacienți necesar de tratat
 NSW – Ghidul Australian din New South Wales
 NEJM – New England Journal of Medicine
 OCDE - Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică
 OMS – Organizația Mondială a Sănătății
 PCN – Protocol Clinic Național
 PEth – Phosphatidylethanol (Fosfatidiletanol)
 PTSD – Postr Traumatic Stress Disorder
 REBT - Rational Emotive Behavior Therapy
 RMN – Rezonanță magnetică nucleară
 SADQ – Severity of Alcohol Dependence Questionnaire
 SAF - Sindromul alcoolic fetal
 SAWS - Short alcohol withdrawal scale
 SCID - Structured Clinical Interview for DSM Disorders
 SD – Standard Deviation
 SEP - Sindrom extrapiramidal
 SIDA – sindromul imunodeficienței umane dobândite
 SMSC - Sindromul morții subite a copilului
 SNC – Sistemul Nervos Central
 SPA – Substanță Psihoactivă
 SSRI – Selective Serotonine Reuptake inhibitors
 SUA – Statele Unite ale Americii
 TA – Tensiunea Arterială
 TAB – Tulburare Afectivă Bipolară
 TB - Tuberculoză
 TCC - Terapie Cognitiv-Comportamentală
 TGO - transaminaza glutamic-oxaloacetică (AST)
 TGP - transaminaza glutamic-piruvică (ALT)
 GGT - gama-glutamil transferaza TI
 STAF - Spectrul tulburărilor alcoolice fetale
 UE – Uniunea Europeană
 UPU – Unitatea de Primiri Urgențe
 USMF – Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
 VSH - Viteza de sedimentare a hematiilor
 WHO – World Health Organization
 WKS – Sindromul Wernicke-Korsakoff

SUMARUL RECOMANDĂRILOR ȘI ACTUALIZĂRILOR

1. Tulburările mintale și de comportament asociate consumului de alcool reprezintă un spectru de afecțiuni caracterizate prin utilizarea repetată sau continuă a alcoolului, în ciuda consecințelor negative asupra sănătății fizice, psihice și sociale. Acestea includ intoxicația acută, sindromul de sevraj, consumul nociv și dependența de alcool, care este definită prin pierderea controlului asupra consumului, toleranță crescută și sevraj la întrerupere.
2. Consumul abuziv de alcool poate duce la tulburări afective (anxietate, depresie), tulburări cognitive (scăderea capacității de concentrare, memorie afectată), comportamente impulsive și agresive, dificultăți în relațiile sociale și profesionale, precum și la deteriorarea funcționalității generale, crescând rata mortalității și morbidității prin boli cronice, traumatisme și suicid.
3. Consumul de alcool reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, cu o prevalență ridicată în Europa de Est, iar Republica Moldova se numără printre țările cu cele mai înalte niveluri de consum per capita. Deși bărbații continuă să fie cei mai afectați, în ultimii ani s-a observat o creștere semnificativă a consumului în rândul femeilor și al tinerilor.
4. Consumul de alcool este constatat tot mai frecvent în rândul adolescenților și este asociat cu afectarea dezvoltării neurocognitive, risc crescut de comportamente sexuale nesigure, accidente și violență. Lipsa maturizării funcțiilor executive face ca adolescenții să fie mai vulnerabili la efectele neurotoxice ale alcoolului.
5. Consumul de alcool la femeile însărcinate, indiferent de cantitate, este contraindicat. Expunerea prenatală poate duce la sindromul alcoolic fetal, tulburări de dezvoltare fizică și intelectuală și risc crescut de avort spontan sau naștere prematură.
6. Tulburarea legată de consumul de alcool are o etiologie multifactorială, care include: *predispoziția genetică; factorii psihologici și de sănătate mintală; factorii sociali și de mediu.*
7. Modelele de consum, nu doar cantitatea totală de alcool ingerată, reprezintă factori de risc esențiali. Printre cele mai periculoase tipare se numără consumul excesiv episodic (binge drinking), consumul zilnic în doze mari și inițierea timpurie a consumului de alcool.
8. Diagnosticul tulburărilor legate de consumul de alcool se bazează pe criterii clinice și pe observația comportamentului de consum. *ICD-10* clasifică tulburările asociate alcoolului în: intoxicație acută (F10.0), sevraj (F10.3), tulburare psihotică indusă (F10.5), consum dăunător (F10.1) și sindrom de dependență (F10.2). *ICD-11* continuă clasificarea pe baza tipurilor de afectare, cu accent pe severitatea și contextul consumului, introducând concepte precum "tulburare din cauza utilizării nocive" și "tulburare de dependență". *DSM-5* grupează toate aceste manifestări sub denumirea de "tulburare legată de consumul de alcool", clasificată în forme ușoară, moderată și severă, în funcție de numărul criteriilor diagnostice îndeplinite.
9. Asistența medicală primară are un rol esențial în depistarea timpurie a consumului problematic de alcool și în inițierea intervențiilor scurte. Medicul de familie evaluează tiparul de consum, identifică semnele precoc ale dependenței și oferă consiliere motivațională, îndrumând pacienții spre servicii specializate. Monitorizarea continuă, suportul psiho-educational și implicarea familiei sunt componente importante ale intervenției la acest nivel.
10. Centrele comunitare de sănătate mintală oferă suport interdisciplinar prin echipe formate din psihiatri, psihologi, asistenți sociali și alți specialiști. Evaluarea este comprehensivă și include atât starea psihică, cât și contextul social și familial al pacientului. Planul de intervenție este individualizat și poate cuprinde psihoterapie, managementul farmacologic, suport psiho-social, terapie ocupațională și reintegrare comunitară.
11. În cazurile severe, când pacientul prezintă sindrom de sevraj acut cu dereglări asteno-vegetative, somato- neurologice, tulburări psihice etc., este necesară spitalizarea. Tratamentul include detoxifierea supravegheată medical, stabilizarea stării psihice și inițierea medicației ce contribuie la diminuarea dependenței fizice și psihice. Spitalizarea oferă un cadru sigur pentru gestionarea complicațiilor și pentru evaluarea complexă a pacientului.

12. Stările de intoxicație acută, sevraj sever (inclusiv delirium tremens), tentative suicidare sau stări de agitație psihomotorie necesită intervenție medicală de urgență. Echipile de urgență asigură stabilizarea funcțiilor vitale, controlul simptomelor acute și transportul în siguranță către unități specializate.
13. Profilaxia tulburărilor legate de consumul de alcool constă în măsuri de prevenire a inițierii sau agravării consumului nociv, prin educație, informare și sprijin psihosocial. Aceasta vizează atât populația generală, cât și grupurile vulnerabile, precum adolescenții sau persoanele expuse stresului. Implicarea cadrelor medicale, a școlii și a comunității este esențială pentru reducerea riscurilor și promovarea unui stil de viață sănătos.
14. Instrumentele de screening sunt utile în identificarea precoce a consumului problematic de alcool, în special în cadrul asistenței primare. Cele mai frecvent utilizate sunt: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test); CAGE; CIWA-Ar; ASSIST; MAST. Conform OMS, screening-ul pentru consumul de alcool este o intervenție de sănătate publică eficientă și cost-eficientă în reducerea poverii bolilor asociate alcoolului. Utilizarea acestor scale facilitează trierea pacienților și orientarea către servicii specializate.
15. Examinarea pacientului cu tulburări mintale și comportamentale asociate consumului de alcool presupune parcurgerea unor pași esențiali: evaluarea clinică psihiatrică, somatică și neurologică, obținerea de informații suplimentare din surse obiective (rude, prieteni, colegi), realizarea examenului clinico-psihologic și efectuarea investigațiilor paraclinice, inclusiv consulturi medicale de specialitate, în funcție de simptomele somatice sau neurologice predominante.
16. Diagnosticul diferențial al tulburărilor mintale și de comportament asociate consumului de alcool implică distingerea acestora de alte afecțiuni psihiatrice primare, cum ar fi tulburările afective, schizofrenia sau tulburările de personalitate. Este esențială evaluarea temporalității simptomelor în raport cu consumul de alcool, analiza antecedentelor personale și familiale, precum și excluderea altor cauze organice sau toxice. Colaborarea interdisciplinară și utilizarea investigațiilor paraclinice contribuie la stabilirea unui diagnostic corect.
17. Intervențiile psihosociale reprezintă un element esențial în tratamentul tulburărilor legate de consumul de alcool, contribuind semnificativ la reducerea recăderilor și la susținerea procesului de recuperare. Printre acestea, consilierea motivațională are rolul de a stimula dorința de schimbare și de a crește complianța pacientului la tratament. Terapia cognitiv-comportamentală (CBT) ajută la identificarea și corectarea tiparelor de gândire și comportament care susțin consumul de alcool. De asemenea, terapia de grup și participarea la grupuri de suport, precum Alcoolicii Anonimi, oferă sprijin emoțional și modele pozitive de abținere. Terapia familială are un rol important în corectarea dinamicii disfuncționale din mediul apropiat al pacientului și în consolidarea rețelei sale de sprijin. Alegerea și personalizarea acestor intervenții trebuie să țină cont de severitatea consumului, vârsta pacientului, nivelul de motivație și resursele disponibile.
18. Tratamentul medicamentos al tulburărilor mintale și de comportament legate de consumul de alcool urmărește reducerea consumului, prevenirea recăderilor și tratarea simptomelor asociate. În faza acută, benzodiazepinele sunt utilizate pentru controlul sevrajului, alături de suplimentarea cu Thiamini hydrochloridum pentru prevenirea complicațiilor neurologice. După stabilizare, se pot introduce medicamente de întreținere precum Naltrexonum*, Acamprosatum* sau Disulfiramum, care reduc pofta de alcool sau creează reacții aversive. În prezența comorbidităților psihiatrice, se pot administra antidepressive sau alte psihotrope, cu monitorizare atentă. Tratamentul trebuie adaptat fiecărui pacient și asociat cu intervenții psihosociale pentru eficiență crescută.
19. Externarea pacientului se recomandă după însănătoșire și/sau ameliorarea sănătății și formarea motivațiilor social adecvate precum și respectarea modului sănătos de viață. Extrasul, va conține obligatoriu, diagnosticul exact detaliat în conformitate cu clasificarea tulburărilor mintale și de comportament, rezultatele investigațiilor efectuate, recomandările explicite pentru pacienți, programul psihoterapeutic de susținere și recomandările pentru medicul de familie.
20. Evoluția dependenței de alcool variază de la o persoană la alta și este influențată de factori biologici, psihologici și sociali. În absența unei intervenții, boala tinde să aibă un parcurs progresiv și cronic.

Totuși, cu un tratament adecvat și un sprijin susținut, mulți pacienți pot atinge perioade lungi de remisie. Procesul de recuperare psihosocială implică reintegrarea în familie, la locul de muncă și în viața comunității, necesitând sprijin psihologic constant, evitarea factorilor care pot declanșa recăderea și accesul la rețele de suport și servicii sociale. Reabilitarea trebuie să fie centrată pe nevoile individuale ale pacientului, urmărind promovarea autonomiei, funcționării optime și creșterea calității vieții.

21. Monitorizarea continuă este esențială în atingerea obiectivelor terapeutice, sub coordonarea medicului narcolog și cu implicarea unei echipe multidisciplinare, atunci când este necesar. Aceasta poate include: medicul de familie, psihiatru, psiholog, psihoterapeut, nutriționist, jurist și asistent social. Vizitele periodice permit evaluarea evoluției pacientului și ajustarea tratamentului medicamentos și a intervențiilor psihosociale. Abordarea integrată contribuie semnificativ la menținerea abstenenței, prevenirea recăderilor și reintegrarea socială a pacientului.
22. După inițierea tratamentului medicamentos, se recomandă vizite frecvente pentru sprijin și monitorizare, ideal săptămânal în prima lună, apoi lunar. Pe măsură ce pacientul se stabilizează, intervalul dintre vizite poate fi extins la 3–6 luni. Frecvența controalelor variază în funcție de durata remisiunii: lunar în primul an, trimestrial între 1–2 ani, semestrial între 2–3 ani. După 3 ani de remisie susținută, pacientul poate fi scos din supravegherea medicală, în funcție de severitatea cazului.

PREFAȚA

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru, constituit din reprezentanții IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, Catedra de Sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie a USMF „Nicolae Testemițanu”, cu suportul proiectului moldo-elvețian MENSANA – „Suport pentru reforma serviciilor de sănătate mintală în Moldova”.

Proiectul moldo-elvețian MENSANA este implementat de Institutul Trimbos (Institutul Național de Sănătate Mintală și Adicții din Olanda), Luzerner Psychiatrie (Serviciile de Sănătate Mintală din Lucerna, Elveția) și Liga Română pentru Sănătate Mintală, conform necesităților de reformare stabilite de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova.

Protocolul clinic național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind alcoolismul cronic la persoanele și poate servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor clinice instituționale, reieșind din posibilitățile reale ale fiecărei instituții. La recomandarea Ministerului Sănătății pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. DIAGNOSTICUL. EXEMPLE DE FORMULARE A DIAGNOSTICULUI CLINIC:

1. Alcoolism cronic gradul I, evoluție latentă, consum sistematic. Sindrom de sevraj acut cu dereglări somato-vegetative;
2. Alcoolism cronic gradul II, evoluție medie, consum sistematic. Sindrom de sevraj acut cu dereglări somato-vegetative și neurologice. Componenta convulsivă;
3. Alcoolism cronic gradul III, evoluție avansată: Sindrom de sevraj acut cu dereglări psihoorganice. Delirium tremens;

A.2. CODUL BOLII (CIM 10)

F10.0 – F10.9

F10.0 - Tulburări mintale și de comportament datorate folosirii alcoolului . Intoxicație acută;

F10.3 - Starea de sevraj;

F10.4 - Starea de sevraj cu delir;

F10.5- Tulburare psihotică;

F10.6 - Sindromul amnesic;

F10.7 - Tulburarea psihotică reziduală și cu debut tardiv;

F10.8 - Alte tulburări mentale și de comportament;

F10.9 - Tulburări nespecificate mentale si de comportament;

Q86.0 – Sindromul alcoolic fetal

A.3. UTILIZATORII PROTOCOLULUI

1. Prestatorii de servicii de AMP (medici de familie, asistenți medicali de familie, medici obstetricieni-ginecologi; specialiștii Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală și Centrelor de Sănătate Prietenos Tinerilor)
2. Prestatorii de servicii de AMSA (medici psihiatri, neurologi, narcologi, psihoterapeuți, psihologi)
4. Prestatorii de servicii de AMUP (medici de urgență, asistenți medicali de urgență);
3. Prestatorii de servicii de AMS (medici psihiatri, neurologi, narcologi, psihoterapeuți, psihologi din spitale de psihiatrie/secții psihiatrice);

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști, inclusiv psihologi și pedagogi din instituțiile de învățământ.

A.4. SCOPUL PROTOCOLULUI

Creșterea calității asistenței medicale în tulburările mintale și de comportament asociate consumului de alcool, asigurarea continuității serviciilor oferite, fortificarea încrederii personalului medical în rezultatul actului medical și evitarea unei conduite suboptimele.

A.5. OBIECTIVELE PROTOCOLULUI

1. A spori măsurile profilactice în domeniul prevenirii dependenței față de alcool la persoanele cu risc sporit;
2. A depista persoane dependente în stadiile timpurii ale alcoolismului;
3. A spori numărul pacienților care au beneficiat de asistența medicală spitalicească privind tratamentul dependenței față de alcool;
4. A spori numărul pacienților care au beneficiat de tratament antirecidivant în condiții de ambulator;
5. A spori numărul pacienților încadrați în reabilitarea psihosocială pentru schimbarea comportamentului dependent, crearea motivației negative față de alcool și recuperarea relațiilor interpersonale, familiale și profesionale;
6. A spori eficacitatea tratamentului pacienților cu dependență alcoolică.

A.6. ELABORAT - 2008

A.7. REVIZUIT - 2025

A.8. URMĂTOAREA REVIZUIRE - 2030

A.9. GRUPUL DE AUTORI. RECENZENȚII. STRUCTURILE CARE AU EXAMINAT, AVIZAT ȘI APROBAT PROTOCOLUL:

Prenume, Nume	Funcția, instituția
<i>Ghenadie Zaporojan</i>	vicedirector medical, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
<i>Alexandru Marandici</i>	șef secție, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
<i>Jana Chihai</i>	dr. hab. șt. med., conf.univ., șef Catedră de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Anatol Nacu</i>	dr. hab. șt. med., prof. univ., Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Ion Coșciug</i>	dr. șt. med., conf.univ., Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Inga Deliv</i>	dr. șt. med., conf.univ., Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Valentin Oprea</i>	dr. șt. med., conf.univ., Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Prenume, Nume	Funcția, instituția
Igor Nastas	dr. șt. med., conf.univ., Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Larisa Boronin	dr. șt. med., conf.univ., Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Grigore Garaz	asist. univ., Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Alina Bologan	asist. univ., Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Andrei Eșanu	asist. univ., Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Cornelia Adeola	asist. univ., Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Recenzenți:

Dumitru Șișcanu – dr. șt. med., medic obstetrician-ginecolog, IMSP SCM „Gheorghe Paladi”

Lilia Fiodorova – medic psihiatru-narcolog, , IMSP Dispensarul Republican de Narcologie

Protocolul a fost examinat și aprobat de:

Denumirea structurii/instituției	Persoana responsabilă/funcția
Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Chihai Jana dr. hab. șt. med., conf.univ., șef catedră
Comisia științifico-metodică de profil „Sănătate mintală și Psihologie”	Chihai Jana dr. hab. șt. med., conf.univ., președinte
Catedra de medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	Anatolie Vișnevschi , dr. hab. șt. med, prof. univ., șef catedră
Catedra de farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	Nicolae Bacinschi , dr. hab. șt. med, prof. univ., șef catedră
Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Ghenadie Curocichin , dr. hab. șt. med, prof. univ., șef catedră
Comisia de specialitate în Neonatologie a Ministerului Sănătății	Larisa Crivceanscaia , dr. hab. șt. med, prof. univ., președintă
Catedra de Urgențe Medicale „Gheorghe Ciobanu”, USMF „Nicolae Testemițanu”	Larisa Rezneac , conf. univ., șefă catedră
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	Iuliana Albu , director general
Agenția Națională pentru Sănătate Publică	Nicolae Jelamschi , director
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Ion Dodon , director general
Consiliul Național de Evaluare și creditare în sănătate	Valentin Mustea , director
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	Aurel Grosu , dr. hab. șt. med., prof.univ., președinte

A.10. DEFINIȚIILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

Caseta 1. Definiția generală

De-a lungul anilor, diverși termeni au fost utilizați pentru a desemna abuzul de substanțe psihoactive. De exemplu, termenul dependență a fost și este folosit în două moduri, atunci când se discută despre tulburările legate de consumul de substanțe. În dependența comportamentală, accentul este pus pe activitățile de căutare a substanțelor și pe dovezile asociate unor tipare patologice de consum, în timp ce dependența fizică se referă la efectele fizice (fiziologice) ale consumului repetat de substanțe. Dependența psihologică, cunoscută și sub denumirea de obișnuință, se caracterizează printr-o dorință continuă sau intermitentă pentru substanță, cu scopul de a evita o stare disforică sau sevraj. Dependența comportamentală, fizică și psihologică reprezintă elementele definitorii ale tulburărilor legate de consumul de substanțe. Strâns legate de termenul de dependență sunt noțiunile adicție și dependent.

Alcoolul este o substanță psihoactivă și toxică care produce dependență. Consumul de alcool se referă la ingestia de băuturi care conțin etanol (alcool etilic), o substanță psihoactivă cu potențial de dependență. Acesta poate varia de la uz ocazional până la consum cronic sau abuziv.

Abuz reprezintă utilizarea oricărui drog, de obicei prin auto-administrare, într-un mod care se abate de la tiparele sociale sau medicale acceptate.

Abuz de alcool este un model (pattern) maladaptativ al utilizării alcoolului, care conduce la o suferință sau disfuncție semnificativă clinic, manifestat prin cel puțin unul dintre următoarele criterii: probleme cu îndeplinirea obligațiilor la școală, la locul de muncă sau în familie; utilizare recurentă în situații primejdioase (de exemplu, șofatul); probleme legale repetate, ca o consecință a utilizării alcoolului; continuarea utilizării, în ciuda consecințelor prejudiciante sociale, interpersonale (de exemplu, certuri cu soția din cauza stării de intoxicație, confruntări fizice), provocate/exacerbate de utilizarea alcoolului. Toleranța și sevrajul trebuie să fie absente, iar simptomele trebuie să nu fi întrunit niciodată criteriile pentru dependență de altă substanță.^{1 2}

Adicție se referă la utilizarea repetată și în cantități crescânde a unei substanțe, a cărei lipsă provoacă simptome de suferință și o dorință irezistibilă de a o consuma din nou, ducând totodată la deteriorare fizică și mentală.

Codependență este un termen folosit pentru a desemna membrii familiei afectați de comportamentul consumatorului de substanțe sau care influențează acest comportament. Este legat de termenul persoană favorizantă (enabler), care este o persoană ce facilitează comportamentul adictiv al consumatorului (de exemplu, oferindu-i direct droguri sau bani pentru a le cumpăra). Favorizarea include, de asemenea, refuzul unui membru al familiei de a accepta că adicția este o tulburare medico-psihiatrică sau de a recunoaște că persoana respectivă consumă o substanță.³

Consumul compulsiv de alcool (binge drinking) – este definit drept un model de utilizare de alcool care determină o alcoolemie de minimum 0,08% sau 0,08 g/dl (echivalentul a peste 4-5 unități de alcool ingerate în două ore).

Consum excesiv (heavy alcohol use) este reprezentat de ingestia a 4 sau mai multe unități de alcool într-o zi pentru bărbați (sau peste 14 unități pe săptămână), respectiv 3 sau mai multe unități de alcool într-o zi pentru femei (sau peste 7 unități pe săptămână).⁴

Consumul total de alcool este definit ca și cantitatea totală (înregistrată + neînregistrată) de alcool consumată per adult (15+ ani) pe parcursul unui an calendaristic, în litri de alcool pur sau adulți per capita total (APC total), ajustat pentru consumul turistic.

Consumul înregistrat de alcool se referă la statistici oficiale (producție, import, export și date privind vânzările sau impozitarea), în timp ce consumul de alcool neînregistrat se referă la alcoolul care nu este impozitat și se află în afara sistemului obișnuit de control guvernamental.

Proporția celor care consumă episodic alcool în cantități excesive este definită ca ponderea adulților cu vârsta de 18 ani și peste care au raportat un consum de 60 g sau mai mult de etanol pur (echivalent cu 6 băuturi sau mai mult) într-o singură ocazie în ultimele 30 de zile.⁵

Dependență este utilizarea repetată a unui drog sau a unei substanțe chimice, cu sau fără dependență fizică. Dependența fizică indică o stare fiziologică modificată cauzată de administrarea

repetată a unui drog, a cărei întrerupere duce la apariția unui sindrom specific. Dependența este evidentă după cel puțin 12 luni, dar diagnosticul poate fi pus dacă uzul alcoolului este continuu, zilnic/aproape zilnic, pentru cel puțin o lună.

Intoxicație - un sindrom reversibil cauzat de o substanță specifică (de exemplu, alcoolul) care afectează una sau mai multe dintre următoarele funcții mentale: memorie, orientare, dispoziție, judecată și funcționare comportamentală, socială sau profesională.

Intoxicația acută este o stare tranzitorie ce urmează administrării alcoolului și care are ca rezultat perturbări la nivelul câmpului de conștiință, ale cogniției, percepției, afectului și comportamentului, precum și ale altor funcții și răspunsuri fiziologice.⁶

Neuroadaptație - modificări neurochimice sau neurofiziologice în organism, rezultate în urma administrării repetate a unui drog. Neuroadaptația explică fenomenul de toleranță. Adaptația farmacocinetică se referă la adaptarea sistemului de metabolizare al organismului. Adaptația celulară sau farmacodinamică se referă la capacitatea sistemului nervos de a funcționa în ciuda nivelurilor ridicate ale substanței respective în sânge.

Nevoia intensă (craving) este dorința nestăpânită sau nevoia urgentă de a consuma alcool și se poate manifesta în orice moment, dar apare cu probabilitate mai mare atunci când individul se află într-un mediu în care a obținut sau consumat anterior alcoolul. S-a arătat că nevoia intensă (craving) are la bază condiționarea clasică și se asociază cu activarea structurilor cerebrale specifice de recompensă. Nevoia intensă este depistată întrebând individul dacă au existat momente în care a simțit o presiune atât de mare să consume alcool, încât nu s-a mai putut gândi la nimic altceva. Nivelul actual al nevoii intense este adesea utilizat ca o măsură a eficienței tratamentului, deoarece poate fi un indicator al iminenței recăderii.⁷

Sevraj - un sindrom specific unei substanțe, care apare după oprirea sau reducerea consumului unei substanțe utilizate regulat pe o perioadă îndelungată. Sindromul se caracterizează prin semne și simptome fiziologice, alături de modificări psihologice, cum ar fi tulburări de gândire, trăire emoțională și comportament. Este cunoscut și sub denumirile de sindrom de abinență sau sindrom de întrerupere.

Sevrăjul la alcool se caracterizează prin simptome de sevraj care se dezvoltă în decurs de aproximativ 4-12 ore după reducerea consumului care urmează unei ingestii prelungite, masive de alcool.

Sindromul alcoolic fetal (SAF), este o tulburare severă și ireversibilă congenitală care apare la copii născuți de mame care au consumat alcool în timpul sarcinii. Acesta provoacă leziuni la nivelul creierului și alte probleme de dezvoltare, inclusiv modificări fizice, cognitive și de comportament.^{8 9 10}

Toleranță - fenomen în care, după administrări repetate, o doză dată de drog produce un efect diminuat sau sunt necesare doze tot mai mari pentru a obține același efect ca cel inițial. Toleranța comportamentală reflectă capacitatea persoanei de a îndeplini sarcini în ciuda efectelor drogului.

Toleranță încrucișată se referă la capacitatea unui drog de a fi substituit cu altul, fiecare producând de obicei același efect fiziologic și psihologic. Cunoscută și sub denumirea de dependență încrucișată.

Tulburarea consumului de alcool este o afecțiune medicală cronică și recurentă caracterizată de o combinație de simptome comportamentale și fizice care cuprind sevrajul, toleranța și dorința intensă (craving). Criteriul principal al tulburărilor consumului de substanțe constă într-un ansamblu de simptome cognitive, comportamentale și fiziologice care arată că individul continuă să consume substanța în ciuda problemelor semnificative provocate de aceasta.

Utilizare necorespunzătoare (Misuse), este similară cu abuzul, dar se referă de obicei la remedii (substanțe, medicamente) prescrise de medici care nu sunt utilizate corespunzător.

Utilizare nocivă este un model (pattern) de consum care afectează sănătatea la nivel somatic (ca în cazul hepatitei după administrarea de droguri) sau la nivel psihic (de exemplu, episoade depresive secundare consumului masiv de alcool).¹¹

A.11. INFORMAȚIA EPIDEMIOLOGICĂ

Alcoolul este substanța de abuz cea mai larg disponibilă și cea mai acceptabilă cultural. Consumul de alcool reprezintă o problemă majoră de sănătate publică la nivel global, având implicații semnificative asupra sănătății individuale și colective.

Sistemul global de informare privind alcoolul și sănătatea este un instrument esențial pentru evaluarea și monitorizarea sănătății și a tendințelor legate de consumul de alcool, daunele cauzate de alcool și planurile politice specifice naționale.

Consumul nociv de alcool duce la moartea a 2,6 milioane de oameni anual, la apariția a 230 de tipuri diferite de boli și totodată acesta afectează bunăstarea și sănătatea altor persoane din familie.

În 2019, consumul total de alcool la nivel mondial a fost de 5,5 litri alcool pur per persoană de 15 ani și peste. Consumul neînregistrat reprezintă 21% din consumul total la nivel mondial.

Consumul nociv de alcool este responsabil pentru 4,7% din povara globală a bolii, 6,9% pentru bărbați și respectiv 2,0% femei.

Populațiile vulnerabile au rate mai mari de mortalitate și spitalizare legate de consumul nociv de alcool.

Consumul de alcool este una dintre cauzele principale de deces și invaliditate la nivel mondial, în special în rândul persoanelor active. Tinerii sunt afectați în mod disproporționat de consumul de alcool: cea mai mare proporție de decese atribuibile consumului de alcool - 13 % - în 2019 a fost în rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 20 și 39 de ani.¹²

Copii și adolescenții reprezintă o populație în mod particular la risc, datorită percepției inadecvate asupra consecințelor consumului de alcool. Aproximativ 80% din tinerii de 15-16 ani au consumat alcool cel puțin o dată în viață (8 din 10 băieți, 7 din 10 fete); 35% au un consum episodic excesiv - $\geq$ de 5 porții la bărbați sau 4 porții la femei (4 din 10 băieți, 3 din 10 fete); 50% au început să bea de la vârsta de 13 ani (6 din 10 băieți, 4 din 10 fete), o treime din decesele tinerilor de 11-15 ani se produc prin accidente rutiere datorate alcoolului; 12% au probleme cu prietenii sau familia, rezultate slabe la școală; 8% au comportamente de risc (sexual, delinvență, violență). Vârsta medie la care adolescenții încep să bea este 14 ani, numărul băieților care consumă alcool dublându-se până la vârsta majoratului. Cei mai vulnerabili la efectele alcoolului sunt adolescenții care încep să bea înainte de a împlini 15 ani. Aceștia au un risc de patru până la șapte ori mai mare de a deveni dependenți de alcool față de adolescenții care încep să bea după vârsta de 17 ani. Pe perioada adolescenței, cu fiecare an câștigat fără consum de alcool, riscul dependenței scade în medie cu 10 %.^{13 14 15}

Consumul de alcool în cantitate mare este un factor major de risc pentru bolile cardiovasculare, ciroza hepatică și anumite tipuri de cancer, dar chiar și consumul moderat de alcool sau consumul în cantitate mică crește riscul pe termen lung pentru aceste boli. Alcoolul contribuie, de asemenea, la mai multe accidente rutiere, răniri, violență, omucideri, sinucideri și tulburări de sănătate mintală decât orice altă substanță psihoactivă, în special în rândul tinerilor.

Bolile și afecțiunile legate de consumul de alcool prezintă un cost ridicat pentru societate.

O medie de 2,4% din cheltuielile alocate sănătății sunt necesare pentru a face față prejudiciului cauzat de acest consum, iar cifra ajunge până la 4% în unele țări.¹⁶

În 2019, 38% dintre țările care raportează OMS consumul de alcool au solicitat etichete de avertizare pe produsele alcoolice privind sarcina, consumul de alcool de către minori, conducerea sub influența alcoolului și/sau cancerul.¹⁷

Efectele consumului crescut de alcool nu se limitează doar la efectele asupra stării de sănătate a populației, ci au și impact social și economic semnificativ legat de costurile din sectorul justiției, de costurile generate de pierderea productivității forței de muncă și de șomaj, precum și de costurile atribuite durerii și suferinței.

Consumul excesiv de alcool poate duce, de asemenea, la afectarea altor persoane, cum ar fi membrii familiei, prieteni, colegi de muncă. Printre cele mai grave manifestări ale vătămării persoanelor, altele decât consumatorii de alcool, se numără accidentele rutiere și consecințele expunerii prenatale la alcool (care poate duce la dezvoltarea tulburărilor din spectrul sindromului alcoolic fetal). Nu există o limită sigură stabilită pentru consumul de alcool în orice stadiu al sarcinii.

Impactul dăunător al alcoolului începe devreme în cursul vieții. Expunerea prenatală la alcool poate duce la spectrul tulburărilor alcoolice fetale (STAF), un termen ce acoperă o serie de defecte congenitale care includ dizabilități fizice, mentale, comportamentale și/sau de învățare cu posibile implicații pe tot parcursul vieții și care, spre deosebire de multe alte dizabilități, sunt 100% prevenibile. Procentele de prevalență estimate ale incidenței STAF sunt cuprinse între 0,5 și 3 la 1.000 de nașteri. În general, s-au raportat procente superioare de STAF în rândul populațiilor cu un statut socio-economic scăzut și al grupurilor marginalizate.^{18 19}

Datele susțin că: 1 din 10 gravide consumă alcool; 20% din acestea au un consum excesiv cu complicații pe durata sarcinii (moartea fătului, avort spontan, naștere prematură, greutate mică la naștere a nou-născutului); în consecință pot fi 428 de tipuri de tulburări de dezvoltare fizică și psihică a copilului; astfel, circa 77,3 copii cu tulburări la 10.000 de locuitori. Sindromul alcoolic fetal (SAF) este forma cea mai gravă de tulburare, iar 1 din 67 de gravide care consumă alcool va naște un copil cu SAF, circa 119.000 de copii cu SAF se nasc în fiecare an.^{20 21 22}

Top 5 țări cu cea mai mare prevalență estimată a consumului de alcool în timpul sarcinii:

- Rusia (36,5%)
- Marea Britanie (41,3%)
- Danemarca (45 8%)
- Belarus (46,6%)
- Irlanda (60 4%)

Top 5 țări cu cea mai înaltă prevalență a SAF la 10.000 locuitori:

- Belarus (69,1)
- Italia (82,1)
- Irlanda (89,7)
- Croația (115,2)
- Africa de Sud (585,3)

RM se referă la țările cu un consum estimativ de alcool în timpul sarcinii de 25-35%, iar prevalența SAF ar putea constitui – 40-50 la 10000 locuitori.¹

Prejudiciile aduse altor persoane pot fi evidente, specifice și limitate în timp (de exemplu, vătămări corporale sau distrugerii materiale) sau mai puțin tangibile, rezultând din sănătatea și bunăstarea precară precum și din consecințele sociale ale consumului de alcool (de exemplu: hărțuire, insultă sau amenințare).

Estimările pentru consumul total de alcool sunt produse prin însumarea consumului de alcool înregistrat pe 3 ani pe cap de locuitor (15+) și o estimare a consumului de alcool neînregistrat pe cap de locuitor (15+) pentru un an calendaristic. Consumul turistic ia în considerare turiștii care vizitează țara și locuitorii care vizitează alte țări. Datele sunt disponibile pentru statele membre UE și alte țări europene. Indicatorul „Consumul total de alcool” aparține portofoliului de indicatori de sănătate pentru monitorizarea Strategiei europene de incluziune socială și protecție socială.²³

Definiția unei băuturi standard și numărul prag de băuturi variază ușor în funcție de sondaje (4 sau mai multe băuturi în Australia, 5 sau mai multe în Brazilia, 6 sau mai multe în Noua Zeelandă și Norvegia; și pragurile specifice genului în Elveția și Statele Unite ale Americii : 4 sau mai multe băuturi pentru femei și 5 sau mai multe pentru bărbați). În medie, în țările OCDE, 27% dintre bărbați au raportat consumul excesiv episodic cel puțin o dată pe lună, comparativ cu 12% dintre femei.

Măsurat prin datele de vânzări, în țările OCDE în 2021, consumul total de alcool a fost în medie de 8,6 litri pe persoană, în scădere de la 8,9 litri în 2011. Letonia și Lituania au raportat cel mai mare consum în 2021 (peste 12 litri per persoană), urmate de Republica Cehă, Estonia și Austria – toate cu peste 11 litri alcool pur de persoană. La polul opus Turcia, Costa Rica, Israel și Columbia au avut niveluri de consum relativ scăzute (sub 5 litri de persoană). Consumul a fost relativ ridicat în Bulgaria și România (11 litri și mai mult pe persoană) și scăzut în Indonezia, India și China (sub 5 litri).

¹ Svetlana Popova, Shannon Lange, Charlotte Probst, Gerrit Gmel, Iurgen Rehm. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2017 Mar;5(3):e276. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30032-3

Consumul mediu a scăzut în 23 de țări OCDE între 2011 și 2021, cu cea mai mare reducere în Lituania și Irlanda (cu peste 2 litri). Cu toate acestea, consumul de alcool a crescut cu mai mult de 2 litri pe persoană în Letonia și cu aproximativ 1 litru de persoană în Mexic și Norvegia, precum și în Bulgaria și România.²⁴

În Regiunea Europeană a OMS, alcoolul cauzează aproape 1 milion de decese anual, contribuind în mod semnificativ la vătămări neintenționate și intenționate. În plus, alcoolul este responsabil pentru 1 din fiecare al 4-lea decedat în grupa de vârstă de 20-24 de ani, fiind și o cauză principală a pierderii anilor de viață profesională și prin urmare, a pierderilor de dezvoltare economică și productivitate în Regiunea Europeană a OMS.²⁵

În Europa există diferențe substanțiale în ceea ce privește volumul și modelele de consum în special în funcție de gen, bărbații fiind de 3 ori mai mari consumatori de alcool, dar și în funcție de vârstă, deoarece consumul zilnic crește odată cu vârsta și atinge valori de peste 15 % la populația peste 65 de ani (Figura 1).²⁶

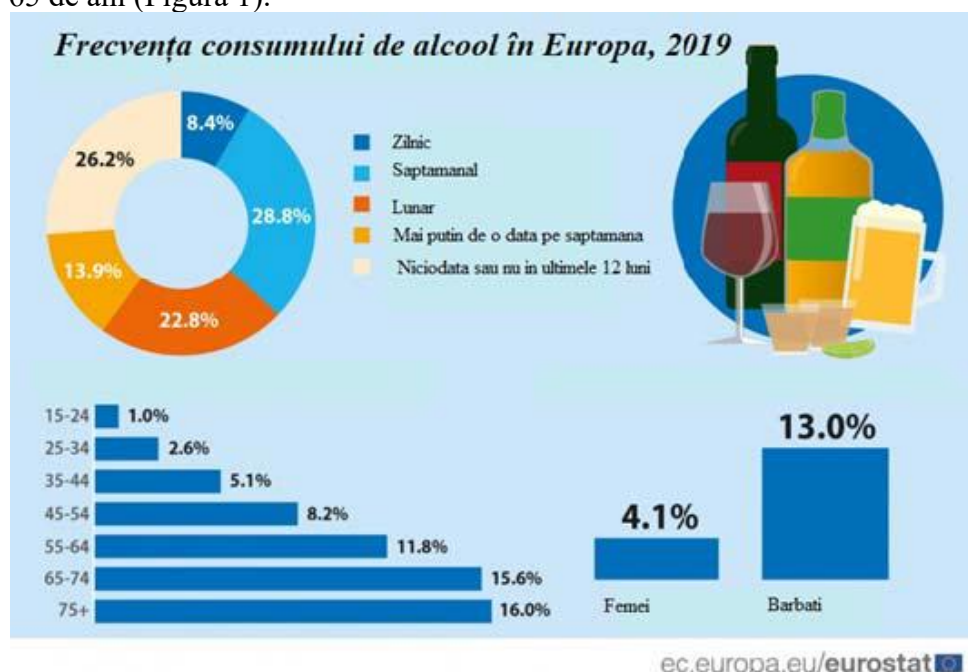


Figura 1 Frecvența consumului de alcool în Europa, 2019.

Consumul de alcool este una dintre cauzele principale de deces și invaliditate la nivel mondial, în special în rândul persoanelor active. Consumul de alcool în cantitate nocivă este un factor major de risc pentru bolile cardiovasculare, ciroza hepatică și anumite tipuri de cancer, dar chiar și consumul moderat de alcool sau consumul în cantitate mică crește riscul pe termen lung pentru aceste boli. Alcoolul contribuie, de asemenea, la accidente rutiere, răniri, violență, omucideri, sinucideri și tulburări de sănătate mintală decât orice altă substanță psihoactivă, în special în rândul tinerilor. Bolile și afecțiunile legate de alcool prezintă un cost ridicat pentru societate. O medie de 2,4% din cheltuielile alocate sănătății sunt necesare pentru a face față prejudiciului cauzat de consumul de alcool, iar cifra ajunge până la 4% în unele țări.

La nivel mondial datele relevă următoarele:

- Consumul de alcool contribuie la 3 milioane de decese în fiecare an la nivel global, precum și la dizabilitățile și sănătatea precară a milioane de oameni.
- Consumul nociv de alcool este responsabil pentru 5,1% din povara globală a bolii. Consumul nociv de alcool este responsabil pentru 7,1% din povara globală a bolii pentru bărbați și respectiv 2,2% femei.
- Alcoolul este principalul factor de risc pentru mortalitatea prematură și invaliditatea în rândul celor cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani, reprezentând 10% din toate decesele din această grupă de vârstă.

- Populațiile vulnerabile au rate mai mari de mortalitate și spitalizare legate de consumul nociv de alcool.²⁷

Consumul de alcool la nivel național:

În Republica Moldova, conform datelor OMS în perioada anilor 2018-2024 se manifestă o tendință de ameliorare a indicatorilor de consum de alcool pur per capita. Astfel, în anul 2010 în țară se consuma 18,2 litri de alcool pur/per capita, conform raportului OMS din 2024 a scăzut la 11,4 litri de alcool pur pe cap de locuitor, 18,5 litri în rândul bărbaților și 5,1 litri în rândul femeilor, ușor peste media UE, care este de 9,8 litri pe cap de locuitor. S-a micșorat respectiv și consumul de alcool neînregistrat de stat de la 10,0 litri în 2012 la 4,8 în anul 2020. Consumul înregistrat de alcool este de 6,3 l pe cap de locuitor, consumul neînregistrat 4,8 l pe cap de locuitor, consumul turistic este de 0,21.

Conform datelor, consumul excesiv de alcool atinge niveluri înalte în Republica Moldova. Numărul persoanelor cu un consum dăunător de alcool este în creștere. Au primit asistență medicală specializată în cadrul secției UPU a DRN cu intoxicații cu alcool - 4976 persoane (2023 - 4473). Modelul de consum al alcoolului în Republica Moldova este similar cu modelul internațional. Conform datelor privind consumul de alcool înregistrat, din volumul total de 6,3 litri de alcool pur pe cap de locuitor înregistrat în Republica Moldova 35,8% constituie băuturile spirtoase, 24,2% din alcoolul consumat înregistrat constituie berea, iar 37,6% – vinul, alte băuturi - 2,5%. Consumul de bere a crescut constant în ultimii 15 ani, iar consumul de vin este în descreștere, chiar dacă Republica Moldova este o țară cu tradiții în producerea vinului.

Morbiditatea prin afecțiuni datorate consumului de alcool:

Potrivit datelor statistice către 31.12.2024 în supraveghere medicală în instituțiile narcologice din republică se aflau 43107 bolnavi de alcoolism (2023 - 42977), bolnavi cu psihoze alcoolice - 569 (2023-512). Pe parcursul anului 2024 au fost luați în supraveghere medicală 2676 bolnavi de alcoolism, (2023-2636).

Incidența prin alcoolism pe Republica Moldova este în ușoară creștere, în anul 2024 este de 108,9 cazuri la 100 mii locuitori, (2023-107,3 cazuri).

Prevalența prin alcoolism pe perioada anului 2024 comparativ cu aceeași perioadă a anului 2023, pe Republica Moldova este în ușoară creștere - 1753,9 cazuri la 100 mii locuitori (2023-1748,6). Cota medie a femeilor aflate în supraveghere din numărul total de bolnavi de alcoolism este stabilă și constituie pe republică în anul 2024 - 13,5 %, (2023 - 13,1%).

Rata mortalității datorată consumului de alcool în Republica Moldova în perioada 2011-2022 a avut un trend ascendent și este de 22,3 %. Aproximativ 56% de decese provocate de ciroza ficatului, 9% de decese provocate de cancer, 25% de decese provocate de boli cardiovasculare și 51% de leziuni sunt atribuite alcoolului (OMS, 2022).

Anual în Republica Moldova circa 40 de persoane decedează în accidente rutiere produse în stare de ebrietate, iar circa 200 de persoane rămân traumatizate și accidentate în rezultatul acestora.

Având în vedere povara sanitară, economică și socială atribuită consumului de alcool care poate fi prevenită în mare măsură și recunoscând proprietățile toxice, inclusiv dependența de alcool, precum și faptul ca au existat întotdeauna încercări de a reglementa producția, distribuția și consumul de băuturi alcoolice, OMS a stabilit că reducerea consumului nociv de alcool este o prioritate de sănătate publică și a inițiat Planul de acțiune OMS (2022-2030) pentru punerea în aplicare eficace a Strategiei globale de reducere a consumului nociv de alcool.²⁸

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ (MEDICI DE FAMILIE, ASISTENȚI MEDICALI DE FAMILIE, MEDICI OBSTETRICIENI-GINECOLOGI); CENTRELE COMUNITARE DE SĂNĂTATE MINTALĂ, CENTRELE DE SĂNĂTATE PRIETENOASE TINERILOR)		
Descrierea măsurilor	Motive	Pași
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară (C.2.2)	- Identificarea grupurilor de risc și asigurarea consultației la medicul specialist va permite intervenția timpurie și îmbunătățirea prognosticului. (Caseta 16) - Screeningul privind expunerea la consumul de alcool pentru femei la etapa preconcepțională și gravide la inițierea îngrijirilor perinatale va preveni dezvoltarea fetopatiei alcoolice (Caseta 16)	Standard/Obligativ: - Informare, educare și comunicare cu privire la nocivitatea consumului de alcool - Identificarea persoanelor din grupul de risc și asigurarea ulterioară a consultului (Caseta 16): - la medicul psihiatru-narcolog, - la servicii de suport psihosocial și medical (grupuri de suport reciproc) (C.2.3.8.1) - Evaluarea consumului de alcool în baza chestionarelor standard (Caseta 33) - Consilierea privind diminuarea motivației în inițierea consumului - Asigurarea unor informații relevante de suport (C.2.3.8.1) Recomandabil: - Orientarea utilizatorilor de alcool către serviciile de reducere a riscurilor. (C.2.3.8.1) - Sensibilizarea opiniei publice prin diseminarea informației relevante cu privire la riscul apariției dependenței și consecințele consumului de alcool. (C.2.3.8.1, Caseta 12)
1.2. Screening-ul C.2.2	- Depistarea precoce a persoanelor cu dependență de alcool permite realizarea măsurilor de profilaxie secundară, medicație și reabilitarea psihosocială (Caseta 16) - Screeningul pentru identificarea malformațiilor congenitale și investigațiile suplimentare pentru diagnostic complet, asigură monitorizarea dezvoltării fătului. (Caseta 16)	Standard/Obligativ: - identificarea grupului de risc (Caseta 16) - anamneza narcologică și examenul clinic se va efectua la toate persoanele suspectate la abuzul de alcool (Caseta 19) - îndeplinirea chestionarului-screening pentru a identifica abuzul de alcool (Caseta 16) - aplicarea intervențiilor de scurtă durată, la necesitate. (C.2.3.8.1)
2. Diagnostic		

2.1 Suspectarea și detectarea consumului de alcool (C.2.2)	Depistarea timpurie a persoanelor cu risc sporit de îmbolnăvire permite realizarea unor intervenții curative și de calitate, precum și micșorarea riscului de îmbolnăvire în urma consumului. (Caseta 16)	Standard/Obligativ: • Anamneza (Caseta 19, Caseta 20) • Examenul clinic (C.2.3.2) • Evaluarea comorbidităților medicale inclusiv psihiatrice (Caseta 33)
3. Tratatamentul		
3.1. Referire la serviciul specializat de ambulator (C.2.3.7)	Toate persoanele suspectate că ar consuma alcool necesită tratament psihoterapeutic	Standard/Obligativ: • Eliberarea biletului de trimitere la medicul psihiatru-narcolog din serviciul și (în caz de necesitate) CCSM (Caseta 47)
3.2. Consiliere privind modificarea comportamentului de risc (C.2.3.8.1)	Modificarea comportamentului de risc s-ar solda cu ameliorarea stării generale și la micșorarea riscului de consum	Standard/Obligativ: • Interviu motivațional privind renunțarea la consumul de alcool și adoptarea unui mod sănătos de viață (Caseta 51)
4. Supravegherea		
4.1. Supravegherea medicală cu evaluarea riscului de recădere (C.2.3.10)	• Numărul vizitelor la medic și aprecierea nivelului de remisiune depinde de severitatea patologiei la fiecare pacient în parte. • Supravegherea medicală contribuie la prevenirea recăderilor, recuperarea psihosocială și fortificarea sănătății	Standard/Obligativ: • Monitorizarea sănătății fizice (Caseta 33, Tabelul 26) • Supravegherea medicală se va efectua în comun cu medicul narcolog și conform recomandărilor acestuia (Caseta 67)

B.2. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ URGENTĂ PRESPITALICEASCĂ (ECHIPE AMU DIN CADRUL CNAMUP/MEDICI DE URGENTĂ; UPU, CG/MEDICI DE URGENTĂ SAU PERSONAL MEDICAL DE GARDĂ)		
Descrierea măsurilor	Motive	Pași
1. Diagnostic		
Suspectarea și detectarea intoxicației acute de către echipele AMU (C.1.1)	Stările de intoxicație, servaj și psihotice cresc riscul de comportament auto /heteroagresiv	Standard/Obligativ: • Evaluarea primară ABCDE. • Anamneza după SAMPLE - anamneza (C.2.3.1) • Evaluare secundară: - starea somatică și neurologică
2. Tratatamentul		
2.1. Tratatament simptomatic la etapa prespitalicească, în funcție de starea particulară a pacientului (0, C.2.3.8)	Stabilizarea funcțiilor vitale ale pacientului cu gestionarea crizei (C.2.4)	Standard/Obligativ: Intervenții în caz de urgență (C.2.4)

B.2. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ URGENTĂ PRESPITALICEASCĂ (ECHIPE AMU DIN CADRUL CNAMUP/MEDICI DE URGENȚĂ; UPU, CG/MEDICI DE URGENȚĂ SAU PERSONAL MEDICAL DE GARDĂ)		
Descrierea măsurilor	Motive	Pași
2.2. În UPU, CG Decizia privind transportarea la serviciile narcologice de ambulator și/sau spitalizare	Pacientul va fi referit către serviciile de asistență specializată	Standard/Obligativ: • Evaluarea primară ABCDE • Investigații paraclinice (C.2.3.3) • Evaluarea criteriilor de spitalizare (C.2.3.6) • Transportarea la serviciile narcologice de ambulator și/sau spitalizarea

B.3. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPECIALIZATĂ DE AMBULATOR (NARCOLOG DIN SECȚIA CONSULTATIVĂ A SPITALELOR RAIONALE ȘI DRN, PSIHIATRU DIN CENTRUL COMUNITAR DE SĂNĂTATE MINTALĂ, SERVICII DE REABILITARE PUBLICE ȘI PRIVATE)		
Descrierea măsurilor	Motive	Pași
1. Profilaxia		
1.1. Prevenția secundară a consumului de alcool (C.2.2)	• Modificarea comportamentului de risc care s-ar putea solda cu micșorarea șansei repetării consumului de alcool prin implementarea planului de recuperare, consultații repetate la medicul psihiatru-narcolog (și în caz de necesitate la CCSM) • Evaluarea persoanelor cu risc înalt de inițiere a consumului de alcool permite aplicarea intervențiilor oportune care țin de inițierea și consumul problematic	Standard/Obligativ: • Informarea și educația cu privire la daunele consumului de alcool (C.2.3.8.1, 0) • Descurajarea consumului de alcool (C.2.3.8.1, 0) Recomandabil: • Consultări repetate ale medicului psihiatru-narcolog (și în caz de necesitate la CCSM) • Orientarea pacienților către serviciile de rehabilitare și de reducere a riscurilor • Motivarea renunțării la consumul de alcool (C.2.3.8.1, Anexa 8) • Psihoeducația despre modul sănătos de viață • Consilierea psihologică și încadrarea în programele de rehabilitare și tratament (C.2.3.8.1, C.2.3.11)
1.2. Reducerea riscurilor asociate consumului de alcool (C.2.2)	Evaluarea riscurilor de sănătate și a celor sociale asociate consumului de alcool	Standard/Obligativ: • Monitorizarea sănătății fizice (Casetă 33, Tabelul 26)

B.3. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPECIALIZATĂ DE AMBULATOR (NARCOLOG DIN SECȚIA CONSULTATIVĂ A SPITALELOR RAIONALE ȘI DRN, PSIHIASTRU DIN CENTRUL COMUNITAR DE SĂNĂTATE MINTALĂ, SERVICII DE REABILITARE PUBLICE ȘI PRIVATE)		
Descrierea măsurilor	Motive	Pași
		Supravegherea medicală se va efectua în comun cu medicul de familie (Caseta 67, Tabelul 26) Consultarea cu referirea la CCSM și/sau serviciilor de asistență socială (C.2.3.7, C.2.3.8.1)
2. Diagnosticul		
2.1 Confirmarea dependenței de alcool și gradul (C.1.1, C.2.3.2)	- Anamneza narcologică, examenul medical clinic și paraclinic permite aprecierea dependenței și gradul acesteia, față de alcool precum și a comorbidităților - Evaluarea colaborativă a fiecărui caz (inclusiv problemelor sociale sau comorbidităților psihiatrice)	Standard/Obligativ: <i>Evaluarea colaborativă-comprehensivă a pacientului</i> - Anamneza narcologică (C.2.3.1) - Examenul clinic (C.2.3.2) - Investigațiile paraclinice obligatorii și consultațiile specialiștilor (C.2.3.3) - Evaluarea psiho-socială (Caseta 20, Caseta 25) Recomandat: - Evaluarea psihiatrică (în caz de necesitate)
2.2 Evaluarea în scop de încadrare în tratament și reabilitare	Argumentarea clinică și paraclinică a diagnozei, a comportamentului de risc, precum și a consecințelor medicale și sociale	Standard/Obligativ: Evaluarea condițiilor pentru includerea în tratament (C.2.3.2)
2.3. Referire pentru tratament și asistență medicală, socială, psihosocială	Crearea mecanismului de referire, asistență și supervizare în comun a pacientului	Standard/Obligativ: - Cartografierea tuturor serviciilor relevante pentru pacienții afectați de consumul de alcool (Caseta 20, Caseta 25) - Referirea către: - serviciul narcologic - serviciul psihiatric - asistență specializată de reducere a riscurilor și suport psihosocial
3. Tratamentul		

B.3. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPECIALIZATĂ DE AMBULATOR
(NARCOLOG DIN SECȚIA CONSULTATIVĂ A SPITALELOR RAIONALE ȘI DRN,
PSIHIATRU DIN CENTRUL COMUNITAR DE SĂNĂTATE MINTALĂ, SERVICII DE
REABILITARE PUBLICE ȘI PRIVATE)

Descrierea măsurilor	Motive	Pași
3.1. Tratatamentul medicamentos (Tratatament farmacologic: de detoxifiere, de reducere a consumului și de restabilire a comportamentului pozitiv) (0, C.2.3.8)	Modificarea comportamentului de consum pentru sănătatea personală și publică și reducerea riscului comorbidităților	Standard/Obligativ: • Inițierea tratamentului de detoxifiere pentru ameliorarea sindromului de sevraj • Prescrierea tratamentului medicamentos asistat (C.2.3.8.2)
3.2. Tratatamentul nemedicamentos (0, C.2.3.8)	Beneficiu în urma inițierii și menținerii unei alianțe (conlucrări) în intervenții (psihologice, sociale)	Standard/Obligativ: • Inițierea și menținerea tratamentului psihologic • Psihoterapia cognitiv-comportamentală (Caseta 52) • Activități de reintegrare în comunitate (Caseta 69, Caseta 70) • Recuperarea profesională • Grupurile de suport de la egal la egal • Orientarea spre renunțarea la consumul de alcool (Caseta 51) • Respectarea modului sănătos de viață, implicarea în activități profesionale și sociale (C.2.3.8.1)
4. Reabilitarea		
4.1 Reabilitarea (C.2.3.11)	Inițierea cât mai timpurie a procesului de reabilitare în cazul consumului de alcool permite recuperarea stării de sănătate	• Recuperarea psihosocială și asigurarea psihoterapiei (Caseta 68) • Implicarea în procesul recuperativ a diferitor actori din viața pacientului (Caseta 69)
4.2 Suportul comunitar, psihosocial și reabilitarea (Caseta 68)	Implicarea resurselor comunitare este extrem de importantă pentru această etapă, fiind asigurată în baza unui plan de intervenții complexe după o evaluare minuțioasă a situației pacientului asociate consumului și dependenței. Nivelul de intervenție are	- intervenții outreach de la egal la egal, - inclusiv online; - consilieri individuale; - terapii de grup, inclusiv în cadrul grupurilor de suport reciproc;

B.3. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPECIALIZATĂ DE AMBULATOR (NARCOLOG DIN SECȚIA CONSULTATIVĂ A SPITALELOR RAIONALE ȘI DRN, PSIHIASTRU DIN CENTRUL COMUNITAR DE SĂNĂTATE MINTALĂ, SERVICII DE REABILITARE PUBLICE ȘI PRIVATE)		
Descrierea măsurilor	Motive	Pași
	o semnificație deosebită pentru consumatorii de alcool aflați în remisiune.	- programe psihoterapeutice și consultative; - programe de rehabilitare și comunități terapeutice; - siguranța în mediul online (Caseta 70)
5. Supravegherea		
5.1 Supravegherea clinică continuă (Caseta 67)	Pentru a asigura stabilitatea condiției medicale obținute prin intervențiile efectuate se va menține o legătură stabilă și o colaborare între medicul de familie și medicul psihiatru-narcolog (și cu alți specialiști la necesitate, inclusiv cu asistentul social) de la locul de domiciliu, după depășirea stării de criză	Standard/Obligativ: • Supravegherea medicală se va efectua în conformitate cu actele normative emise de către MS (Caseta 33, Tabelul 26) • Menținerea stării de sănătate mintală și supravegherea clinică a persoanelor, respectând recomandările (Caseta 67)

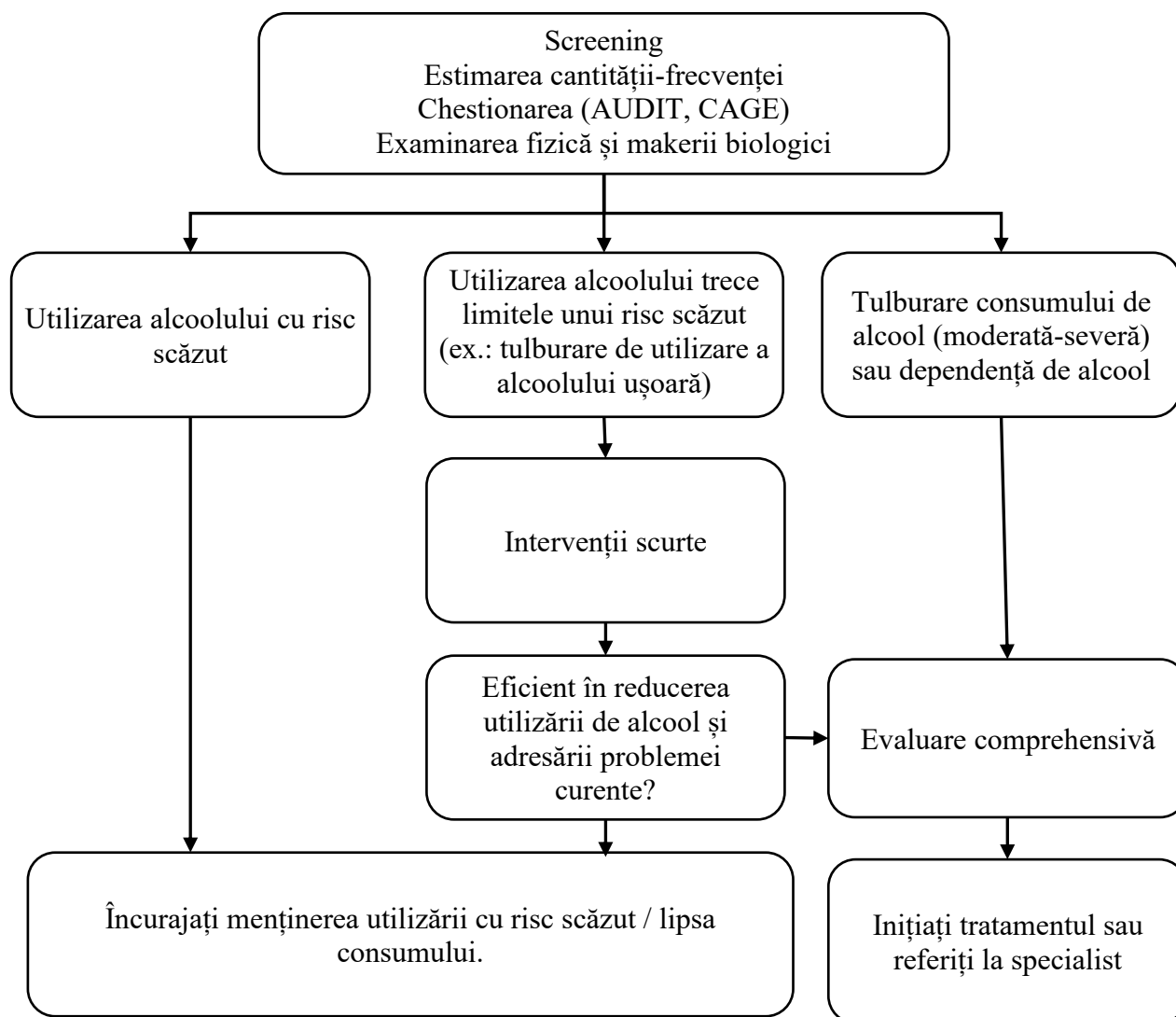
B.4. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ – SECȚIILE DE PROFIL NARCOLOGIC ȘI PSIHIATRIC ALE SPITALELOR RAIONALE ȘI MUNICIPALE		
Descrierea măsurilor	Motive	Pași
1. Spitalizare (C.2.3.6)	Stabilizarea stării psihice și somatice, în caz că predomină simptomatologia psihotică și siguranța limitată	Standard/Obligativ: • Evaluarea criteriilor de spitalizare (Caseta 45) • Preluarea pacienților psihotici de la psihiatrul-narcolog • Preluarea pacienților psihotici la solicitarea serviciilor de urgență, a poliției, cu informarea imediată a serviciilor specializate de ambulator (Caseta 45, Caseta 46, Caseta 49)
2. Diagnosticul Confirmarea dependenței de alcool și gradul (C.1.1, C.2.3.2)	În caz de dublu sau de diagnostic concomitent ce necesită intervenții suplimentare pentru a exclude/confirmă consumul și alte probleme de sănătate mintală	Standard/Obligativ: • Anamneza (Caseta 19) • Examenul clinic (Caseta 17, Caseta 18, Caseta 23) • Efectuarea diagnosticului diferențial (Caseta 40) • Examenul de laborator și paraclinic (Caseta 39) • Evaluarea dosarului din serviciile specializate de ambulator, după caz (Caseta 25)
3. Tratamentul		

B.4. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ – SECȚIILE DE PROFIL NARCOLOGIC ȘI PSIHIATRIC ALE SPITALELOR RAIONALE ȘI MUNICIPALE		
Descrierea măsurilor	Motive	Pași
3.1. Tratatamentul medicamentos (0, C.2.3.8)	• Volumul medicației va depinde de manifestările clinice ale sindromului de sevraj • În unele cazuri sunt necesare intervenții mai complexe și intensive cu asigurarea unor condiții de staționar specializat – spitalul de psihiatrie/secția de narcologie	Standard/Obligatoriu: Conform recomandărilor psihiatrului narcolog din serviciile specializate de ambulator, cu acordul pacientului, sunt asigurate măsurile necesare de tratament în condiții de staționar C.2.3.8.2
3.2. Tratatamentul nemedicamentos (0, C.2.3.8)	Medicația contribuie la diminuarea dependenței fizice și psihice, formarea criticii bolnavului față de problema lui de sănătate, reabilitarea psihosocială, recuperarea și reintegrarea în societate	Recomandat: • Regim de staționar • Excluderea consumului alcoolului • Tratatamentul psihoterapeutic C.2.3.8.1
4. Externarea (C.2.3.7)	Externarea cât mai timpurie după atingerea scopului terapeutic comun oferă beneficii (eradicarea discriminării, stigmei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiental)	• Conform recomandărilor psihiatrului din staționar, cu acordul pacientului și a recomandărilor psihiatrului din ECSM Standard/Obligatoriu: Eliberarea extrasului la externare. Extrasul va conține: • Diagnosticul exact detaliat • Rezultatele investigațiilor efectuate • Recomandările explicite pentru pacient • Programul individual de recuperare elaborat în comun cu echipa comunitară de sănătate mintală • Recomandări pentru medicul de familie (Caseta 49, Caseta 50)

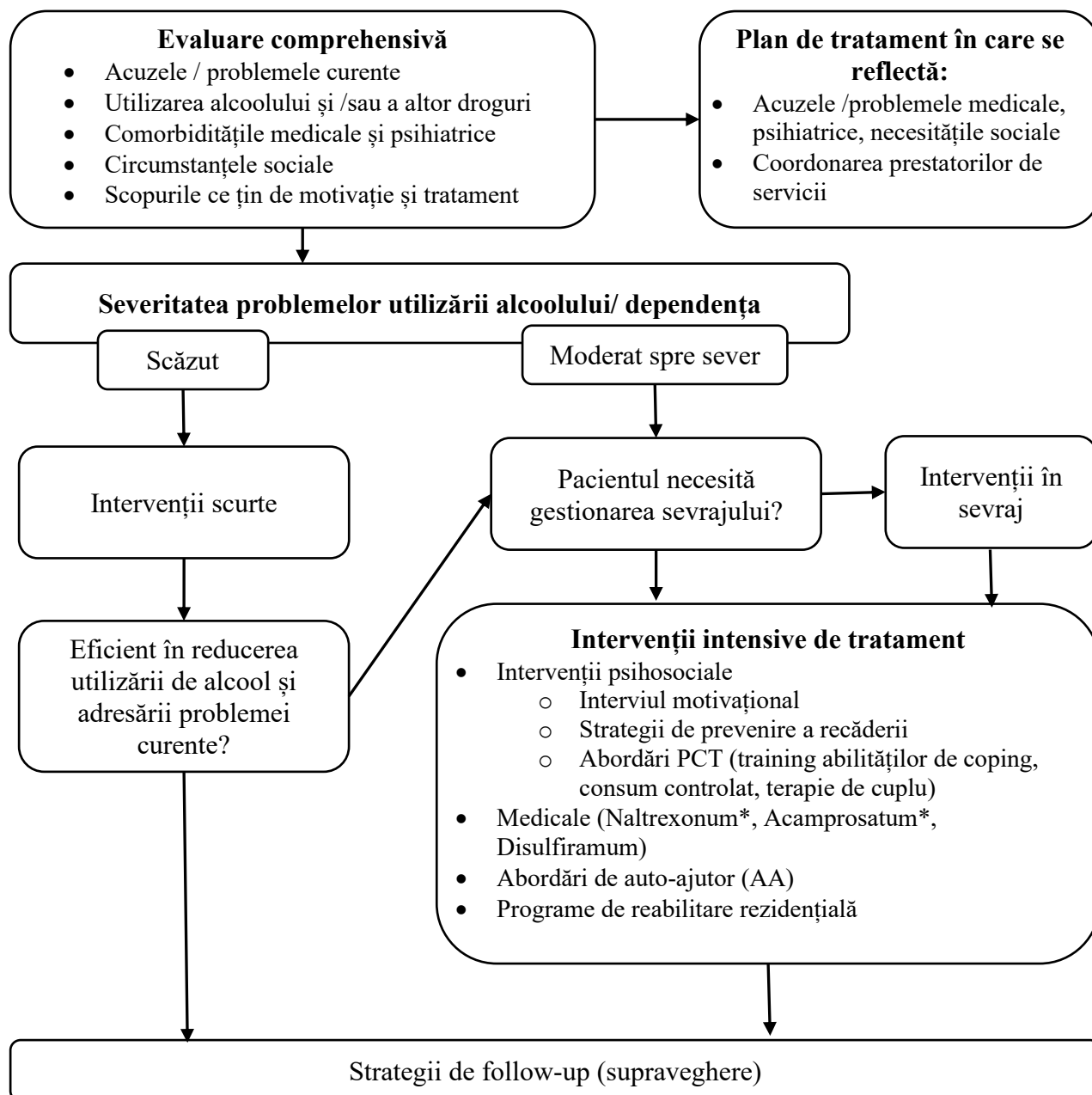
C. CONDUITA TERAPEUTICĂ A PACIENTULUI

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. SCREENINGUL ȘI ACȚIUNILE PRIVIND UTILIZAREA RISCANTĂ A ALCOOLULUI²⁹



C.1.2. PLANIFICAREA TRATAMENTULUI³⁰



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. CLASIFICAREA CLINICĂ.

TULBURAREA LEGATĂ DE CONSUMUL DE ALCOOL (ALCOHOL USE DISORDER) – DSM-5³¹

Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale, ediția a 5-a (DSM-5), a înlocuit categoriile „Abuz de alcool” și „Dependență de alcool” cu o singură entitate diagnostică: **Tulburarea legată de consumul de alcool** (*Alcohol Use Disorder*).

Clasificarea clinică a alcoolismului (sau a tulburării legate de consumul de alcool) se face pe baza mai multor criterii, inclusiv severitatea dependenței, tipul de consum și impactul asupra funcționării psihosociale. Iată cele mai utilizate clasificări în practica clinică:

1. CLASIFICAREA ÎN FUNCȚIE DE SEVERITATE (DSM-5)³²:

Conform DSM-5 (Manualul de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mintale, ediția a 5-a), tulburarea de consum de alcool este clasificată în:

Tabelul 1 Severitatea actuală – DSM-5 / ICD-10-CM:

Cod DSM-5 / ICD-10-CM	Severitate	Criterii clinice
305.00 / F10.10	Ușoară	Prezența a 2–3 simptome
303.90 / F10.20	Moderată	Prezența a 4–5 simptome
303.90 / F10.20	Severă	Prezența a 6 sau mai multe simptome

Criteriile includ:

- Toleranță crescută
- Simptome de sevraj
- Pierderea controlului asupra consumului
- Neglijarea responsabilităților
- Continuarea consumului în ciuda consecințelor negative
- Dorință persistentă de a reduce consumul
- Alocarea unui timp semnificativ pentru obținerea și consumul alcoolului etc.

3. CLASIFICAREA ICD-11 (ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂTĂȚII)

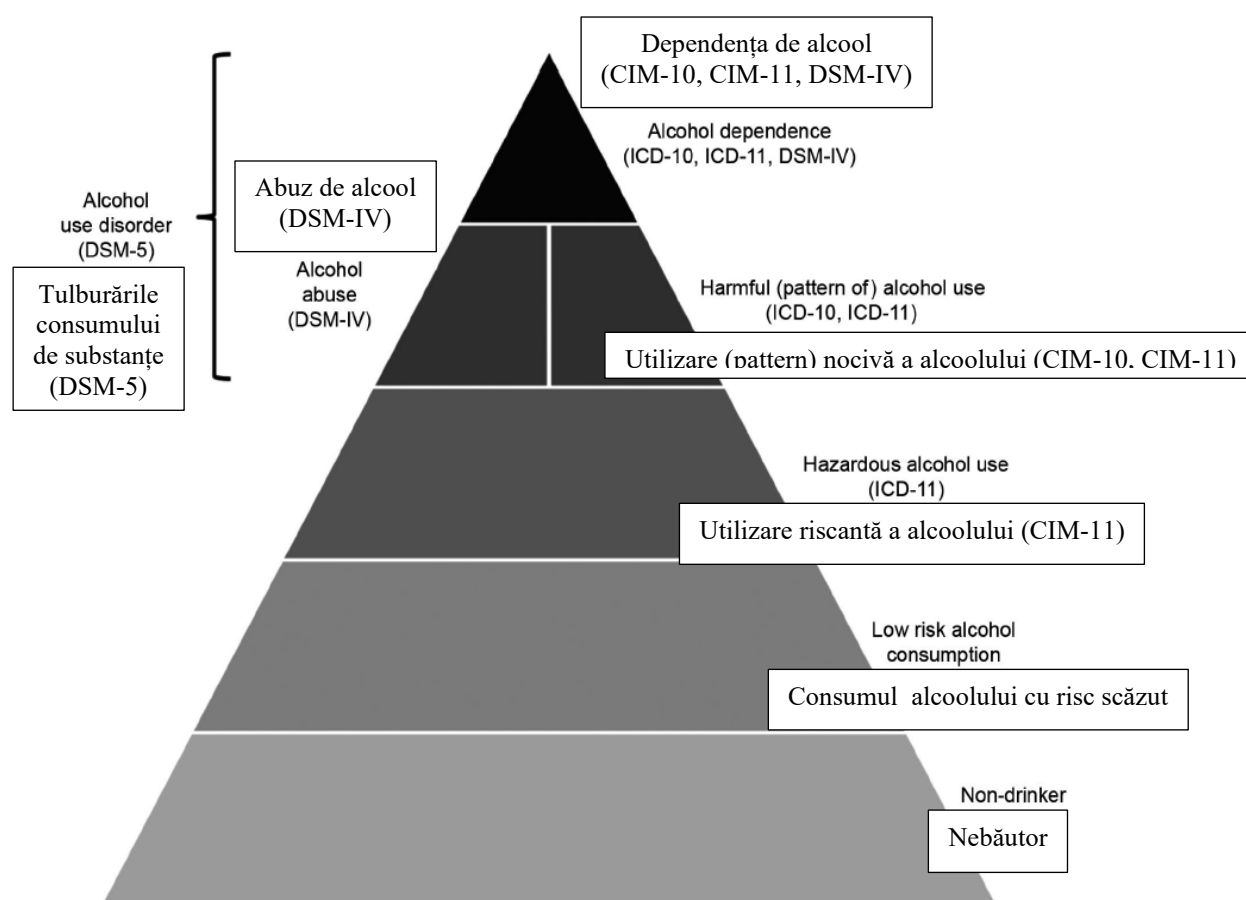
În ICD-11, tulburările legate de consumul de alcool sunt împărțite în:

- **Tulburare episodică dăunătoare de consum de alcool**
- **Tulburare dăunătoare continuă**
- **Tulburare de dependență de alcool**
- Se pot adăuga specificatori: cu/se fără sevraj, cu delirium, cu convulsii etc.

Tabelul 2 Clasificarea ICD-11: Tulburări cauzate de consumul de alcool ³³:

Cod ICD-11	Denumire
6C40	Tulburări cauzate de consumul de alcool
6C40.0	Episod de consum nociv de alcool
6C40.1	Tipar nociv de consum de alcool
6C40.2	Dependență de alcool
6C40.20	Dependență de alcool, consum actual, continuu
6C40.21	Dependență de alcool, consum actual, episodic
6C40.22	Dependență de alcool, remisiune completă precoce
6C40.23	Dependență de alcool, remisiune parțială susținută

Cod ICD-11	Denumire
6C40.24	Dependență de alcool, remisiune completă susținută
6C40.2Z	Dependență de alcool, nespecificată
6C40.3	Intoxicație cu alcool
6C40.4	Sevraj alcoolic
6C40.5	Delirium indus de alcool
6C40.6	Tulburare psihotică indusă de alcool
6C40.7	Anumite tulburări mentale sau de comportament specificate, induse de alcool
6C40.Y	Alte tulburări specificate cauzate de consumul de alcool
6C40.Z	Tulburări cauzate de consumul de alcool, nespecificate



* The term "unhealthy alcohol use" comprises hazardous and harmful use together with alcohol use disorder as defined in DSM-5 and alcohol dependence as defined in ICD-11.

DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition; DSM-5 = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition; ICD-10 = International Classification of Diseases, 10th revision; ICD-11 = International Classification of Diseases, 11th revision. ◆

Figura 2 Spectrul consumului de alcool³⁴

Caseta 2. CRITERII DSM-5^{35 36}:

Model de utilizare problematică a alcoolului care duce la afectare clinic semnificativă sau suferință, manifestată prin **2 sau mai multe dintre următoarele criterii**, apărute în decursul **aceleiași perioade de 12 luni**:

1. Alcoolul este consumat în **cantități mai mari** sau pe o perioadă mai lungă decât s-a intenționat.

2. Există o dorință persistentă sau **eșecuri repetate** în reducerea sau controlul consumului de alcool.
3. Se investește **mult timp** în obținerea, consumul sau recuperarea după efectele alcoolului.
4. **Pofte intense** sau dorință puternică de a consuma alcool.
5. **Consumul recurent de alcool** duce la **neîndeplinirea obligațiilor** la serviciu, școală sau acasă.
6. Continuarea consumului **în ciuda problemelor sociale sau interpersonale** cauzate sau agravate de alcool.
7. Renunțarea sau reducerea **activităților sociale, profesionale sau recreative** din cauza alcoolului.
8. Consumul recurent de alcool în **situații periculoase fizic**.
9. Continuarea consumului **în ciuda unei probleme fizice sau psihice** persistente sau recurente cauzate sau agravate de alcool.
10. **Toleranță, definită prin:**
 - Nevoia de doze mult mai mari pentru a obține efectul dorit
 - Efect diminuat marcat cu aceeași cantitate de alcool
11. **Sevraj (simptome de abstință)**, manifestat prin:
 - Simptome caracteristice sevrajului alcoolic
 - Consumul de alcool (sau benzodiazepine) pentru a evita sau reduce simptomele de sevraj

Cele 11 criterii menționate în DSM-5-TR pot fi grupate în patru categorii principale³⁷:

- dependență fizică,
- utilizare riscantă,
- probleme sociale și
- control afectat.

Tipurile de tulburări induse de substanțe recunoscute în DSM-5-TR includ ³⁸:

- tulburările mentale induse de substanțe,
- intoxicația și
- sevrajul.

Caseta 3. Severitatea tulburării ^{39 40}:

- **Ușoară:** 2–3 criterii îndeplinite
- **Moderată:** 4–5 criterii îndeplinite
- **Severă:** 6 sau mai multe criterii

Caseta 4. Clasificarea alcoolismului conform evoluției maladiei:

Clasificarea alcoolismului în funcție de evoluția maladiei este un subiect abordat de mai mulți autori și cercetători:

1. Clasificarea alcoolismului (Иванец Н.Н., 1975; 2002)

- Latentă (mai mult de 8 ani)
- Medie (de la 5 la 8 ani)
- Avansată (până la 5 ani)

2. E.M. Jellinek a propus o descriere sintetică a evoluției dependenței de alcool, împărțind-o în 4 faze⁴¹:

1. Prealcoolică:

- Alcoolul consumat ocazional nu creează dependență fizică sau psihologică.

- Dependența poate apărea prin consum repetat sau creșterea cantității de alcool consumate.
- Mulți consumatori excesivi nu ajung la dependență severă, dar riscul crește pe măsură ce consumul devine mai frecvent.

2. De debut:

- Se creează condițiile pentru dependență.
- Simptomele includ amnezie, vinovăție, ascunderea alcoolului și consum compulsiv.
- Apar manifestări care indică un control din ce în ce mai scăzut asupra consumului.

3. Critică: În această etapă, dependența de alcool este instalată complet, iar persoana afectată prezintă semne clare de deteriorare fizică, psihică și socială:

- Pierderea controlului asupra consumului, cu episoade frecvente de intoxicație severă.
- Tendința de a justifica consumul și de a nega existența unei probleme.
- Apartenența la grupuri de consumatori devine esențială pentru stima de sine.
- Comportamente agresive, urmate de regrete și sentimente persistente de vinovăție.
- Modificări semnificative de comportament și apariția tulburărilor emoționale.
- Ruperea legăturilor sociale și izolarea progresivă.
- Pierderea locului de muncă și incapacitatea de a gestiona responsabilități.
- Lipsa interesului pentru activități cotidiene sau hobbyuri.
- Distorsionarea relațiilor personale și auto-compătimirea frecventă.
- Gândire irațională, interpretări negative și convingeri fără bază reală.
- Neglijarea igienei, alimentației și înfățișării, dar protejarea consumului de alcool.
- Primele spitalizări cauzate de complicații medicale legate de consum.
- Probleme sexuale: gelozie exagerată, scăderea libidoului, impotență.
- Consumul de alcool începând de dimineața

4. Cronică. Caracteristici principale:

Consumul:

- Devine constant și compulsiv.
- Are loc fie solitar, fie în compania altor consumatori.
- Alcoolul înlocuiește complet alte băuturi.

Degradarea psihică și etică:

- Se schimbă sistemul de valori morale (deteriorare etică).
- Gândirea este afectată (tulburări cognitive reversibile, dar evidente).
- Individul neagă deteriorarea stării fizice și psihice.

Relații sociale:

- Se restrâng la cercuri de consumatori.
- Crește izolarea socială.

Simptome de sevraj:

- Apar tremurături și alte simptome fizice.
- Alcoolul este consumat pentru a evita aceste simptome.

Psihoze alcoolice posibile:

- **Beție patologică.**
- **Delirium tremens** (stare confuzională gravă cu halucinații și agitație).
- **Halucinoză alcoolică** (halucinații auditive persistente).
- **Gelozie obsesivă** (delir patologic de gelozie).
- **Encefalopatia Wernicke** (deficiență neurologică severă).
- **Sindromul Korsakov** (afectare gravă a memoriei).

Conform ICD-11 Psihoze alcoolice⁴²:

- **6C40.5 – Delirium indus de alcool**
- **6C40.6 – Tulburare psihotică indusă de alcool**
- **6C40.7 – Anumite tulburări mentale sau de comportament specificate, induse de alcool**
- **6D72.10 – Tulburare amnestică cauzată de consumul de alcool**
- **6D84.0 – Demență cauzată de consumul de alcool**

5. Clasificarea lui Cloninger distinge 2 tipuri de alcoolism⁴³:

- tip I (cu debut tardiv și evoluție lentă) și
- tip II (cu debut precoce și evoluție rapidă)

6. Tipologia consumatorilor de alcool elaborată de E.M. Jellinek include cinci tipuri⁴⁴:

- **Tipul Alpha** – consum psihologic pentru a ameliora stresul; nu apare dependență fizică.
- **Tipul Beta** – consum abuziv, dar fără sevraj sau pierderea controlului; apar frecvent complicații somatice (ciroză, gastrită etc.).
- **Tipul Gamma** – forma clasică de alcoolism cu toleranță crescută, sevraj și pierderea controlului; progresiv.
- **Tipul Delta** – consum continuu, dar fără episoade de intoxicație acută; persoana nu poate abține.
- **Tipul Epsilon** – beții episodice (alcoolism periodic sau dipsomanie).

Aceste clasificări oferă o înțelegere detaliată a modului în care alcoolismul se dezvoltă și progresează, fiind utile în diagnosticare și tratament.

Tabelul 3 Clasificarea alcoolismului după gravitate⁴⁵

Caracteristici	Stadiul I – Incipient / Prealcoolic	Stadiul II – Alcoolism instalat	Stadiul III – Cronic / Final
Motivația consumului	Relaxare, socializare, evadare din stres Dependenta psihică	Dependenta psihică și fizică	Consum compulsiv, fără control Dependenta psihică și fizică
Toleranța la alcool	Mică, în creștere	Maximală stabilă, apoi poate începe să scadă	Scăzută (organismul e afectat)
Pierderea controlului	Rară sau absentă	Frecventă	Totală
Prezența sevrajului	Absent	Poate apărea ocazional	Prezent sever: tremor, delirium, convulsii
Consumul	Ocazional, dar în creștere	Zilnic sau frecvent	Continuu, chiar dimineața
Comportament social și profesional	Încă normal	Degradare progresivă (absenteism, conflicte)	Sever afectat: pierderea locului de muncă etc.
Conștientizarea problemei	Negare (anozognozie)	Negare parțială	Posibilă recunoaștere tardivă sau complet negată
Afectarea	Nu este evidentă	Începe (sistemele	Pronunțată: ciroză,

organelor interne		nervos și gastrointestinal	encefalopatie, cardiomiopatie
Tulburări psihice asociate	Ușoare sau absente	Anxietate, depresie, iritabilitate, posibil psihoze alcoolice	Psihoze, depresii severe, suicid
Șanse de recuperare	Foarte bune (cu intervenție timpurie)	Moderate (necesită tratament structurat)	Reduse (dar posibile cu tratament intensiv)

- Gradul I (prealcoolic) intermediar 1-2
- Gradul II (prodromal) intermediar 2-3
- Gradul III (finală cronică)

Tabelul 4 Clasificarea consumului de substanțe psihoactive (alcool) în contextul intervențiilor din domeniul sănătății⁴⁶

Categorie	Descriere
1. Consumul periculos de substanțe (Hazardous substance use)	• Atunci când modelul de consum crește semnificativ riscul de consecințe negative asupra sănătății fizice sau mentale, fie pentru consumator, fie pentru alte persoane. • Nu există încă daune evidente, dar este necesară atenția și sfatul unui profesionist din domeniul sănătății.
2. Episod de consum dăunător	• Atunci când un episod de consum a cauzat daune clinice semnificative sănătății fizice sau mentale a unei persoane sau a dus la comportamente care au afectat sănătatea altora.
3. Model dăunător de consum de substanțe psihoactive (Harmful pattern of psychoactive substance use)	• Atunci când un episod de consum a cauzat daune clinice semnificative sănătății fizice sau mentale a unei persoane sau a dus la comportamente care au afectat sănătatea altora.
4. Dependența de substanțe (Substance dependence)	• Există dovezi ale unui control redus asupra consumului, prioritatea crescută acordată consumului în detrimentul altor aspecte ale vieții și semne fiziologice specifice de adaptare neurobiologică la substanță.

Caseta 5 Clasificarea alcoolismului în dependență de consecințele somato-psihoneurologice:

1. Consecințe somatice:		
Categorie	Descriere	Exemple de boli
1.1. Hipertensiune arterială	Consumul cronic de alcool poate crește tensiunea arterială, punând în pericol sănătatea cardiovasculară.	• Hipertensiune arterială
1.2. Boli cardiovasculare	Alcoolul poate duce la afecțiuni ale inimii și vaselor de sânge, precum insuficiența cardiacă.	• Cardiomiopatie alcoolică
1.3. Boli hepatice	Alcoolul are un impact major asupra ficatului, ducând la diverse afecțiuni hepatice.	• Hepatită alcoolică, • Ciroză hepatică

1.4. Boli nutriționale ale sistemului nervos	Deficiențele de vitamine și minerale cauzate de alcoolism pot afecta sistemul nervos.	Deficit de vitamina: • B1 (tiamină), • B12 (Cyanocobalaminum)
---	---	--

2. Consecințe neurologice:

Categorie	Descriere	Exemple de boli
2.1. Dementă alcoolică	Alcoolul poate cauza daune semnificative la nivelul creierului, ducând la deteriorarea funcțiilor cognitive.	• Dementă alcoolică
2.2. Sindromul de abstinență alcoolică	În momentul în care o persoană reduce brusc consumul de alcool, pot apărea simptome neurologice severe.	• Tremurături, • Halucinații, • Delirium tremens
2.3. Sindromul Wernicke-Korsakoff	Aceasta este o afecțiune severă cauzată de deficiența de vitamina B1, asociată cu consumul de alcool.	• Confuzie, • Amnezia • Pierderi motorii
2.4. Tulburări psihice și comportamentale	Consumul cronic de alcool poate conduce la diverse tulburări psihice și comportamentale.	• Depresie • Anxietate • Psihoze alcoolice
2.5. Alcoolismul și problemele de coordonare	Alcoolul afectează centrul de coordonare al creierului, ducând la pierderea echilibrului și a controlului motor.	• Ataxie

3. Spectrul tulburărilor alcoolice fetale (STAF):

Categorie	Descriere	Exemple de boli
3.1. Malformații fetale (SAF)	Alcoolul consumat în timpul sarcinii poate duce la malformații faciale și corporale la copil.	• Buze subțiri • Microoftalmie • Creștere redusă
3.2. Întârziere în dezvoltarea fizică	Copiii cu STAF pot întârzia semnificativ în dezvoltarea fizică.	• Scăderea greutatei și înălțimii la naștere
3.3. Deficiențe cognitive și comportamentale	Alcoolul afectează creierul în dezvoltare al copilului, ducând la probleme cognitive și comportamentale pe termen lung.	• Probleme de învățare • Hiperactivitate • Impulsivitate
3.4. Probleme neurologice	Alcoolul poate dăuna sistemului nervos central al fătului, ducând la tulburări neurologice permanente.	• Epilepsie • Probleme de coordonare și echilibru
3.5. Deficiențe ale sistemului nervos central	STAF poate include și tulburări semnificative ale creierului, cum ar fi microcefalie și alte deficiențe neurologice.	• Microcefalie • Insuficiența intelectuală • Dificultăți de vorbire

Caseta 6 Clasificarea alcoolismului în dependență de consecințele sociale

- Consecințele sociale ale alcoolismului sunt complexe și adesea interconectate. Ele afectează nu doar individul, ci și familia, comunitatea și societatea în ansamblu.
- Recunoașterea timpurie a acestor efecte este esențială pentru intervenții eficiente în prevenție și tratament.

- Această clasificare se bazează pe impactul negativ pe care consumul cronic și abuziv de alcool îl are asupra relațiilor sociale, vieții familiale, activității profesionale și integrării individului în societate.

1. Alcoolism cu impact familial:

- Conflicte frecvente în familie
- Neglijarea responsabilităților parentale
- Violență domestică
- Risc crescut de destrămare a familiei (divorț, abandon)

2. Alcoolism cu impact profesional:

- Scăderea performanței la locul de muncă
- Absențe frecvente și întârziere
- Conflicte cu colegii sau superiorii
- Pierderea locului de muncă (șomaj asociat)

3. Alcoolism cu impact juridic:

- Comiterea de infracțiuni sub influența alcoolului (violență, furt, vandalism)
- Conducere sub influența alcoolului
- Arestări sau condamnări
- Antecedente penale

4. Alcoolism cu impact economic:

- Cheltuieli mari pentru procurarea alcoolului
- Deteriorarea situației financiare personale sau familiale
- Pierderea surselor stabile de venit
- Dependență de ajutor social sau susținere din partea familiei

5. Alcoolism cu impact asupra relațiilor sociale:

- Izolare socială
- Pierderea prietenilor și a rețelelor de suport
- Marginalizare socială
- Scăderea calității vieții

Caseta 7 Clasificarea alcoolismului conform remisiei ^{47 48 49}:

Clasificarea alcoolismului în funcție de remisie reflectă gradul de recuperare și menținere a abinenței la pacienții cu tulburări legate de consumul de alcool. Este esențială în monitorizarea eficienței tratamentului și în prevenirea recăderilor.

Remisie completă (totală)

- Nu există consum de alcool pentru o perioadă de cel puțin **12 luni**.
- Simptomele de sevraj și dorința compulsivă (craving) sunt absente.
- Comportamentul și stilul de viață sunt readaptate normal.

Remisie parțială

- Se înregistrează o **reducere semnificativă** a frecvenței și cantității consumului.
- Pot apărea **episoade ocazionale** de consum, fără revenirea completă la dependență.
- Unele simptome psihocomportamentale pot persista.

Remisie precoce

- Abinență totală menținută pentru o perioadă **mai mică de 12 luni**.
- Pacientul este încă într-un stadiu vulnerabil la recidivă.
- Necesită sprijin psihologic constant și monitorizare atentă.

Remisie instabilă

- Alternanță între perioade scurte de abținere și **recăderi frecvente**.
- Semnalează un control slab asupra consumului.
- Necesită revizuirea și ajustarea planului terapeutic.

Fără remisie (alcoolism activ)

- Persoana continuă să consume alcool într-un mod **dependent și necontrolat**.
- Sunt prezente simptome de sevraj, toleranță crescută, pierderea controlului.
- Afectarea severă a funcționării sociale, profesionale și psihice.

Stadiul tulburării⁵⁰:

- **Remisiune precoce** (*early remission*):
Persoana nu a mai îndeplinit criteriile (exceptând pofta de alcool) de **mai mult de 3 luni și mai puțin de 12 luni**
- **Remisiune susținută** (*sustained remission*):
Criteriile nu mai sunt îndeplinite (cu excepția poftei de alcool) de **mai mult de 12 luni**

C.2.2. PROFILAXIA

Caseta 8 Factorii de risc și de protecție pentru tulburările legate de consumul de alcool

În prezent, există dovezi convingătoare că creșterile și scăderile consumului de alcool și controlul respectiv asupra consumului de alcool variază pe parcursul vieții^{51 52}. Factorii psihosociali de protecție și de risc arată un impact diferențial asupra dezvoltării și menținerii tulburării consumului de alcool (AUD) în diferite grupe de vârstă^{53 54 55}. Acești factori psihosociali interacționează cu efectele genotipului⁵⁶, precum și cu mecanismele neurobiologice cheie implicate în dezvoltarea și întreținerea AUD. Astfel de mecanisme-cheie includ habitizarea (reflectată printr-o reorganizare a buclilor corticostriatale^{57 58}), sensibilizarea (sensibilizarea indusă de SPA în sistemele mezocorticolimbice ale creierului, care atribuie importanța stimulentei stimulilor asociați recompensei. Dacă devin hipersensibile, aceste sisteme provoacă o motivație stimulativă patologică („dorință”) pentru SPA⁵⁹) și modificări în luarea deciziilor orientate către obiectiv (preferința recompensei medicamentoase față de întăritorii alternativi și controlul cognitiv afectat^{60 61 62}; Studiile de laborator și relațiile retrospective ale pacienților sugerează că, la persoanele vulnerabile, expunerea la indicii de droguri, stresul și dozele de amorsare declanșează aportul acut de medicamente^{63 64}. Se evidențiază necesitatea înțelegerii interacțiunii dintre diferențele individuale de vârstă, predictorii psihosociali, mecanismele neurobiologice și genetice și expunerea la stres și dozele de droguri de amorsare^{65 66} în ceea ce privește pierderea și recăștigarea controlului asupra consumului de alcool de-a lungul vieții.

Un studiu calitativ⁶⁷ din 2021 a identificat ca **factori de risc: factori de stres în viață care declanșează consumul periculos de alcool, pentru a scăpa/a face față stresului; presiunea socială de a bea; norme permissive de băut; și acces ușor la alcool pentru adulții tineri**. În mod critic, descoperirea noastră că adulții tineri folosesc abuziv alcoolul pentru a face față sentimentelor subiective de stres cauzate atât de factorii de stres interni, cât și externi (de exemplu, depresie, părinți, traume) se aliniază îndeaproape cu ipoteza de auto-medicație a tulburărilor de dependență, care susține că indivizii dezvoltă tulburări de consum de substanțe pentru a ameliora efectele dureroase, cum ar fi depresia, stresul traumatic și anxietatea^{68 69}. Prin urmare, dezvoltarea intervențiilor de prevenire bazate pe cultură pentru a reduce stresul și a îmbunătăți abilitățile de a face față stresului (de exemplu, antrenament de abilități, mindfulness, restructurare cognitivă) poate fi foarte eficientă în reducerea AUD la adulții tineri. În plus, prezența factorilor cheie de risc AUD legați de normele permissive de consum de alcool și presiunile de la egal/social de a se angaja în băutul periculos sugerează importanța contracarării acestor riscuri prin adaptarea culturală a

intervențiilor existente de prevenire bazate pe dovezi, cum ar fi antrenamentul abilităților de rezistență și feedback-ul normativ personalizat^{70 71 72}.

Studiul a evidențiat și patru **factori de protecție AUD: respectul pentru familie și reputația familiei; aderarea la credința bisericească/religioasă; responsabilități familiale; și activități prosociale**. Demonstrarea „respectului” față de familie prin acțiunile lor a fost profund înrădăcinată în participanții tineri adulți, făcându-i să-și moduleze potențialul consum de alcool periculos pentru a evita implicarea în comportamente problematice legate de alcool (de exemplu, lupte, arestări, daune materiale) care ar putea dăuna reputației familiei lor în cadrul comunității. Astfel, implementarea strategiilor de prevenire care promovează conștientizarea culturală a constructelor de protecție raportate (de exemplu, respectul și responsabilitatea familiei și comunitare) în locurile în care tinerii adulți se adună (de exemplu, colegii/universități, organizații recreative sau culturale) poate fi o strategie adecvată pentru a valorifica acești factori cheie de protecție împotriva AUD. Alternativ, o altă strategie eficientă pentru valorificarea factorilor de protecție poate fi încorporarea activităților prosociale preferate din punct de vedere cultural, cum ar fi sportul, dansul sau cântatul în intervențiile de prevenire pentru a reduce oportunitățile de consum de alcool și pentru a stimula implicarea și participarea tinerilor adulți⁷³.

Caseta 9 Factorii de risc și de protecție pentru tulburările legate de consumul de alcool la adolescenți și tineri adulți⁷⁴

La adolescenți și adulții tineri, predictorii diferă în ceea ce privește (i) consumul curent de alcool, în special consumul excesiv de alcool (adică, consumul a cinci sau mai multe băuturi o dată⁷⁵;) și (ii) viitorul abuz de alcool și dezvoltarea dependenței de alcool până la vârsta mijlocie⁷⁶. **La adolescenți, vârsta la prima băutură, nivelurile de intoxicație acută cu alcool, trăsăturile de personalitate externalizate, evenimentele de viață (dragoste romantică) și simptomele de anxietate au fost asociate atât cu consumul de alcool actual, cât și cu cel viitor, iar efectele au fost moderate de consumul actual de canabis și tutun**^{77 78 79}. Pe de altă parte, estimările de ereditate, modificările structurale ale creierului, corelațiile neurobiologice ale controlului inhibitor și învățarea pavloviană și bazată pe recompensă au fost asociate doar cu consumul viitor^{80 81}. La rândul lor, episoadele timpurii de consum de alcool au impact asupra corelațiilor neurobiologice ale învățării bazate pe recompensă, sensibilizării și formării obiceiurilor⁸², iar diferențele de gen au fost propuse pentru riscul AUD asociat cu depresivitatea^{83 84}. Astfel, variabilele psihosociale și comportamentele de externalizare sunt predictorii puternici ai consumului actual, iar modelele viitoare de consum și dezvoltarea AUD sunt asociate cu semnaturile neuronale ale habitizării și sensibilizării la droguri de abuz la adolescenți și adulții tineri.

Caseta 10 Factorii de risc și de protecție pentru tulburările legate de consumul de alcool la adulți timpurii de vârstă mijlocie⁸⁵

La adulții de vârstă mijlocie timpurie, **experiențele adverse din copilărie, consumul de alcool de către părinți și abuzul de substanțe comorbide** par a fi factori de risc de încredere pentru creșterea consumului^{86 87}. **Factorii de protecție includ starea civilă, studiile superioare și statutul socioeconomic și alte aspecte ale rezilienței, cum ar fi controlul emoțional și cognitiv sub presiune, toleranța la afecte negative, orientarea spre obiectiv și sprijinul social puternic, în special în fața adversității copilăriei**^{88 89} și **expunerea la droguri**⁹⁰. La adulții de vârstă mijlocie care suferă de AUD, atât **învățarea pavloviană, cât și tulburările în comportamentul direcționat către obiective și corelatele neurobiologice asociate acestora** s-au dovedit a fi predictorii promițători pentru întreținerea AUD și pentru consumul continuu^{91 92}. Atât capacitatea de răspuns la stres, cât și capacitatea cognitivă, precum și modificările structurii creierului, interacționează cu aceste corelate neurobiologice ale învățării implicate în dezvoltarea și menținerea AUD^{93 94}. Markerii biologici crescuți ai stresului cronic sunt corelați ai consumului crescut de alcool la această grupă de vârstă, cu niveluri mai ridicate de cortizol în sevrul acut al alcoolicii comparativ cu alcoolicii abștinenți sau probele de control⁹⁵. În plus, au fost raportate

efecte de gen pentru tipul de factori de stres (adică problemele legate de familie fiind un risc mai mare pentru femei)⁹⁶ și pentru asocierea dintre depresie și problema consumului de alcool la adulții de vârstă mijlocie⁹⁷. Luate împreună, există dovezi că modelele de consum la vârstnicii medii variază în funcție de factorii individuali de risc și de protecție, care interacționează cu sexul și expunerea individuală la stres în fața proceselor neurobiologice de habitizare și sensibilizare.

Caseta 11 Factorii de risc și de protecție pentru tulburările legate de consumul de alcool la adulți de vârstă mijlocie târzie⁹⁸

Scăderea generală a nivelurilor de consum de alcool încetinește la vârstă mijlocie târzie, iar acest efect pare să fie determinat de o proporție de adulți de vârstă mijlocie (estimată la aproximativ 20–25%) care își cresc semnificativ tiparele de consum începând de la aproximativ 55 de ani^{99 100}. Predictorii ai creșterii consumului la vârstă mijlocie târzie includ **anxietatea, depresia, singurătatea, doliu și tranziții de rol**^{101 102}. În plus, există dovezi din studii longitudinale care indică faptul că **comportamentele de consum riscant în perioada mijlocie a vieții, un statut socio-economic ridicat, sexul masculin, faptul de a fi necăsătorit, precum și prezența singurătății și a depresivității**, cresc semnificativ riscul de dezvoltare a tulburării de consum de alcool (AUD) la vârste mai înaintate^{103 104}. S-a emis ipoteza că depresia și singurătatea sunt mai probabil factori predictivi ai consumului de alcool în rândul femeilor, în timp ce la bărbați acestea pot fi mai degrabă consecințe decât cauze ale consumului excesiv de alcool^{105 106}. La nivel neurobiologic, scăderile asociate vârstei în integritatea și structura cortexului prefrontal, inclusiv în funcțiile de control executiv, memorie de lucru și neurotransmisia dopaminergică^{107 108}, pot fi corelate cu creșterea tiparelor de consum^{109 110}. Schimbările legate de vârstă în procesarea recompenselor pot fi asociate cu o sensibilitate modificată la recompense alternative non-substanță și, astfel, pot contribui la consumul de alcool^{111 112}. Mai mult, efectele alcoolului asupra cogniției și structurii cerebrale, precum și morbiditatea și mortalitatea generală, sunt accentuate la vârstă mijlocie târzie^{113 114 115} și pot afecta mecanismele de control cognitiv necesare pentru recăpătarea controlului asupra consumului de alcool.

Caseta 12 Recomandări cheie pentru profilaxia primară¹¹⁶

1. Intervenții la nivel de populație

- **Prețuri și disponibilitate:** Implementați politici precum prețul unitar minim și reglementați disponibilitatea alcoolului pentru a reduce consumul general.
- **Restricții de marketing:** Aplicați reglementări stricte privind publicitatea pentru alcool, în special în mass-media accesibilă copiilor și tinerilor, pentru a minimiza expunerea.

2. Licențiere și reglementare

- **Politici de licențiere:** Utilizați datele locale pentru a informa deciziile de acordare a licențelor, limitând posibil numărul de puncte de vânzare de alcool în zonele cu prejudicii ridicate legate de alcool.
- **Aplicare:** Asigurați conformitatea cu legile de licențiere, inclusiv prevenirea vânzărilor și vânzărilor către persoane în stare de ebrietate, prin monitorizare regulată și acțiuni de aplicare.

3. Intervenție timpurie și educație

- **Sprijin pentru tineri (cu vârste între 10 și 15 ani):** oferiți educație și sprijin pentru a întârzia debutul consumului de alcool și pentru a promova comportamente sănătoase.
- **Screening și intervenții scurte pentru tineri (cu vârste între 16 și 17 ani):** identificați persoanele cu risc prin screening și oferiți intervenții scurte pentru a aborda comportamentele periculoase legate de consumul de alcool.
- **Este efectuat de către:** Orice profesionist cu responsabilități de protecție a copiilor și tinerilor și/sau care intră în contact regulat cu această grupă de vârstă. (AMP, pedagogi, psihologi din diferite instituții de învățământ și/sau prestatori de servicii acestei categorii de populație, inclusiv sectorul non-guvernamental, etc)

4. Screening și intervenții scurte pentru adulți

- **Screening:** Includeți screening-ul consumului de alcool în evaluările de rutină a sănătății pentru a identifica persoanele cu risc.
- **Sfaturi scurte:** Oferiți sesiuni de consiliere scurte structurate bazate pe modelul FRAMES (Feedback, Responsabilitate, Sfaturi, Meniu de opțiuni, Empatie, Autoeficacitate) pentru a încuraja schimbarea comportamentului.
- **Intervenții scurte extinse:** pentru persoanele care nu răspund la sfaturile scurte inițiale, oferiți un sprijin mai intens prin intervenții extinse.

Considerații de implementare:

NICE subliniază importanța adaptării intervențiilor la anumite populații și setări. De exemplu, instrumentele de screening și strategiile de intervenție ar trebui să fie adecvate grupului de vârstă și contextului cultural al populației țintă.

În plus, NICE recunoaște că daunele legate de alcool afectează în mod disproporționat grupurile dezavantajate, iar strategiile preventive ar trebui să urmărească reducerea acestor inegalități în materie de sănătate.

Caseta 13 Legislația privind profilaxia AUD

În Republica Moldova este adoptată **Legea privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope** (nr. 713, adoptat: 06.12.2001 în vigoare: publicat în: Monitorul Oficial nr 036 din: 14.03.2002 (ultima revizuire 2018) în care specialiștii pot regăsi bază legală pentru suport din partea autorităților administrației publice locale.

Articolul 5. Activitățile de profilaxie a consecințelor consumului abuziv de alcool și ale consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope, de tratament al dependenței alcoolice și/sau de substanțe stupefiante

În vederea profilaxiei consecințelor consumului abuziv de alcool și ale consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope, identificării persoanelor afectate de ele sau a celor care suferă de dependență alcoolică și/sau de substanțe stupefiante, asistării lor curative și de altă natură, **autoritățile administrației publice locale** sunt obligate:

- a) să desfășoare sistematic în teritoriu activități de profilaxie, informare și educație, în special printre copii și tineret;
- b) să acorde asistență socială și psihologică familiilor care se confruntă cu probleme de alcoolism și narcomanie în vederea asanării mediului acestora și ocrotirii lor contra violenței;
- c) să exercite controlul asupra circulației în teritoriu a băuturilor alcoolice, să perfecționeze principiile și regulile de eliberare, suspendare sau retragere a licențelor pentru comercializarea cu amănuntul a băuturilor alcoolice, să controleze respectarea riguroasă a acestor principii și reguli;
- d) să formeze baza tehnico-materială și personalul care să asigure accesul larg la asistența narcologică consultativă sau curativă, să contribuie la readaptarea persoanelor care și-au pierdut abilitățile sociale din cauza dependenței lor de alcool, de droguri și de alte substanțe psihotrope;
- e) să sprijine mișcările obștești, persoanele juridice și persoanele fizice care contribuie la soluționarea problemelor generate de consumul abuziv de alcool, de consumul ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope cu care se confruntă persoane, familii, întreaga societate.

La 12 iulie 2018 Parlamentul Republicii Moldova a adoptat Legea nr. 124 pentru modificarea și completarea Legii nr. 1100/2000 cu privire la fabricarea și circulația alcoolului etilic și a producției alcoolice.

Legea a aprobat simbolul care recomandă abținerea de la consumul producției alcoolice în timpul sarcinii. În continuare, producătorii de băuturi alcoolice, inclusiv de bere, vor putea comercializa producția lor doar cu etichete pe care va fi plasat acest simbol.

Niciun nivel de consum de alcool nu este sigur pentru sănătatea noastră¹¹⁷

C.2.2.1. FACTORII DE RISC

Caseta 14. Factori de risc în alcoolism (AUD)

Au apărut mai multe teorii pentru a explica de ce unii consumatori de alcool dezvoltă ulterior o tulburare de consum de alcool.^{118 119}. Patru teorii, prezentate mai jos, au primit susținere empirică. Faptul că acestea nu se exclud reciproc poate ajuta la explicarea traiectoriei variabile a prezentării consumului de alcool în populație.¹²⁰

- **Reglarea afectului pozitiv** este descrisă ca fiind consumul de alcool pentru întărire pozitivă, ceea ce este direct legat de efectul neurochimic al alcoolului asupra centrilor de recompensă ai creierului.

- **Reglarea afectului negativ** este definită ca fiind consumul de alcool pentru a ameliora emoțiile negative (adică, ipoteza automedicației/ajutorului).

- **Vulnerabilitatea farmacologică** postulează că indivizii diferă în răspunsul la efectele acute și cronice ale alcoolului și că unele persoane pot fi mai predispuse la dezvoltarea dificultăților legate de alcool.

- **Predispunerea la devianță** propune că alcoolul face parte dintr-o imagine de ansamblu a devianței sociale care apare în copilărie și rezultă, mai degrabă, dintr-o socializare deficitară, decât din consum pentru a oferi întăriri, a regla starea de spirit sau din cauza vulnerabilității individuale la consumul de alcool.

Un studiu recent (2025) a relevat că **sexul masculin, vârsta mai tânără, prezența unei educații superioare, fumatul și suferința psihologică** au fost asociate cu un risc mai mare atât pentru incidența, cât și pentru persistența consumului nociv de alcool în modelele ajustate reciproc (OR = 0,97-1,67). Nu au existat diferențe în asocierile acestor factori de risc cu consumul incident și persistent, cu excepția faptului că asocierea suferinței psihologice a fost mai mare cu consumul incident comparativ cu consumul persistent (p pentru heterogenitate $< 0,05$).¹²¹

Factori de risc în AUD

1. Predispoziție genetică și antecedente familiale¹²²

- Ereditate semnificativă a tulburării consumului de alcool (AUD), reprezentând aproximativ 40-60% din risc.¹²³
- Modificări epigenetice (modificări ale expresiei genelor fără alterarea secvenței ADN) influențate atât de genetică, cât și de mediu.
- Gene specifice care influențează metabolismul alcoolului și neurotransmisia.

2. Factori psihologici și de sănătate mintală. Cercetările recente continuă să consolideze legăturile robuste dintre AUD și alte afecțiuni de sănătate mintală, concentrându-se pe mecanismele neurobiologice subiacente și relațiile reciproce.

- Comorbiditate ridicată cu alte tulburări psihiatrice (de exemplu, tulburare depresivă majoră, tulburări de anxietate, PTSD).^{124 125}

- Traume și experiențe adverse din copilărie (Adverse Childhood Experiences (ACEs)).¹²⁶
- Trăsături specifice de personalitate (de exemplu, impulsivitate, căutare de senzații tari, nevrotism, urgență negativă ridicată[incapacitatea trăirii emoțiilor negative]).^{127 128 129}

3. Factori sociali și de mediu. Cercetările recente în acest domeniu se concentrează pe înțelegerea rafinată a factorilor de stres din mediu, a influențelor la nivel comunitar și a impactului rețelelor sociale.^{130 131}

- Vârsta fragedă a primului consum de alcool.
- Presiunea colegilor și influența socială.¹³²
- Disparități socioeconomice și factori la nivel comunitar (de exemplu, sărăcia, dezavantajele din cartier, densitatea punctelor de vânzare a alcoolului).¹³³
- Norme culturale și societale.
- Disponibilitatea alcoolului.

4. Modele de consum. Cercetările recente continuă să sublinieze faptul că anumite modele de consum, nu doar volumul general, sunt factori de risc critici.¹³⁴

- Consumul excesiv de alcool (Binge drinking) și consumul episodic excesiv de alcool.

C.2.2.2.SCREENING-UL

Caseta 15. Obiectivele screeningului

- Identificarea precoce a consumului riscant, dăunător sau dependent de alcool;
- Facilitarea accesului pacientului la servicii de consiliere și tratament;
- Prevenirea progresiei către dependență cronică și complicații somato-psihiice;
- Creșterea eficienței intervențiilor prin abordări personalizate, în funcție de gradul de risc.

Caseta 16. Screeningul dependenței față de alcool

DEFINIȚIE ȘI SCOP

Screening-ul reprezintă un proces sistematic de identificare a persoanelor cu risc de consum problematic de alcool sau cu semne incipiente de tulburări legate de alcool, care nu au fost diagnosticate anterior. Obiectivul este de a iniția intervenții precoce și de a reduce morbiditatea asociată consumului nociv sau dependenței.

Conform OMS, screening-ul pentru consumul de alcool este o intervenție de sănătate publică eficientă și cost-eficientă în reducerea poverii bolilor asociate alcoolului (WHO, 2010; WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol, 2018).

GRUPURI ȚINTĂ PENTRU SCREENING:

- Toți pacienții adulți din asistența medicală primară aflați la controale de rutină;
- Persoanele cu simptome nespecifice (astenie, insomnie, tulburări gastrointestinale, cefalee, iritabilitate);
- Persoanele cu istoric familial de dependență;
- Femeile însărcinate sau care planifică o sarcină;
- Adolescenți și tineri cu comportamente riscante;
- Pacienți cu boli cronice, spitalizări frecvente sau internări pentru traume.

INSTRUMENTUL RECOMANDAT DE SCREENING: AUDIT

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) este instrumentul standardizat și validat de OMS pentru identificarea consumului problematic de alcool. A fost conceput de OMS în 1989 și este utilizat la nivel internațional în practică clinică și cercetare (Babor et al., 2001)¹³⁵.

Responsabil de aplicare:

- **Medicul de familie** – în cadrul controalelor periodice sau la inițiativa proprie;
- **Medicii psihiatri și psihiatri-narcologi** – pentru evaluări aprofundate;
- **Asistenții medicali sau psihologii** – pot susține aplicarea, în funcție de instruire.

Modalitate de aplicare:

- Completare autoadministrată sau cu suportul personalului;
- Interpretare imediată a scorului și consiliere scurtă;
- Documentare în fișa medicală a pacientului.

INTERPRETAREA SCORULUI AUDIT:

Scor AUDIT	Nivelul de risc	Intervenția recomandată
0–7	consum cu risc scăzut	recomandări generale
8–15	consum riscant	Intervenție scurtă, interviul motivațional
16–19	consum periculos	Evaluare aprofundată și referire la psihiatru/narcolog
≥20	probabilă dependență	Diagnostic de specialitate de la psihiatru/narcolog, inițiere tratament complex

Screening-ul în context special: sarcina

Consumul de alcool în timpul sarcinii, chiar și în cantități mici, este asociat cu risc crescut de avort spontan, malformații și sindrom alcoolic fetal. OMS recomandă **screeningul sistematic al femeilor însărcinate și celor care planifică o sarcină** (WHO, 2022).¹³⁶

Integrarea în circuitul serviciilor de sănătate, screening-ul trebuie inclus în rutina medicală, el constituie o verigă critică între detectarea precoce, consilierea scurtă și trimiterea către tratament specializat.

C.2.3. CONDUITA PACIENTULUI

Caseta 17. Procedurile de diagnostic

- Anamneza
- Examenul clinic
- Investigațiile de laborator și paraclinice
- Testările psihologice

Caseta 18. Obiectivele procedurilor de diagnostic

- Stabilirea nivelurilor dependenței și gradului maladiei
- Stabilirea tipului de sevraj și consecințelor
- Evaluarea recidivelor cu identificarea cauzelor

C.2.3.1. ANAMNEZA

Caseta 19 Recomandări pentru culegerea anamnesticalui bolnavului cu tulburări mintale și comportamentale datorată utilizării alcoolului

- A. Informații obținute din istoric
- Vârsta la consumul primar al alcoolului, durata consumului de băuturi alcoolice și circumstanțele (curiozitate, influență socială, tradiții familiale, etc.).
 - Evoluția consumului de alcool (frecvență, cantitate, tip băutură). Se documentează modelul de consum: consum zilnic, periodic, ocazional, în exces.
 - Toleranța (se va descrie evoluția toleranței, inclusiv se vor indica dozele necesare la moment pentru atingerea aceluiași confort psihologic/fizic).
 - Episoadele anterioare de sevraj vor fi documentate prin descrierea detaliată a simptomatologiei somato-vegetative, neurologice și/sau psihopatologice manifestate în timpul acestora. Evaluarea severității sevrăjului se va realiza în funcție de complexitatea și intensitatea simptomelor prezentate, urmând a fi integrată corespunzător în diagnosticul clinic.
 - Se descriu episoadele de intoxicație severă, inclusiv perioade de amnezie, comă alcoolică sau internări în serviciul de urgență.
 - Se documentează impactul consumului asupra funcționării sociale, familiale și profesionale: pierderea locului de muncă, divorț, pierderea custodiei copilului, izolare socială.
 - Tentativele anterioare de abținere de la consumul de alcool vor fi consemnate cu menționarea duratei acestora, a metodelor terapeutice aplicate (tratament ambulatoriu, spitalizare, cure de dealcoolizare, psihoterapie) și a factorilor care au determinat recăderea.
 - Se notează experiența pacientului cu tratamentele medicamentoase anterioare (Disulfiramum, Naltrexonum*, Acamprosatum*) și eficiența acestora.
 - Se descrie atitudinea pacientului față de boală: negare, conștientizare parțială, motivație activă pentru tratament.
- B. Date obținute din examinarea stării mintale prezente
- Aspect general: îngrijit/neîngrijit, miros de alcool, semne fizice de sevraj.
 - Comportament: cooperant, opozant, dezorganizat, agresiv.
 - Orientare: în timp, spațiu, persoană.
 - Atenție și memorie: dificultăți de concentrare, uitare, confabulații.
 - Gândire: coerentă sau dezorganizată, săracă sau accelerată, cu idei delirante sau obsesive.
 - Afectivitate: stabilă, depresivă, anxioasă, labilă, euforică.
 - Conținut ideativ: suicidal, idei de vinovăție, idei de persecuție, lipsă de valoare.
 - Percepție: halucinații auditive, vizuale, tactile, gustative.
 - .Atitudinea critică față de sine și de boală (prezentă/absentă)

Caseta 20 Anamneză psiho-socială: componenta familială și biografică

C. Anamneza familială

Documentarea prezenței consumului abuziv de alcool în rândul rudelor de gradul I (tată, mamă, frați/surori) și de gradul II (bunei, unchi), cu menționarea eventualelor cazuri de alcoolism cronic, episoade de intoxicație alcoolică severă, sevraj, sindrom de abstenență sau internări psihiatrice. De asemenea, se va preciza dacă vreun membru al familiei a decedat

din cauza complicațiilor asociate consumului de alcool, cum ar fi ciroza hepatică sau evenimente traumatice. În plus, se va înregistra istoricul familial de afecțiuni psihiatrice, incluzând depresia, tulburările de anxietate, tulburările de personalitate, schizofrenia, psihozele și eventualele tentative suicidare. Evaluarea va include și prezența bolilor neurodegenerative (precum boala Alzheimer sau demența alcoolică), consumul de substanțe interzise (opioide, canabis, benzodiazepine) în familie, precum și posibile dependențe comportamentale (jocuri de noroc, cumpărături compulsive etc.). Se va analiza mediul familial în care pacientul a crescut, indicându-se dacă a fost vorba despre o familie completă, monoparentală sau despre un istoric de instituționalizare. Se vor consemna eventualele experiențe de abuz fizic, emoțional sau sexual în copilărie, precum și prezența unor conflicte majore între părinți (violență domestică, separări frecvente, lipsa unei autorități parentale clare). Totodată, se va evalua măsura în care nevoile emoționale ale copilului au fost îndeplinite, incluzând posibilele situații de neglijență parentală sau absența afecțiunii. Un aspect important îl constituie modul în care părinții au gestionat stresul, emoțiile și conflictele, fie prin consum de alcool, fie prin comportamente agresive sau prin evitare. Se va analiza atitudinea generală a familiei față de consumul de alcool (permisivă, tolerantă, conflictuală).

D. Anamneza vieții

Pacientul în copilărie a fost bolnăvicios, a început să meargă cu întârziere, a avut sau nu în copilărie enurezis, encopresis, fobii nocturne, somnambulism, balbism, nervozitate, straniețări în comportament, convulsii, dezvoltarea fizică și psihică, comparativ cu semenii săi (nu rămânea în urmă, întârziere neînsemnată, întârziere semnificativă în dezvoltarea psihică/fizică, etc.), maturizarea sexuală (precoce, la timp sau cu întârziere), modificările de caracter prezente în perioada adolescenței, maladiile suportate în copilărie și adolescență (rahitism, rujeolă, rubeolă, sifilis, varicelă, tonzilită frecvente, traumatism craniocerebral). Evaluarea nivelului de educație și performanțele academice anterioare. Analiza istoricului profesional: locuri de muncă anterioare, stabilitate, perioade de șomaj, conflicte profesionale. Descrierea situației financiare actuale și modul de obținere a resurselor (venituri proprii, pensii, ajutor social). Se notează condițiile de trai: locuință proprie/chirie, acces la utilități, igienă personală. Se investighează relațiile interpersonale (familie, parteneri, prieteni, vecini). Se înregistrează istoricul infracțional, detenții, antecedente de comportamente violente sau riscante.

Caseta 21 Evaluarea severității.

- Evaluarea riscului suicidar (prezența ideilor suicidare active/pasive, existența unui plan concret – metodă, loc, moment; istoricul tentativelor anterioare; evaluarea nivelului de impulsivitate și comorbidităților psihice).
- Evaluarea riscului de sevraj complicat (prezența sevrajului sever în antecedente - crize convulsive, halucinoză, delirium tremens; numărul de zile de abstenență recente și cantitatea consumată anterior; prezența simptomelor incipiente: tremor, insomnie, transpirații, iritabilitate, greață).
- Evaluarea riscului de agresivitate și comportamente periculoase (istoric de agresivitate verbală sau fizică, mai ales sub influența alcoolului; probleme legale anterioare - violență domestică, infracțiuni; tulburări de personalitate de tip antisocial sau borderline).
- Alți factori de risc major (negarea bolii și refuzul tratamentului; lipsa unei rețele de sprijin social sau familie disfuncțională; lipsa locuinței, traiul în condiții impropriet, marginalizare socială).

Concluzia evaluării riscului trebuie să indice dacă este necesară:

- Internarea voluntară sau involuntară[legea 114],
- Supravegherea permanentă,
- Intervenție multidisciplinară urgentă (psihiatru, psiholog, asistent social).

Severitatea poate fi măsurată prin intermediul interviului sau a scalelor de observare și chestionarelor completate de către pacient:

Instrumente de evaluare recomandate:

- AUDIT: test de screening validat pentru identificarea consumului problematic de alcool.
- CIWA-Ar: scale clinică pentru evaluarea și monitorizarea simptomelor de sevraj alcoolic.
- CAGE: chestionar simplu, format din 4 întrebări, pentru evaluarea rapidă a dependenței de alcool.
- MAST: test de screening cu o precizie de până la 98% în identificarea consumatorilor dependenți de alcool.[manual de psihologie medicala]

Caseta 22. Întrebările ce trebuie examinate la suspjecția dependenței față de alcool

- Ereditatea și anamneza familiei, prezența în familie a bolilor psihice, alcoolismului, traume în familie, divorțuri, partener alcoolic;
- Studiile, însușirea materiei, condițiile spațio-locative și materiale ale familiei, atitudinea bolnavului față de viața în familie;
- Conflictele la serviciu, sancțiuni administrative, antecedente penale legate de consumul alcoolului;
- Vârsta consumului primar al alcoolului, primele cazuri de ebrietate, particularitățile stării de după beție;
- Durata de timp a abuzului de alcool până la apariția primelor simptome de dependență. Tratamentul precedent, evaluarea remisiunii;
- Antecedente personale, boli somatice și neurologice, traume cranio-cerebrale, traume psihice, tentative de sinucidere.

C.2.3.2. EXAMENUL OBIECTIV (DATELE FIZICE ȘI PSIHICE)

Caseta 23 Principii generale de identificare și evaluare¹³⁷

Principii generale de identificare și evaluare a pacientului cu AUD:

- Asigurați-vă că evaluarea riscului face parte din orice evaluare, că aceasta informează dezvoltarea planului general de îngrijire și că acoperă riscul pentru sine (inclusiv sevrajul neplanificat, suicidul și neglijența) și riscul pentru ceilalți.
- Personalul care îngrijește persoane care ar putea consuma alcool în mod abuziv ar trebui să fie competent să identifice consumul de alcool nociv (consumul de alcool cu risc ridicat) și dependența de alcool. Aceștia ar trebui să fie competenți să evalueze inițial necesitatea unei intervenții sau, dacă nu sunt competenți, ar trebui să trimită persoanele care consumă alcool în mod abuziv către un serviciu care poate oferi o evaluare a nevoilor.
- Atunci când se efectuează o evaluare inițială, precum și evaluarea consumului de alcool, a severității dependenței și a riscului, luați în considerare:
 - amploarea oricăror probleme de sănătate și sociale asociate
 - nevoia de asistare a sevrajului la alcool.
- Utilizați scale și chestionare standarde validate
- Ajustați evaluarea luând în calcul: sexul, vârsta, patologiiile asociate psihiatrice și/sau somatice

Caseta 24 Evaluarea scurtă de triaj¹³⁸

Toți adulții care consumă abuziv de alcool și care sunt trimiși la servicii specializate în combaterea alcoolismului ar trebui să fie supuși unei scurte evaluări de triaj pentru a evalua:

- modelul și severitatea consumului abuziv de alcool și severitatea dependenței
- necesitatea unui tratament urgent, inclusiv sevraj asistat
- orice riscuri asociate pentru sine sau pentru ceilalți
- prezența oricăror comorbidități sau alți factori care ar putea necesita o evaluare sau intervenție specializată suplimentară. Stabiliți planul de tratament inițial, ținând cont de preferințele utilizatorului serviciului și de rezultatele oricărui tratament anterior.

Caseta 25 Evaluarea comprehensivă¹³⁹

Luați în considerare o evaluare cuprinzătoare pentru toți adulții trimiși la servicii specializate în alcoolism care obțin un scor mai mare de 15 la AUDIT. O evaluare cuprinzătoare ar trebui să evalueze mai multe domenii de nevoi, să fie structurată într-un interviu clinic, să utilizeze instrumente clinice relevante și validate și să acopere următoarele domenii:

- consumul de alcool, inclusiv:
 - consum: modele istorice și recente de consum de alcool (folosind, de exemplu, un jurnal retrospectiv de consum de alcool) și, dacă este posibil, informații suplimentare (de exemplu, de la un membru al familiei sau îngrijitor)
 - dependență
 - probleme legate de alcool
- abuzul de alte droguri, inclusiv medicamentele fără prescripție medicală
- probleme de sănătate fizică
- probleme psihologice și sociale
- funcția cognitivă (folosind, de exemplu, Mini-Mental State Examination [MMSE])
- pregătirea și încrederea în capacitatea de schimbare.

Evaluați problemele de sănătate mintală comorbide ca parte a oricărei evaluări cuprinzătoare și pe tot parcursul îngrijirii pentru abuzul de alcool, deoarece multe probleme comorbide (deși nu toate) se vor ameliora odată cu tratamentul pentru abuzul de alcool. Utilizați evaluarea problemelor de sănătate mintală comorbide pentru a fundamenta elaborarea planului general de îngrijire.

Pentru utilizatorii de servicii ale căror probleme de sănătate mintală comorbide nu se ameliorează semnificativ după abstinența de la alcool (de obicei după 3 până la 4 săptămâni), luați în considerare furnizarea sau trimiterea către un tratament specific

- Examenul clinic trebuie orientat spre depistarea simptomelor și sindroamelor principale ale afecțiunilor de profil narcologic, în rezultatul totalizării datelor anamnezei și examenului somatic, neurologic și psihic.
- În timpul examinării inițiale a fiecărui pacient psihiatric, se recomandă cu tărie efectuarea unui examen fizic și neurologic complet. Atunci când pacientul se prezintă cu simptome psihotice sau în stare de intoxicație, trebuie evaluat și riscul de comportament periculos ¹⁴⁰.
- **Primul pas în evaluarea primară a unui pacient aflat în stare de intoxicație este aprecierea inițială a stabilității hemodinamice (starea de conștiență, respirația, circulația), inclusiv semnele vitale după ABCDE: tensiunea arterială, pulsul și temperatura¹⁴¹.**
- Aceasta este urmată de o evaluare secundară a semnelor fizice ale diverselor complicații medicale ale alcoolismului (de exemplu, discrazii sanguine, insuficiență hepatică,

cardiomiopatie, tumori gastrice, traumatisme din căderi). O evaluare completă de laborator poate ajuta la diagnosticarea complicațiilor medicale¹⁴².

Caseta 26 Sindromul de dependență față de alcool ^{143 144 145}:

Manifestările fiziologice ale dependenței includ¹⁴⁶:

- **toleranță** la efectele alcoolului,
- **simptome de sevraj** după oprirea sau reducerea consumului,
- **utilizarea repetată a alcoolului** ori a altor substanțe cu efecte farmacologice similare pentru a preveni sau atenua simptomele sevrajului.
- Manifestările dependenței sunt, de obicei, evidente pe o perioadă de **cel puțin 12 luni**, însă **diagnosticul poate fi pus** și mai devreme, dacă **consumul de alcool este continuu** (zilnic sau aproape zilnic) **timp de cel puțin 3 luni** ¹⁴⁷.

Sindromul de dependenta la alcool (Edward & Gross)¹⁴⁸:

- Îngustarea repertoriului de băut (implicând stabilirea de modele zilnice de băut și alegerea selectivă de băuturi alcoolice)
- Accentuarea comportamentului de căutare de băut
- Creșterea toleranței la efectele alcoolului
- Repetate simptome de sevraj
- Băutul pentru a scăpa sau evita simptomele de sevraj
- Conștientizarea compulsiilor de a bea
- Restabilirea modelului de băut după o perioadă de abținere

Alte sindroame ¹⁴⁹:

- Dependența fizică și psihică;
- Pierderea controlului cantității;
- Sindromul de sevraj;
- Sindromul reactivității transformate;
- Modificarea personalității;
- Degradarea personalității.
- Pofte intense pentru substanță
- Consumul unei cantități mai mari pentru a obține același efect
- Incapacitatea de a opri consumul, în ciuda consecințelor negative

Caseta 27 Dependența fizică și psihică

Dependența fizică - Este starea în care organismul se adaptează biologic la prezența unei substanțe (ex. alcool), astfel încât oprirea bruscă a consumului determină simptome de sevraj.

Caracteristici:

- Toleranță crescută (nevoia de doze mai mari pentru același efect)
- Sevraj fizic (tremurături, greață, transpirații, convulsii, insomnie)
- Necesitatea fiziologică de a consuma substanța pentru a funcționa normal

Dependența psihică - Reprezintă dorința compulsivă (craving) de a consuma o substanță pentru a obține plăcere sau pentru a evita disconfortul emoțional sau psihologic.

Caracteristici:

- Gânduri obsesive despre substanță
- Pierderea controlului asupra consumului
- Anxietate, depresie sau iritabilitate în lipsa consumului
- Nevoia psihologică de a consuma pentru a face față stresului, plictiselii etc.

Caseta 28 Pierderea controlului față de alcool

- Pierderea controlului față de alcool este un **semnal de avertizare major** care indică instalarea **dependenței**.
- Este esențială intervenția terapeutică timpurie pentru a preveni agravarea stării de sănătate și deteriorarea relațiilor sociale.
- **Pierderea controlului** reprezintă un criteriu central al **dependenței de alcool** și se referă la **incapacitatea persoanei de a limita** consumul de alcool, în ciuda intenției sau eforturilor de a o face.

Caracteristici principale:

- Consumul începe cu intenția de „a bea puțin”, dar continuă mult peste această limită.
- Individul nu poate **opri** sau **reduce** consumul, chiar dacă este conștient de consecințele negative.
- Apar episoade de **binge drinking** (consum excesiv într-un timp scurt).
- Există **dorință irezistibilă (craving)** pentru alcool.
- Persoana promite să nu mai bea, dar **revine repetat** la consum.

Consecințe:

- Neînțelegeri în familie, conflicte sociale și pierderea locului de muncă.
- Afectarea gravă a sănătății fizice și psihice.
- Expunere la accidente, violență, probleme legale.

Caseta 29 Semnele și simptomele sevrajului alcoolic includ ^{150 151 152}:

Simptome psihologice

- Anxietate
- Depresie
- Schimbări bruște de dispoziție
- Stare de spirit deprimată sau disforică
- Agitație psihomotorie
- Dificultăți de concentrare sau gândire clară
- Distractibilitate
- Oboseală
- Stare de tensiune sau nervozitate
- Iritabilitate sau excitabilitate crescută
- Tremur interior (senzație de neliniște sau instabilitate)
- Halucinații sau iluzii vizuale, tactile sau auditive tranzitorii, (la unii pacienți fără dezorientare — și, prin urmare, fără delirium tremens — pot apărea halucinații izolate)
- Insomnie
- Coșmaruri

Simptome fizice

- Hiperactivitate autonomă (ex.: tahicardie, hipertensiune arterială, transpirație excesivă),
- Piele umedă sau lipicioasă
- Tensiune arterială crescută
- Cefalee
- Pierderea apetitului
- Greață și vărsături
- Paloare
- Ritm cardiac accelerat sau palpitații
- Transpirație excesivă, în special la nivelul palmelor sau feței

- Tremur al mâinilor
- Greață și vărsături
- Hiperhidroză
- Convulsii

Semne și simptome ale sevrajului etilic conform severitate pot include următoarele ¹⁵³:

- Sevraj minor:
 - Tremor,
 - Anxietate,
 - Greață,
 - Vărsături și
 - Insomnie
- Sevraj major:
 - Confuzie și dezorientare
 - Delirium
 - Halucinații vizuale, tactile sau auditive persistente
 - Tremor generalizat,
 - Vărsături,
 - Hiperhidroză și
 - Hipertensiune arterială
 - Convulsii de sevraj

Caseta 30 Sindromul reactivității transformate ¹⁵⁴:

- **Sindromul reactivității transformate** este un termen utilizat mai ales în psihopatologie și narco-dependență pentru a descrie modificarea reacției organismului și a psihicului la alcool sau alte substanțe, după o perioadă de abținere sau în contextul unei toleranțe crescute.
- Sindromul reactivității transformate desemnează modificarea modului în care o persoană reacționează la alcool după o perioadă de consum cronic sau după o pauză semnificativă (abținere).
- Sindromul reactivității transformate reflectă o hipersensibilizare a organismului și o tulburare profundă a mecanismelor neuropsihice, cauzată de consumul cronic de alcool.
- Este o etapă severă și periculoasă a evoluției alcoolismului și necesită tratament de specialitate.

Caracteristici:

- **Scăderea toleranței:** După o perioadă de abținere, chiar și o cantitate mică de alcool poate provoca efecte disproporționate de intense (amețeală, comportamente dezorganizate, tulburări emoționale).
- **Reacții imprevizibile:** Comportamente emoționale instabile, agresivitate, euforie exagerată sau depresie profundă.
- **Instabilitate psihică și comportamentală:** Apariția unor manifestări psihotice, anxioase sau depresive după reluarea consumului.
- **Decompensări rapide:** Persoana poate suferi o decompensare psihică sau fizică severă la doze mici de alcool.
- Modificarea toleranței față de alcool;
- Modificarea formei de ebrietate;
- Modificarea consumului de alcool.

Semnificație clinică:

- Este un factor de risc major pentru recăderi grave după abținere.
- Apare adesea la persoanele cu afecțiuni psihiatrice coexistente sau cu un istoric îndelungat de alcoolism.

Caseta 31 Modificarea personalității ¹⁵⁵:

- Consumul cronic și abuziv de alcool duce la modificări profunde și progresive ale personalității, afectând modul în care individul gândește, simte și se comportă.
- Aceste schimbări sunt cauzate atât de efectul direct al alcoolului asupra sistemului nervos central, cât și de degradarea relațiilor sociale și a stilului de viață
- Modificarea personalității în alcoolism este lentă, dar profundă, afectând grav viața psihică, socială și profesională a persoanei.
- Recunoașterea acestor semne este esențială pentru intervenția timpurie și recuperare.

Caracteristici ale modificării personalității în alcoolism:

1. Instabilitate emoțională
 - Reacții exagerate, schimbări bruște de dispoziție
 - Trecere rapidă de la euforie la depresie sau iritabilitate
2. Egocentrism și scăderea empatiei
 - Individul devine preocupat excesiv de propriile nevoi
 - Ignoră consecințele comportamentului său asupra altora
3. Scăderea autocriticii și negarea problemei
 - Justifică consumul, refuză responsabilitatea
 - Minimalizează sau neagă existența dependenței
4. Agresivitate verbală și/sau fizică
 - Toleranță redusă la frustrare
 - Comportamente conflictuale frecvente
5. Apatie și pierderea intereselor
 - Indiferență față de obligații familiale, profesionale sau sociale
 - Neîngrijire personală, lipsa motivației
6. Izolare socială
 - Pierderea relațiilor semnificative
 - Trecerea de la consum social la consum solitar

Tipuri de modificări de personalitate în alcoolism:

1. **Tipul astenic**
 - Frecvent întâlnit
 - Caracteristici: hiperfatigabilitate (oboseală accentuată), irascibilitate, excitabilitate crescută, susceptibilitate emoțională, epuizare psihică, dispoziție scăzută.
2. **Tipul isteric**
 - Comportament demonstrativ, teatralism
 - Supraestimarea propriei persoane (aspect fizic), sfidare
 - Tendință spre minciună, superficialitate, reacții exagerate și dureroase la stres.
3. **Tipul exploziv**
 - Emotivitate instabilă, ieșiri temperamentale violente
 - Egoism pronunțat, cinism, comportament crud
 - Reacții impulsive și imprevizibile.
4. **Tipul apatic**
 - Indolență (lene), lipsă de inițiativă
 - Scădere bruscă a intereselor și motivației
 - Indiferență față de viitorul propriu, lipsă de scopuri, pasivitate profesională și socială.
5. **Tipul sinton**
 - Dispoziție exagerat de optimistă
 - Bucurie de a trăi, autosatisfacție
 - Sociabilitate crescută, sinceritate excesivă, uneori naivitate.

6. Tipul distimic

- Labilitate emoțională marcată
- Alternanța rapidă a stărilor afective opuse (euforie – depresie).

7. Tipul schizoid

- Personalitate retrasă, închisă
- Inerție afectivă, comportament posac și rece
- Dificultăți în stabilirea relațiilor interumane.

Caseta 32 Degradarea personalității

Degradarea personalității este un proces patologic progresiv care apare în cazul consumului cronic de alcool, determinând alterări profunde ale structurii de personalitate, ale funcționării psihice și ale comportamentului social.

Mecanisme ale degradării personalității:

- Afectarea directă a sistemului nervos central prin neurotoxicitatea alcoolului.
- Tulburări metabolice și nutriționale (ex. deficit de tiamină – B1).
- Factori psihosociali: izolarea, pierderea statutului profesional, conflicte familiale.

Etape și manifestări:

1. Faza inițială:

- Ușoară labilitate emoțională
- Pierderea autocriticii, justificarea consumului
- Creșterea iritabilității și scăderea responsabilității

2. Faza intermediară:

- Modificări de caracter: egocentrism, agresivitate, minciună
- Tulburări de judecată și decizie
- Ruptura relațiilor familiale și sociale

3. Faza avansată (degradare profundă):

- **Apatia**, pierderea completă a intereselor și motivației
- Lipsă totală de igienă personală și responsabilitate
- Comportament antisocial, regresie afectivă și intelectuală
- Apariția **tulburărilor cognitive** (pseudodemență alcoolică)

Forme clinice de degradare

- **Tip apato-abulic:** indiferență totală, lipsă de voință și scop
- **Tip disforic:** iritabilitate cronică, ostilitate, agresivitate
- **Tip pseudoparanoic:** suspiciune, gelozie patologică, idei delirante legate de partener

Conform ¹⁵⁶:

- Psihopatiformă - se caracterizează prin cinism brutal, excitabilitatea nereținută, agresivitate, lipsă de tact.
- Organic-vasculară - se caracterizează prin euforie cronică, nepăsare, generozitate, reducerea bruscă a simțului.
- Mixtă - se caracterizează prin lipsa de spontaneitate, astenie, pasivitate, stimulare redusă, lipsa de interese și inițiativă.

Caseta 33 Pași obligatorii în examinarea pacientului cu dependență de alcool 157 158 159 160:

- ✓ **Examine de bază:**
- ✓ Examinarea unui pacient cu **dependență de alcool** presupune o abordare **structurată și multidisciplinară**, deoarece consumul cronic de alcool afectează numeroase organe și sisteme. Mai jos sunt enumerați **pașii esențiali și obligatorii** în evaluarea unui astfel de pacient:
- 1. Manifestări fizice ale afecțiunilor legate de consumul de alcool (constatare sau excludere):**

Afecțiune	Semne și simptome fizice
Semne ale intoxicației cu alcool cele mai frecvente	• Ataxie: Pierderea echilibrului, mers nesigur sau incapacitatea de a merge în linie dreaptă • Atenție afectată • Comportament inadecvat sau agresiv • Coordonare slabă, mers nesigur • Confuzie și letargie: Dezorientare și oboseală extremă • Euforie: Exaltare, vorbărie excesivă, impulsivitate • Labilitate a dispoziției și emoțiilor • Pierderea inhibițiilor: Sentimente de relaxare, deschidere și încredere exagerată • Judecată slabă: Tendința de a lua decizii greșite și de a se angaja în comportamente riscante, cum ar fi conducerea sub influența alcoolului • Probleme de vorbire: Vorbire încetșată și dificultăți de exprimare • Vărsături: Greață și vărsături, ca reacție a organismului de a elimina alcoolul în exces În cazuri severe, intoxicația cu alcool poate duce la pierderea cunoștinței, stupoarea, coma sau chiar la deces.
Sevraj alcoolic	• Greață și vărsături • Transpirații (diaforeză) • Agitație și anxietate • Durere de cap • Tremor • Convulsii • Halucinații vizuale și auditive
Delirium tremens (delirium alcoolic)	• Tahicardie • Hipertensiune arterială • Febră • Delirium • Confuzie mintală
Alcoolism cronic	• Ginecomastie • Angioame stelate • Contracturi Dupuytren • Atrofie testiculară • Ficat mărit sau micșorat • Splină mărită
Encefalopatie Wernicke	• Ataxie • Oftalmoplegie (adesea pareză a privirii laterale) • Confuzie mintală

Sindrom Korsakoff	• Amnezie anterogradă și retrogradă • Confabulații • De obicei precedat de encefalopatia Wernicke
Demența asociată consumului de alcool	• Multiple deficite cognitive • Memoria afectată • Agnozie: Incapacitatea de a recunoaște sau identifica obiecte • Afazie: Tulburări de limbaj • Apraxie: Dificultate în realizarea mișcărilor voluntare • Tulburări ale funcțiilor executive: Cum ar fi dificultăți în planificare sau organizare
Encefalopatie hepatică	• Asterixis (tremur al mâinilor) • Confuzie mintală

✓ 2. Anamneza detaliată

- Durata, cantitatea și tipul de alcool consumat
- Frecvența consumului și situațiile declanșatoare
- Istoric familial de alcoolism sau alte dependențe
- Tentative anterioare de sevraj sau tratament
- Simptome psihice: anxietate, depresie, halucinații, insomnie
- Stil de viață: dietă, relații sociale, muncă

✓ 3. Examenul clinic general

- Semne de afectare hepatică: icter, hepatomegalie, steluțe vasculare
- Stare de nutriție (adesea subnutrit)
- Tulburări neurologice: tremor, ataxie, neuropatie periferică
- Semne cardiovasculare: hipertensiune, aritmii
- Observarea comportamentului: iritabilitate, confuzie, miros de alcool

✓ 4. Examen clinic neurologic^{161 162}:

- Leziunile la nivelul capului pot apărea în urma unei căderi, modificând statusul neurologic al pacientului.
- Alte complicații, precum neuropatia periferică, amnezia, ataxia și oftalmoplegia, pot fi, de asemenea, evaluate.
- Mișcări oculare anormale
- Reflexe diminuate sau anormale
- Slăbiciune musculară și atrofie
- Probleme de mers și coordonare

✓ 5. Examen clinic psihiatric¹⁶³:

✓ **Factori care țin de pacient¹⁶⁴:** Negarea alcoolismului: Pacienții invocă frecvent o tulburare psihiatrică pentru a nega consumul problematic de alcool.

✓ **Lipsa de conștientizare a legăturii dintre alcool și consecințele sale¹⁶⁵:**

- Necunoașterea riscului crescut dacă există istoric familial pozitiv
- Frica de a fi raportat angajatorului
- Rușine în a recunoaște problema

✓ 4. Abordare diagnostică¹⁶⁶:

- Dacă nu există dovezi clare că tulburarea psihiatrică a precedat consumul de alcool sau persistă în perioade îndelungate de abținere, dependența de alcool trebuie considerată diagnosticul principal.

Atenție la¹⁶⁷:

- Tulburare de personalitate antisocială (adică probleme serioase cu familia, colegii, școala și poliția înainte de vârsta de 15 ani și înainte de debutul problemelor cu alcoolul)
- Tulburare depresivă, tulburare de anxietate sau altă tulburare care poate contribui la probleme (această tulburare trebuie să fi apărut înainte de problemele cu alcoolul sau să fie o problemă semnificativă pe perioade lungi de abținere),
- În cazurile dificile, este indicată trimiterea la un psihiatru, deoarece unii pacienți care primesc tratament psihiatric renunță la alcool și evoluează bine
- Excluderea psihozelor alcoolice (delirium tremens, halucinoză)
- Evaluarea riscului suicidal
- Testarea dependenței (ex: test CAGE, AUDIT)

Caseta 34 Starea somatică ^{168 169 170 171}:

În cazuri de demența alcoolică frecvent:

- Puls accelerat (tahicardie)
- Tensiune arterială scăzută
- Temperatură corporală scăzută

Complicații gastro-intestinale ^{172 173}:

- Hepatita alcoolică
- Ciroza alcoolică a ficatului
- Boala ulceroasă
- Gastrita hemoragică
- Pancreatita cronică
- Carcinom

Complicații cardio-vasculare ^{174 175}:

- Cardiomiopatia alcoolică
- Hipertensiunea arterială
- Sindromul toxic cardiac
- Infarctul miocardic
- Arteriopatia coronariană
- Fibrilație atrială („sindromul inimii de sărbători”)

Complicații pulmonare ¹⁷⁶:

- Pneumonia de aspirație/infecțioasă
- Tuberculoza

Complicații imunologice ^{177 178}:

- Disfuncția sistemului imun cu creșterea riscului de infecții
- Suprimarea funcției neutrofilelor și a imunității mediate celular

Complicații (neoplasme) ¹⁷⁹:

- cancer

Complicații endocrine ¹⁸⁰:

- la bărbați, creșterea nivelului de estrogen și scăderea testosteronului, ducând la impotență, atrofie testiculară și ginecomastie

Complicații obstetrice ¹⁸¹:

- Spectrul tulburărilor alcoolice fetale (adică dizabilitate intelectuală, malformații faciale, alte probleme neurologice)

Encefalopatia Wernicke și Sindromul Korsakoff – Tablou clinic și manifestări somatice ¹⁸² :

Categorie	Manifestări / Detalii
Manifestări gastrointestinale	• Greață, vărsături • Durere abdominală • Acidoză lactică
Manifestări sistemice	• Hipotermie (datorată afectării centrilor de termoreglare) • Hipotensiune (beriberi cardiovascular sau disfuncție autonomă)

Alte manifestări ale deficitului de tiamină implică sistemul cardiovascular (beriberi umed) și sistemul nervos periferic (polineuropatie nutrițională).

Manifestările deficitului de tiamină la sugari includ¹⁸³:

- constipație,
- agitație,
- apatie,
- vărsături,
- lipsa apetitului, iar ulterior:
- diaree,
- gemete (sunete expiratorii forțate),
- nistagmus,
- convulsii,
- pierderea cunoștinței și
- **cardiomiopatie.**¹⁸⁴

Markeri diagnostici suplimentari – semne și simptome fizice asociate consumului excesiv de alcool ¹⁸⁵:

Markerii diagnostici suplimentari includ **semne și simptome clinice** care reflectă consecințele frecvente ale consumului cronic și intens de alcool. De exemplu:

- **Dispepsia, greața și balonarea** pot însoți **gastrita**.
- **Hepatomegalia, varicele esofagiene și hemoroizii** pot reflecta **modificările hepatice induse de alcool**.

Alte **semne fizice** ale consumului cronic de alcool includ:

- **Tremurături ale mâinilor**
- **Mers instabil**
- **Insomnie**
- **Disfuncție erectilă**

La **bărbații** cu tulburare cronică de consum de alcool pot apărea:

- **Diminuarea volumului testicular**
- **Efecte de feminizare**, asociate cu **scăderea nivelului de testosteron**

La **femei**, consumul repetat și excesiv de alcool este asociat cu:

- **Neregularități menstruale**
- În timpul sarcinii: **avort spontan și sindromul alcoolic fetal**

Persoanele cu un istoric preexistent de **epilepsie** sau **traumatisme craniene severe** sunt mai predispuse la dezvoltarea de **crize epileptice asociate consumului de alcool**.

Sevrajul alcoolic poate fi însoțit de:

- **Greață**
- **Vărsături**

- Gastrită
- Hematemeză (vărsături cu sânge)
- Uscăciunea gurii
- Ten umflat și pătat (aspect neregulat)
- Edem periferic ușor

Afecțiuni digestive ¹⁸⁶: gastrită, ulcer, hepatită, pancreatită, hemoragie digestivă;

Afecțiuni cardio-vasculare ¹⁸⁷: hipertensiune, cardiomiopatie alcoolică, boală coronariană, arteriopatie periferică;

Afecțiuni neoplazice ¹⁸⁸: diverse cancere;

Caseta 35 Starea neurologică

Afecțiuni neurologice¹⁸⁹: polineuropatie, demență, sindrom Korsakoff sau encefalopatie Wernicke, afecțiuni medulare;

Complicații neurologice ^{190 191}:

- Demența alcoolică
- Accidentele vasculare cerebrale
- Crizele epileptiforme simptomatice
- Tulburările cerebeloase
- Ambliopia alcoolică
- Neuropatie periferică care duce la ataxie,
- Encefalopatie Wernicke,
- Psihoză Korsakoff și modificări structurale ale creierului care duc la demență

Tabelul 5 Encefalopatia Wernicke și Sindromul Korsakoff – Tablou clinic și manifestări neurologice¹⁹²:

Categorie	Manifestări / Detalii
Anomalii oculare	• Nistagmus (cea mai frecventă) • Ptoză • Pareză bilaterală a mușchiului drept lateral • Pareze ale privirii conjugate • Pupile lente, anizocorie, scotoame
Encefalopatie (status mental)	• Confuzie globală • Lipsă de interes, neatenție • Agitație • Rareori: stupor, comă
Ataxie	• Mers cu bază largă, lent • Imposibilitatea mersului în cazuri severe • Ataxie truncală • Disfuncție vestibulară fără pierderea auzului
Neuropatie periferică	• Slăbiciune • Cădere a piciorului (foot drop) • Scăderea propriocepției
Alte simptome neurologice	• Oftalmoplegie • Tulburări de memorie • Delirium tremens
Sindromul Korsakoff	• Amnezie retrogradă și anterogradă • Scăderea spontaneității și inițiativei • Confabulații

Starea neurologică¹⁹³:**Tabelul 6 Encefalopatia Wernicke și Sindromul Korsakoff: Caracteristici, Cauze și Semne Clinice**

Caracteristici	Detalii
Definiție	Encefalopatia Wernicke (EW) este o tulburare neurologică indusă de deficitul de tiamină (vitamina B1).
Importanță	EW este cea mai importantă encefalopatie cauzată de un singur deficit de vitamină.
Triunghiul clasic de simptome	1. Semne oculare 2. Disfuncție cerebeloasă 3. Confuzie
Sindromul amnestic Korsakoff	• Manifestare neuropsihiatrică tardivă a encefalopatiei Wernicke, caracterizată prin pierderea memoriei și confabulare. • Uneori denumit sindromul Wernicke-Korsakoff (WKS).
Cauze	Deficitul de tiamină asociat cu alcoolismul cronic, care afectează absorbția și utilizarea Thiamini hydrochloridum, dar poate apărea și în alte condiții nonalcoolice.
Condiții nonalcoolice asociate	• În faimă prelungită, • hiperemesis gravidarum, • intervenții chirurgicale bariatrice, • HIV/SIDA, și • chiar la sugari alimentați cu formule deficitare în tiamină.
Prevalență	De obicei nedețvăluită, encefalopatia Wernicke este mai frecventă decât se presupune. Pot apărea epidemii de encefalopatie Wernicke.
Semne și simptome (clinice)	1. Confuzie acută 2. Delir 3. Ataxie 4. Oftalmoplegie 5. Tulburări de memorie 6. Hipotermie cu hipotensiune 7. Delirium tremens

Tabelul 7 Status mental:**Examinare scurtă a statusului mental ¹⁹⁴ :****Medicul trebuie să evalueze:**

- Starea afectivă
- Probleme perceptive, cum ar fi halucinațiile
- Verificarea riscului suicidal (screening de siguranță)

Diagnostic dual ¹⁹⁵:

- Prezența simultană a unei boli psihice severe (de ex., schizofrenie sau tulburare bipolară) și alcoolismului.
- Ambele necesită tratament.

Evaluarea statusului mental ar trebui să se concentreze pe orientare, memorie, semne de delir, halucinații și idei delirante, precum și pe afect, cu evaluarea riscului de violență și suicid. Verificarea frecventă a statusului mental este importantă, deoarece afectul și nivelul de conștiință pot fluctua semnificativ.

Examinarea statusului mental în intoxicația cu psihoză poate apărea astfel ¹⁹⁶:

- **Aspect general și comportament:** neîngrijit, retras, miros corporal neplăcut, respirație cu miros puternic de alcool, contact vizual slab, greu de implicat în discuție, răspunde activ la stimuli interni
- **Agitație psihomotorie**
- **Vorbire:** volum scăzut, neclară
- **Procese de gândire:** dezorganizate
- **Conținutul gândirii:** halucinații auditive, raportează idei suicidare, neagă idei omucidere
- **Stare afectivă:** iritabil
- **Afect:** de la iritabil la plat
- **Insight:** slab
- **Judecată:** slabă
- **Somnolență și dezorientare în ceea ce privește persoana, locul și scopul**
- **Abstracții:** intacte

Examinarea statusului mental în sevrajul alcoolic cu psihoză poate apărea astfel ¹⁹⁷:

- **Aspect general și comportament:** neîngrijit, agitat, confuz, greu de implicat, răspunde activ la stimuli interni atingându-și pielea cu teamă; contact vizual slab
- **Agitație psihomotorie**
- **Vorbire:** normală spre crescută, ușor presată
- **Procese de gândire:** dezorganizate
- **Conținutul gândirii:** halucinații tactile, neagă idei suicidare sau omucidere
- **Stare afectivă:** iritabil
- **Afect:** de la iritabil la agitat
- **Insight:** slab
- **Judecată:** slabă
- **Alert și orientat în ceea ce privește persoana, locul și scopul**
- **Abstracții:** intacte

Comportamente periculoase¹⁹⁸: Este importantă evaluarea riscului de comportament violent sau de autovătămare.

Caseta 36 Simptomatologie

Simptomele tipice ale tulburării în adicții alcoolice (dependența de alcool sau alcoolismul) pot fi împărțite în mai multe categorii: comportamentale, fizice și psihologice.

Simptome comportamentale:

- **Consumul frecvent și în cantități mari** de alcool, chiar și în situații periculoase (ex. conducerea sub influență).
- **Eșec repetat** în încercarea de a reduce sau opri consumul de alcool.
- **Neglijarea responsabilităților** sociale, profesionale sau familiale.
- **Petrecerea unui timp semnificativ** pentru a obține, consuma sau recupera de pe urma alcoolului.
- **Continuarea consumului** în ciuda consecințelor negative evidente (probleme de sănătate, conflicte, pierderea locului de muncă etc.).

Simptome psihologice:

- **Poftă intensă (craving)** pentru alcool.
- **Iritabilitate, anxietate sau depresie** în absența alcoolului.
- **Toleranță crescută** – necesitatea de a consuma cantități mai mari pentru a obține același efect.
- **Negarea problemei** și minimalizarea efectelor negative.

Simptome fizice:

- **Sindrom de sevraj** la întreruperea consumului, cu simptome precum:
 - tremurături
 - transpirații excesive
 - greață și vărsături
 - insomnie
 - halucinații (în cazuri severe)
 - convulsii (în forme grave de sevraj – delirium tremens)
- **Afecțiuni hepatice** (steatoză hepatică, hepatită alcoolică, ciroză).
- **Tulburări gastrointestinale și slăbirea sistemului imunitar.**

Caseta 37 Prevenirea și managementul Spectrului tulburărilor alcoolice fetale (STAF)

Prevenirea și managementul Spectrului tulburărilor alcoolice fetale (STAF) conform standardelor NICE ^{199 200}:

Sprijinul acordat femeilor — elementul principal al prevenirii !

Conform Vaux, K. K. (2023) ²⁰¹:

- Consumul de alcool în timpul sarcinii poate duce la consecințe grave pentru făt, nou-născut și copil, inclusiv tulburări fizice și neuropsihologice.
- Sindromul alcoolismului fetal (SAF) este cea mai severă formă de STAF. Copiii cu tulburări din spectrul alcoolismului fetal (STAF) pot să nu prezinte semne exterioare evidente, însă dezvoltă tulburări cognitive și comportamentale severe.
- SAF reprezintă principala cauză prevenibilă a deficienței intelectuale.
- Tulburările asociate cu STAF pot persista pe tot parcursul vieții.
- STAF nu depinde de rasă, etnie sau statut socio-economic.

Riscuri prenatale și perinatale asociate consumului de alcool (gravidă și făt)²⁰²:

Consumul de alcool în timpul sarcinii este asociat cu un risc crescut de:

- Avort spontan
- Decolarea prematură a placentei
- Naștere prematură
- Amnionită
- Moartea fetală
- Sindromul morții subite a copilului (SMSC)

Bariere în sprijinul și tratamentul persoanelor cu STAF ²⁰³:

- Lipsa sprijinului pentru afecțiunile secundare asociate STAF:
Persoanele cu SAF, precum și familiile lor, se confruntă adesea cu probleme secundare grave, cum ar fi tulburări psihice, dificultăți legale și tentative de suicid.
Cu toate acestea, psihologii care realizează diagnosticul STAF nu oferă frecvent și servicii terapeutice, ceea ce generează un vid de sprijin post-diagnostic.
Această situație evidențiază necesitatea unei abordări integrate și multidisciplinare, care să includă atât diagnosticul, cât și intervenții terapeutice personalizate.
- Dificultăți de adaptare culturală în diagnostic și tratament:
Este esențial ca diagnosticul și intervențiile pentru STAF să fie sensibile la contextul cultural al persoanei evaluate.
- Sunt necesare abordări individualizate, bazate pe respectul pentru unicitatea fiecărui individ și pe evitarea stereotipurilor legate de trăsături fizice asociate STAF.
Doar printr-o astfel de abordare se pot dezvolta strategii terapeutice eficiente și echitabile.
Întrebările despre consumul de alcool trebuie adresate cu delicatețe și fără judecată.

Discuțiile regulate permit:

- discutarea riscurilor pentru mamă și făt;
- oferirea sprijinului pentru reducerea sau oprirea consumului;
- reducerea riscului de apariție a STAF la copil.

Spectrul tulburărilor alcoolice fetale (STAF) sunt unele dintre cele mai prevenibile afecțiuni cauzate de consumul de alcool în timpul sarcinii. STAF este una dintre cele mai frecvente afecțiuni prevenibile. Expunerea prenatală la alcool poate duce la tulburări neurocomportamentale și fizice grave și permanente. Rolul cheie în prevenirea și gestionarea eficientă a acestora îl joacă: 1. diagnosticarea timpurie, 2. colaborarea interinstituțională și 3. monitorizarea constantă.

Un diagnostic sau o descriere a STAF se stabilește numai atunci când există dovezi clare ale unei disfuncții cerebrale extinse și persistente. Aceasta este definită ca o afectare severă, demonstrată printr-un scor global sau un scor principal într-un domeniu neurodezvoltativ, aflat cu cel puțin două deviații standard sub medie, cu luarea în considerare a posibilelor erori de testare.

Unul dintre concluziile cheie este ²⁰⁴: necesitatea implementării unui screening universal pentru EPA în cadrul practicii medicale obișnuite și în timpul asistenței la naștere. Este important ca specialiștii medicali să adreseze întrebări privind consumul de alcool în timpul sarcinii, ținând cont de particularitățile culturale și într-o formă delicată, non-judicativă.

Pentru a confirma diagnosticul STAF, trebuie identificate astfel de afectări în cel puțin trei dintre următoarele domenii²⁰⁵:

- coordonare și abilități motorii
- structură sau funcționare anormală a creierului
- abilități cognitive (raționament, gândire)
- dezvoltarea limbajului (receptiv și expresiv)
- rezultate academice (citire, scriere, matematica)
- memorie (verbală sau vizuală)
- atenție și concentrare
- funcții executive (planificare, controlul impulsurilor, flexibilitate cognitivă)
- reglarea emoțiilor
- comportament adaptativ și abilități sociale sau comunicare socială

NICE stabilesc următoarele direcții prioritare în STAF ²⁰⁶:

1. Prevenirea prin informare încă de la primul contact. Fiecare femeie însărcinată trebuie să primească un mesaj clar: alcoolul este contraindicat în orice etapă a sarcinii, deoarece nu există o doză sigură. Acest mesaj trebuie transmis încă de la primul consult cu obstetricianul-ginecolog, medicul de familie sau alt medic specialist, în cadrul îngrijiri antenatale standard. Profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să adopte o abordare empatică și lipsită de judecată și să aibă instruire în prevenirea și riscurile STAF.

2. Înregistrarea sistematică a consumului de alcool a gravidei. La toate consultațiile antenatale trebuie:

- să se adreseze întrebări despre consumul de alcool,
- să se noteze frecvența, cantitatea și tipul băuturilor. Aceste date trebuie incluse în documentația medicală a copilului după naștere, mai ales dacă copilul va ajunge într-o familie adoptivă sau de plasament, unde nu există acces la istoricul sarcinii.

3. Trimiterea pentru evaluare în cazul semnelor de STAF

Copiii cu tulburări fizice, cognitive sau comportamentale care ar putea fi rezultatul expunerii prenatale la alcool trebuie trimiși pentru o evaluare specializată. Aceasta poate duce la diagnosticarea STAF sau a unei alte condiții, permițând accesul la sprijinul necesar și adaptarea mediului la nevoile individuale.

4. Supravegherea dezvoltării neuropsihomotorie dacă:

- s-a confirmat expunerea la alcool în timpul sarcinii,
- sau copilul prezintă cele 3 trăsături faciale caracteristice:

1. fante palpebrale scurte,
2. filtrum netezit,
3. buză superioară subțire,

sau mai detaliat diagnosticul de STAF se bazează pe trei semne cheie ²⁰⁷:

1. Anomalii faciale caracteristice
2. Întârziere în creștere (prenatală și postnatală)
3. Tulburări ale sistemului nervos central (deficiențe intelectuale, comportamentale, probleme de învățare) |

• și există suspiciuni clinice, este necesară o evaluare neuro dezvoltativă. Aceasta include analiza abilităților cognitive, de vorbire, motorii, emoționale și sociale, cu participarea unei echipe multidisciplinare.

5. Plan individualizat de sprijin pentru pacienta și copilul ei.

Fiecărui copil cu diagnostic STAF trebuie să i se elaboreze un plan personalizat de îngrijire, care să includă ²⁰⁸:

- recomandări pentru sprijin medical, psihologic, educațional și social;
- obiective intermediare și pe termen lung;
- informații pentru familie, școală, servicii sociale;
- program de vizite regulate. Această strategie îmbunătățește calitatea vieții și perspectivele educaționale ale copilului.

6. Coordonare interinstituțională

Gestionarea eficientă a STAF necesită colaborarea coordonată între:

- sistemul de sănătate,
- instituțiile de învățământ,
- serviciile sociale.

Este important:

- să se asigure schimbul de informații și coerența acțiunilor între toți participanții în sprijinul copilului;
- să se instruiască personalul medical în identificarea semnelor STAF și în lucrul cu părinții;
- să se asigure transmiterea informațiilor despre sarcină din serviciile obstetricale către documentația pediatrică;
- să se implice familiile în diagnostic și planificarea sprijinului.

7. Diagnosticarea timpurie — fundamentul intervenției reușite

Cu cât STAF este diagnosticat mai devreme, cu atât intervențiile pot fi mai eficiente. Acest lucru reduce riscul tulburărilor de comportament, dificultăților școlare și afecțiunilor psihice, asigurând copilului sprijin adecvat capacităților sale.

Necesitatea implementării screening-ului universal pentru identificarea EPA (expunerea prenatală la alcool):

Recomandări pentru screeningul și intervenția precoce în cazurile de expunere prenatală la alcool (EPA) ²⁰⁹:

- **Screening universal:** Toate femeile însărcinate, precum și cele care au născut recent, ar trebui să fie supuse unui screening pentru consumul de alcool, folosind instrumente validate. Acest screening trebuie efectuat de specialiști instruiți corespunzător.
- **Intervenție timpurie pentru grupurile de risc:** Femeile identificate ca fiind în grupuri de risc pentru consum excesiv de alcool trebuie să beneficieze de intervenții scurte și timpurii, precum consiliere specializată și alte servicii de sprijin.
- **Recomandare pentru evaluare diagnostică:** În cazurile în care există suspiciuni sau dovezi ale expunerii prenatale la alcool, este necesară trimiterea către servicii specializate pentru diagnosticarea STAF.

Etapele și criteriile esențiale pentru diagnosticarea STAF ²¹⁰:

1. Istoricul expunerii prenatale la alcool (EPA)

- Colectarea istoricului social și medical este esențială, în asociere cu un examen fizic complet.
- Confirmarea EPA necesită dovezi documentate (observații clinice, auto-mărturii, rapoarte de la surse de încredere, dosare medicale etc.).
- Se recomandă înregistrarea tipului, cantității și frecvenței consumului de alcool.
- Sursele de informații trebuie să fie sigure și lipsite de conflicte de interese.

2. Evaluarea trăsăturilor faciale specifice

- Diagnosticul STAF implică identificarea a trei trăsături faciale-cheie:
 1. Lungimea fantei palpebrale sub percentila 3 sau -2 SD.
 2. Filtrul neted (scor 4–5).
 3. Buza superioară subțire (scor 4–5).
- Alte trăsături (ex. microcefalie, hipoplazie facială) sunt utile, dar nu decisive.
- Se utilizează metode standardizate pentru măsurători faciale.

3. Evaluarea dezvoltării neuropsihice

- Diagnosticul STAF necesită disfuncție severă în ≥ 3 domenii ale dezvoltării (cognitiv, motor, atenție, limbaj etc.).
- Deficitul sever = scor cu ≥ 2 SD sub medie pe teste standardizate.
- Se acceptă și metode indirecte (interviuri, istoric), interpretate la același prag clinic.
- Informațiile trebuie colectate din surse multiple.

4. Criterii de diagnosticare STAF

- Diagnosticul STAF se pune dacă sunt îndeplinite cel puțin 3 dintre următoarele:
- Trăsături faciale-cheie.
- EPA confirmată sau necunoscută.
- Tulburări neurodezvoltative în ≥ 3 domenii sau microcefalie la sugari.
- Termenul „risc de tulburare neurodezvoltată asociată cu EPA” nu este un diagnostic. Acesta este un termen pentru persoanele la care expunerea la alcool a fost confirmată, dar care nu îndeplinesc criteriile pentru diagnosticarea STAF.
- Sindromul alcoolic fetal (SAF) este una dintre principalele cauze ale dizabilității intelectuale.

Echipa multidisciplinară recomandată ²¹¹ :

- Minim: pediatru, psiholog, logoped, fizioterapeut, specialist în dezvoltarea copilului.
- Opțional: consilieri pentru dependență, asistenți sociali, educatori, psihopedagogi, etc.

Sugari și copii

- Cu cele 3 trăsături faciale + microcefalie → STAF cu trăsături faciale.
- Cu 3 trăsături faciale + disfuncție neurodezvoltativă → diagnostic STAF.
- Cu EPA confirmat dar fără îndeplinirea criteriilor → „risc de tulburare neurodezvoltată”.

Adulți și tineri

- Se aplică aceleași criterii de diagnostic.
- Dacă lipsesc date despre comportamentul adaptiv, se acceptă informații din dosarele medicale.

Recomandări post-diagnostic și principii etice ²¹² :

Evaluare și intervenție

- Evaluarea trebuie adaptată la nevoile pacientului (ex. toleranță la examinare).
- Recomandările post-evaluare să răspundă nevoilor imediate și de bază.

etică și sprijin psihosocial

- Respectarea principiilor: autonomie, confidențialitate, binele pacientului, non-vătămare.
- Oferirea de consiliere psihosocială și educație privind impactul STAF.

Monitorizare și tranziție

- Echipa trebuie să monitorizeze implementarea recomandărilor și să acorde suport suplimentar.
- La trecerea în viața adultă, poate fi necesară reevaluarea și ajustarea planului de sprijin.

Tabelul 8 Echipa multidisciplinară implicată în diagnosticul Spectrul tulburărilor alcoolice fetale (STAF) conform Kerimofski, L., et al. (2025) ²¹³:

Specialist	Rol în diagnosticarea STAF
Psiholog clinician / neuropsiholog	Evaluează funcțiile cognitive, atenția, memoria, comportamentul prin teste neuropsihologice.
Medic pediatru / medic de familie	Realizează examenul medical, evaluează dezvoltarea fizică și semnele asociate expunerii prenatale la alcool (EPA).
Logoped / terapeut de vorbire	Evaluează dezvoltarea limbajului, vorbirii și abilitățile de comunicare.
Terapeut comportamental / specialist ABA	Analizează comportamentele, ajută la diferențierea STAF de autism, ADHD și alte tulburări similare.
Genetician medical (la nevoie)	Excluce sindroamele genetice rare cu simptome similare (ex. sindromul Williams, Cornelia de Lange etc.).
Asistent social / specialist protecția copilului	Colectează istoricul (inclusiv EPA), colaborează cu familia biologică sau adoptivă, gestionează documentația.
Specialist în educație / pedagog psihopedagog	Evaluează abilitățile academice și necesitatea adaptărilor educaționale.
Psihiatru / psihiatru pentru copii (la nevoie)	Evaluează tulburările psihiatrice comorbide (depresie, anxietate, ADHD, psihoză etc.).

Tabelul 9 Rezumatul concluziilor despre sindromul alcoolic fetal (SAF) și Spectrul tulburărilor alcoolice fetale (STAF) ²¹⁴

Tema	Rezultate
Proгноza	• Proгноza pentru persoanele cu SAF/STAF variază. • Un diagnostic precoce și accesul la servicii pot îmbunătăți rezultatul. • Intervenția timpurie are un impact pozitiv asupra dezvoltării.
Probleme pe termen lung (conform cercetărilor)	• Tulburări psihice — 95% • Prizonierat/Reabilitare — 55% • Probleme cu legea — 60% • Comportament sexual inadecvat — 52% • Imposibilitatea de a trăi independent — 82% • Probleme cu găsirea unui loc de muncă — 70% Dependență de alcool și droguri: • 50% dintre bărbați • 70% dintre femei

Caseta 38 Manifestările clinice mai puțin severe legate de consum de alcool

Manifestările clinice mai puțin severe legate de consumul de alcool apar adesea în stadiile incipiente ale dependenței sau în cazuri de consum episodic excesiv. Deși nu pun imediat viața în pericol, aceste manifestări pot fi semne de avertizare pentru o posibilă evoluție spre o tulburare severă de consum de alcool. Aceste manifestări pot părea banale sau trecătoare, dar repetarea lor frecventă indică un risc crescut de dezvoltare a unei tulburări de consum de alcool. Intervenția

timpurie poate preveni progresia către forme mai grave.

Manifestări clinice mai puțin severe (legate de alcool):

La nivel psihic:

- Schimbări de dispoziție: iritabilitate, apatie sau euforie ușoară.
- Scăderea capacității de concentrare și atenție redusă.
- Anxietate sau ușoară depresie după consum.
- Tulburări de somn: dificultăți de adormire sau somn neliniștit.

La nivel fizic:

- Greață, dureri de cap sau disconfort gastric după consum (mahmureală).
- Hiperemie facială, transpirații ușoare.
- Tremurături fine ale mâinilor (mai ales dimineața).
- Pierderi parțiale de memorie (blackout-uri temporare după episoade de consum mai mare).

Schimbări comportamentale/sociale:

- Scăderea interesului pentru activități obișnuite.
- Întârzierea sau lipsa de la obligații (serviciu, școală).
- Justificarea consumului („am avut o zi grea”, „e doar o bere”).
- Negarea problemei sau minimalizarea efectelor consumului („pot să mă opresc oricând”).

C.2.3.3. INVESTIGAȚIILE PARACLINICE

Caseta 39 Investigații paraclinice²¹⁵

1. Investigații obligatorii:

- Analiza generală a sângelui (formula leucocitară), VSH
- Analiza generală a urinei (proprietăți fizice, proprietăți chimice, microscopia sedimentului)
- Teste biochimice: bilirubină totală (directă și indirectă), proteina totală, albumină, ureea, creatinina, acid uric, amilaza, fosfataza alcalină, profil lipidic (colesterolul total, trigliceridele), AST/ALT (în raport >2 indică afectare hepatică alcoolică), glicemie
- Ionograma: Ca, Na, K – deseori dezechilibrate
- Reacția de microprecipitație pentru sifilis (test serologic de screening pentru infecția cu *Treponema pallidum*)
- Radiografia organelor cutiei toracice (sau microradiografia pulmonară – pentru depistarea tuberculozei și a altor afecțiuni pulmonare)
- Electrocardiograma (ECG) (pentru evaluarea funcției cardiace, mai ales la pacienții cu alcoolism cronic care pot prezenta aritmii, cardiomiopatie alcoolică etc.)

2. Investigații recomandate:

- GGT
- CDT (Carbohydrate-deficient transferrin) – specific pentru consum cronic
- CT sau RMN cerebral (la nevoie): în caz de suspiciune de encefalopatie
- Ecografie abdominală: evaluarea ficatului și pancreasului
- Ecoencefalografia și electroencefalografia nu sunt necesare pentru fiecare pacient cu alcoolism, dar pot fi recomandate în funcție de simptomele neurologice sau complicațiile asociate.

3. Consultul medicilor specialiști obligatorie:

- medic neurolog
- medic internist

4. Consultul medicilor specialiști recomandate:

Psihiatru:

• diagnosticarea tulburărilor psihice asociate alcoolismului (depresie, anxietate, tulburare de personalitate, • Prescrierea tratamentului medicamentos pentru sevraj alcoolic sau menținerea abstenenței
Psiholog:
• Terapie motivațională, consiliere individuală sau de grup (ex: terapia cognitiv-comportamentală) • Susținerea procesului de recuperare
Nutriționist/Dietetician:
• Corectarea carențelor nutriționale (ex: deficit de tiamină, B12, Acidum folicum) • Plan alimentar pentru refacerea funcției hepatice și stării generale
Medic hepatolog/gastrolog:
• Evaluarea afectării hepatice (ex: hepatită alcoolică, ciroză) • Inițierea tratamentului pentru afecțiuni digestive asociate
Medic cardiolog:
• Evaluarea funcției cardiace (alcoolismul poate cauza cardiomiopatie alcoolică, aritmii) • Ecocardiografie (la necesitate) – pentru evaluarea structurii și funcției inimii, în special la pacienții cu suspiciune de cardiomiopatie alcoolică, hipertensiune sau tulburări de ritm cardiac.
Ginecolog (la necesitate) – pentru evaluarea stării ginecologice și obstetricale a pacientelor, în special:
• prezența tulburărilor hormonale sau de ciclu menstrual • în timpul sarcinii, riscurile asociate cu consumul de alcool pentru făt și pacientă sunt semnificative.

Tabelul 10 Biomarkeri utilizați în diagnosticul consumului de alcool ²¹⁶:

Tip biomarker	Indicii	Ce indică	Comentarii
Indirect	AST (Aspartat aminotransferază)	Afectare hepatică indusă de alcool	Poate fi crescut în alte boli hepatice
	ALT (Alanin aminotransferază)	Afectare hepatică	Mai specific pentru ficat decât AST
	GGT (Gamma-glutamyltransferază)	Consum cronic de alcool	Sensibilitate ~50%; poate fi crescut și în alte afecțiuni
	MCV (Volumul eritrocitar mediu)	Macroцитозă asociată cu consum cronic	Crește lent; poate rămâne crescut după abstenență
	CDT (Transferrină deficitară în carbohidrați)	Consumul excesiv de alcool (>50-80 g/zi)	Relativ specific; detectează consumul pe termen mediu (1-2 săptămâni)
Direct	Alcool (etanol)	Prezență recentă de alcool în sânge	Detectează doar consumul în ultimele ore
	EtG (Etanol-glucuronid)	Metabolit direct al alcoolului	Detectabil în urină până la 5 zile după binge drinking

Tabelul 11 Monitorizare biologică a consumului de alcool ²¹⁷:

Test biologic	Ce detectează	Interval de detecție	Avantaje principale	Limitări / Observații
BAL / etilotest	Alcool activ în sânge / respirație	Doar în momentul testării	Rapid, util în urgențe	Nu este utilizat ambulatoriu
EtG urinar	Metabolit al alcoolului	2–4 zile	Foarte sensibil	Fals pozitive din surse minore

Test biologic	Ce detectează	Interval de detecție	Avantaje principale	Limitări / Observații
				(alimente etc.)
CDT	Consumul cronic (4+ băuturi/zi, ≥ 5 zile/săpt.)	Ultimele 2 săptămâni	Indicator bun al consumului semnificativ	Fals negative: obezitate, ciroză, femei
GGT + AST (complementar)	Afectare hepatică indusă de alcool	Variabil	Util împreună cu CDT	Nespecific – afectate și de alte patologii
PEth	Metabolit specific alcoolului	2–4 săptămâni	99% sensibilitate, cuantificabil, util ambulatoriu	Înlocuiește progresiv CDT

*** Abrevieri:**

- BAL = Blood Alcohol Level (Nivelul de alcool în sânge)
- EtG = Ethyl Glucuronide (Metabolit al alcoolului)
- CDT = Carbohydrate Deficient Transferrin (Transferrina deficitară în carbohidrați)
- GGT = Gamma-Glutamyl Transferase (Gama-glutamil transferază)
- AST = Aspartate Aminotransferase (Aspartat aminotransferază)
- PEth = Phosphatidylethanol (Fosfatidiletanol)

Tabelul 12 Niveluri critice de alcoolemie ce sugerează alcoolism²¹⁸:

Nivel alcool în sânge	Semnificație clinică
> 300 mg/dL	Pacient pare intoxicat, dar neagă consumul
> 150 mg/dL	Fără semne evidente de intoxicație
> 100 mg/dL	Descoperit întâmplător la examinare de rutină

* **mg/dL** înseamnă miligrame pe decilitru (mg = miligrame, dL = decilitru).

Este o unitate de măsură a **concentrației unei substanțe în sânge**, folosită frecvent pentru a indica nivelul de alcool.

Exemplu:

- **100 mg/dL = 0,1% alcool în sânge** (concentrația alcoolului în sânge)
- Limita legală pentru condus în multe țări: aproximativ 80 mg/dL (adică 0,08%)

În Republica Moldova, modificările legislative privind limitele de alcoolemie și sancțiunile pentru conducerea vehiculelor în stare de ebrietate au intrat în vigoare la 7 septembrie 2024:

- Codul Contravențional al Republicii Moldova – în special, Articolul 233, care stabilește sancțiunile pentru conducerea vehiculului cu depășirea limitelor de alcool admisibile ²¹⁹.
- Codul Penal al Republicii Moldova – în special, Articolul 264¹, care reglementează sancțiunile pentru conducerea mijlocului de transport în stare de ebrietate alcoolică cu grad avansat sau în stare de ebrietate produsă de alte substanțe²²⁰
- Regulamentul privind modul de testare alcoolscoptică și examinare medicală pentru stabilirea stării de

ebrietate și naturii ei – care detaliază metodele de testare și criteriile pentru stabilirea stării de ebrietate



Figura 2 Gradele de alcoolemie pentru conducători de vehicule.

Tabelul 13 Markeri de diagnostic pentru consumul excesiv de alcool

Test de laborator	Valori sugestive	Interpretare clinică
GGT (Gamma-glutamyltransferază)	> 35 U/L	Unul dintre cei mai sensibili markeri ai consumului cronic. Crește în $\geq 70\%$ dintre cazuri.
CDT (Transferină deficitară în carbohidrați)	≥ 20 U	Marker specific al consumului zilnic ≥ 8 băuturi. Revine la normal în câteva săptămâni.
BAC (Concentrația de alcool în sânge)	> 150 mg/dL	Sugerează toleranță crescută la alcool dacă nu există semne de intoxicație.
MCV (Volum mediu eritrocitar)	Ușor crescut (> 96 fL)	Indică efecte toxice ale alcoolului asupra măduvei osoase. Nu este util pentru monitorizarea abinenței.
ALT / AST	Crescute (în special AST > ALT)	Semnaleză afectare hepatică alcoolică. Raport AST/ALT > 2 sugerează hepatopatie alcoolică.
Fosfataza alcalină	Ușor crescută	Poate reflecta colestază sau afectare hepatică cronică.
Trigliceride	Crescute	Consumul excesiv de alcool perturbă metabolismul lipidic.
HDL-colesterol	Crescut (paradoxal)	Nivel crescut poate apărea paradoxal la consum cronic de alcool.
Acid uric	La limita superioară	Creșterea sa poate fi indusă de alcool, mai ales în caz de consum combinat cu diete bogate în purine.

Tabelul 14 Limitele legale de alcoolemie în Republica Moldova (în vigoare din 7 septembrie 2024 ²²² :

Grad de ebrietate	Concentrația în sânge (g/l)	Concentrația în sânge (mg/dL)	Echivalent BAC (%)	Concentrația în aerul expirat (g/l)	Concentrația în aerul expirat (mg/dL)
Grad minim	0,3 – 0,7 g/l	30 -70 mg/dL	0,03 -0,07 %	0,15 – 0,35 g/l	15 – 35 mg/dL
Grad avansat	> 0,7 g/l	>70 mg/dL	> 0,07%	> 0,35 g/l	> 35mg/dL

* % BAC (Blood Alcohol Concentration – Concentrația de Alcool în Sânge) — este de obicei exprimată sub forma 0,00%

** datele sunt adaptate de autori.

C.2.3.4. DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL

Tabelul 15 Diagnosticul diferențial între consumul de alcool, intoxicația alcoolică și tulburarea legată de consumul de alcool.[DSM-5]

	Consum de alcool (recreațional)	Intoxicație cu alcool	Tulburare legată de consumul de alcool (AUD)
Definiție	Consumul moderat, fără efecte negative semnificative.	Consumul acut excesiv care duce la afectare temporară a funcțiilor psihice/motorii.	Model problematic de consum care duce la afectare sau suferință semnificativă clinic.
Durată	Ocazional sau regulat, dar fără abuz.	Acut (minute până la ore).	Cronic (luni sau ani).
Semne clinice	Fără modificări marcate de comportament sau cogniție.	Tulburări de echilibru, vorbire neclară, euforie, agresivitate sau letargie.	Toleranță, sevraj, pierdere control, continuare în ciuda consecințelor.
Sevraj	Absent.	Poate fi urmat de sevraj dacă consumul este frecvent.	Sevraj clar definit: tremor, anxietate, halucinații, convulsii.
Diagnostic DSM-5	Nu este o tulburare psihiatrică.	Cod: F10.129 (ICD-10/DSM-5). Necesită prezența simptomelor acute.	Necesită îndeplinirea a cel puțin 2-3 din 11 criterii în 12 luni.
Impact social/profesional	Minim sau inexistent.	Temporar, limitat la episodul de intoxicație.	Afectare semnificativă și persistentă a funcționării.
Necesită tratament?	Nu.	Doar supraveghere în cazuri severe.	Da – intervenție medicală, psihologică și socială.

Tabelul 16 Diagnosticul diferențial între Tulburarea legată de consumul de alcool(AUD) și alte tulburări psihice frecvent întâlnite. incluzând tulburarea depresivă majoră, anxietatea generalizată/panica, tulburarea de personalitate antisocială și borderline.²²³

Categorie de comparație	AUD (Tulburare legată de consumul de alcool)	Tulburare depresivă majoră	Tulburare de anxietate generalizată / panică	Tulburare de personalitate antisocială	Tulburare de personalitate borderline
Debut	Adesea în adolescență sau maturitate timpurie; inițial recreațional, apoi compulsiv.	Poate apărea la orice vârstă, frecvent după un eveniment stresant.	Tendință de debut în adolescență sau la vârsta adultă tânără.	Debut precoce, comportamente antisociale vizibile înainte de 15 ani.	Debut în adolescență sau maturitate timpurie, pattern cronic.
Simptome cheie	Toleranță, sevraj, consum compulsiv, afectare funcțională semnificativă.	Anhedonie, dispoziție depresivă, tulburări de somn, idei suicidare.	Neliniște, tensiune, iritabilitate, atacuri de panică, simptome somatice.	Minciună, impulsivitate, lipsa remușcărilor, comportament infracțional.	Instabilitate afectivă, frică de abandon, comportamente autodistructiv e.
Legătura cu alcoolul	Direct implicat – simptomatologie legată de consum.	Simptomele pot fi exacerbate de alcool, dar nu cauzate direct.	Consumul poate fi un mecanism de automedicație; simptomele persistă în abținere.	Frecvent asociată cu consum problematic, dar comportamentul antisocial este prezent independent.	Adesea utilizare disfuncțională a alcoolului ca răspuns la stres emoțional.
Evoluție	Progresivă, cu perioade de remisiune și recădere.	Episoade depresive recurente sau unice, cu remisiune între episoade.	Crize recurente sau anxietate cronică continuă, stabilă în timp.	Persistentă și pervazivă de-a lungul vieții.	Fluctuantă, cu crize emoționale frecvente și dificultăți în relații.
Comportament suicidar	Poate apărea în intoxicație/sevraj sau ca reacție la declin social.	Frecvent prezent, idee de inutilitate, lipsă de speranță.	Mai puțin frecvent decât în depresie, dar prezent în atacuri severe de panică.	Risc crescut în context de impulsivitate și lipsă de empatie.	Foarte frecvent, uneori utilizat ca mijloc de manipulare relațională, dar și risc real crescut.

Categorie de comparație	AUD (Tulburare legată de consumul de alcool)	Tulburare depresivă majoră	Tulburare de anxietate generalizată / panică	Tulburare de personalitate antisocială	Tulburare de personalitate borderline
Tratament	Dezalcoolizare , terapie psihologică, intervenții farmacologice (Naltrexonum *, Acamprosatu m*).	Antidepresive (SSRI), psihoterapie cognitiv-comportament ală.	Anxiolitice, terapie cognitiv-comportament ală, tehnici de relaxare.	Psihoterapie pe termen lung; tratament farmacologic în comorbidități .	Terapie dialectic-comportament ală (DBT), suport familial, social.

Tabelul 17 Diagnosticul diferențial între Tulburarea legată de consumul de alcool(AUD) și tulburările psihiatrice majore.²²⁴

Categorie de comparație	AUD (Tulburare legată de consumul de alcool)	Schizofrenie	Tulburare afectivă bipolară (TAB)	Epilepsie (cu accese convulsive)
Debut	Adesea în adolescență târzie sau la adultul tânăr, începând cu consum recreațional.	Adesea între 18–30 ani, debut insidios cu simptome negative sau psihoză acută.	Târziu în adolescență sau adult tânăr, uneori debut postpartum.	Poate apărea la orice vârstă; uneori la debutul vieții.
Simptome cheie	Toleranță, sevraj, consum compulsiv, afectare funcțională, modificări de comportament legate de consum.	Halucinații (mai ales auditive), idei delirante, afect plat, comportament dezorganizat.	Episoade de manie (euforie, grandoare, hiperactivitate) și depresie severă; alternanță rapidă în cazuri ciclice.	Crize motorii tonico-clonice sau parțiale, urmate de confuzie postictală; în unele cazuri pseudo-psihoză epileptică.
Halucinații	Prezente în intoxicație/sevraj sever (vizuale/tactile mai frecvent decât auditive).	Auditive, clare, frecvente, comentative sau imperative; nu sunt corelate cu consumul de substanțe.	Pot apărea în episodul maniacal sever sau în psihoză afectivă.	Halucinații vizuale posibile în stări postictale, dar rareori structurale și persistente.

Categorie de comparație	AUD (Tulburare legată de consumul de alcool)	Schizofrenie	Tulburare afectivă bipolară (TAB)	Epilepsie (cu accese convulsive)
Structura ideativă / deliruri	Ideii delirante posibile în intoxicație acută (paranoia, gelozie alcoolică).	Deliruri bine sistematizate (persecuție, influență, grandoare); adesea cronice.	Deliruri congruente cu starea afectivă: grandoare în manie, vinovăție în depresie.	Deliruri posibile în encefalopatie post-convulsivă (rare).
Durata simptomatologiei	Fluctuantă în funcție de consum/abținere.	Crize psihotice recurente sau simptome persistente (forme continue).	Episoade bine delimitate, cu intervale fără simptome între ele.	Crize episodice, cu revenire la normal între episoade.
Gradul de conștientizare a bolii	Variabil; adesea minim în perioadele de consum activ.	Frecvent absent sau alterat profund în episoade psihotice.	Alterat în faza maniacală, parțial păstrat în depresie.	În general prezent între crize, absent în starea postictală.
Elemente neurologice	Tremor, ataxie, neuropatie periferică (în abuz cronic).	De obicei absente, dar pot apărea mișcări catatonice.	Fără semne neurologice tipice.	Crize epileptice, modificări EEG, pierderi de conștiență și amnezii post-critice.
Evaluare paraclinică	AUDIT, CIWA-Ar, probe hepatice, eventual EEG/CT în complicații.	Evaluare psihiatrică, RMN cerebral, excluderea cauzelor organice.	Scala Young Mania Rating Scale, HDRS, evaluare clinică detaliată.	EEG (modificări epileptiforme), RMN pentru leziuni corticale, examene biochimice pentru cauze secundare.
Tratament	Dezalcoolizare, suport psihoterapeutic, medicație anti-recidivă (Naltrexonum*, Disulfiramum).	Antipsihotice (tipice/atipice), reabilitare psihosocială pe termen lung.	Stabilizatori ai dispoziției (Lithium*, Natrium valproatum, Carbamazepinum, Lamotriginum), antipsihotice, psihoterapie.	Antiepileptice (Natrium valproatum, Levetiracetamum), suport neurologic, măsuri de prevenție a crizelor.

Tulburările legate de consumul de alcool (inclusiv intoxicația acută, sevrăul, tulburarea de consum cronic și complicațiile neuropsihiatrice asociate) pot prezenta manifestări clinice diverse, care se pot confunda cu o serie de afecțiuni somatice și neurologice. Un diagnostic diferențial riguros este esențial pentru a evita erorile de tratament și pentru a interveni adecvat.

Caseta 40 Diagnostic diferențial între tulburarea legată de consumul de alcool și alte tulburări somatice și neurologice

1. Encefalopatia Wernicke vs. intoxicația alcoolică cronică

Encefalopatia Wernicke este o urgență neurologică asociată frecvent cu alcoolismul cronic, dar are o etiologie specifică: deficitul sever de tiamină (vitamina B1). Ea se caracterizează printr-o triadă clasică: confuzie, ataxie și oftalmoplegie. Spre deosebire de o simplă intoxicație alcoolică, simptomele Wernicke nu se remit rapid după încetarea consumului și necesită tratament imediat cu Thiamini hydrochloridum. Dacă este netratată, poate evolua spre sindromul Korsakoff, o formă de amnezie profundă.

Diferențiere:

- *Timp de apariție:* Wernicke apare de regulă în contextul abstenenței sau al unui statut nutrițional precar.
- *Reversibilitate:* Intoxicația alcoolică este tranzitorie, Wernicke poate deveni ireversibilă.
- *Tratament:* Thiamini hydrochloridum intravenoasă vs. susținere generală și hidratare pentru intoxicație.

[Sechi, G., & Serra, A. (2007). Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *The Lancet Neurology*, 6(5), 442–455.]

2. Intoxicația cu benzodiazepine vs. intoxicația alcoolică

Benzodiazepinele și alcoolul sunt ambele depresive ale sistemului nervos central, dar intoxicația cu benzodiazepine se manifestă mai ales prin sedare profundă, fără semne vegetative severe, iar mirosul alcoolic lipsește. În plus, benzodiazepinele au un efect amnezic pronunțat și pot provoca hipotonie musculară marcată.

Diferențiere:

- *Semne obiective:* Lipsa halenei alcoolice, pupile normale sau ușor mioze, răspuns lent dar coerent.
- *Anamneză și toxicologie:* Importanța testelor de sânge și urină pentru identificarea substanței.
- *Antidot:* Flumazenilum este disponibil pentru intoxicația severă cu benzodiazepine.²²⁵

3. Intoxicația cu opioide vs. consumul de alcool

Opioidele produc depresie respiratorie severă, mioză punctiformă, somnolență profundă și pot evolua rapid spre comă. Spre deosebire de alcool, nu determină agresivitate, euforie expansivă sau disfazie. Naloxonum* este antidotul specific pentru intoxicația cu opioide.

Diferențiere:

- *Semn distinctiv:* Mioză extremă, adesea "mioză de vârf".
- *Status respirator:* Bradipnee marcată la opioide.
- *Tratament:* Răspuns pozitiv rapid la Naloxonum* sugerează implicarea opioidelor.²²⁶

4. Hipoglicemia și alte tulburări metabolice

Tulburările metabolice precum hipoglicemia, hiponatremia sau encefalopatia hepatică pot imita simptomele intoxicației alcoolice prin confuzie, tulburări de mers și alterarea stării de conștiință. Hipoglicemia severă poate chiar duce la convulsii sau comă.

Diferențiere:

- *Context clinic:* Diabet insulino-dependent, boli hepatice, alimentație deficitară.
- *Biologie:* Glicemie scăzută, modificări ale echilibrului electrolitic.
- *Reversibilitate:* Simptomele se remit rapid după corectarea dezechilibrului.²²⁷

5. Accidentul vascular cerebral (AVC) și alte afecțiuni neurologice

Un AVC poate fi confundat cu intoxicația alcoolică, mai ales dacă pacientul este confuz, are tulburări de vorbire sau instabilitate posturală. Absența mirosului alcoolic, apariția bruscă a simptomelor focale și lipsa unei anamneze relevante privind consumul de alcool orientează spre un diagnostic neurologic acut.

Diferențiere:

- *Semne neurologice focale:* Hemipareză, afazie, asimetrie facială.
- *Imagistică cerebrală:* CT sau RMN este esențial pentru confirmare.
- *Evoluție:* Simptomele persistă și se agravează fără intervenție specifică.²²⁸

Tabelul 18. Diagnosticul diferențial al halucinozei alcoolice cu delir și psihoze schizofrenice asociate cu alcoolism

Criteriile	Halucinoza alcoolică cu delir	Psihoza la bolnavii cu schizofrenie asociată cu alcoolism
Anamneza	Anamneza alcoolică cu prezența simptomelor și sindroamelor specifice	Simptomo-complexul alcoolismului fragmentar, neevidențiat. La sindromul de sevraj predomină componentele psihice asupra celor somato-vegetative, etc.
Psihoza	Psihoza apare după 5-7 ani de consum excesiv de alcool și formarea dependenței față de alcool	Psihoza poate apărea până la formarea dependenței față de alcool
Durata consumului excesiv de alcool	Consumul excesiv de alcool de lungă durată până la apariția psihozei	Consumul excesiv de scurtă durată, până la 3-5 zile
Depresiile	Prezența depresiei în perioada de remisiune nu este specifică	Stările de depresie și subdepresie în faza remisiunii sunt de diversă longevitate
Halucinațiile	Halucinațiile auditive, voci ostile, insulte, amenințări etc., sunt „alături”, în limita auditivă (după perete, ușă, fereastră etc.)	Halucinațiile auditive sunt localizate în diverse părți ale corpului uman, nu se includ în limita auditivă, sunt separate
Dereglările catatonice	Dereglările catatonice nu sunt caracteristice	Dereglările catatonice sunt prezente

Criteriile	Halucinoza alcoolică cu delir	Psihoza la bolnavii cu schizofrenie asociată cu alcoolism
Comportamentul pacientului	Comportamentul pacientului este specific retrăirilor halucinatorii	Comportamentul pacientului este divers, nu corespund retrăirile halucinatorii
Dereglări de personalitate	Sunt caracteristice dereglări de personalitate de tip alcoolic cu sindromul psiho-organic	Dereglări de personalitate specifice, deficite
Gândirea	Gândirea la general este integrală, incoerentă	Dereglări de gândire specifice

C.2.3.5. PROGNOSTICUL

Caseta 41 Prognosticul

Prognosticul tulburărilor mintale și de comportament legate de consumul de alcool²²⁹ este influențat de o serie de factori clinici, psihosociali, biologici și contextuali. Acesta variază considerabil în funcție de stadiul bolii, gradul de dependență, comorbiditățile asociate, motivația pacientului pentru schimbare și continuitatea îngrijirii oferite.

D. 1. Factori care influențează prognosticul²³⁰

Factori favorabili	Factori nefavorabili
Acces timpuriu la tratament	Debut precoce și durată lungă a consumului
Suport familial stabil	Lipsa rețelei de sprijin social
Lipsa comorbidităților psihiatrice sau somatice	Prezența comorbidităților psihiatrice (depresie, anxietate, tulburări de personalitate)
Participarea activă la reabilitare	Lipsa aderenței la tratament
Abstinența susținută >12 luni	Episoade repetate de recădere

E. 2. Etapele evolutive și rata recăderilor²³¹

Conform studiilor longitudinale, aproximativ **40–60% dintre pacienți recad în consum în primul an** după inițierea tratamentului, în absența unei strategii complexe de menținere a abstenenței (McLellan et al., 2000).

Prognosticul este în general **mai bun** la pacienții care:

- inițiază tratamentul într-un stadiu incipient;
- participă la psihoterapie cognitiv-comportamentală și grupuri de suport (ex: grupuri Alcoolici Anonimi);
- sunt monitorizați periodic de medicul de familie și de echipa specializată.

F. 3. Indicatori clinici de remisiune favorabilă:

- Absența consumului de alcool ≥ 12 luni;
- Stabilitate psihică și afectivă;
- Integrare socială și profesională reușită;
- Participarea activă la programe de reabilitare;
- Supraveghere medicală continuă.

G. 4. Indicatori de risc pentru prognostic rezervat:

- Comportamente impulsive, tentative de suicid, instabilitate emoțională;
- Lipsa conștientizării bolii (anozognozie);
- Persistența simptomelor sevrajului post-abstinență (ex. anxietate, insomnie, craving intens);

- Refuzul de a continua intervențiile psihoterapeutice sau tratamentul medicamentos.

H. 5. Rolul monitorizării în îmbunătățirea prognosticului

Monitorizarea regulată a pacienților în cadrul unui plan terapeutic integrat (psihiatru-narcolog + medic de familie) este esențială pentru:

- prevenirea recăderilor;
- ajustarea tratamentului în funcție de evoluție;
- consolidarea motivației pentru menținerea abstinentei;
- identificarea timpurie a semnelor de decompensare.

Caseta 42 Prognosticul la copii și adolescenți²³²

- Consumul precoce de alcool (înainte de vârsta de 15 ani) este un predictor major pentru dezvoltarea ulterioară a dependenței.
- Adolescenții prezintă **forme mai severe** de disfuncție socială, scădere a performanței academice și risc crescut de comorbidități psihiatrice.
- Prognosticul este mai bun atunci când familia este implicată activ în tratament și sunt utilizate intervenții specifice vârstei (ex. terapii familiale, intervenții cognitiv-comportamentale adaptate).

Caseta 43 Prognosticul la femei²³³

- Femeile au un răspuns clinic diferit față de bărbați la consumul de alcool: dezvoltă mai rapid complicații hepatice, cardiace și neuropsihice, chiar la volume mai mici de alcool.
- De asemenea, stigmatizarea și riscul de violență domestică asociate consumului pot influența negativ aderența la tratament.
- Participarea femeilor la grupuri de suport și consiliere psihologică îmbunătățește considerabil șansele de menținere a abstinentei

Caseta 44 Prognosticul la femei însărcinate²³⁴

- Femeile însărcinate care continuă consumul de alcool prezintă risc crescut de complicații: avort spontan, naștere prematură, restricție de creștere intrauterină și sindrom alcoolic fetal (SAF).
- Abstinerea completă în primul trimestru și menținerea acesteia pe parcursul sarcinii pot reduce semnificativ riscurile asupra fătului.
- Intervențiile de tip consiliere scurtă (brief intervention) realizate de medici de familie sunt eficiente în reducerea consumului în sarcină.

C.2.3.6. CRITERII DE SPITALIZARE

Caseta 45 Criterii pentru spitalizarea pacienților

Spitalizarea în secție de profil narcologic, inclusiv în secția de terapie intensivă după caz:

- Intoxicație etanolică (alcoolică) severă;
- Sevrăj mediu cu scor 11-15 puncte scala CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol, revised scale) (Anexa 7)
- Sevrăj sever cu scor peste 16 puncte scala CIWA-Ar (Anexa 7)
- Sevrăj sever cu scor peste 35 puncte scala CIWA-Ar este indicată spitalizarea în secția TI (Anexa 6)
- Sevrăj etanolic complicat cu convulsii sau comportament agresiv;
- Sevrăj asociat cu comorbidități/complicații somato-neurologice;
- Pacienți psihotici cu risc suicidal;
- Sevrăj complicat cu delir;
- Tulburarea psihotică etanolică;
- Rezistența la tratamentul în condiții de ambulatoriu sau staționarului de zi;

Caseta 46 Criteriile de spitalizare în spitalele de psihiatrie

- Tulburările duale (dependența de etanol și altă tulburare mintală), pentru un management corect al cazului de către o echipă multidisciplinară integrată, care va ține cont de complexitatea problemelor de sănătate mintală în ansamblu. Având în vedere că două componente ale unui diagnostic dual sunt strâns legate între ele și se pot influența reciproc în moduri variate, la externarea pacientul va fi supravegheat în CCSM.

C.2.3.7. CRITERII DE TRANSFER DE LA UN NIVEL DE ASISTENȚĂ MEDICAL LA ALT NIVEL

Caseta 47 Criterii pentru referirea pacienților cu AUD de la AMP la AMSA

- Persoanele la prima adresarea la medicul de familie ce prezintă semne clinice de dependență etanolică;
- Scor peste 8 puncte scala AUDIT;
- Rezultatul scontat la "health literacy" lipsește;
- Sevraj ușor cu scor până la 9 puncte scala CIWA-Ar (Anexa 7)

Caseta 48 Criterii de transfer de la nivel de AMSA la nivel spitalicesc

- Sevraj cu scor peste 10 puncte scala CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol, revised scale) (Anexa 7)
- Sevraj ușor cu scor până la 9 puncte scala CIWA-Ar dacă nu răspunde la tratament în AMSA;
- Sevraj etanolic complicat cu convulsii sau comportament agresiv;
- Sevraj asociat cu comorbidități/complicații somato-neurologice;
- Pacienți psihotici cu risc suicidal;
- Ideea suicidă în ebrietate alcoolică;
- Sevraj complicat cu delir;
- Tulburarea psihotică etanolică;
- Rezistența la tratamentul medicamentos/psihoterapeutic în condiții de AMSA;
- Refuzul la abținerea totală în timpul tratamentului la etapa AMSA;
- Tratament antirecidivant eșuat;
- Rezultatul scontat la "health literacy" lipsește.

Caseta 49 Criterii de transfer de la nivel de AMUP la nivel spitalicesc

- Intoxicație etanolică(alcoolică) moderată sau severă;
- Sevraj etanolic complicat cu convulsii sau comportament agresiv;
- Pacienți psihotici cu risc suicidal;
- Ideea suicidă în ebrietate alcoolică;
- Sevraj complicat cu delir;
- Tulburarea psihotică etanolică.

Caseta 50 Criteriile de externare

- Externarea din staționar se va face la diminuarea moderată a simptomatologiei narcologice pentru inițierea cât mai rapidă a recuperării psihosociale.
- Reducerea manifestărilor clinice de sevraj cu scor până la 9 puncte scala CIWA-Ar (Anexa 7);
- Abținerea totală de alcool;
- Ameliorarea stării fizice și psihice;
- Recuperarea psihosocială;

C.2.3.8. TRATAMENTUL

Trei etape generale sunt implicate în tratarea persoanei alcoolice: intervenția, detoxifiere și reabilitare. Aceste abordări presupun că am abordat deja funcționarea medicală a pacientului și am tratat orice urgențe psihiatrice. Astfel, de exemplu, o persoană alcoolică cu simptome de depresie suficient de severe pentru a fi suicidară necesită spitalizare timp de cel puțin câteva zile, până când ideea suicidară dispare.

În mod similar, o persoană care prezintă cardiomiopatie, dificultăți hepatice sau sângerări gastrointestinale are nevoie mai întâi de un tratament adecvat pentru urgența medicală.

Pacientul cu tulburare de consum de alcool trebuie apoi adus față în față cu realitatea tulburării (intervenție), să fie detoxificat, dacă este necesar, și să înceapă reabilitarea. Elementele esențiale ale acestor trei etape pentru o persoană alcoolică cu sindroame psihiatrice independente seamănă foarte mult cu abordările utilizate pentru persoana alcoolică primară, fără sindroame psihiatrice independente. În primul caz, însă, ar trebui să aplicăm aceste tratamente după stabilizarea tulburării psihiatrice cât mai mult posibil.²³⁵

În stabilirea scopurilor tratamentului, nivelul de severitate al dependenței de alcool este determinant în alegerea acestora. Alternativele luate în calcul sunt abstinerea de alcool, consumul moderat și strategiile de reducere a riscului.

Abstinenta este scopul cel mai potrivit pentru dependenta de alcool, fiind o recomandare a mai multor clinicieni. Conform ghidului NICE, abstinerea este de asemenea pentru persoanele care au tulburări ale uzului de alcool și comorbiditate fizică sau psihică severă, de exemplu depresie sau tulburări hepatice legate de alcool. Alcoolicii anonimi consideră dependența de alcool o boală cronică pentru care cel mai potrivit scop este reprezentat de abstinerea pe toata durata vieții. Atunci când o persoană are consum de alcool cu riscuri considerabile, clinicianul trebuie să susțină abstinerea ca scop corespunzător dar, în același timp, persoana nu trebuie refuzată dacă nu acceptă abstinerea și preferă consumul moderat, conform ghidului NICE.

Conform cu Ghidul German de screening, Diagnostic și Tratament al Patologiilor Uzului de Alcool, abstinerea este scopul terapeutic pentru sindromul de dependență la alcool (ICD10, F10.2). Dacă abstinerea în momentul evaluării este de neatins sau dacă consumul la risc este dăunător, există atunci strategia de reducere a riscurilor, ce poate reprezenta scopul prin reducerea consumului de alcool în termeni de cantitate, timp și frecvență (grad de recomandare A, nivel de evidență 1a).

APA sugerează (2C) că scopurile inițiale ale tratamentului tulburărilor uzului de alcool trebuie să fie un acord între pacient și clinician și acest acord trebuie să fie documentat în înregistrările medicale. Atunci când se alege abstinerea, se consideră că aceasta poate fi întreruptă de căderi în consum sever de alcool dar cu cât perioadele de abținere sunt mai lungi și căderile sunt mai scurte, se consideră că evoluția este favorabilă și abținerea capătă caracteristici de stabilitate.

Conform ghidului NICE, consumul moderat de alcool poate fi un scop al tratamentului pentru uzul nociv de etanol și dependență ușoară, cu excepția situațiilor în care există și preferința pentru abținere a persoanelor cu tulburări ale uzului de alcool sau a prezenței altor motive care susțin abținerea.

Strategia de harm reduction (reducere a riscurilor) este acceptată pentru pacienții nemotivați, care nu-și doresc abstinerea, ca o strategie temporară și paralelă cu încurajarea permanentă pentru ca scopul să devină abstinerea față de alcool. Aceasta strategie este menționată în Ghidul Federației Mondiale a Societăților de Psihiatrie Biologică care citează EMA (Agenția Europeană a Medicamentului), conform unui studiu din 2010, ca scop intermediar.

Conform ghidului NICE, programele de harm reduction sunt menționate pentru oamenii cu dependență severă de alcool sau pentru aceia care au tulburări ale uzului de alcool, concomitent cu o comorbiditate semnificativă fizică sau psihică dar care nu doresc abstinerea sau care nu doresc să se

angajeze într-un tratament structurat. Aceștia ar trebui să fie încurajați ca, în timp, scopul să devină abținerea. Indiferent dacă vorbim de consumul nociv de etanol sau dependență, pacientul trebuie sfătuit să elimine consumul de alcool în situațiile de mare risc, cum ar fi consumul de alcool la serviciu, consumul de alcool înainte de a conduce un autovehicul sau atunci când este responsabil de îngrijirea unui copil.

Conform Ghidului German de Screening, Diagnostic și Tratament al Patologiilor Uzului de Alcool, intervențiile postacute de după faza de sevraj ar trebui să fie implementate ca tratament subsecvent fără pauză. Conform aceluiași ghid, un tratament complex trebuie să fie oferit, acesta cuprinzând o combinație de intervenții diferite. Acestea ar trebui să fie implementate de o echipă multidisciplinară.

Pentru tratamentul dependenței de alcool se folosesc atât strategii farmacologice, cât și psihosociale.²³⁶

Lista de mai jos rezumă temele sunt specificate în ghidul NICE (2025) și identificate drept priorități pentru furnizarea de tratament și recuperare cu alcool de înaltă calitate.

- Tratamentul AUD ar trebui să aibă loc în contextul unui sistem de îngrijire orientat spre recuperare, în care clinicienii, personalul de asistență, colegii și persoanele implicate în tratament au toți roluri de îndeplinit.
- Oamenii ar trebui să poată avea acces la îngrijire personalizată din orice parte a sistemului de tratament și recuperare.
- Este esențială o abordare empatică și fără judecăți și personalul care lucrează împreună cu persoanele aflate în tratament.
- Colegii și comunitățile de recuperare pot juca un rol central în sprijinirea recuperării în toate etapele tratamentului și călătoriei de recuperare.
- Planurile individuale de tratament și recuperare ar trebui să includă încă de la început obiective flexibile de recuperare, iar accentul pe activitățile orientate spre recuperare va crește în timpul tratamentului și după plecarea acestora.
- Serviciile trebuie să lucreze împreună, astfel încât persoanele cu probleme de alcool, care au și probleme de sănătate mintală, să nu fie respinse. Oamenii ar trebui să poată obține ajutor pentru ambele condiții într-o abordare comună.
- Serviciile trebuie să implice și să sprijine oameni din diverse comunități. Ei ar trebui să coproducă planuri de servicii cu diverse comunități și să lucreze flexibil într-un mod sensibil din punct de vedere cultural pentru a face acest lucru.²³⁷

C.2.3.8.1. NEMEDICAMENTOS

Tratamentul nemedicamentos reprezintă o componentă esențială în managementul tulburărilor de consum de alcool. Acesta include intervenții psihologice de scurtă durată și psihoterapie, menite să sprijine schimbarea comportamentului și să stimuleze motivația pacientului pentru recuperare. Aceste intervenții trebuie să fie adaptate nevoilor individuale ale pacientului, să fie integrate într-un plan de tratament personalizat și susținute de relația terapeutică.

Obiectivele tratamentului nemedicamentos

- Creșterea motivației pentru schimbare;
- Recunoașterea problemelor legate de consum;
- Dezvoltarea abilităților de gestionare a factorilor declanșatori;
- Îmbunătățirea stării emoționale și a abilităților de coping;
- Consolidarea angajamentului pentru abținere sau reducerea consumului;

Intervenții psihologice recomandate

Clinicienii trebuie să recomande și să faciliteze accesul la intervenții psihologice de scurtă durată și psihoterapie, acestea fiind fundamentale în abordarea nemedicamentos. Tipul specific de intervenție va fi ales în funcție de experiența, preferințele pacientului, contextul social și disponibilitatea resurselor (vezi Figura 3).

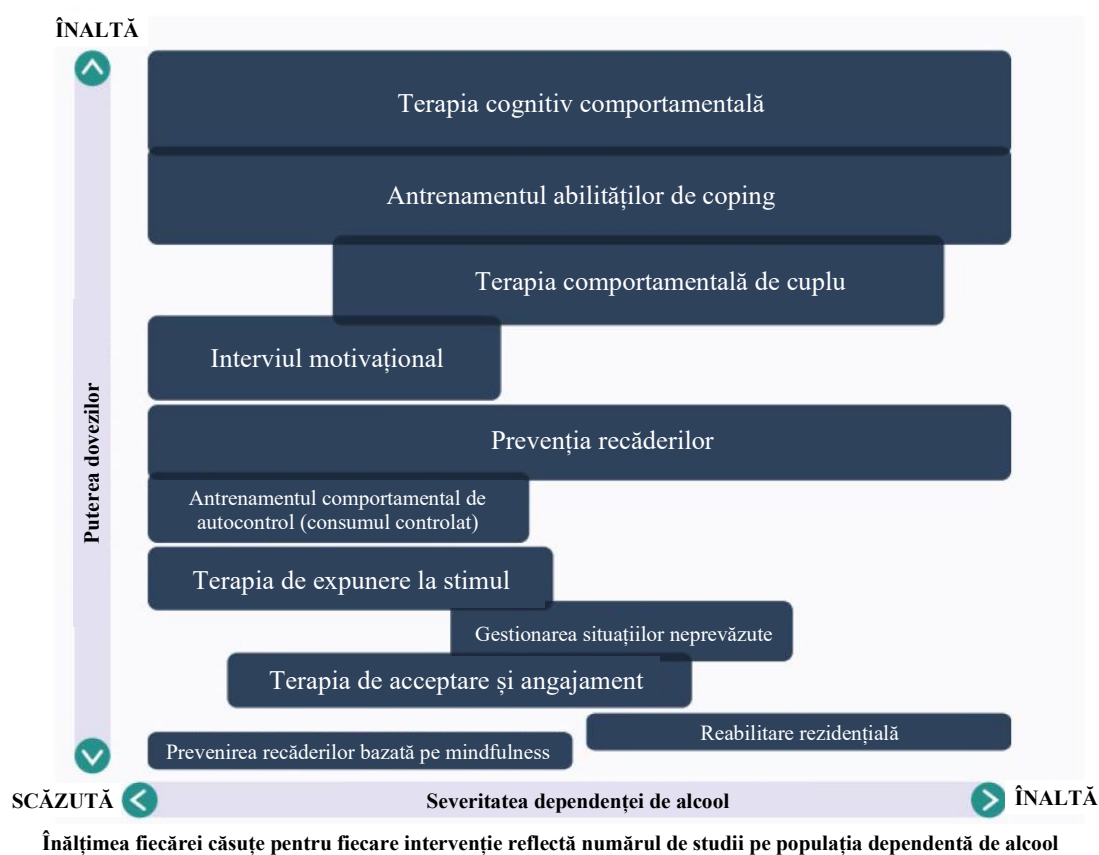


Figura 3 Sumarul evidențelor privind intervențiile psihosociale²³⁸

Caseta 51 Interviul Motivațional (IM):

Se recomandă utilizarea tehnicii MI pentru a spori motivația intrinsecă a pacientului.

Principii fundamentale:

1. Exprimarea empatiei și ascultare reflexivă
2. Evitarea argumentării și confruntării
3. Dezvoltarea disfuncției între valorile/punctele de vedere ale pacientului și comportamentul actual
4. Adaptarea la rezistența pacientului, nu opoziție directă
5. Susținerea optimismului și a auto - eficacității

Obiectiv: creșterea nivelului de pregătire pentru schimbare și reducerea ambivalenței.²³⁹

Interviul motivațional în abordarea dependenței de alcool reprezintă o metodă de comunicare folosită pentru a spori motivația și angajamentul persoanei în procesul de schimbare a comportamentului legat de consumul de alcool. Este o tehnică de consiliere psihologică utilizată în intervenții dedicate reducerii sau opririi consumului problematic de alcool, având ca scop modificarea comportamentelor disfuncționale sau dăunătoare.

Pentru detalii privind interviul motivațional vezi Anexa 8

Caseta 52 Terapia cognitiv-comportamentală (CBT)

CBT (Terapia Cognitiv-Comportamentală) este o abordare terapeutică utilizată pentru tratarea consumului de alcool, fiind eficientă în schimbarea comportamentelor și gândurilor asociate cu abuzul de alcool. Aceasta se concentrează pe identificarea și modificarea gândurilor negative și a pattern-urilor de comportament disfuncționale, precum și dezvoltarea unor strategii de coping sănătoase.²⁴⁰

Cum funcționează CBT în consumul de alcool:

1. Identificarea gândurilor și emoțiilor declanșatoare: Terapia ajută pacientul să devină conștient de gândurile și emoțiile care îi determină dorința de a consuma alcool.
2. Dezvoltarea de strategii de coping: Se învață tehnici pentru a face față situațiilor sociale sau emoționale care pot declanșa consumul de alcool.
3. Schimbarea comportamentului: Se promovează comportamente alternative sănătoase în locul consumului de alcool.
4. Prevenirea recidivei: Se lucrează pe construirea rezilienței și pe identificarea semnelor timpurii ale recidivei.²⁴¹

Se aplică atât individual, cât și în grup.

Focalizează pe recunoașterea și modificarea gândurilor, emoțiilor și comportamentelor care facilitează consumul de alcool.

Ajută la identificarea și gestionarea factorilor declanșatori specifici și la dezvoltarea de strategii de coping.

Format recomandat: 1 sesiune de 60 de minute pe săptămână, timp de 12 săptămâni.

CBT este o abordare bazată pe dovezi solide, eficientă în gestionarea și reducerea consumului de alcool, fiind recomandată de numeroase instituții și cercetări pentru tratamentul dependenței de alcool.

²⁴²

Caseta 53 Alte abordări comportamentale

Mindfulness-based relapse prevention: Ajută pacientul să devină conștient și să gestioneze mai eficient factorii declanșatori interni și externi.

Contingency Management (CM): Utilizarea recompenselor pentru menținerea abstenenței, deși aplicarea în practică poate fi dificilă în mediul real.

Se va evalua periodic eficacitatea intervenției prin feedback, auto-evaluări și scale standardizate (ex. scale de motivare, scale de angajament).

În cazul lipsei de progres, se vor ajusta tehnicile sau se va face referire la alte forme de tratament.

Tabelul 19 Tratament nemedicamentos pentru tulburările legate de consumul de alcool

Categorie	Detalii	Observații
Intervenții psihologice recomandate		
Interviul Motivațional (IM)	Crește motivația intrinsecă pentru schimbare prin exprimare empatică, evitarea confruntărilor, dezvoltarea disfuncției și susținerea autoeficacității	Se recomandă ca tehnică principală în discuțiile despre consumul de alcool
Motivational Enhancement Therapy (MET)	Intervention ghidată, derivată din MI, pentru explorarea ambivalenței și dezvoltarea motivației	Se aplică în forma manualizată, pentru consolidarea schimbării
Terapia cognitiv-comportamentală (CBT)	Recunoaște și gestionează gândurile, emoțiile și comportamentele declanșatoare	1 sesiune/săptămână, 60 min, 12 săptămâni
Alte abordări	Mindfulness, managementul prin recompense (CM)	Pot fi integrate pentru rezultate îmbunătățite
Utilizarea tehnologiei		
Aplicații mobile și sisteme digitale	CBT online, aplicații de monitorizare, sisteme de recompense	Suport complementar, utilizare în contextul unui plan terapeutic
Dispozitive portabile	Breathalyzer și monitorizare la distanță	Sprijin pentru aderența și controlul consumului
Programe de sprijin mutual		
SMART Recovery	Auto-empowerment, REBT, sprijin mutual	În format față-față și online
Alcoolicii Anonimi (AA)	Grupuri în 12 pași, sprijin comunitar	Eficiență similară cu intervențiile psihologice structurate
Durata și frecvența		
Sesiuni CBT și IM	1 sesiune/săptămână, 60 min, 12 săptămâni	Personalizate în funcție de nevoi
Monitorizare și ajustare		
Evaluare periodică	Scală de motivare, feedback, adaptare intervenție	În funcție de progresul pacientului

Concluzii

Intervențiile psihologice de scurtă durată și psihoterapia reprezintă piloni fundamentali în tratamentul nemedicamentos al tulburărilor legate de consumul de alcool. Acestea trebuie integrate într-un plan holistic, adaptat nevoilor fiecărui pacient, și susținute de o relație de colaborare și suport social.

Caseta 54 Pași în gestionarea sevrajului

Procesul începe cu evaluarea inițială a pacientului pentru a determina severitatea și riscul de complicații a sevrajului. În această etapă, se efectuează măsurători clinice, precum scalele de severitate (ex: CIWA-Ar), și se colectează informații despre antecedentele medicale și riscuri.

Următorul pas este identificarea nivelului de risc pentru sevraj complicat. Se folosesc instrumente de evaluare specifice pentru a determina dacă pacientul are un risc crescut de convulsii, delirium tremens sau alte complicații severe.

Decizia se face în funcție de riscul identificat:

- Dacă riscul este redus sau moderat și simptomele sunt ușoare sau moderate: pacientul poate fi gestionat în regim ambulatoriu, cu monitorizare la domiciliu, intervenție psiho-comportamentală (ex: IM, CBT), și suport social. În acest caz, se pot utiliza și sisteme digitale (aplicații, recompense) pentru a sprijini tratamentul.
- Dacă riscul este crescut sau simptomele sunt severe: pacientul necesită management spitalicesc, cu monitorizare strictă, tratament farmacologic (benzodiazepine, alte medicamente), și supraveghere pentru complicații.
- După stabilirea regimului de tratament, se începe intervenția farmacologică, în funcție de severitate și riscuri, ajustând dozajul și medicamentul în funcție de răspuns.
- Se realizează monitorizarea continuă a simptomelor și a răspunsului la tratament. În funcție de evoluție, se face reevaluarea periodică, ajustând tratamentul sau trecând la alte măsuri dacă este necesar.
- Dacă simptomele dispar complet sau pacientul atinge stabilitatea, planul de tratament se încheie, iar pacientul intră într-o etapă de prevenție și sprijin pe termen lung (ex: suport mutual, rețete de prevenire recidivă).

Pașii:

Pasul 1: Evaluarea inițială

- Evaluare inițială a pacientului
- Determinarea severității simptomelor și colectarea datelor clinice

Pasul 2: Evaluarea riscului de sevraj complicat

- Riscul de sevraj sever/complicat?
 - Da: Treceți la management spitalicesc
 - Nu: Management ambulatoriu

Pasul 3: Management ambulatoriu (dacă riscul este redus/moderat)

- Management ambulatoriu
- Monitorizare la domiciliu
- Intervenție psihologică (ex: IM, CBT)
- Sprijin social și recompense
- Monitorizare și reevaluare periodică

Pasul 4: Management spitalicesc (dacă riscul este crescut)

- Management spitalicesc
- Monitorizare strictă
- Tratament farmacologic (benzodiazepine, alte medicamente)
- Tratament pentru complicații (ex: delirium tremens, convulsii)
- Monitorizare continuă și ajustare tratament

Pasul 5: Reevaluarea simptomelor și răspunsului la tratament

- Monitorizare și reevaluare
- Dacă simptomele dispar și pacientul este stabil, se trece la faza de prevenție și sprijin pe termen lung
- Dacă simptomele persistă sau se agravează, se ajustează tratamentul sau se trece la management spitalicesc

Pasul 6: Finalizarea procesului

Obiectiv final: stabilizare și prevenție recidivă

C.2.3.8.2. *MEDICAMENTOS*

Conform statisticilor recente, doar 10% dintre pacienții, care se confruntă cu tulburarea datorată de consumului de alcool primesc orice tip de tratament și mai puțin de 4% beneficiază de tratament farmacologic. Motivul principal care împiedică pacienții să apeleze la ajutor specializat este reprezentat, din nefericire, de absența conștientizării existenței unei probleme legate de consum^{243,244}

În cadrul tratamentului unei persoane cu probleme datorate de consumului de alcool, se regăsesc trei pași esențiali: 1) Intervenția, 2) Dezintoxicarea și 3) Reabilitarea. ^x Scopul Intervenției este de a utiliza principiile interviului motivațional și discrete intervenții pentru a ajuta pacienții să recunoască la ce consecințe nefaste se expun în cazul continuării consumului. Simptomatologia datorată consumului de alcool trebuie identificată și discutată cu pacientul, fiindu-i explicată relația cauză-efect și beneficiile abstinentei. De cele mai multe ori, pacienții nu vor răspunde pozitiv de la prima intervenție, fiind astfel necesar un număr variabil de ședințe ulterioare, în care atitudinea ar trebui să rămână cât mai empatică, dar și cât mai puțin critică.^{245,246}

Dezintoxicarea

Majoritatea persoanelor experimentează simptome ușoare atunci, când sistează consumul de alcool. Primul pas esențial în procedura de dezintoxicare constă într-o examinare riguroasă a stării de sănătate fizică. În absența unei patologii preexistente severe sau a unei intoxicații cu multiple substanțe, se consideră că, un sindrom de sevraj sever ar fi improbabil. Al doilea pas prevede odihnă suficientă, nutriție adecvată și suplینirea carenței de vitamine ^{247,248}

Caseta 55 Intoxicația acută cu alcool (IAA)

La persoanele care prezintă IAA, inițierea timpurie a terapiei este esențială pentru a preveni riscul de depresie respiratorie și stop cardiac. Valorile (concentrației alcoolului în sânge) CAS > 300 mg/dl sunt asociate cu înrăutățirea funcțiilor respiratorii și cardiovasculare, în timp ce CAS > 500 mg/dl poate conduce la deces.

Primul ajutor în asemenea cazuri presupune: 1) menținerea funcțiilor vitale și 2) accelerarea eliminării alcoolului din sânge.

Evaluările de urgență în cazul IAA urmăresc: a) evaluarea căilor respiratorii și a funcției respiratorii; b) prevenirea aspirației prin asigurarea unei poziții laterale de siguranță; c) plasarea unui acces intravenos stabil pentru perfuzii.

Resuscitarea presupune administrarea de fluide I/V, în special la cei cu hipotensiune arterială. În plus, este necesar de corectat hipoglicemia și dezechilibrul hidro-electrolitic. În acest scop vor fi administrate: Sol. Glucosum 10% - 500 ml; diverse soluții saline pentru a suplini deficitul de electroliți (de ex., clorură de sodiu 0,9% -500 ml cu 2 g de Magnesii sulfas).

Un studiu recent realizat în Japonia a concluzionat că, perfuziile intravenoase nu au influențat semnificativ statistic durata de timp până la trezirea pacienților cu intoxicație acută cu alcool deci, utilizarea de rutină a terapiei cu perfuzii I/V pentru intoxicația acută cu alcool ar trebui evitată.^{249,250} În unele cazuri hidratarea pacientului poate preveni apariția tulburărilor metabolice, cum ar fi acidoza sau alcaloza, hiper-/hipo-potasemia sau hipernatremia.²⁵¹

Thiamini hydrochloridum (100 mg) și complexe de vitamine (B și C) ar putea fi utile în terapia IAA dar, este de menționat că, Thiamini hydrochloridum trebuie administrată până a interveni cu soluție de Glucosum pentru a preveni riscul de encefalopatie Gaye-Wernicke). În cazul acidozei – se va interveni cu Bicarbonat de sodiu (ținând sub control echilibrul acido-bazic).²⁵²

Pacienților cu insuficiență respiratorie trebuie să li se asigure suport ventilator (suplimentare cu oxigen – canulă nazală sau mască de oxigen, ținând cont de saturația periferică cu oxigen). În cazuri mai severe poate fi necesară ventilația mecanică și administrarea remediilor ce stimulează funcția centrului respirator (de ex., Caffeinum – 500mg I/M, maximum 1g per administrare, nu mai mult de 2.5g/ zi).

Pentru a preveni aspirația cu mase vomitate, dar și alte complicații precum: hiponatremia, sângerarea variceală, lăcrăția și ruptura esofagiană pacientului, care prezintă greață și/sau vărsături îi sunt recomandate medicamente antiemetice (de ex., Metoclopramidum – 10mg I/M, la interval de 6 ore și mai mult, maximum 30mg/zi sau 0,5mg/kg/zi). O opțiune eficientă pentru terapia IAA ar fi și administrarea de Metadoxinum 900 mg - o singură administrare I/V. Medicamentul accelerează clearance-ul etanolului și crește activitatea acetaldehiddehidrogenazei, astfel reducând rapid CAS.²⁵³ Există și studii, care au demonstrat eficiența Metadoxinum la pacienții cu dependență de alcool și boală hepatică asociată²⁵⁴, dar și creșterea duratei abstinencei la pacienții ce urmau Metadoxinum²⁵⁵

Caseta 56 Sevrajul de alcool

La dependenții de alcool, sistemul nervos central deja este adaptat la prezența constantă a alcoolului în organism (proces de neuro-adaptare). Când concentrația de alcool în sânge scade brusc, creierul rămâne într-o stare hiperexcitată și, se instalează sindromul de sevraj Tabelul 20.

Tabelul 20 Simptomele de sevraj și managementul acestora

Sevraj UȘOR la alcool – manifestări clinice	Momentul obișnuit de debut după ultimul consum de alcool	Informații suplimentare
• Agitație/anxietate/iritabilitate • Tremur al mâinilor, al limbii, al pleoapelor • Transpirație • Greață/vărsături/diaree • Febră • Tahicardie • Hipertensiune arterială sistolică • Stare generală de rău	Debutul - între 3 și 12 ore Apogeul sevrajului între 24 și 48 ore Durata - pana la 14 zile	Simptomele sunt nespecifice Absența acestora nu exclude prezența sevrajului Poate începe înainte ca nivelul sangvin de alcool să atingă limita “0” (zero).
Management Se poate remite fără intervenții terapeutice, dar poate fi atenuat prin administrarea adecvată a unei benzodiazepine și a unui tratament simptomatic de susținere a funcției organelor vital importante. Se recomandă monitorizarea semnelor vitale.		
<i>*Vezi mai jos diferitele regimuri de benzodiazepine recomandate.</i>		
Sevraj SEVER la alcool – complicații	Momentul obișnuit de debut după ultimul consum de alcool	Informații suplimentare
Convulsii generalizate	12–18 ore	Pot începe înainte ca nivelul sangvin de alcool să atingă limita “0” (zero).
Management • Apariția unei prime crize în timpul sevrajului asistat medical necesită investigații pentru a exclude o tulburare organică sau epilepsia idiopatică.		

- O meta-analiză a studiilor, care evaluează eficacitatea medicamentelor pentru prevenirea crizelor convulsive din sevrajul la alcool a demonstrat că, benzodiazepinele, în special medicamentele cu acțiune prelungită, cum ar fi Diazepamum, au redus semnificativ declanșarea crizelor convulsive de novo.^{256,257}
- Benzodiazepinele cu acțiune prelungită sunt recomandate ca profilaxie la dependenții de alcool cu antecedente de convulsii.²⁵⁸
- Unele medicamente anticonvulsivante sunt la fel de eficiente ca și benzodiazepinele, unele studii recomandând Carbamazepinum la pacienții cu epilepsie netratată sau la cei, care au dezvoltat convulsii în ciuda administrării adecvate a benzodiazepinelor.²⁵⁹
- Fenitoinum nu previne crizele din cadrul sevrajului la alcool în cazul, în care este utilizat singur sau în combinație cu benzodiazepine.²⁶⁰ Nu este nevoie să fie continuată administrarea medicamentelor anticonvulsivante pe termen lung atunci, când sunt utilizate pentru prevenirea convulsiilor în cadrul sevrajului la alcool.²⁶¹

Sevraj SEVER la alcool – complicații	Momentul obișnuit de debut după ultimul consum de alcool	Informații suplimentare si management
Delirium tremens • Stare de conștiință confuză tip delirium. • Halucinații intense, în special vizuale, iar în cazul agravării stării pacientului pot fi și tactile. • Tremur marcat. • Alte caracteristici clinice includ: hiperactivitatea sistemului vegetativ autonom (tahicardie, hipertensiune arterială, transpirație și febră), suspiciune exagerată (paranoică) iluzii, agitație psihomotorie și insomnie. Simptomele prodromale includ insomnia nocturnă, neliniștea, frica și conștiința confuză cu dezorientare în timp și spațiu, fiind păstrată orientarea în propria persoană. Factori de risc: dependență severă de alcool, auto-dezintoxicare fără aport medical, multiple internări anterioare pentru stări de sevraj la alcool, maladii somatice concomitente, episoade anterioare de delirium tremens și/sau sevraj la alcool cu convulsii, deficit de potasiu, magneziu și tiamină. Recunoașterea este importantă deoarece tratamentul este diferit de cel administrat pacienților cu delir.	3–4 zile (72–96 ore)	Se dezvoltă la 3-5% dintre pacienții internați cu sevraj la alcool. Este o urgență medicală. Letalitate - 10–20% dacă nu este tratat.
Management Aceasta este o urgență medicală și necesită internarea rapidă într-un spital de profil general sau specializat^{262,263}		

Notă: Pentru gestionarea Deliriumului tremens consultați protocoalele adiționale în vigoare privind condiția dată medicală.

Sevraj la alcool asistat farmacologic (dezintoxicare în cazul sevrajului la alcool)

Sevrajul la alcool este asociat cu o morbiditate și mortalitate semnificativă atunci, când sunt gestionate necorespunzător. În cazul în care persoana îngerează regulat peste 15 doze standard (o doză standard de alcool este echivalentă cu 10 g alcool pur OMS)²⁶⁴ de alcool în zi **ori** când Scorul la testul AUDIT este >20 puncte, **sau** când există un istoric de sevraj sever, probabil va fi necesară retragerea asistată farmacologic a alcoolului. Scalele care evaluează severitatea simptomelor de sevraj pot fi utile pentru a determina ce fel de suport farmacologic necesită pacientul pentru a gestiona adecvat simptomele acestuia. Scala “*The Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale Revised*” (CIWA-Ar; Tabelul 29)²⁶⁵ și Scala „*Short Alcohol Withdrawal Scale*” (SAWS; Tabelul 28)²⁶⁶ sunt ambele scale cu 10 itemi, care pot fi completate în aproximativ 5 minute și pot orienta corect clinicianul în evaluarea modalității de retragere a alcoolului fără complicații. CIWA-Ar este o scară obiectivă, iar SAWS este una de auto-evaluare. Un scor >10 puncte pe scala CIWA-Ar **sau** un scor SAWS >12 puncte determină necesitatea retragerii asistate farmacologic a alcoolului.

Dezintoxicarea în condiții de ambulator este de obicei posibilă atunci când:

- 1) Există un îngrijitor care supraveghează pacientul (în mod ideal) 24 din 24 ore pe zi pe toată durata detoxificării.
- 2) Planul de tratament a fost discutat și aprobat de comun acord cu pacientul și aparținătorii.
- 3) A fost aprobat un plan de urgență cu pacientul, îngrijitorii și medicul curant.
- 4) Pacientul poate lua medicamente zilnic și poate fi monitorizat de către profesioniști în mod regulat
- 5) pe tot parcursul procesului.
- 6) Sunt disponibile programe de ambulatoriu/comunitare, inclusiv de susținere psihosocială.
- 7) Dezintoxicarea comunitară ar trebui oprită dacă pacientul reia alcoolizarea sau nu este compliant la terapie și nu respectă planul de tratament agreed.

Dezintoxicarea în condiții de staționar este necesară în cazul, în care:

- 1) Consumul de alcool este peste >30 doze standard/zi.
- 2) Scorul pe scala SADQ este peste >30 puncte (dependență severă).
- 3) Pacientul a avut antecedente de convulsii sau delirium tremens.
- 4) Pacientul este foarte tânăr sau în vârstă.
- 5) În prezent, pacientul utilizează benzodiazepine în combinație cu alcool.
- 6) Pacientul a utilizat/abuzat alte substanțe decât alcoolul.
- 7) Pacientul suferă de alte maladii mintale și/sau fizice comorbide dependenței de alcool
- 8) Pacientul suferă de dizabilități de învățare sau cognitive.
- 9) Pacienta este însărcinată.
- 10) Pacientul este fără adăpost sau nu are sprijin social.
- 11) Există un istoric de dezintoxicare eșuată în condiții de ambulator.

În anumite situații, descrise în tabel poate exista o justificare clinică pentru dezintoxicarea asistată medical în condiții de ambulator pentru pacienții care:

- a. îngerează regulat peste 15 doze standard de alcool în zi ori cei
- b. cu istoric de sevraj sever în antecedente, ori cei
- c. cu un Scor la testul AUDIT peste >20 puncte, sau cei

d. cu un scor >10 puncte pe scala CIWA-Ar (Anexa 7), sau cei

e. cu un scor SAWS >12 puncte, (Anexa 6)

dar motivele trebuie să fie clare și decizia poate fi luată de un clinician cu experiență (Tabelul 21).

Tabelul 21 Intervenții terapeutice pentru sevrajul indus de alcool – rezumat (adaptat după Ghidurile NICE^{267,268})

Severitate Sevraj	Suport / îngrijire medicală	Farmacoterapia pentru neuro-adaptare inversare	Suplimentarea deficitului de Tiamină	Setare
Ușor CIWA-Ar ≤ 10 puncte	Nivel moderat spre înalt de susținere și îngrijiri și, doar dacă este cazul, îngrijire asistată medical.	Farmacoterapie minimală. Doar remedii simple (vezi mai jos).	Poate fi substituit pe cale orală, dacă pacientul este alimentat adecvat și suficient.	Acasă
Moderat CIWA-Ar ≤ 15 puncte	Nivel moderat spre înalt de susținere și îngrijire. Îngrijire medicală minimală.	Tratament simptomatic.	Pabrinex* (<i>complex de vitamine care conține - Acidum ascorbicum, pyridoxinum, nicotinamidum, thiaminum (250 mg), riboflavinum, glucosae monohydratum</i>) sau Thiaini hydrochloridum (100-300 mg/zi) se va administra I/M (timp de 5 zile), dacă pacientul este subnutrit. Ulterior se va continua administrarea Pabrinex sau a complexelor de vitamine grupul „B” și „C” pe cale orală.	Acasă sau În condiții de ambulator.
Sever CIWA-Ar > 15 puncte	Îngrijire de susținere la nivel înalt plus monitorizare medicală.	Tratament simptomatic și de substituție. Probabil va fi necesar tratament de substituție cu Chlordiazepoxidum sau Diazepamum	Pabrinex* sau Thiaini hydrochloridum (100-300 mg/zi) I/M (timp de 5 zile). Ulterior, pentru a suplini carența de vitamine pot fi administrate complexe de vitamine grupul „B” și „C” pe cale orală.	În condiții de ambulator sau În condiții de staționar
CIWA-Ar > 10 puncte plus Comorbidități datorate consumului de alcool.	La nivel înalt îngrijire de susținere plus specialist îngrijire medicală.	De obicei este necesar tratament simptomatic și tratament de substituție cu Chlordiazepoxidum sau Diazepamum.	Pabrinex* sau Thiaini hydrochloridum (100-300 mg/zi) I/M (timp de 5 zile). Ulterior, pentru a suplini carența de vitamine pot fi administrate complexe de	În condiții de staționar.

Probleme medicale.			vitamine grupul „B” și „C” pe cale orală.	
--------------------	--	--	---	--

Benzodiazepinele sunt tratamentul de primă linie pentru sevrajul la alcool datorită fenomenului de toleranță încrucișată cu alcoolul și a proprietăților anticonvulsivante ale acestora. Utilizarea este susținută de Ghidurile NICE;^{269,270} o revizuire sistematică Cochrane;²⁷¹ și ghidurile BAP.²⁷²

Administrarea parenterală de Thiamini hydrochloridum (vitamina B1) ori a complexelor de vitamine din grupul “B” este componentă importantă pentru profilaxia și/sau tratamentul sindromului Wernicke-Korsakoff și altor afecțiuni neuropsihiatrice datorate deficitului de vitamine. În Marea Britanie, Chlordiazepoxidum este benzodiazepina utilizată pentru majoritatea pacienților, deoarece se consideră că ar avea un potențial de formare al dependenței relativ scăzut. Unele centre medicale folosesc în acest scop Diazepamum sau benzodiazepine cu acțiune de scurtă durată, cum ar fi Oxazepamum sau Lorazepamum. Acestea din urmă sunt mai recomandate în cazul pacienților cu insuficiență hepatică.

Caseta 57 Modalități de intervenție cu benzodiazepine

Există **două modalități de intervenție cu benzodiazepine** în cazul sevrajului la alcool:^{273,274} *reducerea cu doză fixă a benzodiazepinei* (este practică cel mai frecvent în medii nespecializate);

- 1) *reducerea variabilă a dozei de benzodiazepină* (este practică cel mai frecvent în instituțiile specializate, unde personalul are abilități de gestionare a sevrajului de alcool);
- 2) *“încărcarea” frontală cu benzodiazepine* (rar folosită, și rezervată pentru **sevrajul sever** la alcool).

Tratamentul sevrajului la alcool cu benzodiazepine, nu trebuie început dacă concentrația sangvină de alcool este foarte mare sau este încă în creștere. Pacienții tratați cu benzodiazepine necesită monitorizare riguroasă pentru a evita supra-sedarea, care se poate solda cu depresie respiratorie/stop respirator sau/și cardiac.

1) Reducerea cu doză fixă a benzodiazepinei

Regimul de tratament “reducerea cu doză fixă a benzodiazepinei” poate fi realizat în condiții de ambulator/staționar sau la domiciliu de către ne-specialiști în cazul pacienților ne-complicați. Pacientul trebuie la început să primească o doză de benzodiazepină selectată după o evaluare a severității dependenței de alcool (clinic, anamnestic, luând în calcul numărul de doze standard de alcool ingerate pe zi, cât și, ținând cont de scorul la Scala SADQ. Referitor la Chlordiazepoxidum, o regulă generală este: doza inițială poate fi calculată reieșind din consumul curent de alcool. De exemplu, dacă pacientul consumă 20 de doze standard/zi, doza inițială trebuie să fie de 20 mg de patru ori pe zi (în total-80 mg/zi). Doza este apoi redusă până la “zero” timp de 5-10 zile, în funcție de starea clinică. Evoluția în timp a simptomelor de sevraj la alcool ar trebui monitorizată folosind Scala CIWA-Ar^{275,276} sau Scala SAWS.¹³

Sevrajul de severitate **ușoară** la alcool necesită de obicei tratament simptomatic și poate fi gestionat fără benzodiazepine.

Pentru sevrajul la alcool **moderat**, un regim tipic ar putea fi 10-20 mg Chlordiazepoxidum de 4 ori pe zi (în total – 40-80 mg/zi) sau Diazepamum (în doze similare celor ale Chlordiazepoxidum), reducând treptat doza în cca. 5-7 zile. De menționat că, o cură de tratament presupune administrarea de benzodiazepine pentru o perioadă de 5-7 zile, iar tratamentul mai îndelungat este rareori util sau necesar. Este important să monitorizați semnele de sevraj (și, după posibilitate) concentrația alcoolului în sânge zilnic, înainte de a administra următoarea doză zilnică de benzodiazepină. Acest lucru poate însemna că, retragerea consumului de alcool asistată farmacologic în condiții de ambulator ar trebui să dureze 5 zile.

Tabelul 22 Sevrăjul moderat la alcool: exemplu de regim de tratament după modelul “reducerea de Chlordiazepoxidum cu doză fixă”.

Zi de tratament	Doze și ritm de administrare a Chlordiazepoxidum	Doza zilnică totală a Chlordiazepoxidum (mg/zi)
Ziua 1	20 mg x de 4 ori în zi	80
Ziua 2	15 mg x de 4 ori în zi	60
Ziua 3	10 mg x de 4 ori în zi	40
Ziua 4	5 mg x de 4 ori în zi	20
Ziua 5	5 mg x de 2 ori în zi	10

Notă: Aceeași modalitate de administrare a benzodiazepinei este valabilă și pentru Diazepamum, dar dozele recomandate constituie ½ din doza de Chlordiazepoxidum.

Sevrăjul sever la alcool necesită de obicei tratament în condiții de staționar, datorită riscului semnificativ de complicații, care pun în pericol viața pacientului. Totuși, sunt rare cazurile, în care sevrăjul sever la alcool poate fi tratat în condiții de ambulator. În astfel de situații, decizia de a întreprinde o retragere asistată medical a benzodiazepinei în condiții de ambulator poate fi luată doar de către un clinician cu experiență. Monitorizarea zilnică atentă este recomandată pentru primele 2-3 zile. Acest lucru poate necesita aranjamente speciale pe parcursul unui weekend. Administrarea benzodiazepinei **nu trebuie** să înceapă dacă pacientul este în stare de ebrietate. În astfel de circumstanțe, tratamentul ar trebui să fie inițiat cât mai curând posibil atunci, când pacientul **nu este** în stare de ebrietate. La asemenea pacienți, doza de benzodiazepină poate fi necesar să fie redusă într-o perioadă de 7-10 zile (sau mai mult, în cazul sevrăjului la alcool foarte grav sau când există antecedente de complicații în timpul detoxificărilor anterioare).

Strategia terapeutică pentru formele ușoare sau severe de sevrăj constă în administrarea unui inhibitor central (benzodiazepine, barbiturice sau chiar alcool) încă din prima zi, cu scăderea treptată a dozelor pe parcursul următoarelor cinci zile. Se preferă benzodiazepinele cu durată scurtă (Lorazepamum) sau lungă de acțiune (Diazepamum), cu administrare orală, întrucât pot controla majoritatea simptomelor în cazurile de sevrăj ușor sau moderat. Unii practicieni folosesc pentru a controla simpaticotonia blocante adrenergice (Propranololum, Clonidinum*).²⁷⁷ Dozele de adrenoblocante vor fi titrate ținând cont de: presiunea arterială, frecvența contracțiilor cardiace și severitatea simptomelor somato-vegetative (vezi protocoalele clinice pentru profilul terapie intensivă).

Sindromul de sevrăj la alcool implică o rată crescută de morbiditate, motiv pentru care, principalul scop al terapiei – exceptând simptomatologia de sevrăj – este prevenirea apariției unui *delirium tremens*. Unele studii relevă că, medicația non-benzodiazepinică (de ex., Carbamazepinum) poate fi de preferat pentru tratamentul formelor ușoare sau moderate sugerând faptul că, utilizarea de benzodiazepine poate fi un factor de risc individual în dezvoltarea *delirium tremens*.^{278,279}

2) Regimul de reducere a dozei de benzodiazepină în funcție de simptome

Această modalitate de tratament ar trebui rezervată pentru gestionarea sevrăjului în cazul, în care pacientul este internat într-o instituție medicală specializată în dependența de alcool. Este necesară monitorizarea regulată (de ex., respirație, puls, TA, temperatură și nivelul de conștiență). Medicamentul se administrează numai atunci, când apar **simptome evidente de sevrăj** (așa cum este stipulat în Scalele CIWA-Ar, SAWS). Terapia în funcție de simptome este utilizată în general

la pacienții fără antecedente de complicații. În acest tip de intervenție un regim tipic de administrare a benzodiazepinelor ar fi: Chlordiazepoxidum 20-30 mg (sau Diazepamum 10-15 mg) **din oră în oră**, în funcție de necesitate. De menționat că, doza totală administrată în fiecare zi trebuie redusă începând cu ziua a 2-ua, ținând cont de evoluția clinică a simptomelor clinice monitorizate. Este obișnuit ca tratamentul în funcție de simptome să dureze doar 24-48 ore înainte de a trece la un program individualizat de reducere a dozei fixe. Ocazional, regimul flexibil de retragere a benzodiazepinei poate fi prelungit dincolo de primele 24 de ore.

Tabelul 23 Sevrajul sever la alcool: exemplu de regim de retragere cu doză fixă a Chlordiazepoxidum.

Zi de tratament	Doze și ritm de administrare	Doza zilnică totală (mg)
Ziua 1	40 mg x de 4 ori în zi + 40 mg (<i>în funcție de necesitate</i>);	200
Ziua 2	40 mg x de 4 ori în zi	160
Ziua 3	30 mg x de 4 ori în zi	120
Ziua 4	25 mg x de 4 ori în zi	100
Ziua 5	20 mg x de 4 ori în zi	80
Ziua 6	15 mg x de 4 ori în zi	60
Ziua 7	10 mg x de 4 ori în zi	40
Ziua 8	10 mg x de 3 ori în zi	30
Ziua 9	5 mg x de 4 ori în zi	20
Ziua 10	10 mg x seara la culcare	10

Notă: Aceeși modalitate de administrare a benzodiazepinei este valabilă și pentru Diazepamum, dar dozele recomandate constituie $\frac{1}{2}$ din doza de Chlordiazepoxidum.

Exemplu de regim de administrare a Chlordiazepoxidum (sau Diazepamum) atunci când tratamentul este realizat ținând cont de simptome - Chlordiazepoxidum (sau Diazepamum) în **Zilele 1–5** ale terapiei: poate fi administrat în doză de Chlordiazepoxidum 20–30 mg (sau Diazepamum) 10–15 mg la interval de 1 oră, ținând cont de evoluția în timp a simptomelor sevrajului.²⁸⁰

Caseta 58 Prevenirea recidivelor și menținerea pacientului în remisiune

Benzodiazepinele nu ar trebui administrate după tratamentul sindromului acut de sevraj la alcool. **Acamprosatum*** și **Disulfiramum** sunt remediile farmacologice aprobate în Marea Britanie pentru tratamentul dependenței de alcool și sunt administrate în asociere cu intervenții non-farmacologice de ordin psihosocial.²⁸¹ Tratamentul trebuie inițiat în cadrul unei instituții medicale specializate. După **12 săptămâni** de tratament cu astfel de remedii, pacientul este referit către medicul de familie, care realizează prescrierile ulterioare și-l monitorizează. În unele situații, totuși poate fi oportun ca îngrijirea de specialitate să fie continuată în serviciul specializat de ambulator (îngrijire în comunitate).

Naltrexonum* este un alt remediu recomandat ca și tratament adjuvant în dependența **moderată** și **severă** de alcool. Deoarece Naltrexonum* nu este aprobat oficial pentru tratamentul dependenței de alcool în Marea Britanie, în cazul utilizării acestuia este obligatorie semnarea și documentarea consimțământului informat înainte de inițierea tratamentului.²⁸²

Acamprosatum*

Acamprosatum* este un analog sintetic de taurină, care acționează ca un antagonist glutamatergic pe receptorii NMDA (N-metil-D-aspartat) și, de asemenea, crește nivelul de acid γ -aminobutiric (GABA), sporind activitatea GABA-ergică cerebrală. Numărul de pacienți necesar de tratat (NNT) pentru menținerea abstinentei pentru acest remediu este în limitele 9–11.²⁸³ Cel mai înalt coeficient de eficiență obținut cu acest remediu, este către luna a 6-ea a terapiei - 0,83. Riscul de recidivă (comparativ cu placebo), la pacienții tratați cu Acamprosatum* s-a redus considerabil, deși efectul s-a dovedit a fi semnificativ timp de până la 12 luni de tratament.^{284,285}

Tratamentul cu Acamprosatum* trebuie inițiat cât mai curând posibil după ce a fost obținută abstința (Orientările de consens BAP9 recomandă ca Acamprosatum* să fie administrat deja „în timpul dezintoxicării” datorită efectului neuroprotector al acestuia). Ghidul NICE²⁸⁶ recomandă administrarea Acamprosatum* pe o perioadă de până la 6 luni cu supraveghere regulată (lunară). Studiile Cochrane²⁸⁷ recomandă administrarea remediei pe o perioadă de 1 an. Acamprosatum* este relativ bine tolerat; reacțiile adverse includ diaree, durere abdominală, greață, vărsături și prurit.²⁸⁸ Este contraindicat în cazul insuficienței renale sau hepatice severe, astfel încât testele de bază ale funcției hepatice și renale trebuie efectuate înainte de inițierea terapiei. Acamprosatum* trebuie evitat la gravide sau la femeile, care alăptează.

Acamprosatum*: Ghidul clinic NICE 115, 2011^{289,290}

Acamprosatum* ar trebui să fie utilizat pentru prevenirea recăderilor la pacienții cu dependență de alcool **moderat** până la **severă** în asociere cu intervenții de ordin psihosocial. Trebuie prescris pe o perioadă de **până la 6 luni sau mai mult** pacienților, care percep beneficii și doresc să-l ia în continuare. Doza recomandată este de **1998 mg/zi (666 mg de 3 (trei) ori pe zi)** pentru persoanele cu masa corporală de **peste 60 kg**. Pentru cei **sub 60 kg**, doza este de **1332 mg/zi**. Tratamentul trebuie oprit la cei care continuă să bea timp de 4-6 săptămâni după inițierea terapiei cu Acamprosatum*.

Naltrexonum*

Naltrexonum* este un antagonist neselectiv al receptorilor μ -opioizi, care previne creșterea activității dopaminergice după consumul de alcool, reducându-i astfel capacitatea de a induce plăcerea datorată ebrietății (efectele hedonice). Naltrexonum* reduce semnificativ riscul de recidivă în cazul consumului intens de alcool.^{291,292} Deși în studiile timpurii a fost utilizată o doză de 50 mg/zi, studiile mai recente realizate în SUA au folosit 100 mg/zi. În Marea Britanie, doza recomandată este de 50 mg/zi cu o doză de probă de 25 mg timp de 2 zile pentru a verifica efectele secundare. Naltrexonum* este bine tolerat, dar efectele secundare includ: greață (în special la începutul terapiei), cefalee, dureri abdominale, apetit redus și oboseală. Înainte de inițierea tratamentului cu Naltrexonum* trebuie efectuată o evaluare medicală cuprinzătoare, care include obligator testele funcției renale și hepatice. Terapia cu Naltrexonum* poate fi începută atunci când pacienții încă continuă să consume abuziv alcool sau în timpul sevrajului asistat medical. Nu există dovezi clare cu privire la durata optimă a tratamentului, dar unele surse orientează pentru o **durată de 6 luni** a terapiei cu monitorizarea sistematică a funcțiilor hepatice.²⁹³

Pacienților tratați cu Naltrexonum* nu trebuie să li se administreze analgezice din clasa agoniștilor opioizi. În acest scop sunt recomandate analgezicele ne-opioide. În cazul în care este necesară analgezia cu opioide, aceasta poate fi instituită doar după 48–72 de ore după încetarea tratamentului cu Naltrexonum*. Hepatotoxicitatea a fost raportată în cazul administrării dozelor mari de Naltrexonum*. Se recomandă de asemenea evitarea utilizării Naltrexonum* la pacienții cu patologii hepatice acute.²⁹⁴

Naltrexonum*: Ghidul clinic NICE 115, 2011^{295,296}

Naltrexonum* [50 mg/zi] trebuie oferit **pentru prevenirea recidivelor** în dependența de alcool **moderat până la severă**, în asociere cu intervenții de ordin psihosocial. Ar trebui prescris pe o **perioadă de până la 6 luni sau mai mult** pacienților, care percep beneficii și doresc să-l ia în continuare. *Tratamentul ar trebui oprit la cei care continuă să consume abuziv alcoolul timp de 4-6 săptămâni după inițierea terapiei cu Naltrexonum* sau în cazul, în care pacientul nu tolerează medicamentul.*

Naltrexonum* injectabil **cu eliberare prelungită** a fost elaborat pentru a crește complianța la terapie. Efectele sunt similare cu cele ale medicamentului cu administrare pe cale orală.²⁹⁷ Ghidul NICE a concluzionat că, dovezile inițiale au fost încurajatoare, dar nu suficiente pentru a susține utilizarea de rutină a Naltrexonum* cu eliberare prelungită.

Nalmefenum*

Nalmefenum* este un agonist parțial al receptorului μ -opioid și un antagonist al receptorilor opioizi δ -(delta) și κ -(kappa), recomandat de Ghidul NICE ca opțiune de reducere a consumului de alcool, pentru persoanele cu dependență de alcool.^{298,299} O meta-analiză a demonstrat superioritatea Naltrexonum* vis-a-vis de Nalmefenum* în reducerea consumului excesiv de alcool.^{300,25} Cu toate acestea, utilizarea Nalmefenum* pentru reducerea consumului excesiv de alcool rămâne controversată, fiind sugerată realizarea altor meta-analize, care să argumenteze utilitatea medicamentului, deoarece Nalmefenum* a avut doar o eficacitate limitată în reducerea consumului de alcool și deci, valoarea sa în tratamentul dependenței de alcool și prevenirea recăderilor nu este pe deplin demonstrată.³⁰¹

Disulfiramum

Disulfiramum inhiba enzima aldehyd-dehidrogenaza, împiedicând astfel metabolizarea completă a alcoolului în ficat. Fenomenul descris, are ca rezultat o acumulare a produsului toxic al metabolizării intermediare a etanolului - acetaldehida, care provoacă reacția Disulfiramum-alcoolică.

Reacție Disulfiramum-alcoolică de severitate ușoară (simptome):

- Hiperemie facială
- Transpirație
- Greață
- Hiperventilație
- Dispnee
- Tahicardie
- Hipotensiune arterială

Contraindicații pentru reacția Disulfiramum-alcoolică

Ingestia de alcool în ultimele 24 de ore
Insuficiența cardiacă
Boala coronariană
Hipertensiunea arterială
Boala cerebrală
Sarcina
Alăptarea
Afecțiunile hepatice

Neuropatia periferică
Tulburarea mintală severă

Reacție Disulfiramum-alcoolică severă (simptome):

Insuficiența cardiacă acută
Infarct de miocard
Aritmii
Bradicardie
Depresie respiratorie
Hipotensiune arterială severă

Efectul terapeutic al Disulfiramum este argumentat de incompatibilitatea acestuia cu alcoolul, provocând aversiune față de alcool. Medicația supravegheată optimizează complianța la terapie și contribuie la creșterea eficacității acesteia. Intensitatea reacției de intoleranță la alcool este dependentă de doză, atât în ceea ce privește cantitatea de alcool consumată, cât și doza de Disulfiramum. Cu toate acestea, se crede că, mare parte din efectul terapeutic al Disulfiramum este datorată anticipării mintale a simptomelor trăite de persoana dependentă în timpul reacției Disulfiramum-alcoolice și, mai puțin din depinde de acțiunea farmacologică în sine a medicamentului. Moartea subită în timpul reacțiilor Disulfiramum-alcoolice este mai răspândită în cazul în care dozele de Disulfiramum sunt peste 1000 mg/zi.³⁰² Ținând cont acest lucru, necesitatea prescrierii dozelor mari de Disulfiramum trebuie evaluată cu precauție. Se recomandă ca prima doză să fie 800 mg/zi pentru ca ulterior, aceasta să fie redusă la 100-200 mg/zi în perioada tratamentului de întreținere. În dependența de alcool comorbidă consumului de cocaină, s-au administrat doze de 500 mg/zi. Halitoza (Halenă fetidă; miros neplăcut al gurii.) este un efect secundar frecvent întâlnit. Dacă apare un debut brusc al icterului (complicație rară de hepatotoxicitate), pacientul trebuie să oprească medicamentul și să solicite de urgență un specialist în hepatologie. Este de menționat faptul că, dovezile pentru utilizarea Disulfiramum în calitate de medicament pentru tratamentul de întreținere în dependența de alcool sunt mai slabe în comparație cu cele aduse în favoarea Acamprosatum* și Naltrexonum*.³⁰³ Ghidul NICE recomandă utilizarea **Disulfiramum „ca o opțiune de linia a doua** pentru terapia de întreținere în dependența de alcool moderat până la severă, în special pentru pacienții care nu sunt potriviți pentru Acamprosatum* sau Naltrexonum* sau pentru cei, care au o preferință specificată pentru Disulfiramum și, care î-și doresc să rămână abstinenți la alcool”.³⁰⁴

Disulfiramum: Ghidul clinic NICE³⁰⁵

Disulfiramum trebuie **administrat în asociere cu o intervenție psihologică** pentru pacienții care doresc să obțină abstinența, dar pentru care Acamprosatum* sau Naltrexonum* nu sunt potrivite. Tratamentul trebuie început la cel puțin 24 de ore după ultima ingerare a alcoolului și trebuie supravegheat de un membru al familiei sau un îngrijitor. Se recomandă *monitorizarea la fiecare 2 săptămâni în primele 2 luni, apoi lunar după 4 luni de terapie*. Monitorizarea medicală trebuie continuată *la intervale de 6 luni după primele 6 luni de abținere de la consumul de alcool*. Pacienții trebuie preveniți că, consumul de alcool pe perioada tratamentului cu Disulfiramum este strict interzis, datorită complicațiilor grave de sănătate, care pot surveni în cazul consumului de alcool.

Baclofenum

Baclofenum este un agonist GABA-B care nu este aprobat pentru tratamentul dependenței de alcool, dar este folosit de unii clinicieni. O meta-analiză recentă nu a găsit argumente pentru a susține utilizarea acestuia ca tratament de primă linie pentru tulburările datorate consumului de

alcool. În plus, administrarea de Baclofenum (doze între 30-300mg/zi) a fost asociată cu rate mari de efecte adverse (depresie, vertij, somnolență, amorțeală și rigiditate musculară).³⁰⁶

Medicamentele anticonvulsivante

În prezent, nu există dovezi suficiente pentru a susține utilizarea clinică a medicamentelor anticonvulsivante în tratamentul dependenței de alcool, deși unele studii relatează o reducere semnificativă a numărului de doze standard ingerate zilnic la pacienții cu dependență de alcool ușoară și moderată tratați cu anticonvulsivante, în comparație cu placebo.³⁰⁷ Cel mai studiat în acest sens a fost Topiramatum. Există și unele studii care au analizat eficiența derivaților Acidum valproicum, Gabapentinum și Levetiracetamum în terapia dependenței de alcool.³⁰⁸

O serie de anticonvulsivante s-au dovedit a fi benefice în cazul sevrajului la alcool, ceea ce motivează rațional ipoteza că, Gabapentinum și Pregabalinum – remedii similare ca structură cu acidul γ -aminobutiric, datorită faptului că reduc excitabilitatea sistemului nervos central ar putea avea un efect favorabil în terapia dependenței de alcool.^{309,310}

Caseta 59 Sarcina și consumul de alcool

Dovezile științifice demonstrează că consumul de alcool în timpul sarcinii poate dăuna fătului. Departamentul de Sănătate din Regatul Unit recomandă ca femeile să se abțină totalmente de la consumul de alcool în timpul sarcinii.³¹¹ În cazul în care, femeia gravidă consumă chiar și 1–2 doze standard de alcool în zi pe perioada sarcinii, aceasta poate crește riscul de naștere prematură, masă corporală mică a fătului la naștere sau restricție de creștere intrauterină a fătului. Ghidurile NICE, începând cu decembrie 2018 recomandă gravidelor dependente de alcool, care prezintă simptome de sevraj, dezintoxicare farmacologică în condiții de staționar.

Timpul de dezintoxicare în raport cu trimestrul de sarcină ar trebui evaluat ținând cont de riscul consumului constant de alcool pentru făt.³¹² Același ghid a sugerat utilizarea de Chlordiazepoxidum ca fiind puțin probabil să prezinte un risc substanțial; totuși au fost înregistrate cazuri de malformații la făt, care depindeau de doza de medicament administrată.³¹³ Serviciul de informare pentru teratologie din Marea Britanie recomandă profesioniștilor din domeniul sănătății să monitorizeze riguros gravidele, care necesită dezintoxicare de alcool în perioada sarcinii.³¹⁴

De menționat și faptul că, niciun medicament utilizat în mod obișnuit pentru terapia de întreținere sau prevenirea recidivelor nu a fost evaluat pe gravide.³¹⁵

Caseta 60 Dependența de alcool la copii și adolescenți

Copiii și adolescenții (cu vârste între 10 și 17 ani) ar trebui să fie evaluați așa cum recomandă Ghidul clinic NICE.³¹⁶ Numărul tinerilor dependenți de alcool care au nevoie de farmacoterapie posibil să fie mic, dar pentru cei dependenți ar trebui să existe facilități pentru internare în spital. În cazul copiilor și adolescenților asistați medical pentru sevrajul la alcool, poate fi necesară ajustarea dozelor de Chlordiazepoxidum, dar principiile generale ale managementului terapeutic sunt aceleași ca și pentru adulți. Toți tinerii ar trebui să aibă un control de rutină complet al sănătății, care ar permite identificarea problemelor de sănătate fizică și psihică. Baza de dovezi pentru Acamprosatum*, Naltrexonum* și Disulfiramum la tinerii cu vârsta 16-19 ani este încă în proces de cercetare³¹⁷ și, Naltrexonum* este medicamentul cel mai recomandat de studiile realizate până la moment pentru pacienții din această categorie de vârstă.^{318,319}

Caseta 61 Dependența de alcool la persoanele de Vârstă înaintată

Pentru adulții în vârstă ar trebui să existe un prag mai scăzut pentru retragerea alcoolului asistată medical.³²⁰ În timp ce benzodiazepinele rămân tratamentul de primă intenție, pacienții în

vârstă pot avea nevoie de doze mai mici și, în unele situații clinice, pot fi administrate preferențial benzodiazepinele cu perioadă mai scurtă de acțiune. Toți adulții în vârstă cu tulburări datorate consumului de alcool ar trebui să beneficieze de un examen clinic deplin de rutină pentru a identifica problemele de sănătate fizică și psihică. Baza de dovezi pentru farmacoterapia tulburărilor datorate utilizării alcoolului la persoanele în vârstă este limitată.³²¹

Caseta 62 Dependența de alcool. Comorbidități.

Tulburări concomitente datorate consumului de alcool și droguri

În cazul în care, tulburările datorate consumului de alcool și droguri sunt co-morbide, trebuie tratate ambele afecțiuni în mod activ.³²²

Dependența de alcool comorbidă dependenței benzodiazepine

Dependența concomitentă de alcool și benzodiazepine este cel mai bine gestionată cu o benzodiazepină, fie Chlordiazepoxidum, fie Diazepamum. Doza inițială a benzodiazepinei, precum și doza zilnică vor depinde de severitatea sevrajului la alcool/benzodiazepine. În asemenea cazuri este recomandat **tratament în condiții de staționar pentru o perioadă de 2-3 săptămâni și mai mult.**³²³

Dependența de alcool comorbidă dependenței de cocaină

În dependența de alcool co-morbidă consumului de cocaină, Naltrexonum* 150 mg/zi a demonstrat o reducere atât a consumului de cocaină, cât și a celui de alcool la bărbați dar nu și la femei.³²⁴

Dependența de alcool comorbidă dependenței de opioide

Ambele afecțiuni trebuie să fie tratate și necesită de acordat atenție deosebită **creșterii mortalității** în rândul persoanelor, care încearcă să renunțe la ambele droguri în același moment.

Dependența de alcool comorbidă Tulburărilor de sănătate mintală

Persoanele cu tulburări datorate consumului de alcool prezintă adesea și alte tulburări de sănătate mintală, în special tulburări de anxietate și depresie. Departamentul de Sănătate Publică din Anglia a descris acest tip de comorbiditate drept „normă mai degrabă decât excepție” și, încurajează o colaborare, eficientă și flexibilă între serviciile de primă linie, care asistă medical ambele categorii de tulburări, afirmând că este „treaba tuturor” și că NU ar exista vre-o abordare greșită.³²⁵

Tulburările datorate de consumului de substanțe, inclusiv abuzului de alcool, nu ar trebui să fie niciodată un motiv pentru a exclude accesul pacientului la:

- Serviciile psihiatrice de criză.
- Serviciile, care asistă medical tulburările de anxietate sau/și de personalitate după finalizarea dezintoxicării.

Tulburările de Anxietate

Anxietatea este frecvent prezentă la persoanele dependente de alcool în timpul intoxicației acute, dar și în primele zile ale abstinentei. Alcoolul este de obicei folosit pentru a reduce

anxietatea, în special anxietatea socială. La persoanele dependente de alcool, care se confruntă cu anxietatea este adesea dificil de estimat, în ce măsură anxietatea este un simptom al tulburării datorate consumului de alcool sau aceasta este o tulburare de sănătate mintală independentă, care a fost prezentă până la momentul formării dependenței de alcool. În asemenea situații clinice, este recomandată retragerea alcoolului asistată medical și abținerea susținută **timp de până la 8 săptămâni** înainte de a se putea face o evaluare completă a cazului. Dacă o retragere asistată medical nu este posibilă, atunci trebuie de încercat tratamentul tulburării de anxietate, urmând recomandările ghidurilor pentru tulburarea de anxietate respectiva. Opiniile privind utilizarea benzodiazepinelor în acest scop sunt controversate din cauza riscului crescut de formare a dependenței de benzodiazepine. Administrarea de Benzodiazepine trebuie luată în calcul doar după o evaluare completă în cadrul unui serviciu specializat în dependențe.³²⁶

O meta-analiză sugerează că Bupropion* ar fi eficient în reducerea simptomelor de anxietate, dar nu și a consumului de alcool. Doza inițială 15 mg zilnic, 5 mg de trei ori pe zi. La fiecare 2 până la 3 zile, doza poate fi crescută cu 5 mg până la obținerea răspunsului clinic dorit. Doza zilnică maximă este de 60 mg pe zi. În studiile clinice, intervalul tipic al efectelor terapeutice a fost între 20 și 30 mg pe zi, în doze divizate.³²⁷ Unele studii au demonstrat eficiență superioară, în comparație cu placebo (privind reducerea anxietății sociale) la pacienții cu comorbiditate (anxietate plus dependență de alcool), care au administrat Paroxetinum (în doze de până la 60 mg/zi în priză unică).^{328,329}

Fie Naltrexonum*, fie Disulfiramum, în monoterapie sau combinate, au condus la reducerea consumului de alcool în comparație cu placebo la pacienții cu tulburare de stres post-traumatic asociată cu dependență de alcool. Atât Acamprosatum*, cât și Baclofenum au demonstrat beneficii în reducerea anxietății în unele analize post-hoc ale studiilor care au investigat dependență de alcool.³³⁰ Un studiu realizat în a. 2021, privind utilizarea Baclofenum în tratamentul dependenței de alcool a constatat că, în cazul în care dependența de alcool este comorbidă cu tulburări de anxietate, utilizarea Baclofenum a crescut semnificativ numărul zilelor de abținere de la consumul de alcool. Prin urmare, este important să se asigure că, pacientul este capabil să devină abstinent și, atunci vor fi prescrise medicamente pentru prevenirea recidivelor. Anxietatea ar trebui apoi tratată conform recomandărilor corespunzătoare din ghiduri.³³¹

Schizofrenia

Pacienții cu schizofrenie care au și o tulburare datorată consumului de alcool trebuie evaluați și în privința administrării tratamentului de prevenire a recăderilor specifice dependenței de alcool. La această categorie de pacienți trebuie luate în calcul, fie Naltrexonum*, fie Acamprosatum*. Dozele de medicamente antipsihotice ar trebui optimizate în asemenea cazuri, iar administrarea de Clozapinum poate fi util, cu toate că, nu există dovezi suficiente, care ar demonstra că un oarecare antipsihotic ar fi mai eficient în comparație cu altul.³³² Există studii care au demonstrat eficiența agonștilor parțiali ai dopaminei (Cariprazinum) în reducerea atât simptomelor psihopatologice, cât și a consumului de alcool (de la 27.6% până la 10.3%) la dependenții de alcool, diagnosticați cu schizofrenie.³³³

Depresia

Simptomele depresive și cele de anxietate apar frecvent în timpul sevrajului la alcool, dar de obicei diminuează începând cu săptămâna a 3-ia (a treia) sau a 4-a (patra) de abținere. Meta-analizele sugerează că antidepresivele cu proprietăți farmacologice mixte (triciclice Imipraminum sau Trimipraminum*) sunt mai eficiente, în comparație cu inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS; Fluoxetinum sau Sertralinum) în sensul reducerii simptomelor depresive la persoanele cu o tulburare datorată consumului de alcool, dar efectul antidepresiv este unul modest.^{334,335,336,337} Un efect antidepresiv mai evident a fost observat în cazul, în care diagnosticul

de depresie a fost stabilit după cel puțin 1 săptămână de abținere, excluzând astfel simptomele afective cauzate de sevrul la alcool. Există și dovezi mai convingătoare privind depresia clasificată ca diagnostic independent, mai degrabă decât ca depresie indusă de consumul de substanță.³³⁸ În astfel de situații clinice efectele tratamentului pot fi mascate de efecte placebo comparativ mari, care ascund ameliorarea stării pacientului, datorită administrării medicamentelor și, sunt necesare studii randomizate controlate cu placebo, care ar argumenta tratamentul cu remedii antidepresive. În ciuda dovezilor pentru antidepresivele triciclice, acestea nu sunt recomandate în practica clinică, datorită potențialului lor de cardiotoxicitate și toxicitate în cazul supradozării. Medicamentele recomandate pentru prevenirea recidivelor (Acamprosatum*, Naltrexonum*, Disulfiramum) trebuie asociate cu remedii antidepresive. Pettinati H.M. et al.³³⁹ a demonstrat că, Sertralinum (200 mg/zi) asociat cu Naltrexonum* (100 mg/zi) a demonstrat rezultate superioare în sensul reducerii consumului de alcool și ameliorării stării de spirit în comparație cu placebo și în comparație cu fiecare medicament administrat în monoterapie. În contrast, Citalopramum* nu a prezentat niciun beneficiu atunci când a fost augmentat cu Naltrexonum*.³⁴⁰

Analizele secundare ale studiilor cu Acamprosatum* și Naltrexonum* sugerează că, Acamprosatum* ar avea un efect benefic indirect modest asupra depresiei în cazul, în care creșterea durată perioadei de abținere, însă la pacienții depresivi, dar și dependenți de alcool, asocierea Naltrexonum* cu un antidepresiv, a demonstrat eficiență superioară în comparație cu oricare dintre medicamentele menționate administrate în monoterapie,^{341,342} totuși, constatările nu sunt cu semnificație statistică convingătoare.³⁴³

Tulburarea afectivă bipolară

Pacienții cu tulburare afectivă bipolară tind să consume alcool pentru a reduce simptomele de anxietate. În cazul în care, există comorbiditate, tulburare afectivă bipolară plus dependență de alcool, este important ca pacientul să fie tratat respectând recomandările ghidurilor pentru tulburarea afectivă bipolară, ținând cont de diferitele faze ale acesteia. Unele studii au demonstrat că augmentarea derivaților Acidum Valproicum la sărurile de Lithium* a fost asociată cu rezultate mai bune în ceea ce ține de reducerea consumului de alcool în comparație cu Lithium* în monoterapie. Cu toate acestea, combinația nu a conferit niciun beneficiu suplimentar, în comparație cu Lithium* în monoterapie privind ameliorarea stării de spirit a pacienților.³⁴⁴

Este de menționat că, la pacienții, care au continuat să consume alcool, dezechilibrul electrolitic precipită toxicitatea Lithium*-ului. Astfel, ar fi bine ca administrarea Lithium*-ului să fie evitată complet la pacienții cu consum excesiv de alcool. **Naltrexonum*** în acest tip de comorbiditate este recomandat ca remediu **de primă linie**, pentru a ajuta pacienții cu tulburare afectivă bipolară să reducă consumul de alcool. Dacă, Naltrexonum* nu este eficient, se recomandă administrarea Acamprosatum*. În cazul în care nici Naltrexonum*, nici Acamprosatum* nu reușesc să asigure abținerea, trebuie luată în calcul administrarea Disulfiramum, iar pacientul trebuie informat în privința riscurilor asociate consumului de alcool pe fundalul terapiei.³⁴⁵

Caseta 63 Delirium tremens

Delirul de sevrul la alcool – delirium tremens

Delirium tremens apare la aproximativ 3-5% dintre pacienții internați pentru sevrul la alcool.³⁴⁶ Această stare psihotică este caracterizată de agitație psihomotorie, care se dezvoltă la aproximativ 72 ore de la ultima ingerare a alcoolului. Sevrul alcoolic sub- tratat, sevrul cu componentă convulsivă, hipo-caliemia, concentrația sangvină scăzută de magneziu, deficitul de tiamină și maladiile somatice, sunt factori de risc pentru dezvoltarea delirium tremens. Recunoașterea delirium tremens este importantă, deoarece acesta este asociat cu risc înalt de letalitate și, pentru că tratamentul acestei tulburări psihotice este diferit de delirium-ul care apare din alte cauze (traumatisme, neuroinfecții, etc.), necesitând doze mari de benzodiazepine și mai multă prudență cu administrarea remediilor antipsihotice. Merită de menționat că, delirium tremens este o urgență medicală. Pacientul poate fi asistat medical într-un spital de profil general,³⁴⁷ dar de

preferință ar fi internarea într-o instituție medicală specializată în probleme de dependență, deși în practică acest lucru poate fi dificil de organizat.^{348,349}

Managementul adecvat necesită o abordare multidisciplinară, pentru a identifica și trata factorii somatici (dezechilibrul hidro-salin și acido-bazic, deficitul de tiamină, diversele procese infecțioase, sepsisul, etc., respectând recomandările ghidurilor pentru Terapie Intensivă), care contribuie la apariția acestei tulburări de sănătate mintală pentru a reduce riscul de deces, dar și pentru a diminua la minimum tulburările de comportament prin măsuri psihosociale. Asemenea pacienți trebuie asistați medical (tratament farmacologic) și monitorizați individual într-un mediu cu stimuli reduși, preferențial în condiții de terapie intensivă.

***Notă:** Pentru gestionarea Deliriumului tremens consultați protocoalele adiționale în vigoare privind condiția dată medicală.*

TRATAMENTUL PSIHOZELOR METALCOOLICE

Caseta 64 Encefalopatia Gaye-Wernicke - clinica și tratamentul

Encefalopatia Gaye-Wernicke

Encefalopatia Gaye-Wernicke este o afecțiune neuropsihiatrică acută cauzată de deficitul de tiamină, care poate fi confundată clinic un Delirium tremens. În dependența de alcool, carența de tiamină este secundară reducerii absorbției acesteia din tractul gastro-intestinal, dar și aportului alimentar deficitar.

Factori de risc pentru encefalopatia Gaye-Wernicke în dependența alcool pot fi:³⁵⁰

- Sevrăjul acut la alcool.
- Malnutriția.
- Boala hepatică decompensată.
- Adresarea la departamentul de urgență.
- Spitalizarea pentru comorbiditate somatică.
- Persoană fără adăpost.

Encefalopatia Gaye-Wernicke. Tablou clinic.

Triada „clasică”: **1) oftalmoplegie, 2) ataxie și 3) conștiință confuză** este rareori prezentă în Encefalopatia Gaye-Wernicke, dar un diagnostic prezumtiv de Encefalopatie Wernicke ar trebui stabilit, la orice pacient supus dezintoxicării, care prezintă oricare dintre următoarele semne clinice:³⁵¹

- Ataxie.
- Hipotermie.
- Hipotensiune arterială.
- Conștiință confuză (tip delirium).
- Oftalmoplegie/nistagmus.
- Tulburări de memorie.
- Stare de inconștiință/comă.
- Orice istoric de malnutriție, pierdere recentă în greutate, vărsături sau diaree sau tulburări ale sensibilității tactile periferice (trebuie remarcată și polineuropatia).

Administrarea profilactică de Thiamini hydrochloridum*

Consumatorilor de alcool **cu risc scăzut**, fără complicații neuropsihiatrice și cu o dietă adecvată ar trebui să li se administreze Thiamini hydrochloridum* pe cale orală: minim 300 mg/zi

în timpul consumului de alcool asistat medical prin retragerea benzodiazepinei, dar și în perioadele de consum constant de alcool.³⁵²

Atenție: Deoarece tiamina este necesară în procesul de asimilare al glucozei, aceasta trebuie administrată până a administra pacientului Glucosum, în caz contrar (în lipsa Thiamini hydrochloridum), pacientul poate dezvolta encefalopatia Gaye-Wernicke.

Complexul de vitamine “B” parenteral (în Marea Britanie – **Pabrinex*** – este sub forma a perechi de fiole: **FIOLĂ 1 conține:** *Thiamini hydrochloridum** (vitamina B1) - 250 mg; riboflavină (vitamina B2) - 4 mg; *Pyridoxinum* (vitamina B6) - 50 mg. **FIOLĂ 2** - *Acidum ascorbicum* (vitamina C) - 500 mg; *Nicotinamidum* - 160 mg; *Glucosum* (sub formă de monohidrat) - 1000 mg) **trebuie administrat înainte de a interveni cu Glucosum la toți pacienții, care prezintă stare psihică alterată datorită consumului nociv de alcool.** În general, pacienților care fac dezintoxicare, se recomandă administrarea de Thiamini hydrochloridum parenterală ca profilaxie a encefalopatiei Gaye-Wernicke, deși nu există dovezi suficiente bazate pe studii randomizate controlate cu privire la cea mai bună doză, frecvență sau durată de utilizare.^{353,354,355,356} Recomandarea se bazează pe „opinia experților” iar sfatul standard este de a administra Pabrinex* (conținând Thiaminum 250 mg/doză) intramuscular (I/M) zilnic timp de 5 zile, urmată de administrare pe cale orală ori Thiamini hydrochloridum* și/sau compuși ce conțin vitamina “B” atât timp, cât este necesar (în cazul în care, dieta este inadecvată sau se reia consumul de alcool). Toți pacienții internați ar trebui să primească acest regim de administrare a Thiamini hydrochloridum ca un minim absolut.³⁵⁷

Preparatele de Thiamini hydrochloridum cu administrare intramusculară (I/M) au o incidență mai mică a reacțiilor anafilactice, în comparație cu preparatele intravenoase (I/V), aceasta fiind de - 1 caz la 5 milioane de fiole de Pabrinex* administrate. În pofida celor relatate anterior, riscul de anafilaxie a generat temeri cu privire la utilizarea parenterală a medicamentelor ce conțin Thiamini hydrochloridum, iar preparatele ce conțin Thiamini hydrochloridum* administrate pe cale orală nu oferă o cantitate adecvată de protecție. Având în vedere riscurile asociate cu encefalopatia Gaye-Wernicke, raportul risc-beneficiu favorizează semnificativ administrarea parenterală a Thiamini hydrochloridum.^{358,359} În cazul în care se utilizează Thiamini hydrochloridum parenterală, ar trebui să fie disponibile seturi de urgență pentru tratamentul reacțiilor anafilactice.³⁶⁰

Dacă clinicianul suspectează prezența encefalopatiei Gaye-Wernicke, pacientul trebuie transferat într-o unitate medicală unde Thiamini hydrochloridum poate fi administrată intravenos (I/V). Dacă nu este tratată, encefalopatia Gaye-Wernicke progresează spre sindromul amnestic Korsakoff (deficiență de memorie constantă, confabulații, confuzie, modificări de personalitate și polineuropatie). Unele studii au demonstrat că, administrarea de Glutathionum (*acționează ca un remediu detoxifiant la nivel hepatic și ca un neutralizator al speciilor reactive de oxigen, care sunt crescute la dependenții de alcool*) pacienților cu encefalopatie hepatică, poate contribui la ameliorarea funcțiilor cognitive, reducerea asteniei, anxietății și altor tulburări neurologice asociate dependenței de alcool datorită proprietăților sale antioxidante și neuroprotective.³⁶¹

Tratament pentru pacienții cu encefalopatie Gaye-Wernicke suspectată/stabilită (secția terapie intensivă):
Pabrinex* I/V - Cel puțin două perechi de fiole (adică 4 fiole) de 3 ori pe zi timp de 3-5 zile, urmate de o pereche de fiole o dată pe zi timp de încă 3-5 zile sau mai mult până la momentul când răspunsul la terapie este evident. ^{362,363} În condițiile R Moldova poate fi administrată Thiamini hydrochloridum în doze 100-300 mg/zi și alte vitamine din grupa B și C timp de 3-5 zile (sau mai mult, până la momentul când răspunsul la terapie este evident).

Caseta 65 Tratamentul altor forme clinice de psihoză metalcoolică

Paranoia alcoolică

Paranoia alcoolică reprezintă un delir monotematic (adeseori de infidelitate conjugală, dar fabulele delirante pot fi diferite) sistematizat. În structura psihozei, de regulă nu sunt prezente halucinații. Psihoza menționată este prezentă la cca. 3-5% dintre pacienții cu dependență de alcool. Studiile epidemiologice din perioada 2018 - 2022 arată o frecvență crescută a acestui tip de psihoză la pacienții cu un istoric îndelungat de consum de alcool. Pentru tratamentul acesteia **remediile de primă intenție vor fi cele antipsihotice** - Risperidonum 2-4 mg/zi sau Olanzapinum 10-15 mg/zi. În perioada acută (1-7 zile), pentru a reduce agitația psihomotorie și anxietatea acestea pot fi asociate (timp de 14-21 zile) cu benzodiazepine (Diazepamum, Lorazepamum). În perioada de întreținere (timp de 1-6 luni) doza de antipsihotic va fi redusă treptat, iar pentru prevenirea recăderii dependenței de alcool tratamentul va fi continuat cu Naltrexonum* sau Acamprosatum*. Monitorizarea regulată a stării mintale și a funcției hepatice este obligatorie.³⁶⁴

Halucinoza alcoolică

Halucinoza alcoolică este o tulburare în care predomină halucinațiile verbale psihosenzoriale (voci care comentează, discută sau amenință), rareori sunt prezente halucinații vizuale fragmentare (acestea nu sunt caracteristice pentru halucinoza alcoolică). Pacientul cu halucinoză rămâne orientat în spațiu, tip și propria persoană, uneori manifestând atitudine critică vis-a-vis de trăirile sale halucinatorii. Apare la interval de 48-72 ore de abținere de la alcool sau când doza este redusă. Psihoza poate fi: 1) Acută (durată până la 1 lună), 2) Subacută (1-6 luni) și 3) Cronică (6 luni și mai mult). Cronicizarea se observă în cca. 10-15% din cazuri, în special, când terapia este inițiată tardiv. În acest tip de halucinoză, remediile de **primă intenție sunt antipsihoticele atipice**, în special: Risperidonum (2-6 mg/zi) sau Olanzapinum (10-20 mg/zi), ori Quetiapinum (300-600 mg/zi). Dacă monoterapia este inefficientă după 5-7 zile, se recomandă asocierea cu benzodiazepine cu durată de acțiune scurtă (Lorazepamum) sau medie (Diazepamum). Durata optimă a terapiei cu antipsihotice este de 4-8 săptămâni, cu reducerea treptată a dozei. Utilizarea pe termen lung este indicată doar pentru formele cronice de halucinoză.³⁶⁵ Studii mai recente au demonstrat și eficacitatea agonistilor parțiali ai dopaminei în tratamentul categoriei respective de pacienți. Astfel, Aripiprazolum în doză de 10-30 mg/zi, s-a dovedit a fi deosebit de valoros pentru pacienții tineri și atunci, când este necesară o terapie pe termen lung (deoarece are impact minim asupra parametrilor metabolici și a funcțiilor sexuale), demonstrând eficacitate la 68% dintre pacienții cu halucinoză alcoolică.³⁶⁶ În cazul în care nu a fost obținut răspuns la monoterapie în decurs de 2-3 săptămâni, se recomandă înlocuirea antipsihoticului sau asocierea acestuia cu o benzodiazepină cu durată de acțiune scurtă sau medie (Lorazepamum ori Diazepamum) ori asocierea a 2 (două) antipsihotice. În formele rezistente de halucinoză (fără ameliorare după utilizarea a două antipsihotice în doze adecvate timp de 4-6 săptămâni), se recomandă următoarele opțiuni: 1) Clozapinum (50-300 mg/zi) cu monitorizarea obligatorie a hemoleucogramei; 2) Asocierea unui antipsihotic cu un normotimic (Natrium valproatum - 600-1500 mg/zi, Lamotriginum - 100-200 mg/zi); 3) Terapie electroconvulsivă (6-12 ședințe).³⁶⁷ Terapia de linia a treia (TEC) a fost eficientă la 65-70% dintre pacienții cu forme rezistente de halucinoză.³⁶⁸

Paranoidul alcoolic

Paranoidul alcoolic este o formă relativ rară de psihoză alcoolică (constituie 5-7% din totalul psihozelor alcoolice). Este o asociere a tulburărilor halucinatorii și delirante care nu ating nivelul delirului sistematizat ca în paranoia alcoolică. Apare relativ rapid, în cca. 48-72 ore după ultimul consum de alcool. Orientarea în spațiu, timp și propria persoană este păstrată. Se deosebește

de Delirium prin absența tulburărilor de conștiință și a tulburărilor vegetative pronunțate. Spre deosebire de Halucinoză și Paranoia, în cazul unui tratament adecvat se remite mai repede (în cca. 10-30 zile). Cronicizarea se observă rar (în mai puțin de 5% din cazuri), dar pot fi episoade repetate de psihoză. Prognosticul este mai favorabil decât în alte psihoze alcoolice, dar prezintă un risc ridicat de transformare într-o tulburare organică de personalitate.³⁶⁹ Tratamentul de primă intenție îl constituie Antipsihoticele, care la necesitate vor fi asociate cu Benzodiazepine și Vitamine din grupul B. Combinațiile de antipsihotice nu sunt, în general, recomandate din cauza riscului crescut de efecte secundare. Totuși, în cazurile de rezistență la terapie, este posibilă asocierea Antipsihoticului cu un Normotimic (Natrium valproatum, Lamotriginum) sau cu un Antidepresiv (în cazul depresiei concomitente).³⁷⁰

Tabelul 24 Antipsihotice recomandate în tratamentul Paranoidului alcoolic³⁷¹

Medicament	Avantaje	Doze (mg/zi)	Riscuri posibile
Olanzapinum	Eficiență înaltă. Efect sedativ.	10-20	Tulburări metabolice. Sedare.
Risperidonum	Efect rapid. Acțiune echilibrată.	2-6	SEP. Hiperprolactinemie.
Quetiapinum	Efect anxiolitic. Tolerabilitate bună.	300-600	Hipotensiune ortostatică. Sedare.
Aripiprazolum	Efecte metabolice minime. Acțiune activatoare.	10-30	Akatisie. Insomnie.
Haloperidolum	Ameliorarea rapidă a agitației psihomotorii	5-15	SEP sever. Sindrom Neuroleptic Malign.

Notă: SEP – sindrom extrapiramidal

Tabelul 25 Rezumat privind tratamentul psihozelor alcoolice^{372,373}

Tulburarea psihotică	FDA (2019-2023)	Eryshev O. Yu., 2021	Ghidurile Europene (2018-2025)
Encefalopatia Gaye-Wernicke	Doze mari de Thiamini hydrochloridum (i/v) + Corecția modificărilor hidro-saline și acido-bazice	Neuroprotecție complexă folosind medicamente peptidice și fosfolipide liposomale (Phospholipidum)	Doze mari de vitamine gupa B și C
Paranoia alcoolică	Risperidonum, Olanzapinum medicamente de primă linie	Asocierea (AP + BZD) și vitamine din gupa B	Quetiapinum sau Aripiprazolum - profilul de siguranță mai bun
Halucinoza alcoolică	AP atipice, Clozapinum caz de rezistență la terapie - hemoleucograma	Asocierea (AP + BZD) și , Corecția modificărilor mrtabolice	Abordare diferențiată – se ia în calcul statutul somatic și comorbiditatea

Paranoidul alcoolic	AP atipice (Risperidonum, Olanzapinum, Quetiapinum, Aripiprazolum, Haloperidolum) sau asocierea AP+BZD AP+Anticonvulsivant	Asocierea (AP + BZD) sau și, Corecția modificărilor metabolice	Abordare diferențiată – se ia în calcul statusul somatic și comorbiditatea
Delirium tremens - Notă: Pentru gestionarea Deliriumului tremens consultați protocoalele adiționale în vigoare privind condiția dată medicală.			

C.2.3.9.EVOLUȚIA

Caseta 66 Evoluția AUD

Primul episod de intoxicație alcoolică apare cel mai des la mijlocul adolescenței. Problemele provocate de alcool, care nu îndeplinesc criteriile complete pentru o tulburare a consumului, sau probleme izolate pot să apară înaintea vârstei de 20 de ani, dar vârsta la debut pentru o tulburare a consumului de alcool, cu două sau mai multe criterii combinate, este de obicei la sfârșitul adolescenței sau între 20-25 de ani. În marea majoritate a cazurilor, o tulburare legată de consumul de alcool se instalează până la sfârșitul decadei a patra de viață. De obicei, primele semne de sevraj nu apar decât după ce s-au dezvoltat multe alte aspecte ale tulburării consumului de alcool. Un debut precoce al acestei tulburări este întâlnit la adolescenții cu probleme de conduită preexistente și la cei cu debut mai precoce al intoxicației.³⁷⁴

Tulburarea consumului de alcool are evoluție variabilă, caracterizată prin perioade de remisiune și recădere. Decizia de a opri consumul, luată frecvent în urma unui eveniment critic, poate fi urmată de o perioadă de câteva săptămâni sau mai mult de abținere, după care urmează perioade limitate de consum controlat sau neproblematic. Totuși, odată ce a fost reluat consumul, există o probabilitate foarte mare să crească rapid cantitatea ingerată și să apară din nou probleme severe.

Tulburarea consumului de alcool este privită deseori eronat ca fiind netratabilă, probabil din cauza faptului că indivizii care ajung să fie consultați pentru tratarea problemelor legate de consum au un istoric de mai mulți ani de probleme severe provocate de alcool. Totuși, cazurile cele mai severe reprezintă doar un mic procent din indivizii cu această tulburare, iar individul tipic care suferă de această tulburare are un prognostic mult mai optimist.

La adolescenți, tulburarea de conduită și comportamentul antisocial repetat apar deseori în asociere cu tulburări legate de consumul de alcool și alte substanțe. În majoritatea cazurilor, tulburarea consumului de alcool se dezvoltă înaintea vârstei de 40 de ani, și probabil doar 10% au un debut mai tardiv. La indivizii mai vârstnici, modificările fizice legate de vârstă se asociază cu: creșterea susceptibilității creierului la efectele inhibitoare ale alcoolului; scăderea vitezei de metabolizare hepatică a diverselor substanțe, inclusiv a alcoolului; și scăderea procentului de apă din organism. Astfel, la persoanele mai în vârstă, aceste modificări pot favoriza apariția unei intoxicații mai severe în condițiile unui consum mai redus de alcool. La vârstnici, problemele provocate de alcool au probabilitate mare să se asocieze cu alte complicații medicale.³⁷⁵

Studiile care au urmărit longitudinal grupurile de risc și persoanele cu probleme legate de consumul de alcool - de obicei utilizând eșantioane mai mici decât cercetările prin sondaje - oferă informații despre modelele de îmbunătățire și recuperare pe parcursul vieții. Unele studii au evaluat funcționarea și circumstanțele de viață, pe lângă practicile de consum de alcool, și au relevat următoarele modele legate de vârstă în ceea ce privește debutul și ameliorarea problemelor legate de consumul de alcool³⁷⁶:

- Consumul de alcool până la intoxicație, consumul excesiv de alcool (binge drinking) și problemele legate de alcool cresc în timpul adolescenței și la începutul vieții adulte, atingând în general un vârf între vârstele de 18 și 22 de ani. Prevalența consumului excesiv de alcool în ultimul an (45%) și AUD (19%) este cea mai mare la începutul anilor '20, apoi scade începând cu mijlocul anilor '20 și continuând mult după începutul vieții adulte. Această traiectorie neliniară pentru majoritatea adolescenților și tinerilor adulți, adesea denumită „maturizare”, a fost constatată în cercetări transversale și longitudinale care au utilizat eșantioane naționale mari.
- Tranzițiile de rol la vârsta adultă (de exemplu, angajarea, căsătoria, statutul de părinte) și maturizarea personală (de exemplu, scăderea impulsivității) sunt asociate cu remisii sau recuperarea la începutul vieții adulte. Ca și în cazul populației adulte generale cu AUD, doar aproximativ un sfert dintre adolescenții și tinerii adulți care au nevoie de tratament îl primesc.
- Un subset de tineri adulți care consumă alcool în mod nociv și dezvoltă tulburarea consumului de alcool (AUD) la începutul vieții prezintă probleme persistente sau în creștere mai târziu în viață. Consumul de alcool înainte de vârsta de 21 de ani prezice persistența și severitatea consumului dăunător pe tot parcursul vieții; cu toate acestea, reducerea consumului problematic de alcool la începutul vieții este mai probabilă să apară în rândul persoanelor care au avut cele mai severe probleme la vârste mai mici.
- Dezvoltarea AUD este mai puțin frecventă după vârsta de 25 de ani, iar reducerea consumului problematic de alcool, inclusiv recuperarea după AUD, continuă după începutul vârstei adulte și pe tot parcursul vieții adulte, inclusiv până la sfârșitul vârstei mijlocii și la bătrânețe (cu vârste cuprinse între 60 și 80 de ani și peste). Reducerea consumului problematic de alcool la vârste mai înaintate este prezisă de consumul relativ mai mare de alcool înainte de bătrânețe, care a provocat plângeri din partea altor persoane îngrijorate.³⁷⁷

C.2.3.10. SUPRAVEGHEREA

- Monitorizarea continuă este esențială în atingerea obiectivelor terapeutice, sub coordonarea medicului narcolog și cu implicarea unei echipe multidisciplinare, atunci când este necesar. Aceasta poate include: medicul de familie, psihiatru, psiholog, psihoterapeut, nutriționist, jurist și asistent social.
- Vizitele periodice permit evaluarea evoluției pacientului și ajustarea tratamentului medicamentos și a intervențiilor psihosociale.
- Abordarea integrată contribuie semnificativ la menținerea abstinentei, prevenirea recăderilor și reintegrarea socială a pacientului.

Caseta 67 Supravegherea pacienților cu alcoolism cronic

SUPRAVEGHERE (FOLLOW-UP)³⁷⁸:

După inițierea tratamentului cu medicație asistată, se recomandă vizite frecvente la început:

- Pentru a oferi sprijin pacientului, resurse și pentru a monitoriza răspunsul la tratament se pot lua în considerare **vizite săptămânale cel puțin în prima lună, apoi vizite lunare**
- După stabilizarea pacientului și a situației, se poate lua în calcul extinderea intervalului între vizite la fiecare 3–6 luni.

• **Pacienții revin la consultația medicului specialist³⁷⁹:**

- remisie până la 1 an – lunar

- remisie de la 1-2 ani – trimestrial
- remisie de la 2-3 ani – semestrial
- Numărul vizitelor la medic-narcolog și aprecierea nivelului de remisie depinde de severitatea patologiei la fiecare pacient în parte;
- Pacienții cu remisie 3 ani și mai mult sunt scoși din supravegherea medicală.

Tabelul 26 Supravegherea pacienților cu alcoolism cronic:

Domeniu	Activități principale	Observații / Detalii
1. Evaluare medicală	• Examinare clinică generală și neurologică • Analize de sânge: TGO, TGP, GGT, analiza generală a sângelui, glicemie, uree, creatinină (la necesitate) • Evaluarea statusului nutrițional	TGO = transaminaza glutamic-oxaloacetică (AST) TGP = transaminaza glutamic-piruvică (ALT) GGT = gama-glutamil transferaza
2. Monitorizare psihiatrică, psihologică	• Evaluare pentru depresie, anxietate, tulburări cognitive • Supravegherea riscului suicidar • Testări psihologice periodice	Colaborare cu medic psihiatru, psiholog clinic
3. Tratament medical (narcolog, nutriționist, medic de familie)	• Tratamentul sevrajului (benzodiazepine, hidratare, Thiamini hydrochloridum) • Tratament pentru menținerea abstenenței: Disulfiramum, Naltrexonum*, Acamprosatum* • Corectarea deficiențelor nutriționale	Consultație nutrițională (la necesitate) Medicul nutriționist: • Evaluare nutrițională individuală • Elaborarea unui plan alimentar personalizat • Corectarea carențelor (vit. B1, proteine, minerale) • Recomandări pentru menținerea greutatei și energiei • Educație nutrițională Medicul de familie: • intervine în cazuri cu boli asociate (ciroză, diabet, malnutriție etc.)
4. Intervenție psihosocială	• Psihoterapie individuală sau de grup (psihoterapeut) • Participare la grupuri de suport (ex. Alcoolicii Anonimi) • Reintegrare socială și profesională (psihoterapeut, asistent social, jurist)	• Implică și familia în procesul terapeutic
5. Urmărire și prevenirea recăderii	• Vizite regulate la medic-narcolog • Teste periodice pentru consum (ex: alcool test în sânge sau urină la necesitate) • Identificarea factorilor declanșatori ai recăderii	• Suport continuu este esențial pentru menținerea abstenenței

C.2.3.11. REABILITAREA

Caseta 68 Reabilitarea

Reabilitarea reprezintă etapa esențială în procesul de recuperare a persoanelor cu tulburări mintale și de comportament asociate consumului de alcool. Aceasta implică eforturi integrate pentru restabilirea funcției sociale, psihice și fizice, precum și pentru prevenirea recidivei. În cadrul protocolului național, reabilitarea este considerată o componentă cheie pentru succesul pe termen lung al tratamentului, fiind un proces complex și personalizat, ce necesită colaborarea echipelor multidisciplinare și implicarea activă a pacientului și a familiei.

Definirea și obiectivele reabilitării

Reabilitarea, în contextul tulburărilor legate de consumul de alcool, se referă la un ansamblu de intervenții și servicii dedicate restabilirii și menținerii sănătății mintale și fizice, precum și la reintegrarea socială și profesională a pacientului. Obiectivele principale ale procesului de reabilitare sunt:

a) Reducerea riscului de recidivă

Prin implementarea unor strategii de prevenție și intervenții de sprijin, se urmărește diminuarea probabilității ca pacientul să revină la consumul problematic sau să dezvolte din nou tulburări mintale. De exemplu, programele de auto ajutor și suportul familial joacă un rol crucial în consolidarea abstenenței.

b) Îmbunătățirea calității vieții

Reabilitarea vizează și creșterea satisfacției pacientului legată de viața de zi cu zi, prin dezvoltarea abilităților de gestionare a stresului, a emoțiilor și a relațiilor interpersonale.

c) Dezvoltarea abilităților sociale și profesionale

Un aspect esențial este sprijinul pentru reintegrarea în comunitate și pe piața muncii. Programele de formare profesională, terapia ocupațională și consilierea socială sunt exemple concrete de intervenții eficiente.

d) Sprijin pentru menținerea abstenenței

Implementarea unor strategii de menținere a abstenenței, precum terapia de întreținere și suportul continuu, contribuie la prevenirea recidivei și la consolidarea progresului realizat.

Exemplu practic: Într-un centru de reabilitare, pacientul participă la sesiuni de terapie cognitiv-comportamentală (TCC) și beneficiază de consiliere familială pentru a asigura sprijinul social necesar.

Recomandare: Este important ca planul de reabilitare să fie flexibil și adaptat nevoilor individuale, cu obiective clare și măsurabile, pentru a permite evaluarea progresului și ajustarea intervențiilor.³⁸⁰

Caseta 69 Principiile fundamentale ale reabilitării

Pentru ca procesul de reabilitare să fie eficient, acesta trebuie să se bazeze pe anumite principii fundamentale:

a) Personalizare și centrul pe pacient

Fiecare pacient are nevoie de un plan de tratament adaptat, ținând cont de severitatea tulburării, de contextul social și familial, precum și de preferințele și resursele individuale.

b) Participarea activă a pacientului

Implicarea pacientului în procesul decizional crește motivația și aderarea la tratament. De exemplu, tehnicile de motivare și educație pentru sănătate sunt esențiale în acest sens.

c) Intervenții bazate pe dovezi

Toate intervențiile trebuie să fie susținute de cercetări științifice și ghiduri internaționale, precum cele ale WHO sau ale European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

d) Continuitate și coordonare între servicii

Cooperarea între diferite niveluri de îngrijire (spitale, centre comunitare, asistență ambulatorie) și între specialiști asigură o abordare integrată și de calitate.

e) Abordare holistică

Reabilitarea trebuie să includă aspecte medicale, psihologice, sociale și familiale, pentru a răspunde complex nevoilor pacientului.

Exemplu practic: În cazul unui pacient cu tulburare de consum de alcool și depresie, tratamentul trebuie să includă medicamente, terapie psihologică și suport social, pentru a obține rezultate optime.

Recomandare: Implementarea unui sistem de monitorizare și feedback continuu permite ajustarea intervențiilor și creșterea eficienței procesului de reabilitare.³⁸¹

Caseta 70 Modele și programe de reabilitare

Există mai multe modele de intervenție, adaptate nevoilor și severității tulburării:

a) Programe intensive de tratament

De obicei, în centre specializate, aceste programe durează între câteva săptămâni și câteva luni și oferă o abordare integrată, cu suport medical, psihologic și social.

b) Centre de zi

Oferă servicii de suport și tratament în timpul zilei, permițând pacientului să își continue activitățile zilnice și să beneficieze de intervenții specializate.

c) Tratament ambulatoriu

Este recomandat pentru pacienții cu formă ușoară sau moderată, fiind mai flexibil și mai accesibil, dar necesită angajament și motivare din partea pacientului.

d) Programe comunitare și suport peer-to-peer (de la egal la egal)

Inițiativele din comunitate și grupurile de suport pot fi extrem de valoroase în menținerea abstenenței și în reducerea stigmatizării.

Exemplu de studiu de caz: Un program de reabilitare în cadrul unui centru de sănătate mentală a demonstrat o reducere cu 45% a recidivelor la pacienții participanți față de grupul de control.

Recomandare: Alegerea modelului trebuie să fie individualizată, ținând cont de resursele disponibile și de caracteristicile pacientului.³⁸²

Pentru modele de planuri de reabilitare pentru tulburări legate de consumul de alcool vezi Anexa 9

Caseta 71 Rolul echipei multidisciplinare

Reabilitarea nu poate fi realizată eficient decât prin colaborarea strânsă a unei echipe multidisciplinare, care poate include:

- Psihiatrul: monitorizează tratamentul medicamentos și gestionează tulburările mentale.
- Psihologul: oferă psihoterapie și consiliere.
- Asistentul social: sprijină reintegrarea socială și profesională, precum și gestionarea problemelor sociale.
- Medicul de familie: urmărește sănătatea generală și sprijină în menținerea tratamentului.
- Terapeuții ocupaționali și educația pentru sănătate: facilitează dezvoltarea abilităților de viață și a capacității de adaptare.

Exemplu practic: Într-un program integrat, coordonatorul echipei organizează întâlniri periodice pentru evaluarea progresului și ajustarea planului de tratament.

Recomandare: Este esențial ca aceste echipe să fie bine coordonate, cu rol clar definit, pentru a asigura continuitate și eficiență în tratament.³⁸³

Caseta 72 Evaluarea progresului și adaptarea intervențiilor

Monitorizarea progresului pacientului trebuie să fie continuă și sistematică, folosind instrumente standardizate, precum scale de evaluare a recidivei, a funcționării sociale și a simptomatologiei mentale.

Exemple de instrumente:

1. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) pentru evaluarea consumului de alcool.
2. SCID (Structured Clinical Interview for DSM) pentru diagnostic și reevaluare.

Pași practici:

- Evaluări lunare sau trimestriale
- Stabilirea de obiective pe termen scurt și lung
- Feedback și motivare continuă

Recomandare: În funcție de rezultatele evaluărilor, planul de tratament trebuie ajustat pentru a maximiza șansele de succes și pentru a preveni recidiva.³⁸⁴

Caseta 73 Provocări și bariere în procesul de reabilitare

Procesul de reabilitare se confruntă adesea cu diverse provocări care pot limita eficiența intervențiilor. Înțelegerea și abordarea acestor bariere sunt esențiale pentru succesul pe termen lung.

a) Stigmatizarea și discriminarea

Persoanele cu tulburări legate de consumul de alcool adesea se confruntă cu stigmatizare socială, ceea ce poate reduce motivația de a cere ajutor și poate diminua aderarea la tratament. În plus, familiile pot fi reticente să accepte problemele de sănătate mintală sau de consum de alcool din cauza prejudecăților.

Exemplu practic: Într-un studiu realizat în România, s-a observat că aproape 60% dintre pacienți au evitat tratamentul din cauza fricii de stigmatizare, ceea ce a dus la recidive mai frecvente.

Recomandare: Campaniile de sensibilizare, educația comunitară și promovarea modelelor pozitive pot reduce stigmatizarea și pot crește acceptarea tratamentului.

b) Lipsa resurselor și infrastructurii

În multe zone, există un deficit de centre specializate, personal calificat și resurse financiare pentru servicii de reabilitare de calitate.

Exemplu practic: În zonele rurale, pacienții trebuie să călătorească pe distanțe mari pentru a beneficia de servicii specializate, ceea ce reduce accesibilitatea.

Recomandare: Dezvoltarea de programe de telemedicină și formarea continuă a personalului local pot compensa aceste lipsuri.

c) Aderarea redusă la tratament

Motivația scăzută, lipsa sprijinului familial sau problemele sociale pot afecta aderarea pacientului la planul de tratament.

Exemplu: Un pacient cu tulburare de consum de alcool, fără sprijin familial, poate avea dificultăți în a menține abținerea și a urma recomandările terapeutice.

Recomandare: Implementarea tehnicilor de motivare și implicarea familiei în procesul de reabilitare pot îmbunătăți aderarea și rezultatele.³⁸⁵

Caseta 74 Concluzii și recomandări privind reabilitarea

Reabilitarea reprezintă o etapă fundamentală în recuperarea pacienților cu tulburări legate de consumul de alcool, fiind determinantă pentru succesul pe termen lung. Pentru a maximiza eficiența procesului, este necesară implementarea unor strategii personalizate, bazate pe dovezi științifice, și implicarea activă a tuturor factorilor implicați.

Recomandări specifice:

1. Dezvoltarea de programe integrate și personalizate: Planurile de reabilitare trebuie adaptate nevoilor și resurselor fiecărui pacient, ținând cont de severitatea tulburării și contextul socio-familial.
2. Formarea și coordonarea echipelor multidisciplinare: Asigurarea unei colaborări eficiente între specialiști din diferite domenii pentru abordarea completă a nevoilor pacientului.

3. Implicarea familiei și comunității: Sprijinul familial și suportul comunitar sunt esențiale pentru menținerea abstenenței și reintegrarea socială.
4. Monitorizarea continuă și reevaluarea periodică: Utilizarea instrumentelor standardizate pentru a urmări progresul și a ajusta planurile de tratament.
5. Combaterea stigmatizării: Campanii de sensibilizare și educație pentru reducerea prejudecăților sociale și facilitarea accesului la servicii.
6. Dezvoltarea de resurse și infrastructură: Crearea de centre specializate, programe de telemedicină și formare a personalului pentru a extinde accesul la reabilitare.

Reabilitarea în tulburările mintale și de comportament legate de consumul de alcool trebuie să fie un proces continuu, adaptat nevoilor individuale, și sprijinit de o echipă multidisciplinară competentă. Implementarea strategiilor bazate pe dovezi, însoțite de sprijinul familial și comunitar, poate reduce recidivele, îmbunătăți calitatea vieții și facilita reintegrarea socială a pacientului.

C.2.4. STĂRILE DE URGENȚĂ

Caseta 75 Stările de urgență

1. Intoxicația alcoolică

(conform DSM-5 – cunoscută și sub denumirea de "ebrietate simplă")

Criteriile de diagnostic DSM-5 pentru intoxicația cu alcool se bazează pe dovada ingestiei recente de etanol, comportament maladaptativ și cel puțin unul dintre mai multe semne fiziologice posibile de intoxicație:

- Vorbire neclară (slurred speech)
- Amețeli (dizziness)
- Incoordonare motorie (incoordination)
- Mers nesigur (unsteady gait)
- Nistagmus (mișcări involuntare ale globilor oculari)
- Afectarea atenției sau memoriei
- Stupor sau comă
- Diplopie (vedere dublă)

Ca abordare conservatoare pentru identificarea nivelurilor de alcoolemie care pot avea efecte majore asupra capacității de a conduce, definiția legală a intoxicației în majoritatea statelor din Statele Unite impune o concentrație de alcool în sânge de 80–100 mg de etanol per decilitru de sânge (mg/dL), echivalentă cu 0,08–0,10 g/dL.

Mai jos este prezentată o estimare generală a nivelurilor de afectare probabil observabile la diferite concentrații ale alcoolului în sânge, la majoritatea persoanelor:

Dovezi ale modificărilor comportamentale, încetinirea performanțelor motorii și scăderea capacității de gândire clară apar la concentrații încă de la 20–30 mg/dL, așa cum este prezentat:³⁸⁶

Efectele creșterii concentrației de alcool în sânge³⁸⁷

Stadiu	Concentrația de alcool în sânge (mg la 100 ml)	Manifestări clinice
Scăderea vigilenței, procesării	10–100	Încredere în sine crescută Scăderea capacității de concentrare Judecată deficitară

informației și a acuității vizuale		Impulsivitate Coordonare musculară redusă
Coordonare musculară afectată	100–180	Judecată deficitară Timp de reacție întârziat Incoordonare Lipsa concentrării, afectarea memoriei recente Vedere încețoșată, întârzierea recuperării vizuale după expunerea la lumină Reducerea percepțiilor senzoriale (auz, gust, atingere, văz)
Confuzie	180–250	Incoordonare, mers instabil Vorbire neclară (slurred speech) Confuzie, dezorientare temporo-spațială Labilitate emoțională Sedare
Stupor	250–350	Dificultate de mișcare Răspuns slab sau absent la stimuli Greață, vărsături Alternanță între conștiență și inconștiență
Comă	350–450	Inconștiență Reflexe deprimare Pupile fixe Hipotermie Respirație încetinită și superficială Bradycardie Risc de aritmii (sindromul „inimii de sărbători”) Poate duce la deces

La concentrații între 100 și 200 mg/dL, afectarea coordonării și a judecății este accentuată, putând apărea probleme severe de coordonare (ataxie), instabilitate emoțională (labilitate afectivă) și deteriorare cognitivă progresivă.

Notă: Aceste efecte pot varia semnificativ în funcție de toleranța individuală, greutatea corporală, sexul biologic și alte condiții de sănătate

Oricine nu prezintă afectări semnificative ale funcțiilor motorii și mentale la o alcoolemie de aproximativ 150 mg/dL are, cel mai probabil, o toleranță farmacodinamică semnificativă.

În acest interval, majoritatea persoanelor fără toleranță crescută prezintă greață și vărsături relativ severe. La concentrații ale alcoolului în sânge între 200 și 300 mg/dL, este probabil ca: vorbirea neclară (slurred speech) să devină mai accentuate, iar afectarea memoriei – sub forma amneziei anterograde sau a "blackout"-urilor alcoolice – să fie pronunțată.

Creșterile suplimentare ale alcoolemiei conduc la: instalarea primului nivel de anestezie, iar o persoană fără toleranță care atinge o concentrație de 400 mg/dL sau mai mult este expusă riscului de insuficiență respiratorie, comă și deces.

Efectele intoxicației alcoolice pot dura între 2 și 3 ore după câteva băuturi, și până la 24 de ore în cazul consumului excesiv.³⁸⁸

2. Sindrom de sevraj alcoolic

La persoanele cu tulburare de consum de alcool, oprirea bruscă sau reducerea semnificativă a consumului de alcool poate declanșa sindrom de sevraj alcoolic acut în decurs de 4 până la 12 ore de la ultima ingestie de alcool³⁸⁹. Sindromul poate persista până la 5 zile, iar simptomele pot varia de la forme ușoare (anxietate, agitație, tremor și activare a sistemului nervos simpatic) până la forme severe și potențial letale (convulsii și delirium tremens), dacă nu este tratat³⁹⁰.

Sevrajul alcoolic, chiar și fără delir, poate fi grav; poate include convulsii și hiperactivitate autonomă. Condițiile care pot predispuce la sau agrava simptomele sevrajului includ oboseala, malnutriția, bolile fizice și depresia.

Criteriile DSM-5 pentru sevrajul alcoolic impun încetarea sau reducerea consumului de alcool care a fost intens și prelungit, precum și prezența unor simptome fizice sau neuropsihiatrice specifice. Diagnosticul permite, de asemenea, specificarea „cu tulburări perceptivă”. Semnul clasic al sevrajului alcoolic este tremuratul (tremulousness), deși spectrul simptomatic se poate extinde pentru a include simptome psihotice și perceptivă (de exemplu, deliruri și halucinații), convulsii și simptomele delirului tremens (DTs), denumit în DSM-5 delir alcoolic.³⁹¹

Tremuratul (numit frecvent „tremurături” sau „nervi”) apare la 6 până la 8 ore după întreruperea consumului de alcool, simptomele psihotice și perceptivă încep între 8 și 12 ore, convulsiile apar între 12 și 24 de ore, iar delirium tremens poate apărea în orice moment în primele 72 de ore. Totuși, medicii ar trebui să monitorizeze apariția delirului tremens pe parcursul primei săptămâni de sevraj. Sindromul de sevraj poate, uneori, să sară etapele obișnuite și, de exemplu, să debuteze direct cu delirium tremens. Tremorul din sevrajul alcoolic poate semăna fie cu tremorul fiziologic, care este continuu, de mare amplitudine și are o frecvență mai mare de 8 Hz, fie cu tremorul familial, care apare în rafale și are o frecvență mai mică de 8 Hz. Alte simptome ale sevrajului includ iritabilitate generală, simptome gastrointestinale (de exemplu, greață și vărsături), precum și hiperactivitate simpatică autonomă, care include anxietate, agitație, transpirație, înroșirea feței, midriază, tahicardie și hipertensiune ușoară. Pacienții care trec prin sevraj alcoolic sunt, în general, vigilenți, dar pot fi ușor de speriat.³⁹²

Crizele de sevraj. Crizele asociate cu sevrajul alcoolic sunt stereotipe, generalizate și de tip tonic-clonic. Pacienții au adesea mai multe crize la 3 până la 6 ore după prima criză. Statusul epileptic este relativ rar și apare la mai puțin de 3% dintre pacienți. Deși medicamentele anticonvulsivante nu sunt necesare în gestionarea crizelor de sevraj alcoolic, cauza crizelor este dificil de stabilit atunci când un pacient este evaluat inițial la camera de urgență; astfel, mulți pacienți cu crize de sevraj primesc medicamente anticonvulsivante, care sunt apoi întrerupte odată ce cauza crizelor este identificată. Activitatea de criză la pacienții cu antecedente cunoscute de abuz de alcool ar trebui să determine clinicienii să ia în considerare și alte cauze posibile, cum ar fi traumatismele craniene, infecțiile SNC, neoplasmul SNC și alte boli cerebrovasculare; abuzul sever de alcool pe termen lung poate duce la hipoglicemie, hiponatremie și hipomagnezemie - toate acestea putând fi, de asemenea, asociate cu crizele.³⁹³

Simptome	ICD-10	DSM-5
Simptome de sevraj alcoolic³⁹⁴		
Dovezi clare ale întreruperii sau reducerii recente a consumului după utilizare repetată, prelungită sau în doze mari	Obligativ	Obligativ
Tremor al limbii, pleoapelor sau al brațelor întinse	+	Tremor al mâinilor
Transpirație	+	—
Greață, vărsături sau senzație de vomă	+	+
Tahicardie sau hipertensiune	+	+
Hiperactivitate psihomotorie	+	+
Durere de cap	+	—
Insomnie	+	+
Stare generală proastă sau slăbiciune	+	—
Halucinații sau iluzii vizuale, auditive sau tactile tranzitorii	+	+
Convulsii – generalizate, tonico-clonice	+	+
Anxietate	—	+

Sevraj alcoolic complicat

Sevrajul alcoolic complicat include convulsii, halucinoza alcoolică și delirium tremens. Apare la 6-72 ore după întreruperea consumului, în special la consumatorii cronici cu toleranță ridicată. Simptomele includ tremor, greață, vărsături, tahicardie, hipertensiune, anxietate, insomnie, halucinații și convulsii tonico-clonice. Convulsiile apar în 6-48 ore și pot evolua către status epilepticus, o urgență medicală. Factorii de risc includ consumul prelungit (>10 ani), cure multiple de dezintoxicare și dezechilibre electrolitice.³⁹⁵

3. Delirium tremens

Pacienții care prezintă simptome recunoscute de sevraj alcoolic trebuie monitorizați cu atenție sporită pentru a preveni progresia către delirul de sevraj alcoolic, cea mai severă formă a sindromului de sevraj, cunoscută și sub denumirea de delirium tremens (DTs). Delirul de sevraj alcoolic este o urgență medicală, care poate duce la morbiditate și mortalitate semnificative.³⁹⁶

Pacienții cu delir reprezintă un pericol pentru ei înșiși și pentru cei din jur. Din cauza imprevizibilității comportamentului, acești pacienți pot deveni agresivi, suicidari sau pot acționa pe baza halucinațiilor sau ideilor delirante ca și cum acestea ar fi pericole reale. Netratat, delirium tremens are o rată a mortalității de 20%, de obicei ca urmare a unei afecțiuni medicale asociate, cum ar fi pneumonia, insuficiența renală, insuficiența hepatică sau insuficiența cardiacă. Deși crizele de sevraj alcoolic preced adesea apariția delirului de sevraj, acesta poate debuta și fără semne prevestitoare. Caracteristica esențială a sindromului este apariția delirului în decurs de o săptămână după oprirea sau reducerea consumului de alcool. Pe lângă simptomele tipice ale delirului, caracteristicile delirului alcoolic includ hiperactivitate autonomă precum tahicardie, transpirații abundente, febră, anxietate, insomnie și hipertensiune. Se pot observa distorsiuni perceptivă, cel mai frecvent halucinații vizuale sau tactile, precum și fluctuații ale activității psihomotorii, de la hiperexcitabilitate la letargie.³⁹⁷

Aproximativ 5% dintre persoanele cu tulburări legate de consumul de alcool care sunt spitalizate dezvoltă delirium tremens. Deoarece sindromul apare de obicei în a treia zi de spitalizare, un pacient internat pentru o afecțiune aparent fără legătură poate prezenta brusc un episod de delir, acesta fiind primul semn al unei tulburări legate de alcool nediagnosticate anterior. Episoadele de delirium tremens debutează de regulă la pacienți aflați în jurul vârstei de 30 sau 40 de ani, după o perioadă de 5 până la 15 ani de consum excesiv de alcool, de obicei în episoade de tip binge. Prezența unei boli fizice, cum ar fi hepatita sau pancreatita, predispune la apariția sindromului. O persoană aflată într-o stare fizică bună dezvoltă rareori delirium tremens în timpul sevrajului alcoolic.³⁹⁸

Simptome ale delirului³⁹⁹	ICD-10	DSM-5
Tulburare a conștiinței – claritate redusă a percepției mediului, cu dificultate în concentrare, menținere sau comutare a atenției	+	+
Tulburare cognitivă (ex. memorie, limbaj, orientare)	+	+
Tulburări psihomotorii (ex. agitație sau letargie)	+	–
Tulburări ale somnului sau ale ciclului somn-veghe	+	–
Debut rapid și fluctuații ale simptomelor pe parcursul zilei	+	+

4. Halucinoza alcoolică

Halucinoza alcoolică este o tulburare psihotică acută asociată consumului cronic de alcool, caracterizată prin halucinații auditive vii, clare și organizate, care apar în perioada sevrajului precoce sau uneori în timpul intoxicației cronice. Debutul este de obicei rapid, la 12–24 de ore după oprirea consumului de alcool, și simptomele pot persista de la câteva ore până la câteva zile. Tabloul clinic este dominat de halucinații auditive – voci care comentează, acuză sau amenință pacientul, uneori pot fi halucinații vizuale sau tactile – care apar pe fondul unui nivel relativ păstrat

al conștiinței și orientării temporo-spațiale, spre deosebire de delirium tremens unde există confuzie și dezorientare. Pacienții știu adesea că halucinațiile nu sunt reale, dar pot fi foarte anxioși. Poate dura câteva zile și poate indica riscul de delirium tremens.⁴⁰⁰ Pacienții pot prezenta anxietate intensă, iritabilitate, insomnie, dar nu dezvoltă în mod obligatoriu simptome delirante persistente sau afectare globală a cogniției. În unele cazuri, pot apărea idei delirante de persecuție ca răspuns la conținutul halucinațiilor.⁴⁰¹

Diagnostic diferențial

	Debut	Stare de conștiință	Tipul halucinațiilor	Idei delirante	Evoluție
Halucinoză alcoolică	Brusc, în timpul sevrajului	Clară	Auditive, uneori vizuale	Rare, dacă există – în general nu sistematizate	Se remit în câteva zile până la o săptămână cu tratament și abținere
Schizofrenie paranoidă	Insidios	Clară	Auditive, comentarii, dialoguri	Prezente, bine sistematizate	Cronică, fluctuantă, cu episoade de remisiune parțială
Delirium tremens	Brusc, 48–72h de la oprirea consumului	Alterată, cu fluctuații	Vizuale, tactile, auditive	Posibil deliruri trecătoare, nesistematizate	Autolimitantă, 3–7 zile, risc vital
Tulburare delirantă indusă de substanță	Variabil, asociat consumului de substanță	Clară sau alterată	În funcție de substanță	Prezente sau absente	Se remit după eliminarea substanței

5. Demența persistentă indusă de alcool

Afecțiune cognitivă heterogenă și puțin studiată, de lungă durată, care poate apărea în cursul evoluției alcoolismului. Sunt observate scăderi globale ale funcționării intelectuale, ale capacităților cognitive și ale memoriei, însă dificultățile privind memoria recentă sunt în concordanță cu afectarea cognitivă globală – o observație care ajută la diferențierea acestei afecțiuni de tulburarea amnestică persistentă indusă de alcool. Funcționarea cerebrală tinde să se îmbunătățească odată cu abținerea, însă aproximativ jumătate dintre pacienții afectați prezintă deficite cognitive persistente sau permanente, în special în ceea ce privește memoria și gândirea. Aproximativ 50–70% dintre acești pacienți prezintă mărirea ventriculelor cerebrale și atrofiere a șanțurilor corticale (sulci cerebrali), deși aceste modificări pot fi parțial sau complet reversibile în decursul primului an de abținere completă.⁴⁰²

6. Tulburarea amnestică persistentă indusă de alcool

Tulburarea apare, de regulă, la persoane care au consumat alcool în cantități mari timp de mulți ani și este rar întâlnită la persoanele sub 35 de ani, este caracterizată prin afectarea memoriei pe termen scurt, cauzată de consumul prelungit și excesiv de alcool.

Sindromul Wernicke-Korsakoff este denumirea clasică pentru această tulburare și include două entități: encefalopatia Wernicke, care este o manifestare acută, și sindromul Korsakoff, care este cronic. Encefalopatia Wernicke este complet reversibilă cu tratament, însă doar aproximativ 20 la sută dintre pacienții cu sindromul Korsakoff se recuperează complet. Legătura fiziopatologică dintre cele două sindroame este deficitul de tiamină, cauzat fie de obiceiuri alimentare deficitare,

fie de malabsorbție. Tiamina acționează ca un cofactor pentru enzime importante și poate fi implicată în conducerea impulsului nervos și în transmisia sinaptică.

Leziunile neuropatologice sunt simetrice și situate paraventricular, afectând corpurile mamilare, talamusul, hipotalamusul, mezencefalul, puntea, bulbii rahidieni, fornixul și cerebelul.

Encefalopatia Wernicke, cunoscută și sub denumirea de encefalopatie alcoolică, este o afecțiune neurologică acută caracterizată prin ataxie (mai ales a mersului), disfuncție vestibulară, confuzie și diverse tulburări ale motilității oculare, precum nistagmus orizontal, pareză a privirii laterale și paralizie a privirii conjugate. Aceste semne oculare sunt în general bilaterale, dar nu întotdeauna simetrice. Alte semne pot include reacție lentă la lumină și anizocorie. Encefalopatia Wernicke poate dispărea spontan în câteva zile sau săptămâni sau poate evolua către sindromul Korsakoff.⁴⁰³

Amnezie alcoolică anterogradă (blackout) este similară cu episoadele de amnezie globală tranzitorie, în sensul că reprezintă episoade discrete de amnezie anterogradă care apar în asociere cu intoxicația alcoolică. Perioadele de amnezie pot fi deosebit de tulburătoare atunci când persoanele se tem că au rănit pe cineva sau că au avut un comportament imprudent în stare de ebrietate. În timpul unui blackout, persoanele au o memorie de lungă durată relativ intactă, dar prezintă un deficit specific de memorie pe termen scurt, fiind incapabile să își amintească evenimente petrecute în ultimele 5 sau 10 minute. Deoarece celelalte funcții intelectuale sunt bine păstrate, pot realiza sarcini complexe și pot părea normale pentru observatorii ocazionali. Mecanismele neurobiologice ale blackout-urilor alcoolice sunt în prezent cunoscute la nivel molecular; alcoolul blochează consolidarea amintirilor noi în amintiri vechi, un proces care se consideră că implică hipocampusul și structurile aferente din lobii temporali.⁴⁰⁴

7. Tulburarea psihotică indusă de alcool

Diagnostic și caracteristici clinice. Aproximativ 3% dintre persoanele alcoolice experimentează halucinații auditive sau idei delirante de tip paranoid în contextul consumului excesiv de alcool sau în timpul sevrajului. Cele mai frecvente halucinații auditive sunt vocile, deși acestea sunt adesea neorganizate. Vocile sunt, în mod caracteristic, acuzatoare, amenințătoare sau denigratoare, deși unii pacienți relatează că sunt plăcute și neperturbatoare. Halucinațiile durează de obicei mai puțin de o săptămână, însă în această perioadă este frecventă afectarea testării realității. După episod, majoritatea pacienților își dau seama de natura halucinatorie a simptomelor.

Halucinațiile care apar după sevrajul alcoolic sunt considerate rare și constituie un sindrom distinct de delirul de sevraj alcoolic. Ele pot apărea la orice vârstă, dar sunt mai frecvente la persoanele cu un consum cronic și îndelungat de alcool. Deși halucinațiile dispar, de obicei, în decurs de o săptămână, unele pot persista; în aceste cazuri, clinicianul trebuie să ia în considerare alte tulburări psihotice în diagnosticul diferențial. Halucinațiile asociate sevrajului alcoolic se deosebesc de cele din schizofrenie prin asocierea temporală clară cu sevrajul, lipsa unui istoric clasic de schizofrenie și durata lor, de regulă scurtă. Ele se diferențiază de delirium tremens prin prezența unui nivel de conștiință clar la pacient.⁴⁰⁵

8. Tulburarea afectivă indusă de alcool

Consumul intens de alcool timp de câteva zile determină apariția multora dintre simptomele observate în tulburarea depresivă majoră, însă tristețea intensă se ameliorează semnificativ în decurs de câteva zile până la o lună de abținere. Optzeci la sută dintre persoanele cu alcoolism relatează episoade de depresie intensă, inclusiv 30 până la 40 la sută care au fost deprimare timp de două sau mai multe săptămâni consecutiv. Cu toate acestea, doar 10 până la 15 la sută dintre persoanele alcoolice au avut vreodată o depresie care să îndeplinească criteriile pentru tulburare depresivă majoră în absența consumului excesiv de alcool. Chiar și formele severe de depresie induse de substanțe tind să se amelioreze relativ rapid odată cu abținerea, fără a necesita tratament medicamentos sau psihoterapie intensivă axată pe simptomele depresive. O abordare logică în aceste situații este educarea pacientului cu privire la caracterul temporar al tristeții, însoțită de

intervenție cognitiv-comportamentală, precum și monitorizarea atentă timp de cel puțin 2 până la 4 săptămâni înainte de inițierea unui tratament antidepresiv.⁴⁰⁶

9. Tulburarea anxioasă indusă de alcool

Simptomele de anxietate care îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru tulburarea anxioasă indusă de alcool sunt frecvente în contextul sevrajului alcoolic acut și prelungit. Aproape 80% dintre persoanele alcoolice raportează atacuri de panică în timpul a cel puțin unui episod de sevraj acut; intensitatea plângerilor poate fi suficient de mare încât clinicianul să ia în considerare diagnosticul de tulburare de panică. De asemenea, în primele aproximativ 4 săptămâni de abținere, persoanele cu probleme severe legate de consumul de alcool tind să evite anumite situații sociale de teama că ar putea fi copleșite de anxietate, prezentând simptome asemănătoare cu fobia socială. În unele cazuri, severitatea simptomelor poate ajunge să semene cu agorafobia. Totuși, atunci când simptomele psihologice sau fiziologice de anxietate apar la persoanele alcoolice doar în contextul consumului intens de alcool sau în primele săptămâni sau luni de abținere, acestea tind să se reducă progresiv și să dispară în mod spontan, fără intervenții specifice.⁴⁰⁷

10. Intoxicația idiosincrazică cu alcool

Existența unei entități diagnostice distincte denumite intoxicație idiosincrazică cu alcool este subiect de dezbatere. Mai multe studii bine controlate asupra persoanelor care ar prezenta această tulburare au ridicat întrebări legate de validitatea conceptului. Afectiunea a fost denumită în mod variat intoxicație alcoolică patologică, complicată, atipică sau paranoidă; toți acești termeni indică apariția rapidă a unui sindrom comportamental sever după consumul unei cantități mici de alcool, care ar avea efecte comportamentale minime la majoritatea oamenilor. Diagnosticul este important în context medico-legal, deoarece intoxicația cu alcool nu este, în general, acceptată ca motiv pentru a considera o persoană nevinovată din punct de vedere penal. Intoxicația idiosincrazică cu alcool, însă, poate fi invocată în apărarea unei persoane dacă avocatul reușește să demonstreze că inculpatul a avut o reacție patologică, neașteptată, la o cantitate minimă de alcool.

Relatările anecdotice descriu persoanele cu intoxicație idiosincrazică ca fiind confuze, dezorientate și prezentând iluzii, idei delirante tranzitorii și halucinații vizuale. Aceste persoane pot manifesta o activitate psihomotorie crescută, comportament impulsiv și agresivitate. Pot fi periculoase pentru cei din jur și pot avea idei suicidare sau chiar încercări de suicid.

Tulburarea este, de obicei, descrisă ca având o durată de câteva ore, terminându-se cu un somn prelungit, iar la trezire persoana nu își amintește ce s-a întâmplat. Cauza este necunoscută, dar s-a raportat că afectiunea este mai frecventă la persoanele cu niveluri ridicate de anxietate. O ipoteză sugerează că alcoolul provoacă o dezorganizare suficient de mare încât să elibereze impulsuri agresive. O altă teorie afirmă că leziunile cerebrale, în special cele encefalitice sau traumatiche, pot predispute unele persoane la intoleranță față de alcool și, implicit, la un comportament anormal după ingestia unor cantități mici. Alți factori favorizanți pot include vârsta înaintată, utilizarea de sedative-hipnotice și starea de oboseală accentuată. Comportamentul persoanei în timpul intoxicației este atipic; după un singur pahar slab, o persoană liniștită și timidă poate deveni agresivă și provocatoare.

Această condiție trebuie diferențiată de alte cauze ale modificărilor bruște de comportament, precum epilepsia parțială complexă. Unele persoane diagnosticate cu această tulburare au prezentat activitate epileptiformă la nivelul lobului temporal pe EEG după consumul unor cantități mici de alcool.⁴⁰⁸

C.2.5. COMPLICAȚIILE

Un nou raport al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS, iunie 2024)) evidențiază că 2,6 milioane de decese pe an sunt atribuite consumului de alcool, reprezentând 4,7% din totalul deceselor, iar 0,6 milioane de decese sunt atribuite consumului de substanțe psihoactive. În pofida unei anumite reduceri a ratelor de deces asociate consumului de alcool din 2010 până în prezent, numărul total al deceselor cauzate de consumul de alcool rămâne inacceptabil de ridicat cu cele mai mari valori în Regiunea Europeană și Regiunea Africană. Ratele de deces cauzate de consumul de alcool per litru de alcool consumat sunt cele mai ridicate în țările cu venituri mici și cele mai scăzute în țările cu venituri mari.⁴⁰⁹

Dintre toate decesele atribuite consumului de alcool în 2019, se estimează că:

1,6 milioane au fost provocate de boli netransmisibile, inclusiv:

- 474 000 de decese din cauza bolilor cardiovasculare
- 401 000 de decese cauzate de cancer

Aproximativ 724 000 de decese au fost provocate de vătămări corporale, precum:

- accidente rutiere,
- auto-vătămare,
- violență interpersonală

Alte 284 000 de decese au fost asociate bolilor transmisibile.

De exemplu: consumul de alcool crește riscul de transmitere a HIV prin favorizarea sexului neprotejat și crește riscul de infecție și mortalitate prin tuberculoză (TB), prin suprimarea unei game largi de răspunsuri imune. Cea mai mare proporție (13%) din decesele atribuite alcoolului în 2019 a fost înregistrată în rândul tinerilor cu vârste între 20 și 39 de ani.⁴¹⁰

1. Sindromul alcoolic fetal

Datele disponibile indică faptul că femeile care sunt însărcinate sau alăptează nu ar trebui să consume alcool. Sindromul alcoolic fetal, principala cauză de dizabilitate intelectuală în Statele Unite, apare atunci când femeile gravide consumă alcool și astfel expun fătul la alcool în uter. Alcoolul inhibă creșterea intrauterină și dezvoltarea postnatală. La sugarii afectați, sunt frecvent observate microcefalie, malformații craniofaciale, precum și defecte ale membrelor și ale inimii. De asemenea, statura adultă scurtă și apariția unor comportamente dezadaptative la vârsta adultă au fost asociate cu sindromul alcoolic fetal.

Femeile cu tulburări legate de consumul de alcool prezintă un risc de 35% de a avea un copil cu malformații. Deși mecanismul exact al afectării fătului nu este pe deplin cunoscut, se consideră că leziunile sunt cauzate de expunerea intrauterină la etanol sau la metabolizii acestuia; alcoolul poate de asemenea provoca dezechilibre hormonale care cresc riscul de apariție a anomaliilor.⁴¹¹

Tabelul 27 Complicații medicale și neurologice legate de consumul de alcool ⁴¹²

Categorie principală	Subcategorii / Exemple
Intoxicație alcoolică	Intoxicație acută; intoxicație patologică; amnezii alcoolice (blackout-uri)
Sindroame de sevraj alcoolic	tremor; halucinoză alcoolică; convulsii de sevraj; delirium tremens.
Boli nutriționale ale sistemului nervos secundare abuzului de alcool	Sindrom Wernicke-Korsakoff; degenerare cerebeloasă; neuropatie periferică; ambliopie alcool-tutun; pelagra.
Boli alcoolice cu patogeneză incertă	Mielinoliză centrală pontină; boala Marchiafava-Bignami; Sindrom alcoolic fetal; miopatie; demență alcoolică; atrofie cerebrală.
Boli sistemice cauzate de alcool cu complicații neurologice secundare	Boală hepatică (encefalopatie hepatică; degenerare hepatocerebrală cronică); boli gastrointestinale (malabsorbție, postgastrectomie, encefalopatie pancreatică)
Boli cardiovasculare	Cardiomiopatie cu potential de embolies au boală cerebrovasculară; aritmii și tensiune arterială anormală.
Tulburări hematologice	Anemie; leucopenie; trombocitopenie.
Boli infecțioase	Meningită (pneumococică, meningococică)
Dereglări ale temperaturii	Hipotermie; hipertermie.
Complicații respiratorii	Depresie respiratorie și hipoxie asociată
Encefalopatii toxice	Encefalopatii alcoolice și prin alte substanțe
Dezechilibre electrolitice	Hipoglicemie; hiperglicemie; hiponatremie; hipercalcemie; hipomagnezemie; hipofosfatemie
Incidență crescută a traumatismelor	Hematoame epidurale, subdurale, intracerebrale; leziuni medulare; convulsii posttraumatice; leziuni de plex brahial; hidrocefalie; leziuni musculare prin strivire sau comprimare (Crush syndrome)

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Prestatori de servicii de AMP	Personal: • medic de familie; • asistent/ă medical/ă de familie.
	Dispozitive medicale: • tonometru; • termometru; • stetofonendoscop; • cântar; • trusă pentru acordarea primului ajutor medical; • masca chirurgicală, mănuși și halat de unică folosință; • ochelari/vizieră. • Test AUDIT/CAGE
	Medicamente (vezi casetele 55-65): • Beta blocante (Propranololum); • Antidepresive • Tranchilizante/anxiolitice benzodiazepinice (Alprazolamum, Oxazepamum, Diazepamum, Chlordiazepoxidum etc.). • Tranchilizante/anxiolitice non-benzodiazepinice (Hydroxyzinum*, Bupirionum*)
D.2. Prestatori de servicii de AMUP	Personal: • medic de urgență; • asistentă medicală; • paramedic
	Dispozitive medicale: • tonometru; • stetofonendoscop; • electrocardiograf; • glucometru portabil; • pulsoximetru; • termometru; • defibrilator/reanimabile; • mască chirurgicală, mănuși și halat de unică folosință; • ochelari/vizieră
	Medicamente (vezi casetele 55-65): • Beta blocante (Propranololum); • Tranchilizante/anxiolitice benzodiazepinice (Alprazolamum, Oxazepamum, Diazepamum, Chlordiazepoxidum etc.). • Tranchilizante/anxiolitice non-benzodiazepinice (Hydroxyzinum*, Bupirionum*)

D.3. Prestatori de servicii de AMSA	Personal: • medic psihiatru-narcolog • medic terapeut • medic neurolog • medic psihoterapeut • psiholog • medic imagist • medic în laborator • asistente medicale • acces la consult calificat: medic ginecolog, ftiziopulmonolog, dermatovenerolog, chirurg (la necesitate)
	Dispozitive medicale: • tonometru • ciocănaș neurologic • fonendoscop • cabinet radiologic • electrocardiograf • electroencefalograf • aparat de ecoencefalografie • laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, sumarului urinei, indicilor biochimici • Test AUDIT
	Medicamente (vezi casetele 55-65): • Acamprosatum*, Disulfiramum, Naltrexonum* • Neuroleptice • Antidepresive • Nootrope • Tranchilizante • Anticonvulsivante • Pentru detoxificare (Dextranum-40*, Polyvidonum*, etc.) • Cardiovasculare • Vitamine (grupa B, C, PP)
D.4. Prestatori de servicii de AMS (IMSP – spitalele raionale, municipale și republicane, IMSP „Dispensarul	Personal: • psihiatru-narcolog; • medic generalist; • psihoterapeut; • psiholog clinician; • asistent/ă medical/ă; • asistent social; • laborant; • farmacist; • specialist în consultarea de la egal la egal

Republican de Narcologie”	Dispozitive medicale: • tonometru; • termometru; • pulsoximetru; • stetofonendoscop; • ciocănaș neurologic; • electrocardiograf; • teste rapide pentru determinarea drogurilor; • utilaj de laborator pentru examinarea remediilor biologice; • pahare de unică folosință; • mască chirurgicală, mănuși și halat de unică folosință; • ochelari/vizieră
	Medicamente (vezi casetele 38-42): • Acamprosatum*, Disulfiramum, Naltrexonum* • Neuroleptice • Antidepresive • Nootrope • Tranchilizante • Anticonvulsivante • Pentru detoxificare (Dextranum-40*, Polyvidonum*, etc.) • Cardiovasculare • Vitamine (grupa B, C, PP)

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI CONFORM OBIECTIVELOR

No	Obiectivele protocolului	Măsurarea atingerii obiectivului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori măsurile profilactice în domeniul prevenirii dependenței față de alcool la persoanele cu risc sporit pentru aceasta	1.1. Ponderea persoanelor cu risc sporit pentru dependența față de alcool, cărora pe parcursul unui an, în mod documentat, li s-a oferit informație (discuții, ghidul pacientului etc.) privind factorii de risc în formarea dependenței față de alcool de către medicul de familie și psihiatru-narcolog	Numărul persoanelor cu risc sporit pentru dependența față de alcool, cărora în mod documentat, li s-a oferit informație (discuții, ghidul pacientului etc.) privind factorii de risc în formarea dependenței față de alcool de către medicul de familie și psihiatru- narcolog pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total al persoanelor cu risc sporit pentru dependența față de alcool care se află în supravegherea medicală la medicul de familie și psihiatru- narcolog pe parcursul ultimului an
		1.2. Ponderea pacienților cu dependență alcoolică, cărora pe parcursul unui an, în mod documentat, li s-a oferit informație (discuții, ghidul pacientului etc.), de către medicul de familie și psihiatru- narcolog, privind modul sănătos de viață, factorii de risc care condiționează recăderea	Numărul pacienților cu dependență alcoolică, cărora, de către medicul de familie și psihiatru- narcolog, în mod documentat, li s-a oferit informație (discuții, ghidul pacientului etc.) privind modul sănătos de viață factorii de risc care condiționează recăderea pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total al pacienților cu dependență alcoolică care se află sub supravegherea medicală la medicul de familie și psihiatru- narcolog pe parcursul ultimului an
2.	A spori depistarea persoanelor dependente în stadiile precoce ale alcoolismului	Ponderea pacienților depistați cu dependență în stadiile precoce ale alcoolismului pe parcursul unui an	Numărul pacienților depistați cu dependență în stadiile precoce ale alcoolismului pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total al pacienților cu dependență alcoolică care se află sub supravegherea medicală la medicul de familie și psihiatru- narcolog pe parcursul ultimului an
3.	A spori ponderea pacienților care au beneficiat de asistența medicală spitalicească privind tratamentul dependenței față de alcool	Ponderea pacienților care au beneficiat de asistența medicală spitalicească privind tratamentul dependenței față de alcool pe parcursul unui an	Numărul pacienților care au beneficiat de asistența medicală spitalicească privind tratamentul dependenței față de alcool pe parcursul ultimului an X 100	Numărul total de pacienți cu dependență alcoolică care se află sub supravegherea medicală la medicul de familie și psihiatru- narcolog pe parcursul ultimului an

No	Obiectivele protocolului	Măsurarea atingerii obiectivului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
4.	A spori ponderea pacienților care au beneficiat de tratament antirecdivant în condiții de ambulator	Ponderea pacienților care au beneficiat de tratament antirecdivant pe parcursul unui an	Numărul pacienților care au beneficiat de tratament pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care se aflau sub supravegherea medicală la medicul de familie și psihiatru-narcolog pe parcursul ultimului an
5.	A spori numărul pacienților încadrați în reabilitarea psihosocială privind schimbarea comportamentului dependent, crearea motivațiilor negative față de alcool și recuperarea relațiilor interpersonale, familiale și profesionale	Ponderea pacienților încadrați în programe de reabilitare psihosocială, pe parcursul unui an, privind schimbarea comportamentului dependent, crearea motivațiilor negative față de alcool și recuperarea relațiilor interpersonale, familiale și profesionale	Numărul pacienților încadrați în programe de reabilitare psihosocială privind schimbarea comportamentului dependent, crearea motivațiilor negative față de alcool și recuperarea relațiilor interpersonale, familiale și profesionale pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care se aflau sub supravegherea medicală la medicul de familie și psihiatru-narcolog pe parcursul ultimului an
6.	A spori eficacitatea tratamentului antialcool	Ponderea pacienților aflați în remisie: (1) până la 1 an; (2) de la 1 până la 2 ani; (3) de la 2 până la 3 ani și mai mult. Notă: Informația va fi colectată anual	Numărul pacienților aflați în remisie: (1) până la 1 an; (2) de la 1 până la 2 ani; (3) de la 2 până la 3 ani și mai mult pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care se aflau sub supravegherea medicală la medicul de familie și psihiatru-narcolog pe parcursul ultimului an
7.	Proporția femeilor însărcinate la care consumul de alcool a fost evaluat și consemnat în dosarul medical	Detectarea precoce a consumului de alcool în sarcină pentru prevenirea tulburărilor fetale	Numărul gravidelor la care consumul de alcool este documentat	Numărul total de gravide examinate
8.	Ponderea pacienților cu consum de alcool riscant sau dăunător detectat prin screening sistematic	Indicator de calitate a procesului de screening și detectare precoce	Numărul persoanelor cu rezultat pozitiv la screening X 100	Numărul persoanelor evaluate prin screening
9.	Ponderea pacienților monitorizați regulat și evaluați pentru remisiune, conform planului de îngrijire stabilit	Indicator de calitate a îngrijirilor acordate	Numărul pacienților care au efectuat numărul minim de vizite recomandate în perioada de monitorizare (3 vizite/6 luni) și au avut evaluarea nivelului de remisiune documentate la ultima vizită X100	Numărul total de pacienți care au fost incluși în monitorizare în perioada de raportare

ANEXE

ANEXA 1. FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL

Fișă standardizată de audit pentru evaluarea implementării protocolului clinic național Tulburări mintale și comportamentale datorate utilizării alcoolului		
Nr	Domenii/parametri evaluați	Codificare
1.	Denumirea IMS evaluată	denumirea oficială
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	nume, prenume, telefon de contact
3.	Ziua, luna, anul de naștere a pacientei	ZZ-LL-AAAA; necunoscut = 9
4.	Mediul de reședință	urban = 1; rural = 2
5.	Genul/sexul pacientului	0=masculin; 1=feminin; sau 9 = nu este specificat
6.	Evaluarea factorilor de risc	nu=0; da=1; necunoscut =9
7.	Evaluarea factorilor de protecție	nu=0; da=1; necunoscut =9
8.	Screening-ul(testul AUDIT, MAST, CAGE)	nu= 0; da=1; necunoscut =9;
9.	Aplicarea instrumentelor de evaluare	CIWA-Ar=1; SAWS=2;
10	Profilaxia primară	intervenții la nivel de populație privind prețurile și disponibilitatea alcoolului=1; intervenții la nivel de populație privind restricții de marketing=2; politici de licențiere și aplicarea acestora=3; intervenția timpurie și educația tinerilor=4; screening și intervenții scurte pentru adulți bazate pe modelul FRAMES, extinse=5;
11	Anamneza	nu= 0; da=1; necunoscut =9; informații obținute din istoric=2; date din examinarea stării mintale prezente=3; anamneza familială=4; anamneza vieții=5;
12	Examenul obiectiv(date fizice și psihice)	nu= 0; da=1; necunoscut =9; evaluarea scurtă de triaj(în cazul trimeriei la servicii specializate)=2; evaluarea comprehensivă(în cazul unui scor>15 la AUDIT=3; examen somatic=4; examen neurologic=5; examen psihic=6;
13	Investigațiile paraclinice obligatorii	nu= 0; da=1; necunoscut =9; AST/ALT=2; VSH=3; hemoleucograma=4; glicemia=5; profil lipidic=6; bilirubină directă și indirectă=7; proteina totală=8; albumina=10; ureea=11; creatinina=12; acid uric=13; amilaza=14; fosfataza alcalină=15; ionograma(Ca, Na, K)=16; analiza generală a urinei=17; reacția de microprecipitație pentru sifilis=18; radiografia organelor cutiei toracice=19; ECG=20; consultul neurologului=21; consultul internistului=22;
14	Investigațiile paraclinice recomandate	nu= 0; da=1; necunoscut =9; GGT=2; CDT(transferrina deficitară în carbohidrați)=3; CT sau RMN cerebral(în caz de suspiciune de encefalopatie)=4; ecografie abdominală=5; ecoencefalografia și electroencefalografia=6; consultul psihiatrului=7; consultul psihologului=8; consultul nutriționistului/dieticianului=10; consultul

		hepatologului/gastrologului=11; consultul cardiologului=12; consultul ginecologului(la necesitate)=13;
15	Monitorizare biologică a consumului de alcool	nu=0; da=1; necunoscut =9; EtG urinar(metabolit al alcoolului)=2; CDT=3; GGT + AST (complementar)=4; Peth(fosfatidiletanol)=5;
16	Tratamentul nemedicamentos	nu=0; da=1; necunoscut =9; interviul motivațional=2; motivational enhancement therapy=3; terapia cognitiv-comportamentală=4; mindfulness=5; managementul prin recompense=6; SMART recovery=7; alcoolicii anonimi=8;
17	Tratamentul medicamentos	nu=0; da=1; necunoscut=9; Propranololum=2; antidepresive=3; tranchilizante/anxiolitice benzodiazepinice=4; tranchilizante/anxiolitice non-benzodiazepinice=5; Acamprosatum*, Disulfiramum, Naltrexonum*=6; neuroleptice=7; nootrope=8; tranchilizante=10; anticonvulsivante=11; pentru detoxificare (Dextranum-40*, Polyvidonum*, etc.)=12; cardiovasculare=13; vitamine (grupa B, C, PP)=14;
18	Prevenirea și Managementul în STAF	prevenirea prin informare încă de la primul contact=1; înregistrarea sistematică a consumului de alcool a gravidei si femeilor în perioada antenatală=2; trimiterea pentru evaluare în cazul semnelor de STAF =3; supravegherea dezvoltării neuropsihice=4; plan individualizat de sprijin pentru pacienta si copilul ei=5; coordonare interinstituțională=6; diagnosticarea timpurie=7;
19	Criteriile esențiale pentru diagnosticarea STAF	trăsături faciale-cheie=1; EPA confirmată sau necunoscută=2; tulburări neurodezvoltative în ≥3 domenii sau microcefalie la sugari=3;
20	Echipa multidisciplinară implicată în diagnosticul STAF	nu= 0; da=1; necunoscut =9; psiholog clinician / neuropsiholog=2; pediatru / medic de familie=3; logoped / terapeut de vorbire=4; terapeut comportamental / specialist ABA=5; genetician medical (la nevoie)=6; asistent social / specialist protecția copilului=7; specialist în educație / pedagog psihopedagog=8; psihiatru / psihiatru pentru copii (la nevoie)=10;
21	Managementul în Expunere prenatală la alcool	screening universal=1; intervenție timpurie pentru grupurile de risc=2; trimiterea către servicii specializate=3;
22	Complicațiile legate de consumul de alcool	nu= 0; da=1; necunoscut =9
23	Reabilitare	nu= 0; da=1; necunoscut =9; dezvoltarea de programe integrate și personalizate=2; formarea și coordonarea echipelor multidisciplinare=3; implicarea familiei și comunității=4; monitorizarea continuă și reevaluarea periodică=5; combaterea stigmatizării=6; dezvoltarea de resurse și infrastructură=7;
24	Utilizarea SCID pentru diagnostic și reevaluare	nu= 0; da=1; necunoscut =9;
25	Decesul în spital	nu= 0; da=1;

ANEXA 2. GHID INFORMATIV PRIVIND ASISTENȚA MEDICALĂ OFERITĂ PERSOANELOR CU TULBURĂRI MINTALE ȘI COMPORTAMENTALE ASOCIATE CONSUMULUI DE ALCOOL ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Cuprins:

Introducere
Principiile generale ale asistenței medicale
Definiția și caracteristicile clinice ale alcoolismului
Stabilirea diagnosticului
Tratamentul: abordare integrată
Recomandări pentru consumatori
Recomandări pentru familie și aparținători
Surse suplimentare de sprijin
Surse bibliografice

Introducere

Acest ghid are scopul de a oferi o prezentare clară și accesibilă a serviciilor de sănătate mintală disponibile în Republica Moldova pentru persoanele care suferă de tulburări mintale și comportamentale cauzate de consumul de alcool. Informațiile incluse sunt relevante atât pentru persoanele afectate direct, cât și pentru membrii familiilor acestora și alte persoane interesate să înțeleagă mai bine această afecțiune medicală complexă.

Ghidul explică principalele opțiuni de tratament și îngrijire, modul în care acestea pot fi accesate și ce drepturi au pacienții în relația cu personalul medical. Se oferă, de asemenea, exemple de întrebări utile în cadrul consultațiilor și se indică surse suplimentare de sprijin și informare.

Principiile generale ale asistenței medicale

Asistența medicală destinată persoanelor cu tulburări legate de consumul de alcool trebuie să fie centrată pe pacient, luând în considerare nevoile individuale, preferințele și contextul socio-cultural al acestuia. Pacienții au dreptul de a fi informați complet și corect cu privire la starea lor de sănătate, la opțiunile terapeutice disponibile și la riscurile și beneficiile acestora. Comunicarea trebuie să fie clară, accesibilă și adaptată nivelului de înțelegere al fiecărei persoane.

Personalul medical – inclusiv medicii de familie și medicii specialiști narcologi – are responsabilitatea de a manifesta respect, empatie și profesionalism, oferind sprijinul necesar în procesul decizional terapeutic. De asemenea, este esențială respectarea confidențialității informațiilor medicale, în conformitate cu normele legale și etice în vigoare.

Definiția și caracteristicile clinice ale alcoolismului

Alcoolismul este definit ca o afecțiune medicală cronică, progresivă, caracterizată prin consumul compulsiv de alcool, pierderea controlului asupra consumului și apariția simptomelor de sevraj la întreruperea consumului. Aceasta implică atât dependență psihică, cât și fizică, și poate duce la afectarea gravă a funcționării sociale, profesionale și familiale.

În fazele avansate, alcoolismul este frecvent asociat cu tulburări somatice (ex. boli hepatice, pancreatite), neurologice (ex. neuropatie periferică, encefalopatie Wernicke-Korsakoff) și modificări psihice (tulburări de personalitate, depresie, psihoze alcoolice).

Stabilirea diagnosticului

Diagnosticul tulburărilor legate de consumul de alcool se bazează pe:

- anamneza detaliată;
- examenul clinic general și neurologic;
- evaluarea psihiatrică;

- utilizarea instrumentelor standardizate, cum ar fi testul AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test);
- investigații de laborator relevante (markerii biologici ai consumului de alcool, funcția hepatică etc.).

Medicul de familie are rolul de a identifica cazurile suspecte și de a evalua severitatea dependenței. Confirmarea diagnosticului și stabilirea conduitei terapeutice revine medicului specialist narcolog, care trebuie să discute rezultatele cu pacientul și să elaboreze un plan individualizat de tratament.

Tratamentul: abordare integrată

Tratamentul persoanelor cu alcoolism cronic presupune o abordare complexă, multidisciplinară, care combină intervențiile farmacologice, psihologice și sociale.

Tratamentul medicamentos

- Se inițiază, de regulă, în regim de spitalizare în fazele de sevraj acut.
- Se utilizează tratamente simptomatice pentru sevraj (benzodiazepine, Thiamini hydrochloridum, beta-blocante etc.).
- Tratamentul antirecidivant (de menținere) se poate administra ulterior în regim ambulatoriu (ex. Disulfiramum, Acamprosatum*, Naltrexonum*).

Intervențiile nemedicamentoase

- Psihoterapie individuală sau de grup (inclusiv terapia cognitiv-comportamentală).
- Consiliere motivațională și programe de reabilitare psihosocială.
- Sprijin pentru modificarea stilului de viață (renunțarea la alcool, dietă echilibrată, activitate fizică regulată).
- Reintegrare profesională și socială.
- Implicarea aparținătorilor în procesul de sprijin.

Recomandări pentru consumatori

1. Recunoașterea problemei este primul pas spre recuperare.
2. Apelați la medicul de familie sau specialistul narcolog.
3. Participați activ la tratament.
4. Evitați factorii declanșatori ai recăderii.
5. Adoptați un stil de viață sănătos.
6. Informați-vă constant.

Recomandări pentru familie și aparținători

1. Oferiți sprijin, nu judecați.
2. Informați-vă despre boală.
3. Participați la procesul de tratament.
4. Stabiliți limite clare.
5. Căutați sprijin și pentru voi.
6. Promovați un mediu lipsit de alcool.

Surse suplimentare de sprijin

- Linia verde a Ministerului Sănătății din Republica Moldova pentru adicții: 0 800 12345
- Centre comunitare de sănătate mintală (CCSM)
- Alcoolicii Anonimi Moldova: www.aamoldova.md

Surse bibliografice

1. World Health Organization. (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. WHO Press.
2. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. (2016). *Protocolul clinic național privind tulburările mintale și de comportament asociate consumului de alcool*.
3. Babor, T. F., et al. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*. WHO.
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2011). *Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*.

ANEXA 3. TESTUL PENTRU IDENTIFICAREA TULBURĂRILOR LEGATE DE CONSUMUL DE ALCOOL

Testul AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) este un instrument de screening dezvoltat de Organizația Mondială a Sănătății pentru a identifica consumul periculos, dăunător și posibil dependent de alcool. Este format din 10 întrebări și poate fi aplicat atât în mediul clinic, cât și în autoevaluare.

AUDIT – Testul pentru identificarea tulburărilor legate de consumul de alcool

Instrucțiuni: Răspundeți la fiecare întrebare în funcție de consumul de alcool din ultimele 12 luni.

1. Cât de des consumați băuturi alcoolice?

- (0) Niciodată
- (1) O dată pe lună sau mai rar
- (2) 2–4 ori pe lună
- (3) 2–3 ori pe săptămână
- (4) 4 sau mai multe ori pe săptămână

Comentariu: Evaluează frecvența generală a consumului. Punctaje mai mari sugerează obiceiuri regulate.

2. Câte băuturi alcoolice consumați într-o zi obișnuită când beți?

- (0) 1 sau 2
- (1) 3 sau 4
- (2) 5 sau 6
- (3) 7, 8 sau 9
- (4) 10 sau mai multe

Comentariu: Evaluează cantitatea consumată per episod. Un consum de 5+ băuturi este asociat cu risc crescut de probleme de sănătate.

3. Cât de des consumați 6 sau mai multe băuturi alcoolice la o singură ocazie?

- (0) Niciodată
- (1) Mai puțin de o dată pe lună
- (2) O dată pe lună
- (3) O dată pe săptămână
- (4) Zilnic sau aproape zilnic

Comentariu: Măsoară episoadele de consum excesiv („binge drinking”).

4. Cât de des în ultimele 12 luni ați constatat că nu vă mai puteți opri din băut odată ce ați început?

- (0) Niciodată
- (1) Mai puțin de o dată pe lună
- (2) O dată pe lună
- (3) O dată pe săptămână, zilnic sau aproape zilnic

Comentariu: Indicator al pierderii controlului, specific dependenței.

5. Cât de des în ultimele 12 luni ați eșuat în îndeplinirea responsabilităților din cauza consumului de alcool (la muncă, acasă sau la școală)?

- (0) Niciodată
- (1) Mai puțin de o dată pe lună
- (2) O dată pe lună
- (3) O dată pe săptămână
- (4) Zilnic sau aproape zilnic

Comentariu: Măsoară impactul funcțional al consumului asupra vieții personale și profesionale.

6. Cât de des în ultimele 12 luni ați avut nevoie să beți alcool dimineața pentru a vă reveni după o beție?

- (0) Niciodată
- (1) Mai puțin de o dată pe lună
- (2) O dată pe lună
- (3) O dată pe săptămână
- (4) Zilnic sau aproape zilnic

Comentariu: Simptom de sevraj și semn distinctiv al dependenței fizice.

7. Cât de des în ultimele 12 luni ați simțit vină sau remușcare după ce ați consumat alcool?

- (0) Niciodată
- (1) Mai puțin de o dată pe lună
- (2) O dată pe lună
- (3) O dată pe săptămână
- (4) Zilnic sau aproape zilnic

Comentariu: Indicator al impactului psihologic negativ al consumului.

8. Cât de des în ultimele 12 luni nu ați reușit să vă amintiți ce s-a întâmplat în timpul unei beții?

- (0) Niciodată
- (1) Mai puțin de o dată pe lună
- (2) O dată pe lună
- (3) O dată pe săptămână
- (4) Zilnic sau aproape zilnic

Comentariu: Reflectă intoxicația severă și riscurile de tip blackout.

9. Ați fost vreodată rănit (fizic sau psihic) sau ați rănit alte persoane din cauza consumului de alcool?

- (0) Nu
- (2) Da, dar nu în ultimul an
- (4) Da, în ultimul an

Comentariu: Sugerează comportamente riscante sau agresive legate de alcool.

10. A sugerat cineva (familie, prieteni, medici) că ar trebui să reduceți consumul de alcool?

- (0) Nu
- (2) Da, dar nu în ultimul an
- (4) Da, în ultimul an

Comentariu: Reflectă percepția altora despre problematica consumului și poate indica recunoașterea externă a problemei.

Interpretarea scorului AUDIT:

- **0–7 puncte:** Consumul cu risc scăzut sau abținere
- **8–15 puncte:** Consumul riscant (recomandare de consiliere scurtă)
- **16–19 puncte:** Consumul dăunător (necesită evaluare clinică și intervenție)
- **20+ puncte:** Posibilă dependență de alcool (recomandare pentru tratament specializat)

Notă:

1. Drink-unitate internațională standard de consum: 1 unitate de alcool = 10 g alcool pur. Este echivalentă cu: o sticlă de bere 330 ml cu 4% alcool; 120 ml vin cu 12% alcool, 30 ml cu alcool 40% de „Tărie”, ex: whisky, țuică, vodcă, gin.
2. Dacă testul AUDIT este „pozitiv”, (scor > 8) iar semne clinice de alcoolism lipsesc, i se propune subiectului o intervenție scurtă la medicul specialist pentru un diagnostic adecvat.
3. Dacă sunt prezente și semnele clinice de alcoolism subiectul este îndrumat la specialist pentru un diagnostic și tratament adecvat.

ANEXA 4. CAGE – TESTUL DE SCREENING PENTRU CONSUM PROBLEMATIC DE ALCOOL

Instrucțiuni: Răspundeți sincer la următoarele întrebări. Testul evaluează percepțiile personale legate de consumul de alcool, nu frecvența sau cantitatea.

1. Ați simțit vreodată că ar trebui să reduceți consumul de alcool?

- (1) Da
- (0) Nu

Comentariu: Răspunsul afirmativ sugerează conștientizarea unui potențial consum problematic. Indică preocupare legată de obiceiul personal de a consuma alcool.

2. Ați fost vreodată deranjat de criticile altora privind consumul Dvs. de alcool?

- (1) Da
- (0) Nu

Comentariu: Răspuns afirmativ semnalează percepția negativă a celor din jur și poate reflecta un impact social sau familial al consumului.

3. V-ați simțit vreodată vinovat pentru felul în care consumați alcool?

- (1) Da
- (0) Nu

Comentariu: Vinovăția este un indiciu important al tulburării de uz de alcool, indicând un conflict moral sau psihologic în legătură cu consumul.

4. Ați băut vreodată dimineața (ca să vă simțiți bine sau să scăpați de mahmureală)?

- (1) Da
- (0) Nu

Comentariu: Acesta este un semn clar al toleranței crescute și al posibilei instalări a sevrajului – elemente specifice dependenței fizice de alcool.

Interpretarea scorului CAGE:

- **0–1 puncte:** Risc scăzut de consum problematic de alcool. Totuși, monitorizarea este recomandată dacă există suspiciuni clinice.
- **2 sau mai multe puncte:** Suspiciune crescută de abuz sau dependență de alcool. Se recomandă evaluare suplimentară (ex. AUDIT, consult narcologic).
- **3–4 puncte:** Foarte probabilă o tulburare legată de consumul de alcool; intervenție specializată recomandată.

Testul CAGE are o sensibilitate mai mare în detectarea dependenței decât a consumului ocazional riscant. Nu e conceput pentru a evalua frecvența consumului, ci **impactul subiectiv și social** al acestuia.

ANEXA 5. TESTUL MAST (MICHIGAN ALCOHOL SCREENING TEST)

Testul MAST (Michigan Alcohol Screening Test) este un instrument de screening utilizat pentru a evalua riscurile asociate consumului de alcool. Acesta constă într-o serie de întrebări care vizează comportamentele și percepțiile individului legate de consumul de alcool, cu scopul de a identifica semne de abuz de alcool sau dependență.

Testul MAST (Michigan Alcohol Screening Test)

1. Ați avut vreodată o perioadă în care ați consumat mai mult alcool decât intenționați?
 - ☐ Da
 - ☐ Nu
2. Ați simțit vreodată că ar trebui să reduceți cantitatea de alcool pe care o consumați?
 - ☐ Da
 - ☐ Nu
3. Ați avut vreodată un „necesar” de a bea dimineața pentru a vă simți mai bine sau pentru a depăși o mahmureală?
 - ☐ Da
 - ☐ Nu
4. Ați continuat să beți chiar și atunci când ați știut că acest comportament va duce la probleme de sănătate sau la conflicte în relațiile personale?
 - ☐ Da
 - ☐ Nu
5. Ați avut vreodată dificultăți în a controla cantitatea de alcool pe care o consumați?
 - ☐ Da
 - ☐ Nu
6. Ați petrecut vreodată mai mult timp decât intenționaseți pentru a bea alcool?
 - ☐ Da
 - ☐ Nu
7. Ați avut vreodată un accident sau v-ați rănit din cauza consumului de alcool?
 - ☐ Da
 - ☐ Nu
8. Ați avut vreodată o perioadă în care ați fost incapabil să vă îndepliniți obligațiile de muncă sau de familie din cauza consumului de alcool?
 - ☐ Da
 - ☐ Nu
9. Ați simțit vreodată că alții sunt îngrijorați de cantitatea de alcool pe care o consumați?
 - ☐ Da
 - ☐ Nu
10. Ați avut vreodată probleme legale sau conflicte cu autoritățile din cauza consumului de alcool?
 - ☐ Da
 - ☐ Nu
11. Ați avut vreodată dorința de a bea alcool mai mult decât este sănătos pentru dvs.?
 - ☐ Da
 - ☐ Nu
12. Ați observat vreodată că aveți mai multă dificultate în a opri consumul de alcool decât v-ați propus inițial?
 - ☐ Da
 - ☐ Nu
13. Ați avut vreodată o pierdere de memorie (amnezie) după ce ați consumat alcool?
 - ☐ Da
 - ☐ Nu

14. Ați fost vreodată diagnosticat cu o afecțiune medicală legată de alcool, precum hepatită alcoolică, pancreatită sau gastrită?
- Da
 - Nu

Interpretarea Rezultatelor

Pentru a interpreta rezultatele MAST, se numără răspunsurile „Da”. Un scor de 5 sau mai multe răspunsuri „Da” indică o posibilă dependență sau abuz de alcool. Cu cât scorul este mai mare, cu atât riscul de dependență de alcool este mai ridicat. Este important ca aceste rezultate să fie discutate cu un profesionist în domeniul sănătății pentru o evaluare suplimentară.

ANEXA 6. SCALA SCURTĂ DE EVALUARE A SEVRAJULUI INDUS DE ALCOOL (SAWS)

- Tabelul 28 Scala scurtă de evaluare a Sevrajului indus de alcool (SAWS) ⁴¹³

	Niciun simptom (0 puncte)	Sevraj Ușor (1 punct)	Sevraj Moderat (2 puncte)	Sevraj Sever (3 puncte)
Anxios				
Tulburări de somn				
Probleme cu memoria				
Greață				
Neliniștit, agitat				
Tremur (tremurături)				
Senzație de confuzie				
Transpirație				
Neîngrijit (mizerabil)				
Tahicardie				

ANEXA 7. SCALA “THE CLINICAL INSTITUTE WITHDRAWAL ASSESSMENT OF ALCOHOL SCALE REVISED” (CIWA-AR) DE EVALUARE A MODALITĂȚII DE RETRAGERE A ALCOOLULUI

- **Tabelul 29** Scala “The Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale Revised” (CIWA-Ar) de evaluare a modalității de retragere a alcoolului⁴¹⁴

Pacient: _____ Data: _____ Ora: _____ (24 de ore, miezul nopții = 00:00)	
Puls sau ritm cardiac, luat timp de 1 minut: _____ Tensiunea arterială: _____	
Greață și vomă – Întrebați: „Vi se face rău la stomac? A-ți vomitat?” <i>Evaluare:</i> 0 – fără greață și fără vomă 1 – greață ușoară fără vomă 2 3 4 – greață intermitentă cu intenții de a vomita 5 6 7 – greață constantă, intenții frecvente de a vomita și vomă	TULBURĂRI TACTILE – Întrebați „Aveți mâncărime, sau înțepături, senzații de arsură, amorțeală sau simțiți insecte târându-se pe sau sub piele?” <i>Evaluare:</i> 0 – simptomele lipsesc 1 – mâncărime foarte ușoară, înțepături, arsuri sau amorțeală 2 – mâncărime ușoară, înțepături, arsuri sau amorțeală 3 – mâncărime moderată, înțepături, arsuri sau amorțeală 4 – halucinații tactile moderat severe 5 – halucinații tactile severe 6 – halucinații tactile extrem de severe 7 – halucinații tactile continue
TREMUR – Brațele întinse și degetele depărtate. <i>Evaluare:</i> 0 – fără tremur 1 – tremurul nu este vizibil, dar poate fi simțit la vârful degetelor 2 3 4 – tremur moderat, când pacientul întinde brațele 5 6 7 – tremur sever, chiar și cu brațele neîntinse	TULBURĂRI de percepție AUDITIVE – Întrebați „Sunteți mai atent ca de obicei la sunetele din jur? Aceste sunete Vă sperie? Auziți ceva care Vă deranjează? Auziți lucruri, care știți nu sunt acolo?” Ce vă spune persoana de la telefon? (<i>pacientului i se pune la ureche un telefon deconectat</i>). <i>Evaluare:</i> 0 – simptomul nu este prezent 1 – pacientul percepe foarte vag sunete, zgomote care-l înspăimântă (sperie) 2 – pacientul percepe vag sunete, zgomote care-l înspăimântă (sperie) ușor 3 – pacientul percepe sunete, zgomote care-l înspăimântă (sperie) moderat 4 – halucinații auditive moderat-severe 5 – halucinații auditive severe 6 – halucinații auditive extrem de severe 7 – halucinații auditive continue

TRANSPIRAȚII PAROXISMALE <i>Evaluare:</i> 0 – transpirația Nu este evidentă 1 – transpirație abia perceptibilă, palmele sunt umede 2 3 4 – “mărgele” („borboane”) de sudoare vizibile pe frunte 5 6 7 – transpirație intensă	TULBURĂRI de percepție VIZUALE – Întrebați „Lumina nu Vă pare a fi prea puternică? Culoarea luminii nu Vă pare diferită? Vă deranjează lumina? Lumina Vă provoacă durere de ochi? Vedeți ceva? Ceea ce vedeți Vă deranjează? Vedeți cumva lucruri care știți că nu există? Ce este desenat pe această foaie de hârtie? (<i>pacientului i se prezintă o foaie curată de hârtie</i>) <i>Evaluare:</i> 0 – simptomul NU este prezent 1 – sensibilitate foarte ușoară 2 – sensibilitate ușoară. 3 – sensibilitate moderată 4 – halucinații vizuale moderat-severe 5 – halucinații vizuale severe 6 – halucinații vizuale extrem de severe 7 – halucinații vizuale continue
ANXIETATE – Întrebați „Vă este frică de ceva?” <i>Evaluare:</i> 0 – fără anxietate 1 – anxietate ușoară 2 3 4 – exagerat de atent la tot ce se petrece în ambianță, anxios. 5 6 7 – o stare echivalentă cu atacul de panică sau reacții schizofreniforme acute - în caz de anxietate severă și delir	CEFALEE, SENZAȚIE DE “cap greu” “plinătate în cap” – Întrebați „Vă doare capul? Simțiți amețeli?” <i>Evaluati severitatea:</i> 0 – cefaleea nu este prezentă 1 – cefalee foarte ușoară 2 – cefalee ușoară 3 – cefalee moderată 4 – cefalee moderat-severă 5 – cefalee gravă 6 – cefalee foarte severă 7 – cefalee extrem de severă
AGITAȚIE <i>Evaluare:</i> 0 activitate normală 1 – ceva mai mult decât activitatea normală 2 3 4 – moderat agitat și neliniștit 5 6 7 – pași înainte și înapoi în cea mai mare parte a interviului, sau se bate constant	ORIENTAREA și starea de CONȘTIENȚĂ – Întrebați „Ce zi, ce dată este astăzi? Unde Vă aflați? Cine sunteți?” <i>Evaluare:</i> 0 – orientat auto- și allo-psihic și coerent 1 – nu este sigur cu privire la dată, ziua săptămânii și nu este coerent sau 2 – este dezorientat privind ziua, dată cu cel mult 2 zile calendaristice 3 – este dezorientat privind ziua, data cu mai mult de 2 zile calendaristice 4 – este dezorientat în spațiu, în timp sau și în propria persoană
Scoruri	Scorul total CIWA-Ar _____ Inițialele evaluatorului _____

≤10 puncte – sevraj ușor (nu necesită medicamente suplimentare) ≤15 puncte – sevraj moderat >15 puncte – sevraj sever >40 puncte - Sevraj foarte sever. Urgență medicală. Tratatament intensiv necesar pentru prevenirea complicațiilor severe, cum ar fi delirium tremens.	Scor maxim posibil = 67 puncte
--	--

ANEXA 8. INTERVIUL MOTIVAȚIONAL

Interviul motivațional se caracterizează prin empatie și o atitudine colaborativă, care respectă autonomia pacientului și îi oferă sprijin pentru a-și evalua propria dorință de schimbare. În cadrul acestei abordări, clinicianul sau psihoterapeutul se angajează în a explora și înțelege perspectivele și motivațiile pacientului, pentru a-l ghida în gestionarea ambivalenței legate de consumul de alcool. Un aspect esențial în acest proces este rezolvarea ambivalenței, adică situația în care pacientul conștientizează consecințele negative ale consumului de alcool, dar percepe și anumite beneficii sau motive pentru continuarea acestuia. Obiectivul principal al clinicianului este de a evoca și de a susține motivația intrinsecă a pacientului pentru a face schimbări.

Cum diferă interviul motivațional de alte tehnici de consiliere?

Interviul motivațional se axează pe interesele și preocupările actuale ale persoanei, fără a-i impune direct abilități de coping sau a o presa să facă o schimbare, sau a-i remodela cognițiile. Scopul său este de a crește interesul și motivația intrinsecă a pacientului pentru reducerea sau oprirea consumului de alcool, încurajându-l să verbalizeze această intenție. Se bazează pe convingerea că responsabilitatea și capacitatea de a face schimbări aparțin pacientului.

Un fundament științific al acestei metode este teoria auto-determinării, care se axează pe creșterea motivației intrinseci pentru comportamente sănătoase, inclusiv reducerea consumului de alcool, prin recompense interne, câștiguri extrinseci sau alinierea valorilor personale cu comportamentul dorit.

Ce spun dovezile științifice?

Conform unei meta analize a studiilor clinice care au evaluat intervenții bazate pe interviul motivațional (Rubak et al., 2005), această metodă necesită o “doză minimă” de 20 de minute și, de obicei, devine eficientă după 1-4 sesiuni, beneficiile fiind amplificate cu un număr mai mare de întâlniri. În cazul reducerii sau renunțării la consumul de alcool, această tehnică a fost aplicată cu succes de către clinicieni, asistenți medicali și consilieri, după un proces de instruire specific (Lai et al., 2010).

Reține atunci când utilizezi interviul motivațional:

- Asigură-te că ești pregătit/ă pentru o discuție de cel puțin 15-20 de minute.
- Construiește o relație de egalitate cu pacientul și creează o atmosferă de acceptare, lipsită de judecăți.

- Explorează și încearcă să înțelegi perspectivele și emoțiile pacientului referitoare la consumul de alcool, dacă acestea sunt în concordanță cu valorile sale și dacă poate vizualiza o schimbare în viitor.

De unde începem?

Interviul motivațional se adaptează flexibil la nivelul de motivație actual al pacientului. Ca principiu, clinicianul exprimă empatie, explorează discrepanțele dintre situația actuală și idealurile pacientului, tolerează rezistența la schimbare și susține sentimentul de auto-eficacitate.

Schimbarea consumului de alcool este percepută ca un proces progresiv, în care pacientul trece de la conștientizarea scăzută a problemei și lipsa intenției de schimbare spre o conștientizare crescută și eforturi active de a face și menține schimbarea.

Pacienții se află în diferite stadii de pregătire pentru schimbare, iar acest nivel poate fluctua pe parcursul intervenției. Pentru a evita să avansezi înaintea pacientului și să generezi rezistență, este important să te adaptezi constant la gradul său de pregătire. Întrebări de evaluare, precum cele de mai jos, pot fi utilizate pentru a măsura importanța, încrederea și pregătirea pacientului:

„Cât de important este pentru dvs. să reduceți sau să opriți consumul de alcool acum?”

„Dacă ați decide să reduceți consumul, cât de încrezător sunteți că puteți reuși?”

„Ați stabilit deja să reduceți consumul de alcool? Dacă da, cât de pregătit sunteți în acest moment?”

Procesul de consiliere poate fi împărțit în patru etape principale:

1. Angajament: Construiește o relație terapeutică bazată pe respect și acceptare. Explorează îngrijorările și sentimentele pacientului, evitând să îi oferi informații fără acordul său. Întrebări utile includ: „Ce vă îngrijorează cel mai mult în legătură cu consumul de alcool?”, „Cum v-ați simțit în anumite situații legate de consumul de alcool?” Utilizează reflectări, afirmații și întrebări deschise.
2. Focusare: Identifică comportamentul pe care pacientul dorește să îl schimbe, precum reducerea consumului sau absența completă a alcoolului. Începe cu un singur comportament și extinde ulterior, pe măsură ce pacientul are succes. Întrebări precum „Cum ar fi dacă ați face această schimbare?” sau „Ce beneficii ați vedea dacă ați face-o?” sunt utile.
3. Evocare: Încurajează pacientul să exprime gândurile, motivele și intențiile pentru schimbare, folosind limbaj de schimbare. Explorează motivația și emoțiile pozitive, precum interesul și curiozitatea, pentru a crește deschiderea către schimbare. De exemplu, dacă pacientul afirmă „Mi-ar plăcea să reduc consumul de alcool”, explorează: „Care sunt motivele pentru această dorință?” sau „Cum ați putea aborda această schimbare?”
4. Planificare: Când pacientul pare pregătit, discutați despre pașii concreți pentru realizarea schimbării. Începeți cu un succes anterior, apoi întrebați despre primul pas, motive și eventuale obstacole. Întrebări precum „Care e prima măsură pe care doriți să o luați?” sau „Ce resurse pot să vă sprijine?” sunt eficiente.

Reține:

Percepția pacientului asupra propriului comportament este mai importantă decât diagnosticarea medicală sau diagnosticarea dependenței.

Interviul motivațional lucrează cu percepțiile și conștientizarea pacientului pentru a susține schimbarea prin motivație intrinsecă.

Evaluează intențiile, precum și nivelul de importanță, încredere și pregătire al pacientului pentru schimbare.

Folosește următoarele noțiuni pentru a încuraja pacientul să vorbească în cea mai mare parte a timpului, ascultă activ și acordă o atenție deosebită cuvintelor și emoțiilor sale.

În primul rând, această abordare te va ajuta să înțelegi mai bine perspectiva, contextul, motivațiile și stadiul în care se află pacientul în procesul de schimbare a comportamentului legat de consumul de alcool — aspect esențial mai ales pentru discuția inițială (vezi și „De unde începem”).

În al doilea rând, îl va face pe pacient să se simtă ascultat, acceptat și confortabil pentru a-și putea explora problemele, ceea ce va crește importanța și disponibilitatea sa pentru schimbare.

Întrebări deschise

Poți începe cu întrebări precum: „Povesteți-mi despre rolul alcoolului în viața dumneavoastră”, în loc de „De cât timp consumați alcool?” sau „În ce măsură alcoolul influențează relațiile dumneavoastră cu ceilalți?” (poți continua cu) „Spuneți-mi mai întâi despre aspectele pozitive ale consumului de alcool” și „Care sunt aspectele mai puțin plăcute?” în loc de „Aveți în jur persoane care consumă alcool?”.

Întrebările deschise despre preocupările pacientului tind să genereze limbajul de schimbare (link). Câteva teme importante de explorat includ:

Preocupările și temerile legate de sănătate: „În ce măsură considerați că alcoolul vă afectează sănătatea?” sau „Ce alte probleme de sănătate sau îngrijorări aveți legate de consumul de alcool în familie?”

Îngrijorările referitoare la comportamentul nesănătos și beneficiile percepute: „Povesteți-mi despre istoricul dumneavoastră cu alcoolul. Când și de ce ați început să consumați?” sau „Ce vă place cel mai mult la consumul de alcool?” și „Ce vă îngrijorează cel mai mult în legătură cu acest comportament?”

Speranțele pentru viitor, inclusiv dacă luați în calcul reducerea sau oprirea consumului: „Ce nu a funcționat pentru dumneavoastră până acum?” sau „Ce așteptări aveți pentru viitor în legătură cu consumul de alcool?” și „Cum ar fi dacă v-ați gândi să reduceți consumul sau să opriți complet?”

Reține, atunci când folosești întrebări deschise:

- Ele sunt cheia pentru a încuraja pacientul să vorbească în cea mai mare parte a timpului, să exploreze și să-și povestească în detaliu experiențele.
- Pentru a evita ca discuția să devină un interogatoriu, întrerupe șirul întrebărilor prin reflecții și afirmații care să îi arate pacientului că e ascultat și acceptat.

- La final, sintetizează ceea ce ai auzit sau înțeles, fără a adăuga nuanțe, pentru a confirma și clarifica înțelegerile (vezi și secțiunea „Sinteze”).

Afirmații

Gândește-te la ele ca la încurajări, complimente sau cuvinte de apreciere și înțelegere. Sunt cele mai simple răspunsuri la spusele pacientului și trebuie folosite pentru a sprijini autonomia acestuia.

Poți aprecia chiar și micile reușite sau încercările fără succes:

„V-ați descurcat foarte bine în această situație!” sau „Vă apreciez sinceritatea.”

„Mi-ați spus că ați încercat să discutați despre alcool cu familia. Știu cât de dificil poate fi uneori să cerești sprijinul celor din jur.”

Reține, când folosești afirmațiile:

- Subliniază comportamente și trăsături pozitive.
- Folosește-le sincer și cu măsură, pentru a sprijini autonomia pacientului.

Reflectări

Reflectările indică faptul că pacientul a fost ascultat și înțeles corect, și conduc spre o explorare mai profundă a subiectului. Încearcă să oglindești ceea ce ai auzit, fie repetând conținutul, fie numind emoțiile evidente din cuvintele pacientului — acestea fiind reflecții simple.

De exemplu:

„Am încercat de multe ori să reduc consumul de alcool, dar simptomele de sevraj mă împiedică.”

„Pare că faceți un efort real să reduceți, dar vă simțiți împiedicat de anumite simptome sau dificultăți.”

Pentru reflecții complexe, interpretează sau adaugă sensuri la ceea ce spune pacientul, întrebându-te ce înseamnă pentru el și unde vrea să ajungă.

De exemplu:

„Mi-ar plăcea să reduc consumul, dar alcoolul îmi ajută să-mi gestionez stresul de la muncă.”

„V-ar plăcea să opriți consumul, dar treceți printr-o perioadă dificilă și vă temeți că va fi prea greu să faceți această schimbare.”

Poți intensifica spusele pacientului pentru a obține un răspuns contrar, cu atenție la situație și la pacient, pentru a evita rezultatele nedorite:

„Oricum, alcoolul face parte din cultura noastră, așa că nu cred că mai contează atât de mult dacă beau sau nu.”

„Acum nu vedeți niciun dezavantaj al consumului de alcool.”

De asemenea, poți face reflecții cu două laturi: recunoscând ambivalența pacientului, dar încheind cu limbaj de schimbare, pentru a-l încuraja să continue:

„Consumul de alcool îmi oferă o evadare de la stres, dar știu că afectează sănătatea mea.”

„Realizați că alcoolul vă ajută să faceți față anumitor situații, dar doriți, totuși, să reduceți consumul pentru a fi mai sănătos.”

Reține despre reflectări:

- Nu trebuie să fie întrebări, ci oglindiri ale ceea ce ai auzit, fie conținut, fie emoții.
- Dacă sunt complexe, pot ajuta la clarificarea și aprofundarea discuției.
- Chiar dacă nu ai înțeles perfect, reflectarea îi oferă pacientului ocazia să corecteze și să clarifice spusele sale.

Tolerarea rezistenței

Când pacientul afirmă: „Nu pot să reduc acum, sunt stresat sau am alte probleme,” nu-l contrazice, ci tolerează această rezistență, permițându-i să o exprime fără judecată.

Exemplu:

„Înțeleg că treceți printr-o perioadă dificilă și alcoolul este un refugiu pentru dumneavoastră, ceea ce face dificilă schimbarea acum.”

Rolul tău este să nu încerci să-l convingi prematur, ci să-l asculți și să-l ajuți să recunoască propriile motive și obstacole. Tonul trebuie să fie empatic, calm și non-confrunțațional.

De exemplu:

„Eu nu am o problemă cu alcoolul, iar familia mea mă tot sfătuiește să reduc. Povesteți-mi mai multe despre rolul alcoolului în viața dumneavoastră.”

Astfel, evită să-l faci să se simtă judecat și crești șansele ca el însuși să conștientizeze dezavantajele consumului și ambivalența față de acesta.

Reține despre rezistența la schimbare:

- La manifestarea rezistenței, nu folosi contraargumente, ci oferă-i spațiu de exprimare și acceptare.
- Tonul calm, empatic și non-judecător ajută la reducerea rezistenței și la facilitarea procesului de conștientizare.
- Sinteze în intervenția de consiliere pentru consumul problematic de alcool

Asemenea unei anamneze medicale, în timpul procesului de consiliere, este important ca clinicianul să sintetizeze, să verifice și să redea pacientului principalele teme discutate. Acest lucru oferă structură conversației, îl face pe pacient să se simtă ascultat și înțeles, și îi permite să aducă informații noi. Evidențierea aspectelor pozitive și a limbajului de schimbare are un impact benefic asupra motivației de a face pași spre reducerea sau oprirea consumului de alcool.

Sintetizarea trebuie utilizată periodic în timpul sesiunii, dar și la final, când o sinteză amplă și clară precede stabilirea planului concret pentru pașii următori, până la următoarea întâlnire.

De exemplu:

„Așadar, mi-ați povestit că vă preocupă efectele negative ale alcoolului asupra sănătății, mai ales având în vedere problemele recente de sănătate pe care le-ați avut, precum și faptul că soția/soțul v-a menționat că ar dori să reduceți consumul. Ce alte aspecte vă îngrijorează în legătură cu alcoolul?”

Sau, la finalul unei sesiuni:

„În această întâlnire, am discutat despre faptul că simțiți că alcoolul vă ajută să faceți față stresului, dar și despre temerile legate de efectele asupra sănătății. Ați menționat că ați încercat să reduceți

consumul în trecut, însă simptomele de sevraj v-au împiedicat. Ce alte gânduri sau intenții aveți acum, în privința reducerii consumului?”

Limbajul de schimbare

Este esențial să fii atent la momentul în care pacientul folosește cuvinte care indică intenția, fie ea clară sau ambivalentă, de a reduce sau opri consumul de alcool.

Rolul tău ca clinician este să îl ajuți pe pacient să vorbească despre motivele și intențiile sale de schimbare, ceea ce numim „limbajul de schimbare” (change talk). În contrast, limbajul de susținere (sustain talk) reflectă argumente pentru menținerea comportamentului actual.

Observă limbajul de schimbare și cel de susținere în discursul pacientului despre: avantajele și dezavantajele situației actuale și ale schimbării, nivelul de optimism și determinare, precum și dorința de a face pași.

De exemplu:

„Nu m-am gândit niciodată cât de mult alcoolul îmi afectează relațiile cu familia și prietenii.”

„Sunt sigur că m-aș simți mult mai sănătos dacă aș reuși să reduc consumul.”

„Cred că dacă aș avea o metodă bună, aș putea să renunț.”

„Mi-ar plăcea foarte mult să nu mai beau, pentru sănătatea copilului meu, și cred că pot să reușesc dacă mă decid să fac un pas mic.”

De asemenea, urmărește și limbajul pregător de schimbare, adică afirmațiile de dorință, încredere, raționament sau nevoie de a-și modifica comportamentul:

DORINȚA: „Vreau să reduc consumul.”

ABILITATEA: „Chiar aș putea să fac asta.”

RAȚIONAMENTUL: „Aș economisi bani dacă aș reduce alcoolul.”

NEVOIA: „Trebuie să mă opresc pentru sănătatea mea.”

Fiecare astfel de afirmație îl apropie pe pacient de angajamentul pentru schimbare și de planificarea pașilor următori. În procesul de intervenție, poți răspunde astfel:

Reflecție: „Văd că faceți eforturi să reduceți consumul, dar întâmpinați dificultăți din cauza sevrajului.”

Întrebare: „Care sunt motivele principale pentru care ați vrea să faceți această schimbare?”

Sinteză: „Mi-ați spus că ați mai încercat să reduceți în trecut, dar obstacolele v-au oprit. Cu un plan bine structurat, aveți încredere că veți reuși de data aceasta.”

Scopul este ca limbajul de schimbare să ocupe cea mai mare parte a discuției, pentru a consolida convingerea pacientului și a-l motiva să facă pași concreți spre reducerea sau oprirea consumului de alcool. În timp, poate apărea și limbajul mobilizator de schimbare, precum: „Am început să...”, „Sunt gata să...”, „Mi-am propus să...”.

Este important ca pacientul să simtă că limbajul de susținere a rezistenței a fost auzit și recunoscut, și că tu îl sprijini să-și exprime și să exploreze propriile motive de schimbare, concentrându-te mai mult pe limbajul de schimbare.

Cum răspunzi la rezistența pacientului?

Reformulează într-un mod empatic și constructiv:

„Îmi dau seama că treceți printr-o perioadă dificilă și alcoolul pare să fie un refugiu pentru dumneavoastră, ceea ce face să fie greu să renunțați acum.”

Subliniază și clarifică faptul că decizia finală aparține pacientului:

„Este complet la latitudinea dumneavoastră dacă decideți să reduceți sau să opriți consumul. Nimeni nu poate lua această decizie în locul dumneavoastră, chiar dacă toți dorim să vă sprijinim.”

Pentru a stimula limbajul de schimbare la un pacient mai rezistent sau nepregătit, consultă secțiunea „Tehnici de comunicare utile”.

Reține despre elementele de bază ale IM:

ÎARS: întrebările deschise, afirmațiile, reflecțiile și sumarizările — instrumentele fundamentale pentru a construi limbajul motivației.

Caută limbajul de schimbare și evidențiază-l pentru a ghida discuția în direcția dorită, dar nu ignora limbajul de susținere, pe care îl poți folosi pentru a-l transforma în limbaj de schimbare.

Cum oferim informații în intervenție

Este recomandabil să folosești tehnica „provocare – oferire – provocare”:

Începe prin întrebarea despre percepțiile pacientului: „Ce știți despre efectele alcoolului asupra sănătății?”

Apoi, oferă-i informații relevante, dar numai dacă îți cere permisiunea: „Dacă doriți, vă pot împărtăși câteva informații medicale despre efectele alcoolului.”

Încheie cu o întrebare pentru a-l provoca să își formuleze propriile concluzii: „Ce părere aveți despre aceste informații? Credeți că v-ar putea ajuta să faceți o schimbare?”

De exemplu:

„Alcoolul poate afecta fertilitatea, dezvoltarea fetală, precum și sănătatea ficatului și a sistemului cardiovascular. Ce părere aveți despre aceste riscuri?”

Dacă pacientul are percepții eronate sau nu pare interesat, reformulează în mod sugestiv:

„Se pare că beți mai mult decât alții fără să simțiți efecte negative. Mă întreb dacă nu cumva această percepție ascunde un risc pentru sănătatea dumneavoastră.”

Reține despre educarea pacientului prin împărtășirea de informații:

Oferirea de informații medicale trebuie să fie o parte dintr-un proces mai larg, în care dorința și autoexplorarea pacientului sunt pe primul loc.

Provocarea ambivalenței și curiozitatea sunt cheile pentru a motiva pacientul să își asume propriile concluzii.

În orice etapă, este important să îi acorzi timp pentru a explora propriile conflicte și să introduci informațiile la momentul oportun, astfel încât să sprijini procesul de schimbare.

Pacientul nehotărât sau demotivat în privința reducerii consumului de alcool — Dezvoltarea discrepantei

Dezvoltarea discrepantei reprezintă o strategie esențială pentru stimularea motivației. O poți folosi dacă observi că pacientul nu pare sigur de capacitatea sa de a face schimbarea sau nu recunoaște importanța acesteia în viața sa.

Poți încerca, în funcție de situație, una sau mai multe dintre următoarele strategii:

Exercițiul valorilor

Această tehnică ajută pacientul să conștientizeze diferențele dintre comportamentul actual și valorile sau scopurile sale personale. Este o abordare colaborativă, în care tu, ca clinician, folosești reflecții, iar pacientul identifică discrepanța.

Începe prin a întreba direct sau a observa în spusele pacientului: „Care sunt cele mai importante valori pentru dumneavoastră în viață?” Aceste valori pot fi, de exemplu, sănătatea, independența, familia, responsabilitatea, credința sau disciplina.

Ulterior, explorează în ce măsură consumul de alcool sau modul în care îl gestionați se potrivește sau nu cu aceste valori:

„Ce legătură vedeți între consumul de alcool și aceste valori?”

„Cum v-a influențat consumul de alcool în atingerea scopurilor sau valorilor dumneavoastră?”

„Cum v-ar afecta reducerea sau renunțarea la alcool în modul în care vă susțineți valorile, cum ar fi sănătatea sau relațiile cu cei dragi?”

În final, formulează o sinteză și o reflecție complexă:

„Mi-ați spus că pentru dumneavoastră este foarte important să fiți un părinte responsabil și un exemplu bun pentru copiii dvs. De exemplu, a fi un model de urmat în comportament și în modul în care vă gestionați viața este o prioritate pentru dumneavoastră. Cum vedeți relația dintre această valoare și consumul de alcool?”

Privirea spre trecut sau viitor

Dacă pacientul pare blocat în barierele actuale sau nu reușește să-și imagineze o viață fără consumul de alcool, poți să-l ajuți să se conecteze cu o perioadă mai simplă sau mai pozitivă din trecut sau să vizualizeze un viitor în care reușește să facă schimbarea.

De exemplu:

„Cum erau lucrurile înainte să începeți să consumați alcool în exces? Ce făceați atunci când vă simțeai neliniștit sau stresat?”

„Vă amintiți de o perioadă în care nu aveai aceste probleme? Ce s-a schimbat de atunci?”

Poți, de asemenea, să explorezi dacă a avut succese în trecut în alte încercări de schimbare:

„Am înțeles că ați reușit să deveniți mai activ și să slăbiți semnificativ. Este un pas important pentru sănătatea dumneavoastră. În acest context, cum vedeți consumul de alcool?”

Sau, poți ghida pacientul să-și imagineze un viitor:

„Cum ați dori să fie viața dumneavoastră peste 5 sau 10 ani în privința consumului de alcool? Cum v-ați simți dacă ați reuși să reduceți sau să opriți consumul?”

„Ce consecințe vedeți dacă nu faceți nimic și continuați să beți în exces?”

Aceste conversații pot dezvălui așteptările reale ale pacientului și îl pot stimula să folosească limbajul de schimbare și să vizualizeze efectele negative ale comportamentului dăunător în perspectivă.

Extremele

Dacă pacientul pare indecis sau ambivalent, îl poți ghida să își imagineze cele mai rele și cele mai bune scenarii legate de schimbarea sau menținerea comportamentului.

De exemplu:

„Ce credeți că s-ar întâmpla dacă ați continua să consumați alcool până la naștere sau după?”

„Ce îngrijorări aveți dacă nu decideți să reduceți consumul?”

„Cum ar arăta viața dvs. dacă ați reuși să vă mențineți abținerea sau să reduceți alcoolul?”

Explorarea acestor scenarii ajută pacientul să conștientizeze impactul deciziei sale și să devină mai conștient de motivele pentru schimbare sau rezistența sa.

Provocarea limbajului de schimbare

După ce ai explorat istoricul comportamentului și pacientul pare pregătit, ghidează-l să reflecteze asupra avantajelor, dezavantajelor și intențiilor de schimbare:

„Ce vă îngrijorează cel mai mult în legătură cu consumul de alcool?”

„Care sunt motivele principale pentru care doriți să reduceți sau să opriți consumul?”

„Cum ați gestionat alte provocări sau schimbări dificile în trecut?”

„Ce ar putea funcționa pentru dumneavoastră dacă decideți să nu mai consumați în anumite contexte?”

„Ce speranțe aveți în privința sănătății sau a vieții de familie dacă reușiți să faceți această schimbare?”

„Ce calități ale dumneavoastră v-ar ajuta să vă mențineți motivația?”

„Care sunt gândurile și pașii pe care îi aveți în vedere pentru a reduce sau a opri consumul?”

În această etapă, scopul este ca limbajul de schimbare să devină dominant în discuție, pentru a construi convingerea și motivația pacientului pentru schimbare. În același timp, recunoaște și limbajul de susținere (rezistența), pentru a-l transforma în limbaj de schimbare.

Cum răspunzi la rezistența pacientului?

Reformulează într-un mod empatic și constructiv:

„Înțeleg că treceți printr-o perioadă dificilă și alcoolul pare să fie un refugiu pentru dumneavoastră, ceea ce face să fie dificil să renunțați chiar acum.”

Subliniază și clarifică că decizia finală aparține pacientului:

„Este complet în controlul dumneavoastră dacă decideți să reduceți sau să opriți consumul. Nimeni nu poate lua această decizie în locul dumneavoastră, chiar dacă toți dorim să vă sprijinim.”

415

ANEXA 9. MODELE DE PLANURI DE REABILITARE PENTRU TULBURĂRI LEGATE DE CONSUMUL DE ALCOOL

Modelul 1: Plan de rehabilitare pentru pacient cu tulburare de consum de alcool ușoară, tratament ambulatoriu

Obiective principale:

- Menținerea abstenenței
- Îmbunătățirea funcției sociale
- Dezvoltarea abilităților de gestionare a stresului

Intervenții recomandate:

- Evaluare inițială și diagnostic clar
- Utilizarea scalei AUDIT pentru evaluare
- Evaluarea comorbidităților și a factorilor de risc social

Psihoterapie:

Terapie cognitiv-comportamentală (TCC), 8-12 ședințe, cu focus pe identificarea și gestionarea declanșatorilor

Sprijin familial și grupuri de suport:

Participarea la grupuri de suport (ex: Al-Anon, AA)
Sesiuni de consiliere familială, lunar

Educație pentru sănătate:

Workshop-uri lunare despre efectele alcoolului și strategiile de prevenție

Monitorizare și reevaluare:

- Evaluarea progresului la fiecare 3 luni
- Ajustarea tratamentului în funcție de rezultate

Durata planului:

6-12 luni, cu reevaluări periodice și posibilitatea de prelungire

Modelul 2: Plan de rehabilitare pentru pacient cu tulburare severă, tratament în centru specializat

Obiective principale:

- Detoxificare și stabilizare medicală
- Reducerea severității simptomelor mentale și fizice
- Reintegrare socială și profesională

Intervenții recomandate:

1. **Detoxifiere medicală:** Spitalizare pentru 7-14 zile, monitorizare strictă și tratament simptomatic
2. **Tratament farmacologic:**
 - Naltrexonum*, Disulfiramum sau Acamprosatum*, în funcție de statusul medical și preferințe
 - Tratament pentru comorbidități (ex: depresie, anxietate)
3. **Psihoterapie intensivă:**
 - TCC și terapie de grup, 3-4 ori pe săptămână, pentru minim 3 luni

- Terapie de suport pentru familie
- 4. Intervenții sociale și ocupaționale:**
- Cursuri de formare profesională, adaptate la abilitățile pacientului
 - Asistență pentru reintegrarea pe piața muncii
- 5. Suport continuu:** Întâlniri periodice de mentenanță, cel puțin 1 an
- Durata planului:**

12-24 luni, cu reevaluare lunară și ajustări

Modelul 3: Plan de reabilitare pentru pacient cu recidivă frecventă

Obiective principale:

- Stabilizarea comportamentului
- Întărirea motivației
- Crearea unui suport durabil

Intervenții recomandate:

- 1. Reevaluare complexă:** Identificarea motivelor recidive și a declanșatorilor
- 2. Tratament farmacologic:** Combinarea medicamentelor pentru menținerea abstenenței (ex: Naltrexonum*+ Acamprosatum*)
- 3. Psihoterapie intensivă:**
 - Terapie de grup de tip 12 pași
 - Sesiuni săptămânale de consiliere individuală
- 4. Sprijin social și familial:**
 - Crearea unui plan de suport familial activ
 - Participare în grupuri de sprijin și programe comunitare
- 5. Educație și motivare:** Workshopuri periodice despre consecințele recidivei și beneficiile abstenenței

Durata planului: 12 luni, cu reevaluare lunară și intervenție adaptată în funcție de progres

Aceste modele trebuie adaptate în funcție de situația particulară a fiecărui pacient, de resursele disponibile și de evoluția în timp. În elaborarea planului, este important să se țină cont de nevoile, motivația și contextul social al pacientului, precum și de implicarea familiei și a suportului comunitar.

ANEXA 10. NIVELE DE EVIDENȚĂ ȘI GRADE DE RECOMANDARE

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

BIBLIOGRAFIE

- ¹ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- ² American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
- ³ Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz. Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry. Eleventh Edition. 2014.
- ⁴ Drinking Levels Defined. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. NIAAA. <https://www.niaaa.nih.gov/>
- ⁵ https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html
- ⁶ World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD). ICD-10 online version: 2016. <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (Accessed on February 10, 2016).
- ⁷ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
- ⁸ Vaux, K. K. (2023, February 3). Fetal alcohol syndrome. In S. A. Zanelli (Ed.), Medscape. <https://emedicine.medscape.com/article/974016-overview>
- ⁹ Chudley AE, Conry J, Cook JL, Loock C, Rosales T, LeBlanc N (March 2005). "Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis". Canadian Medical Association Journal. 172 (5 Suppl): S1 – S21. doi:10.1503/cmaj.1040302. PMC 557121. PMID 15738468.
- ¹⁰ National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Quality Standard. Draft for Consultation. London: NICE, 2020.49 p. www.nice.org.uk
- ¹¹ Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz. Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry. Eleventh Edition. 2014.
- ¹² Organizația Mondială a Sănătății (OMS). (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization. Disponibil la: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077053> [Accesat la: 21 mai 2025].
- ¹³ ESPAD (2015). Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publ Off UE, 2016:34,38,55; http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf.
- ¹⁴ Steffens, R. & Sarrazin, D. (2016) Guidance to reduce alcohol-related harm for young people. Background paper. Münster: LWL-Coordination Office for DrugRelated Issues:34,38,55; <http://www.rarha.eu/Resources/...WP5.T3.YoungPeople.pdf>.
- ¹⁵ Children and young people exposed prenatally to alcohol A national clinical guideline January 2019 SIGN 156 A national clinical guideline January 2019.
- ¹⁶ https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html p88-89
- ¹⁷ Organizația Mondială a Sănătății (OMS). (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization. Disponibil la: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077053> [Accesat la: 21 mai 2025].
- ¹⁸ Kerimofski, L., et al. (2025). Experiences and perspectives of FASD assessment: Psychologists and lived experience. Alcohol: Clinical and Experimental Research, 00, 1–11. <https://doi.org/10.1111/acer.70040>
- ¹⁹ National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Quality Standard. Draft for Consultation. London: NICE, 2020.49 p. www.nice.org.uk
- ²⁰ Vaux, K. K. (2023, February 3). Fetal alcohol syndrome. In S. A. Zanelli (Ed.), Medscape. <https://emedicine.medscape.com/article/974016-overview>
- ²¹ Facts about FASDs. 2015, https://www.cdc.gov/fasd/about/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/facts.html
- ²² Popova S. (2017) Counting the costs of drinking during pregnancy. In Bulletin of Health Organization 2017; <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.030517>
- ²³ Organizația Mondială a Sănătății (OMS). (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization. Disponibil la: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077053> [Accesat la: 21 mai 2025].
- ²⁴ https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html
- ²⁵ WHO, https://www.who.int/europe/health-topics/alcohol#tab=tab_1
- ²⁶ https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=File:Frequency_of_alcohol_consumption_in_the_EU,_2019_update.png
- ²⁷ WHO <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>
- ²⁸ Global alcohol action plan 2022-2030 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/final-text-of-aap-for-layout-and-design-april-2023.pdf?sfvrsn=6c5adb25_2

- ²⁹ Haber PS, Riordan BC, Winter DT, et al. New Australian guidelines for the treatment of alcohol problems: an overview of recommendations. *Med J Aust* 2021; 215 (7 Suppl): S1-S32; doi: 10.5694/mja2.51254.
- ³⁰ Haber PS, Riordan BC, Winter DT, et al. New Australian guidelines for the treatment of alcohol problems: an overview of recommendations. *Med J Aust* 2021; 215 (7 Suppl): S1-S32; doi: 10.5694/mja2.51254.
- ³¹ DSM-5 – Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale, ediția a 5-a - Capitol: "Substance-Related and Addictive Disorders" Publicat de: American Psychiatric Association (APA) Anul publicării: 2013 ISBN: 978-0-89042-555-8
- ³² DSM-5 – Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale, ediția a 5-a - Capitol: "Substance-Related and Addictive Disorders" Publicat de: American Psychiatric Association (APA) Anul publicării: 2013 ISBN: 978-0-89042-555-8
- ³³ Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a 11-a (ICD-11), OMS.
- ³⁴ Haber PS, Riordan BC, Winter DT, et al. New Australian guidelines for the treatment of alcohol problems: an overview of recommendations. *Med J Aust* 2021; 215 (7 Suppl): S1-S32; doi: 10.5694/mja2.51254.
- ³⁵ DSM-5 – Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale, ediția a 5-a Capitol: "Substance-Related and Addictive Disorders" Publicat de: American Psychiatric Association (APA) Anul publicării: 2013 ISBN: 978-0-89042-555-8
- ³⁶ Thompson, W., & Xiong, G. L. (2024, June 28). Alcoholism Clinical Presentation. In *Drugs & Diseases > Psychiatry*. Medscape. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/289848-clinical>
- ³⁷ Hartney, E. (2022, August 25). DSM-5 criteria for substance use disorders. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/dsm-5-criteria-for-substance-use-disorders-21926>
- ³⁸ Hartney, E. (2022, August 25). DSM-5 criteria for substance use disorders. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/dsm-5-criteria-for-substance-use-disorders-21926>
- ³⁹ DSM-5 – Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale, ediția a 5-a Capitol: "Substance-Related and Addictive Disorders" Publicat de: American Psychiatric Association (APA) Anul publicării: 2013 ISBN: 978-0-89042-555-8
- ⁴⁰ Thompson, W., & Xiong, G. L. (2024, June 28). Alcoholism Clinical Presentation. In *Drugs & Diseases > Psychiatry*. Medscape. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/289848-clinical>
- ⁴¹ Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Craiova. „Evoluția dependenței de alcool”. Disponibil la: <https://www.umfcv.ro/ro/despre-noi/ccop/ccop-legaturi-utile/ccop-resurse-pentru-sanatate/dependenta-de-alcool/ccop-evolutia-dependentei-de-alcool>
- ⁴² Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a 11-a (ICD-11), OMS.
- ⁴³ BUDISAN, Narcis, LAZARESCU, Mircea, & HATEGAN, Mieta. (2000). Tipuri de alcoolism bazate pe indicatori de vulnerabilitate și severitate. Nr. 2-3/2000.
- ⁴⁴ Iasmina, D. (2015). Alcoolismul: cauze, simptome, tratament. *MedLife*. Recuperat de <https://www.medlife.ro/glosar-medical/afectiuni-medicale/alcoolismul-cauze-simptome-tratament>
- ⁴⁵ Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie ALCOOLISM. Aprobă prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 428 din 09.04.2013
- ⁴⁶ Organizația Mondială a Sănătății (OMS). (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization. Disponibil la: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077053> [Accesat la: 21 mai 2025].
- ⁴⁷ DSM-5 – Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale, ediția a 5-a Capitol: "Substance-Related and Addictive Disorders" Publicat de: American Psychiatric Association (APA) Anul publicării: 2013 ISBN: 978-0-89042-555-8
- ⁴⁸ Thompson, W., & Xiong, G. L. (2024, June 28). Alcoholism Clinical Presentation. In *Drugs & Diseases > Psychiatry*. Medscape. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/289848-clinical>
- ⁴⁹ Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. (2017). Protocol clinic național PCN-20: Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de alcool. Chișinău: Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Aprobă prin Ordinul nr. 75 din 06.02.2017.
- ⁵⁰ Thompson, W., & Xiong, G. L. (2024, June 28). Alcoholism Clinical Presentation. In *Drugs & Diseases > Psychiatry*. Medscape. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/289848-clinical>
- ⁵¹ Merline A, Jager J, Schulenberg JE. Adolescent risk factors for adult alcohol use and abuse: stability and change of predictive value across early and middle adulthood. *Addiction*. 2008;103:84–99.
- ⁵² Britton A, Ben-Shlomo Y, Benzeval M, Kuh D, Bell S. Life course trajectories of alcohol consumption in the United Kingdom using longitudinal data from nine cohort studies. *BMC Med*. 2015;13:47. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0273-z>.
- ⁵³ Merline A, Jager J, Schulenberg JE. Adolescent risk factors for adult alcohol use and abuse: stability and change of predictive value across early and middle adulthood. *Addiction*. 2008;103:84–99.
- ⁵⁴ Moos RH, Schutte KK, Brennan PL, Moos BS. Late-life and life history predictors of older adults' high-risk alcohol consumption and drinking problems. *Drug Alcohol Depend*. 2010;108:13–20. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.005>

- ⁵⁵ Whelan R, Watts R, Orr CA, Althoff RR, Artiges E, Banaschewski T, et al. Neuropsychosocial profiles of current and future adolescent alcohol misusers. *Nature*. 2014;512:185–9. <https://doi.org/10.1038/nature13402>.
- ⁵⁶ Goldman D, Oroszi G, Ducci F. The genetics of addictions: uncovering the genes. *Nat Rev Genet*. 2005;6:521–32. <https://doi.org/10.1038/nrg1635>.
- ⁵⁷ Belin D, Everitt BJ. Cocaine seeking habits depend upon dopamine-dependent serial connectivity linking the ventral with the dorsal striatum. *Neuron*. 2008;57:432–41. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2007.12.019>.
- ⁵⁸ Everitt BJ, Robbins TW. Drug addiction: updating actions to habits to compulsions ten years on. *Annu Rev Psychol*. 2016;67:23–50. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033457>.
- ⁵⁹ Berridge KC, Robinson TE. Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction. *Am Psychol*. 2016;71:670–9. <https://doi.org/10.1037/amp0000059>.
- ⁶⁰ Heinz AJ, Beck A, Meyer-Lindenberg A, Sterzer P, Heinz A. Cognitive and neurobiological mechanisms of alcohol-related aggression. *Nat Rev Neurosci*. 2011;12:400–13. <https://doi.org/10.1038/nrn3042>.
- ⁶¹ Sebold M, Nebe S, Garbusow M, Schad D, Sommer C, Rapp M, et al. Neurobiological correlates of learning and decision-making in alcohol dependence. *European Psychiatry*. 2017;41:S11. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.084>.
- ⁶² Schad DJ, Garbusow M, Friedel E, Sommer C, Sebold M, Hägele C, et al. Neural correlates of instrumental responding in the context of alcohol-related cues index disorder severity and relapse risk. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019;269:295–308. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0860-4>.
- ⁶³ Shalev U, Grimm JW, Shaham Y. Neurobiology of relapse to heroin and cocaine seeking: a review. *Pharmacol Rev*. 2002;54:1–42.
- ⁶⁴ Bossert JM, Marchant NJ, Calu DJ, Shaham Y. The reinstatement model of drug relapse: recent neurobiological findings, emerging research topics, and translational research. *Psychopharmacology*. 2013;229:453–76. <https://doi.org/10.1007/s00213-013-3120-y>.
- ⁶⁵ Everitt BJ, Robbins TW. Drug addiction: updating actions to habits to compulsions ten years on. *Annu Rev Psychol*. 2016;67:23–50. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033457>.
- ⁶⁶ Berridge KC, Robinson TE. Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction. *Am Psychol*. 2016;71:670–9. <https://doi.org/10.1037/amp0000059>.
- ⁶⁷ Subica AM, Guerrero EG, Hong P, Aitaoto N, Moss HB, Iwamoto DK, Wu LT. Alcohol Use Disorder Risk and Protective Factors and Associated Harms Among Pacific Islander Young Adults. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2022 Oct;9(5):1818–1827. doi: 10.1007/s40615-021-01118-0. Epub 2021 Aug 10. PMID: 34378172; PMCID: PMC9048749.
- ⁶⁸ Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*. 1997;4(5):231–44. 10.3109/10673229709030550.
- ⁶⁹ Turner S, Mota N, Bolton J, Sareen J. Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: a narrative review of the epidemiological literature. *Depression and Anxiety*. 2018;35(9):851–60. 10.1002/da.22771.
- ⁷⁰ Krieger H, Neighbors C, Lewis MA, LaBrie JW, Foster DW, Larimer ME. Injunctive norms and alcohol consumption: a revised conceptualization. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016;40(5):1083–92. 10.1111/acer.13037.
- ⁷¹ Okamoto SK, Helm S, Pel S, McClain LL, Hill AP, Hayashida JKP. Developing empirically based, culturally grounded drug prevention interventions for indigenous youth populations. *The Journal of Behavioral Health Services & Research (JBHS& R)*. 2014;41(1):8–19. 10.1007/s11414-012-9304-0.
- ⁷² Neighbors C, Larimer ME, Lewis MA. Targeting misperceptions of descriptive drinking norms: efficacy of a computer-delivered personalized normative feedback intervention. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(3):434–47. 10.1037/0022-006X.72.3.434.
- ⁷³ Okamoto SK, Mayeda DT, Ushiroda M, Rehuher D, Lauilefue T, Ongalibang O. Risk and protective factors of Micronesian youth in Hawai'i: an exploratory study. *J Sociol Soc Welf*. 2008;35(2):127–47.
- ⁷⁴ Deeken, F., Banaschewski, T., Kluge, U. et al. Risk and Protective Factors for Alcohol Use Disorders Across the Lifespan. *Curr Addict Rep* 7, 245–251 (2020). <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00313-z>
- ⁷⁵ Whelan R, Watts R, Orr CA, Althoff RR, Artiges E, Banaschewski T, et al. Neuropsychosocial profiles of current and future adolescent alcohol misusers. *Nature*. 2014;512:185–9. <https://doi.org/10.1038/nature13402>.
- ⁷⁶ Merline A, Jager J, Schulenberg JE. Adolescent risk factors for adult alcohol use and abuse: stability and change of predictive value across early and middle adulthood. *Addiction*. 2008;103:84–99.
- ⁷⁷ Merline A, Jager J, Schulenberg JE. Adolescent risk factors for adult alcohol use and abuse: stability and change of predictive value across early and middle adulthood. *Addiction*. 2008;103:84–99.
- ⁷⁸ Whelan R, Watts R, Orr CA, Althoff RR, Artiges E, Banaschewski T, et al. Neuropsychosocial profiles of current and future adolescent alcohol misusers. *Nature*. 2014;512:185–9. <https://doi.org/10.1038/nature13402>.
- ⁷⁹ Hinckers AS, Laucht M, Schmidt MH, Mann KF, Schumann G, Schuckit MA, et al. Low level of response to alcohol as associated with serotonin transporter genotype and high alcohol intake in adolescents. *Biol Psychiatry*. 2006;60:282–7. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.12.009>.
- ⁸⁰ Whelan R, Watts R, Orr CA, Althoff RR, Artiges E, Banaschewski T, et al. Neuropsychosocial profiles of current and future adolescent alcohol misusers. *Nature*. 2014;512:185–9. <https://doi.org/10.1038/nature13402>.

- ⁸¹ Schad DJ, Garbusow M, Friedel E, Sommer C, Sebold M, Hägele C, et al. Neural correlates of instrumental responding in the context of alcohol-related cues index disorder severity and relapse risk. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019;269:295–308. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0860-4>.
- ⁸² Boecker-Schlier R, Holz NE, Hohm E, Zohsel K, Blomeyer D, Buchmann AF, et al. Association between pubertal stage at first drink and neural reward processing in early adulthood. *Addict Biol*. 2017;22:1402–15. <https://doi.org/10.1111/adb.12413>.
- ⁸³ Caldwell TM, Rodgers B, Jorm AF, Christensen H, Jacomb PA, Korten AE, et al. Patterns of association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety in young adults. *Addiction*. 2002;97:583–94. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00092.x>.
- ⁸⁴ Alati R, Lawlor DA, Najman JM, Williams GM, Bor W, O’Callaghan M. Is there really a ‘J-shaped’ curve in the association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety? Findings from the Mater-University Study of Pregnancy and its outcomes. *Addiction*. 2005;100:643–51. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01063.x>.
- ⁸⁵ Deeken, F., Banaschewski, T., Kluge, U. et al. Risk and Protective Factors for Alcohol Use Disorders Across the Lifespan. *Curr Addict Rep* 7, 245–251 (2020). <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00313-z>
- ⁸⁶ Merline A, Jager J, Schulenberg JE. Adolescent risk factors for adult alcohol use and abuse: stability and change of predictive value across early and middle adulthood. *Addiction*. 2008;103:84–99.
- ⁸⁷ Leung JPK, Britton A, Bell S. Adverse childhood experiences and alcohol consumption in midlife and early old-age. *Alcohol Alcohol*. 2016;51:331–8. <https://doi.org/10.1093/alcac/agv125>.
- ⁸⁸ Boecker R, Holz NE, Buchmann AF, Blomeyer D, Plichta MM, Wolf I, et al. Impact of early life adversity on reward processing in young adults: EEG-fMRI results from a prospective study over 25 years. *PLoS One*. 2014;9:e104185. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104185>.
- ⁸⁹ Wingo AP, Ressler KJ, Bradley B. Resilience characteristics mitigate tendency for harmful alcohol and illicit drug use in adults with a history of childhood abuse: a cross-sectional study of 2024 inner-city men and women. *J Psychiatr Res*. 2014;51:93–9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.01.007>.
- ⁹⁰ Holz NE, Boecker R, Baumeister S, Hohm E, Zohsel K, Buchmann AF, et al. Effect of prenatal exposure to tobacco smoke on inhibitory control: neuroimaging results from a 25-year prospective study. *JAMA Psychiatry*. 2014;71:786–96. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.343>
- ⁹¹ Garbusow M, Schad DJ, Sommer C, Jünger E, Sebold M, Friedel E, et al. Pavlovian-to-instrumental transfer in alcohol dependence: a pilot study. *Neuropsychobiology*. 2014;70:111–21. <https://doi.org/10.1159/000363507>.
- ⁹² Sebold M, Deserno L, Nebe S, Nebe S, Schad DJ, Garbusow M, et al. Model-based and model-free decisions in alcohol dependence. *Neuropsychobiology*. 2014;70:122–31. <https://doi.org/10.1159/000362840>.
- ⁹³ Schad DJ, Jünger E, Sebold M, Garbusow M, Bernhardt N, Javadi A-H, et al. Processing speed enhances model-based over model-free reinforcement learning in the presence of high working memory functioning. *Front Psychol*. 2014;5:1450. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01450>.
- ⁹⁴ Sebold M, Nebe S, Garbusow M, Schad D, Sommer C, Rapp M, et al. Neurobiological correlates of learning and decision-making in alcohol dependence. *European Psychiatry*. 2017;41:S11. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.084>.
- ⁹⁵ Stalder T, Kirschbaum C, Heinze K, Steudte S, Foley P, Tietze A, et al. Use of hair cortisol analysis to detect hypercortisolism during active drinking phases in alcohol-dependent individuals. *Biol Psychol*. 2010;85:357–60. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2010.08.005>
- ⁹⁶ Brennan PL, Moos RH, Kim JY. Gender differences in the individual characteristics and life contexts of late-middle-aged and older problem drinkers. *Addiction*. 1993;88:781–90. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02092.x>.
- ⁹⁷ Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend*. 2015;156:1–13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023>
- ⁹⁸ Deeken, F., Banaschewski, T., Kluge, U. et al. Risk and Protective Factors for Alcohol Use Disorders Across the Lifespan. *Curr Addict Rep* 7, 245–251 (2020). <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00313-z>
- ⁹⁹ Britton A, Ben-Shlomo Y, Benzeval M, Kuh D, Bell S. Life course trajectories of alcohol consumption in the United Kingdom using longitudinal data from nine cohort studies. *BMC Med*. 2015;13:47. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0273-z>.
- ¹⁰⁰ Johnson I. Alcohol problems in old age: a review of recent epidemiological research. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15:575–81. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200007\)15:7<575::AID-GPS151>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200007)15:7<575::AID-GPS151>3.0.CO;2-0).
- ¹⁰¹ Johnson I. Alcohol problems in old age: a review of recent epidemiological research. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15:575–81. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200007\)15:7<575::AID-GPS151>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200007)15:7<575::AID-GPS151>3.0.CO;2-0).
- ¹⁰² Crome I, Li T-K, Rao R, Wu L-T. Alcohol limits in older people. *Addiction*. 2012;107:1541–3. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03854.x>.
- ¹⁰³ Platt A, Sloan FA, Costanzo P. Alcohol-consumption trajectories and associated characteristics among adults older than age 50. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010;71:169–79. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.169>.

- ¹⁰⁴ Moos RH, Schutte KK, Brennan PL, Moos BS. Late-life and life history predictors of older adults' high-risk alcohol consumption and drinking problems. *Drug Alcohol Depend.* 2010;108:13–20. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.005>
- ¹⁰⁵ Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend.* 2015;156:1–13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023>
- ¹⁰⁶ Brennan PL, Moos RH, Kim JY. Gender differences in the individual characteristics and life contexts of late-middle-aged and older problem drinkers. *Addiction.* 1993;88:781–90. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02092.x>
- ¹⁰⁷ Kalbitzer J, Deserno L, Schlagenhauf F, Beck A, Mell T, Bahr G, et al. Decline in prefrontal catecholamine synthesis explains age-related changes in cognitive speed beyond regional grey matter atrophy. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* 2012;39:1462–6. <https://doi.org/10.1007/s00259-012-2162-4>
- ¹⁰⁸ Heinzel S, Lorenz RC, Brockhaus W-R, Wüstenberg T, Kathmann N, Heinz A, et al. Working memory load-dependent brain response predicts behavioral training gains in older adults. *J Neurosci.* 2014;34:1224–33. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2463-13.2014>
- ¹⁰⁹ Heinz A, Goldman D, Gallinat J, Schumann G, Puls I. Pharmacogenetic insights to monoaminergic dysfunction in alcohol dependence. *Psychopharmacology.* 2004;174:561–70. <https://doi.org/10.1007/s00213-004-1903-x>
- ¹¹⁰ Heinz A, Siessmeier T, Wrase J, Hermann D, Klein S, Grüsser-Sinopoli SM, et al. Correlation between dopamine D 2 receptors in the ventral striatum and central processing of alcohol cues and craving. *AJP.* 2004;161:1783–9. <https://doi.org/10.1176/ajp.161.10.1783>
- ¹¹¹ Samanez-Larkin GR, Gibbs SEB, Khanna K, Nielsen L, Carstensen LL, Knutson B. Anticipation of monetary gain but not loss in healthy older adults. *Nat Neurosci.* 2007;10:787–91. <https://doi.org/10.1038/nn1894>
- ¹¹² Mata R, Josef AK, Samanez-Larkin GR, Hertwig R. Age differences in risky choice: a meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci.* 2011;1235:18–29. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06200.x>
- ¹¹³ Heinz A, Voss M, Lawrie SM, Mishara A, Bauer M, Gallinat J, et al. Shall we really say goodbye to first rank symptoms? *Eur Psychiatry.* 2016;37:8–13. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.04.010>
- ¹¹⁴ Crome I, Li T-K, Rao R, Wu L-T. Alcohol limits in older people. *Addiction.* 2012;107:1541–3. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03854.x>
- ¹¹⁵ Johnson I. Alcohol problems in old age: a review of recent epidemiological research. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2000;15:575–81. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200007\)15:7<575::AID-GPS151>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200007)15:7<575::AID-GPS151>3.0.CO;2-0)
- ¹¹⁶ National Institute for Health and Care Excellence. (2010). Alcohol-use disorders: Prevention (Public health guideline [PH24]) [Guideline]. Retrieved June 4, 2025, from <https://www.nice.org.uk/guidance/ph24>
- ¹¹⁷ <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>
- ¹¹⁸ Sher KJ, Grekin ER, Williams NA. The development of alcohol use disorders. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1:493.
- ¹¹⁹ Sher KJ, Slutske WS. Disorders of impulse control. In: *Handbook of Psychology*, Stricker G, Widiger TA (Eds), Wiley, New York 2003. p.195.
- ¹²⁰ Koob GF, Volkow ND, 2016. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry* 3, 760–773.
- ¹²¹ Ehrnrooth A, Gluschkoff K, Jokela M, Komulainen K. Sociodemographic risk factors for the persistence of harmful alcohol use: a pooled analysis of prospective cohort studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2025 Jan;60(1):215–221. doi: 10.1007/s00127-024-02654-w. Epub 2024 Apr 26. PMID: 38668773; PMCID: PMC11790781.
- ¹²² Bohnsack JP, Pandey SC. Histone modifications, DNA methylation, and the epigenetic code of alcohol use disorder. *Int Rev Neurobiol.* 2021;156:1-62. doi: 10.1016/bs.irm.2020.08.005. Epub 2020 Oct 17. PMID: 33461661; PMCID: PMC7990320.
- ¹²³ Prescott CA, Kendler KS, 1999. Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins. *AJP* 156, 34–40.
- ¹²⁴ <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.11.007>
- ¹²⁵ Pandey SC, Kyzar EJ, Zhang H, 2017. Epigenetic basis of the dark side of alcohol addiction. *Neuropharmacology* 122, 74–84.
- ¹²⁶ Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR, Williamson DF. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatr Serv.* 2002 Aug;53(8):1001-9. doi: 10.1176/appi.ps.53.8.1001. PMID: 12161676.
- ¹²⁷ Adan A, Forero DA, Navarro JF, 2017. Personality traits related to binge drinking: A systematic review. *Front. Psychiatry* 8, 134.
- ¹²⁸ Álvarez A, Ávila J, Palao D, Montejo Á, 2018. Influence of Personality Traits on the Severity of Alcohol Use Disorders. *JCM* 7, 127.
- ¹²⁹ <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.08.011>
- ¹³⁰ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2022). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. PEP22-07-01-005, NSDUH Series H-57). Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://www.samhsa.gov/data/report/2021-nsduh-annual-national-report>

- ¹³¹ Gitatui M, Kimani S, Muniu S, Okube O. Determinants of harmful use of alcohol among urban slum dwelling adults in Kenya. *Afr Health Sci*. 2019 Dec;19(4):2906-2925. doi: 10.4314/ahs.v19i4.12. PMID: 32127866; PMCID: PMC7040319.
- ¹³² Watts, L.L., Hamza, E.A., Bedewy, D.A. et al. A meta-analysis study on peer influence and adolescent substance use. *Curr Psychol* 43, 3866–3881 (2024). <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04944-z>
- ¹³³ Collins SE. Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. *Alcohol Res*. 2016;38(1):83-94. PMID: 27159815; PMCID: PMC4872618.
- ¹³⁴ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2022). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. PEP22-07-01-005, NSDUH Series H-57). Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://www.samhsa.gov/data/report/2021-nsduh-annual-national-report>
- ¹³⁵ Sursă: Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., Monteiro, M. (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test - Guidelines for Use in Primary Care. WHO.
- ¹³⁶ World Health Organization. (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization. [ISBN 978 92 4 154873 1] - <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548731>
- ¹³⁷ National Institute for Health and Care Excellence. (2011). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence [CG115] [Guideline]. Retrieved June 4, 2025, from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>
- ¹³⁸ National Institute for Health and Care Excellence. (2011). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence [CG115] [Guideline]. Retrieved June 4, 2025, from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>
- ¹³⁹ National Institute for Health and Care Excellence. (2011). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence [CG115] [Guideline]. Retrieved June 4, 2025, from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>
- ¹⁴⁰ Yang Z., Hategan A. Alcohol-Related Psychosis. Medscape. Updated: Jun 06, 2022. Доступно по адресу: (emedscape.com)
- ¹⁴¹ Yang Z., Hategan A. Alcohol-Related Psychosis. Medscape. Updated: Jun 06, 2022. Доступно по адресу: (emedscape.com)
- ¹⁴² Yang Z., Hategan A. Alcohol-Related Psychosis. Medscape. Updated: Jun 06, 2022. Доступно по адресу: (emedscape.com)
- ¹⁴³ Hartney, E. (2022, August 25). DSM-5 criteria for substance use disorders. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/dsm-5-criteria-for-substance-use-disorders-21926>
- ¹⁴⁴ Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a 11-a (ICD-11), OMS.
- ¹⁴⁵ Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie ALCOOLISM. Aprobă prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 428 din 09.04.2013
- ¹⁴⁶ Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a 11-a (ICD-11), OMS.
- ¹⁴⁷ Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a 11-a (ICD-11), OMS.
- ¹⁴⁸ Edwards G & Gross M: Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome, *Brit.Med.J.* 1976, 1(6017):1058-1061.
- ¹⁴⁹ Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie ALCOOLISM. Aprobă prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 428 din 09.04.2013
- ¹⁵⁰ Thompson, W., & Xiong, G. L. (2024, June 28). Alcoholism Clinical Presentation. In *Drugs & Diseases > Psychiatry*. Medscape. Retrieved from <https://emedscape.com/article/289848-clinical>
- ¹⁵¹ Hartney, E. (2022, August 25). DSM-5 criteria for substance use disorders. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/dsm-5-criteria-for-substance-use-disorders-21926>
- ¹⁵² Yang Z., Hategan A. Alcohol-Related Psychosis. Medscape. Updated: Jun 06, 2022. Доступно по адресу: (emedscape.com)
- ¹⁵³ Yang Z., Hategan A. Alcohol-Related Psychosis. Medscape. Updated: Jun 06, 2022. Доступно по адресу: (emedscape.com)
- ¹⁵⁴ Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. (2017). Protocol clinic național PCN-20: Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de alcool. Chișinău: Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Aprobă prin Ordinul nr. 75 din 06.02.2017.
- ¹⁵⁵ Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. (2017). Protocol clinic național PCN-20: Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de alcool. Chișinău: Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Aprobă prin Ordinul nr. 75 din 06.02.2017.
- ¹⁵⁶ Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. (2017). Protocol clinic național PCN-20: Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de alcool. Chișinău: Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Aprobă prin Ordinul nr. 75 din 06.02.2017.
- ¹⁵⁷ Yang Z., Hategan A. Alcohol-Related Psychosis. Medscape. Updated: Jun 06, 2022. Доступно по адресу: (emedscape.com)

-
- ¹⁵⁸ Organizația Mondială a Sănătății (OMS). (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization. Disponibil la: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077053> [Accesat la: 21 mai 2025].
- ¹⁵⁹ Thompson, W., & Xiong, G. L. (2024, June 28). Alcoholism Clinical Presentation. In *Drugs & Diseases > Psychiatry*. Medscape. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/289848-clinical>
- ¹⁶⁰ Hartney, E. (2022, August 25). DSM-5 criteria for substance use disorders. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/dsm-5-criteria-for-substance-use-disorders-21926>
- ¹⁶¹ Yang Z., Hategan A. Alcohol-Related Psychosis. Medscape. Updated: Jun 06, 2022. Доступно по адресу: (emedicine.medscape.com)
- ¹⁶² Hartney, E. (2022, August 25). DSM-5 criteria for substance use disorders. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/dsm-5-criteria-for-substance-use-disorders-21926>
- ¹⁶³ Thompson, W., & Xiong, G. L. (2024, June 28). Alcoholism Clinical Presentation. In *Drugs & Diseases > Psychiatry*. Medscape. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/289848-clinical>
- ¹⁶⁴ Thompson, W., & Xiong, G. L. (2024, June 28). Alcoholism Clinical Presentation. In *Drugs & Diseases > Psychiatry*. Medscape. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/289848-clinical>
- ¹⁶⁵ Thompson, W., & Xiong, G. L. (2024, June 28). Alcoholism Clinical Presentation. In *Drugs & Diseases > Psychiatry*. Medscape. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/289848-clinical>
- ¹⁶⁶ Thompson, W., & Xiong, G. L. (2024, June 28). Alcoholism Clinical Presentation. In *Drugs & Diseases > Psychiatry*. Medscape. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/289848-clinical>
- ¹⁶⁷ Thompson, W., & Xiong, G. L. (2024, June 28). Alcoholism Clinical Presentation. In *Drugs & Diseases > Psychiatry*. Medscape. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/289848-clinical>
- ¹⁶⁸ Yang Z., Hategan A. Alcohol-Related Psychosis. Medscape. Updated: Jun 06, 2022. Доступно по адресу: (emedicine.medscape.com)
- ¹⁶⁹ Hartney, E. (2022, August 25). DSM-5 criteria for substance use disorders. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/dsm-5-criteria-for-substance-use-disorders-21926>
- ¹⁷⁰ Krause, R. S. (2025, February 7). Alcohol and Substance Abuse Evaluation. In B. E. Brenner (Ed.), Medscape. <https://emedicine.medscape.com/article/805084-overview>
- ¹⁷¹ Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie ALCOOLISM. Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 428 din 09.04.2013
- ¹⁷² Krause, R. S. (2025, February 7). Alcohol and Substance Abuse Evaluation. In B. E. Brenner (Ed.), Medscape. <https://emedicine.medscape.com/article/805084-overview>
- ¹⁷³ Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie ALCOOLISM. Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 428 din 09.04.2013
- ¹⁷⁴ Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie ALCOOLISM. Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 428 din 09.04.2013
- ¹⁷⁵ Krause, R. S. (2025, February 7). Alcohol and Substance Abuse Evaluation. In B. E. Brenner (Ed.), Medscape. <https://emedicine.medscape.com/article/805084-overview>
- ¹⁷⁶ Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie ALCOOLISM. Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 428 din 09.04.2013
- ¹⁷⁷ Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie ALCOOLISM. Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 428 din 09.04.2013
- ¹⁷⁸ Krause, R. S. (2025, February 7). Alcohol and Substance Abuse Evaluation. In B. E. Brenner (Ed.), Medscape. <https://emedicine.medscape.com/article/805084-overview>
- ¹⁷⁹ Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie ALCOOLISM. Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 428 din 09.04.2013
- ¹⁸⁰ Krause, R. S. (2025, February 7). Alcohol and Substance Abuse Evaluation. In B. E. Brenner (Ed.), Medscape. <https://emedicine.medscape.com/article/805084-overview>
- ¹⁸¹ Krause, R. S. (2025, February 7). Alcohol and Substance Abuse Evaluation. In B. E. Brenner (Ed.), Medscape. <https://emedicine.medscape.com/article/805084-overview>
- ¹⁸² Hartney, E. (2022, August 25). DSM-5 criteria for substance use disorders. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/dsm-5-criteria-for-substance-use-disorders-21926>
- ¹⁸³ Hartney, E. (2022, August 25). DSM-5 criteria for substance use disorders. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/dsm-5-criteria-for-substance-use-disorders-21926>
- ¹⁸⁴ Kerimofski, L., et al. (2025). Experiences and perspectives of FASD assessment: Psychologists and lived experience. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 00, 1–11. <https://doi.org/10.1111/acer.70040>
- ¹⁸⁵ DSM-5 – Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale, ediția a 5-a
Capitol: "Substance-Related and Addictive Disorders" Publicat de: American Psychiatric Association (APA) Anul publicării: 2013 ISBN: 978-0-89042-555-8
- ¹⁸⁶ DSM-5 – Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale, ediția a 5-a
Capitol: "Substance-Related and Addictive Disorders" Publicat de: American Psychiatric Association (APA) Anul publicării: 2013 ISBN: 978-0-89042-555-8

-
- ¹⁸⁷ DSM-5 – Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale, ediția a 5-a
Capitol: "Substance-Related and Addictive Disorders" Publicat de: American Psychiatric Association (APA) Anul publicării: 2013 ISBN: 978-0-89042-555-8
- ¹⁸⁸ DSM-5 – Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale, ediția a 5-a
Capitol: "Substance-Related and Addictive Disorders" Publicat de: American Psychiatric Association (APA) Anul publicării: 2013 ISBN: 978-0-89042-555-8
- ¹⁸⁹ DSM-5 – Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale, ediția a 5-a
Capitol: "Substance-Related and Addictive Disorders" Publicat de: American Psychiatric Association (APA) Anul publicării: 2013 ISBN: 978-0-89042-555-8
- ¹⁹⁰ Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie ALCOOLISM. Aprobă prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 428 din 09.04.2013
- ¹⁹¹ Vaux, K. K. (2023, February 3). Fetal alcohol syndrome. In S. A. Zanelli (Ed.), Medscape.
<https://emedicine.medscape.com/article/974016-overview>
- ¹⁹² Hartney, E. (2022, August 25). DSM-5 criteria for substance use disorders. Verywell Mind.
<https://www.verywellmind.com/dsm-5-criteria-for-substance-use-disorders-21926>
- ¹⁹³ Hartney, E. (2022, August 25). DSM-5 criteria for substance use disorders. Verywell Mind.
<https://www.verywellmind.com/dsm-5-criteria-for-substance-use-disorders-21926>
- ¹⁹⁴ Thompson, W., & Xiong, G. L. (2024, June 28). Alcoholism Clinical Presentation. In Drugs & Diseases > Psychiatry. Medscape. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/289848-clinical>
- ¹⁹⁵ Thompson, W., & Xiong, G. L. (2024, June 28). Alcoholism Clinical Presentation. In Drugs & Diseases > Psychiatry. Medscape. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/289848-clinical>
- ¹⁹⁶ Yang Z., Hategan A. Alcohol-Related Psychosis. Medscape. Updated: Jun 06, 2022. Доступно по адресу: (emedicine.medscape.com)
- ¹⁹⁷ Yang Z., Hategan A. Alcohol-Related Psychosis. Medscape. Updated: Jun 06, 2022. Доступно по адресу: (emedicine.medscape.com)
- ¹⁹⁸ Yang Z., Hategan A. Alcohol-Related Psychosis. Medscape. Updated: Jun 06, 2022. Доступно по адресу: (emedicine.medscape.com)
- ¹⁹⁹ National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Quality Standard. Draft for Consultation. London: NICE, 2020.49 p.
www.nice.org.uk
- ²⁰⁰ Vaux, K. K. (2023, February 3). Fetal alcohol syndrome. In S. A. Zanelli (Ed.), Medscape.
<https://emedicine.medscape.com/article/974016-overview>
- ²⁰¹ Vaux, K. K. (2023, February 3). Fetal alcohol syndrome. In S. A. Zanelli (Ed.), Medscape.
<https://emedicine.medscape.com/article/974016-overview>
- ²⁰² Vaux, K. K. (2023, February 3). Fetal alcohol syndrome. In S. A. Zanelli (Ed.), Medscape.
<https://emedicine.medscape.com/article/974016-overview>
- ²⁰³ Kerimofski, L., et al. (2025). Experiences and perspectives of FASD assessment: Psychologists and lived experience. Alcohol: Clinical and Experimental Research, 00, 1–11. <https://doi.org/10.1111/acer.70040>
- ²⁰⁴ Kerimofski, L., et al. (2025). Experiences and perspectives of FASD assessment: Psychologists and lived experience. Alcohol: Clinical and Experimental Research, 00, 1–11. <https://doi.org/10.1111/acer.70040>
- ²⁰⁵ Children and young people exposed prenatally to alcohol A national clinical guideline January 2019 SIGN 156 A national clinical guideline January 2019.
- ²⁰⁶ National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Quality Standard. Draft for Consultation. London: NICE, 2020.49 p. www.nice.org.uk
- ²⁰⁷ Vaux, K. K. (2023, February 3). Fetal alcohol syndrome. In S. A. Zanelli (Ed.), Medscape.
<https://emedicine.medscape.com/article/974016-overview>
- ²⁰⁸ National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Quality Standard. Draft for Consultation. London: NICE, 2020.49 p. www.nice.org.uk
- ²⁰⁹ Children and young people exposed prenatally to alcohol A national clinical guideline January 2019 SIGN 156 A national clinical guideline January 2019.
- ²¹⁰ Children and young people exposed prenatally to alcohol A national clinical guideline January 2019 SIGN 156 A national clinical guideline January 2019.
- ²¹¹ Kerimofski, L., et al. (2025). Experiences and perspectives of FASD assessment: Psychologists and lived experience. Alcohol: Clinical and Experimental Research, 00, 1–11. <https://doi.org/10.1111/acer.70040>
- ²¹² Kerimofski, L., et al. (2025). Experiences and perspectives of FASD assessment: Psychologists and lived experience. Alcohol: Clinical and Experimental Research, 00, 1–11. <https://doi.org/10.1111/acer.70040>
- ²¹³ Kerimofski, L., et al. (2025). Experiences and perspectives of FASD assessment: Psychologists and lived experience. Alcohol: Clinical and Experimental Research, 00, 1–11. <https://doi.org/10.1111/acer.70040>
- ²¹⁴ Vaux, K. K. (2023, February 3). Fetal alcohol syndrome. In S. A. Zanelli (Ed.), Medscape.
<https://emedicine.medscape.com/article/974016-overview>

- ²¹⁵ Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. (2017). Protocol clinic național PCN-20: Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de alcool. Chișinău: Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Aprobat prin Ordinul nr. 75 din 06.02.2017.
- ²¹⁶ Thompson, W., & Xiong, G. L. (2024, June 28). Alcoholism Clinical Presentation. In Drugs & Diseases > Psychiatry. Medscape. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/289848-clinical>
- ²¹⁷ Mullen, B. (2020, noiembrie 11). Alcohol use disorder: Treatment, monitoring and follow-up in primary care [Prezentare PowerPoint]. University of Colorado Anschutz Medical Campus.
- ²¹⁸ Thompson, W., & Xiong, G. L. (2024, June 28). Alcoholism Clinical Presentation. In Drugs & Diseases > Psychiatry. Medscape. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/289848-clinical>
- ²¹⁹ Republica Moldova. Parlamentul. Codul contravențional al Republicii Moldova Nr. 218 din 24 octombrie 2008. Publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, Nr. 78–84, art. 100, la 17 martie 2017. Modificat prin Legea Nr. 209 din 15.07.2022, publicată în Monitorul Oficial Nr. 246–250 din 05.08.2022, art. 480; în vigoare de la 05.08.2023.
- ²²⁰ Republica Moldova. Parlamentul. Codul penal al Republicii Moldova Nr. 985 din 18 aprilie 2002. Publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, Nr. 72–74, art. 195, la 14 aprilie 2009. Modificat prin Legea Nr. 98 din 11.06.2020, publicată în Monitorul Oficial Nr. 153–158 din 26.06.2020, art. 288; în vigoare de la 26.06.2020.
- ²²¹ Inspectoratul General al Poliției al Republicii Moldova. IGP informează: din 7 septembrie 2024 intră în vigoare noile modificări legislative privind gradele de alcoolemie, dar și răspunderea contravențională și penală pentru conducerea în stare de ebrietate [Resursă electronică]. – Disponibil: <https://politia.md/ro/content/igp-informeaza-din-7-septembrie-2024-intra-vigoare-noile-modificari-legislative-privind>, acces liber. – Data accesării: 07.05.2025.
- ²²² Inspectoratul General al Poliției al Republicii Moldova. IGP informează: din 7 septembrie 2024 intră în vigoare noile modificări legislative privind gradele de alcoolemie, dar și răspunderea contravențională și penală pentru conducerea în stare de ebrietate [Resursă electronică]. – Disponibil: <https://politia.md/ro/content/igp-informeaza-din-7-septembrie-2024-intra-vigoare-noile-modificari-legislative-privind>, acces liber. – Data accesării: 07.05.2025.
- ²²³ [DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders., NICE Guideline CG115: Alcohol-use disorders, NICE Guideline CG115: Alcohol-use disorders, Linehan M. (1993). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder].
- ²²⁴ American Psychiatric Association. DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2022).
2. NICE Guideline CG185: Bipolar disorder. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185>
3. WHO mhGAP Intervention Guide (2016). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>
4. Kranzler HR et al. (2014). Diagnosis and Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorder. JAMA.
5. Fisher RS et al. (2017). ILAE classification of the epilepsies: Position paper. Epilepsia.
6. Mueser KT & McGurk SR. (2004). Schizophrenia. The Lancet.]
- ²²⁵ Isbister, G. K., & Dawson, A. H. (2011). Mechanisms of toxicity and treatment of overdose with benzodiazepines. Current Opinion in Psychiatry, 24(4), 285–290.
- ²²⁶ Boyer, E. W. (2012). Management of opioid analgesic overdose. The New England Journal of Medicine, 367(2), 146–155.
- ²²⁷ Cryer, P. E. (2007). Hypoglycemia, functional brain failure, and brain death. The Journal of Clinical Investigation, 117(4), 868–870.
- ²²⁸ Caplan, L. R. (2009). Stroke: A clinical approach. Saunders Elsevier.
- ²²⁹ World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO.
- ²³⁰ McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). *Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation*. JAMA, 284(13), 1689–1695.
- ²³¹ NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2011). *Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*. Clinical guideline [CG115]. WHO, 2018; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2020.
- ²³³ Erol, A., & Karpyak, V. M. (2015). Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(11), 1632–1640
- ²³⁴ WHO, 2014; WHO Antenatal Care Recommendations, 2016.
- ²³⁵ Boland R.J., Marcia L.V., Ruiz P. Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry. Twelfth Edition. Wolters Kluwer, 2021; 125: p. 296-313.
- ²³⁶ Ileana Mihaela Botezat Antonescu, Managementul adicției la adult ghid clinic pentru medici psihiatri, 2021
- ²³⁷ National Institute for Health and Care Excellence. (2023). UK clinical guidelines for alcohol treatment: core elements of alcohol treatment [Guideline]. Retrieved June 4, 2025, from <https://www.gov.uk/government/consultations/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment-core-elements-of-alcohol-treatment>
- ²³⁸ Haber PS, Riordan BC, Winter DT, et al. New Australian guidelines for the treatment of alcohol problems: an overview of recommendations. Med J Aust 2021; 215 (7 Suppl): S1-S32; doi: 10.5694/mja2.51254.
- ²³⁹ <https://www.gov.uk/government/consultations/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment-core-elements-of-alcohol-treatment#psychosocial-interventions>
- ²⁴⁰ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) - <https://www.niaaa.nih.gov/>
- ²⁴¹ Dutra, L., et al. (2008). "Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders."

-
- ²⁴²McHugh, R. K., et al. (2010). "Cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence."
- ²⁴³Farinelli L.A., Piacentino D., Browning B.D., Brewer B.B., Leggio L. Cardiovascular Consequences of Excessive Alcohol Drinking via Electrocardiogram: A Systematic Review. *J. Addict Nurs.* 2021; 32(1): p. 39-45.
- ²⁴⁴Alexinschi O., Cosman D., Hriscu E. Compendiu de Medicina Adicției. Ed. Medichub Media, 2024, p. 95.
- ²⁴⁵Alexinschi O., Cosman D., Hriscu E. Compendiu de Medicina Adicției. Ed. Medichub Media, 2024, p. 95.
- ²⁴⁶Boland R.J., Marcia L.V., Ruiz P. Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry. Twelfth Edition. Wolters Kluwer, 2021; 125: p. 296-313.
- ²⁴⁷Alexinschi O., Cosman D., Hriscu E. Compendiu de Medicina Adicției. Ed. Medichub Media, 2024, p. 95.
- ²⁴⁸Boland R.J., Marcia L.V., Ruiz P. Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry. Twelfth Edition. Wolters Kluwer, 2021; 125: p. 296-313.
- ²⁴⁹Mirijello A., Sestito L., Antonelli M., Gasbarrini A., Addolorato G. Identification and management of acute alcohol intoxication. *European J. of Internal Medicine.* Vol. 108, 2023, p. 1-18.
- ²⁵⁰Takero Terayama, Ruka Sasa, Yuka Nakatani, Fumika Tanaka, Sho Terashige, Daishi Higashiyama, Takao Sugiura, Kosuke Hatanaka, Takashi Nishiyama, Shigeto Takeshima Effect of intravenous fluid therapy for acute alcohol intoxication on length of time from arrival at the emergency department until awakening: A prospective observational cohort study. *Acute Med Surg.* 2023 May 3;10(1):e841. doi: 10.1002/ams2.841.
- ²⁵¹World Health Organization. Collaborative study on alcohol and injuries: final report. 2007. WHO. Available from URL: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/index.html.
- ²⁵²Day E., et al. Thiamine for prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff Syndrome in people who abuse alcohol. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 7:CD004033.
- ²⁵³Piccioni A., Tarli C., Gardone S., et al Role of first aid in the management of acute alcohol intoxication: a narrative review. *Eur. Rev Med Pharmacol Sci.* 2020; 24, p. 9121-9128.
- ²⁵⁴Leggio L., Kenna G.A., Ferrulli A. Preliminary findings on the use of metadoxine for the treatment of alcohol dependence and alcoholic liver disease. *Hum Psychopharmacol.* 2011, p. 554-559.
- ²⁵⁵Di Miceli M., Gornier B. Pharmacology, systemic review and recent clinical trials of metadoxine. *Rev Recent Clinical Trials.* 2018; 13, p. 114-125.
- ²⁵⁶Minozzi S., et al. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; CD005064.
- ²⁵⁷Amato L., et al. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; CD008537.
- ²⁵⁸Brathen G., et al. EFNS guideline on the diagnosis and management of alcohol-related seizures: report of an EFNS task force. *Eur J Neurol.* 2005; 12:575-581.
- ²⁵⁹Minozzi S., et al. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; CD005064.
- ²⁶⁰Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol* 2012; 26:899-952.
- ²⁶¹Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol* 2012; 26:899-952.
- ²⁶²Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol* 2012; 26:899-952.
- ²⁶³Schuckit M.A. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). *N Engl J Med* 2014; 371:2109-2113.
- ²⁶⁴International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster World Health Organization, 2000.
- ²⁶⁵Sullivan J.T., et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J. Addict* 1989; 84:1353-1357.
- ²⁶⁶Gossop M., et al. A Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS): development and psychometric properties. *Addict Biol* 2002; 7:37-43.
- ²⁶⁷National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ²⁶⁸National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol-use disorders: physical complications. Clinical Guidance [CG100] 2010 (last updated April 2017); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>.
- ²⁶⁹National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ²⁷⁰National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol-use disorders: physical complications. Clinical Guidance [CG100] 2010 (last updated April 2017); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>.
- ²⁷¹Amato L., et al. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; CD008537.
- ²⁷²Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol* 2012; 26:899-952.

-
- ²⁷³ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ²⁷⁴ Lingford-Hughes AR, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol* 2012; 26:899–952.
- ²⁷⁵ Sullivan J.T., et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J. Addict* 1989; 84:1353–1357.
- ²⁷⁶ Gossop M., et al. A Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS): development and psychometric properties. *Addict Biol* 2002; 7:37–43.
- ²⁷⁷ Alexinschi O., Cosman D., Hriscu E. *Compendiu de Medicina Adicției*. Ed. Medichub Media, 2024, p. 95.; x Boland R.J., Marcia L.V., Ruiz P. *Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Twelfth Edition. Wolters Kluwer, 2021; 125: p. 296-313.
- ²⁷⁸ Alexinschi O., Cosman D., Hriscu E. *Compendiu de Medicina Adicției*. Ed. Medichub Media, 2024, p. 95.
- ²⁷⁹ Pribeek I.K., Kovacs I., Kadar B.K. et al. Evaluation of the course and treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome with the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol – Revised. A systematic review-based meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 2021; 220: 108536.
- ²⁸⁰ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ²⁸¹ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ²⁸² National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ²⁸³ Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol* 2012; 26:899–952.
- ²⁸⁴ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ²⁸⁵ Donoghue K., et al. The efficacy of acamprosate and naltrexone in the treatment of alcohol dependence, Europe versus the rest of the world: a meta-analysis. *Addiction* 2015; 110:920–930.
- ²⁸⁶ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ²⁸⁷ Rösner S., et al. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; Cd004332.
- ²⁸⁸ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ²⁸⁹ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ²⁹⁰ Rösner S., et al. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; Cd004332.
- ²⁹¹ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ²⁹² Rösner S., et al. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; Cd001867.
- ²⁹³ Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol* 2012; 26:899–952.
- ²⁹⁴ Accord Healthcare Limited. Summary of Product Characteristics. Naltrexone Hydrochloride 50 mg Film-coated Tablets. 2014; <https://www.medicines.org.uk/emc/medicine/25878>.
- ²⁹⁵ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ²⁹⁶ Rösner S., et al. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; Cd004332.
- ²⁹⁷ Krupitsky E., et al. Injectable extended-release naltrexone (XR-NTX) for opioid dependence: long-term safety and effectiveness. *Addiction* 2013; 108:1628–1637.
- ²⁹⁸ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ²⁹⁹ Rösner S., et al. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; Cd001867.

- ³⁰⁰ Soyka M., et al. Comparing nalmefene and naltrexone in alcohol dependence: are there any differences? Results from an indirect meta-analysis. *Pharmacopsychiatry* 2016; 49:66–75.
- ³⁰¹ Palpacuer C., et al. Risks and benefits of nalmefene in the treatment of adult alcohol dependence: a systematic literature review and metaanalysis of published and unpublished double-blind randomized controlled trials. *PLoS Med* 2015; 12:e1001924.
- ³⁰² Mutschler J., et al. Current findings and mechanisms of action of disulfiram in the treatment of alcohol dependence. *Pharmacopsychiatry*, 2016; 49:137–141.
- ³⁰³ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July, 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ³⁰⁴ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July, 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ³⁰⁵ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July, 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ³⁰⁶ Minozzi S., et al. Baclofen for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2018; 11:Cd012557.
- ³⁰⁷ Pani P.P., et al. Anticonvulsants for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2014; Cd008544.
- ³⁰⁸ Kranzler H.R., et al. A meta-analysis of the efficacy of gabapentin for treating alcohol use disorder. *Addiction*, 2019; 114:1547–1555.
- ³⁰⁹ Alexinschi O., Cosman D., Hriscu E. Compendiu de Medicina Adicției. Ed. Medichub Media, 2024, p. 95.
- ³¹⁰ Cheng Y., Huang Y., Huang W. gabapentinoids for treatment of alcohol use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Hum Psychopharmacol Clin Exp.*, 2020;35(6), p. 1-11.
- ³¹¹ Department of Health and Social Care. UK chief medical officers' guidelines on how to keep health risks from drinking alcohol to a low level. 2016; <https://www.gov.uk/government/publications/alcohol-consumption-advice-on-low-risk-drinking>.
- ³¹² Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol.*, 2012; 26:899–952.
- ³¹³ Lingford-Hughes AR, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol.*, 2012; 26:899–952.
- ³¹⁴ UK Teratology Information Service (UKTIS). 2020; www.uktis.org.
- ³¹⁵ Lingford-Hughes AR, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol.*, 2012; 26:899–952.
- ³¹⁶ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ³¹⁷ Lingford-Hughes AR, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol.*, 2012; 26:899–952.
- ³¹⁸ O'Malley S.S., et al. Reduction of alcohol drinking in young adults by naltrexone: a double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial of efficacy and safety. *J Clin Psychiatry* 2015; 76:e207–e213.
- ³¹⁹ Miranda R., et al. Effects of naltrexone on adolescent alcohol cue reactivity and sensitivity: an initial randomized trial. *Addict Biol* 2014; 19:941–954.
- ³²⁰ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ³²¹ Lingford-Hughes AR, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol.*, 2012; 26:899–952.
- ³²² National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ³²³ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ³²⁴ Pettinati H.M., et al. Gender differences with high-dose naltrexone in patients with co-occurring cocaine and alcohol dependence. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34:378–390.
- ³²⁵ Public Health England. Better care for people with co-occurring mental health and alcohol/drug use conditions. A guide for commissioners and service providers. 2017; https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/625809/Cooccurring_mental_health_and_alcohol_drug_use_conditions.pdf. Addictions and substance misuse 471.
- ³²⁶ Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol.*, 2012; 26:899–952.

- ³²⁷ Ipser J.C., et al. Pharmacotherapy for anxiety and comorbid alcohol use disorders. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2015; 1:Cd007505.
- ³²⁸ Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol.*, 2012; 26:899–952.
- ³²⁹ Ipser J.C., et al. Pharmacotherapy for anxiety and comorbid alcohol use disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 1:Cd007505.
- ³³⁰ Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol.*, 2012; 26:899–952.
- ³³¹ Agabio E., Baldwin D.S., Amaro H., Leggio L., Sinclair JMA. The influence of anxiety symptoms on clinical outcomes during baclofen treatment of alcohol use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience&Biobehavioral reviews.* 2021; 125: p. 296-313.
- ³³² Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol.*, 2012; 26:899–952.
- ³³³ Szerman, N., Torrens, M., Maldonado, R., Balhara, Y. P. S., Salom, C., Maremmanni, I., Sher, L., Didia-Attas, J., Chen, J., & Baler, R. (2022). Addictive and other mental disorders: a call for a standardized definition of dual disorders. *Translational Psychiatry*, 12(1), 446. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02212-5>
- ³³⁴ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ³³⁵ Lingford-Hughes AR, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol* 2012; 26:899–952.
- ³³⁶ Agabio R., et al. Antidepressants for the treatment of people with co-occurring depression and alcohol dependence. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2018; 4:Cd008581.
- ³³⁷ Stokes P.R.A., et al. Pharmacological treatment of mood disorders and comorbid addictions: a systematic review and meta-analysis: traitement pharmacologique des troubles de L'humeur et des Dépendances Comorbides: une Revue Systématique et une Méta-Analyse. *Can J Psychiatry*, 2020; 65:749–769.
- ³³⁸ Agabio R., et al. Antidepressants for the treatment of people with co-occurring depression and alcohol dependence. *Cochrane Database Syst. Rev* 2018; 4:Cd008581.
- ³³⁹ Pettinati H.M., et al. A double-blind, placebo-controlled trial combining sertraline and naltrexone for treating co-occurring depression and alcohol dependence. *Am J Psychiatry*, 2010; 167:668–675.
- ³⁴⁰ Adamson S.J., et al. A randomized trial of combined citalopram and naltrexone for nonabstinent outpatients with co-occurring alcohol dependence and major depression. *J Clin Psychopharmacol.*, 2015; 35:143–149.
- ³⁴¹ Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol.*, 2012; 26:899–952.
- ³⁴² Agabio R., et al. Antidepressants for the treatment of people with co-occurring depression and alcohol dependence. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2018; 4:Cd008581.
- ³⁴³ Adamson S.J., et al. A randomized trial of combined citalopram and naltrexone for nonabstinent outpatients with co-occurring alcohol dependence and major depression. *J Clin Psychopharmacol* 2015; 35:143–149.
- ³⁴⁴ Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol.*, 2012; 26:899–952.
- ³⁴⁵ Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol.*, 2012; 26:899–952.
- ³⁴⁶ Schuckit M.A.. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). *N Engl J Med.*, 2014; 371:2109–2113.
- ³⁴⁷ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol-use disorders: physical complications. Clinical Guidance [CG100]. 2010 (last updated April 2017); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>.
- ³⁴⁸ Schuckit M.A. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). *N Engl J Med* 2014; 371:2109–2113.
- ³⁴⁹ NSW Government. Drug and alcohol withdrawal clinical practice guidelines. 2008; https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2008_011.pdf.
- ³⁵⁰ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol-use disorders: physical complications. Clinical Guidance [CG100] 2010 (last updated April 2017); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>.
- ³⁵¹ Thomson A.D., et al. Time to act on the inadequate management of Wernicke's encephalopathy in the UK. *Alcohol Alcohol.*, 2013; 48:4–8.
- ³⁵² Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol.*, 2012; 26:899–952.
- ³⁵³ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ³⁵⁴ Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol.*, 2012; 26:899–952.

- ³⁵⁵ National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol-use disorders: physical complications. Clinical Guidance [CG100] 2010 (last updated April 2017); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>.
- ³⁵⁶ Day E., et al. Thiamine for prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff Syndrome in people who abuse alcohol. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2013; 7:CD004033.
- ³⁵⁷ Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol.*, 2012; 26:899–952.
- ³⁵⁸ Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol.*, 2012; 26:899–952.
- ³⁵⁹ Thomson A., et al. Incidence of adverse reactions to parenteral thiamine in the treatment of Wernicke's encephalopathy, and recommendations. *Alcohol Alcohol.*, 2019; 54:609–614.
- ³⁶⁰ BNF Online. British national formulary. 2020; <https://www.medicinescomplete.com/mc/bnf/current>.
- ³⁶¹ NIH, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 2022.
- ³⁶² National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidance [CG115]. 2011 (last checked July 2019); <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- ³⁶³ Lingford-Hughes A.R., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol.*, 2012; 26:899–952.
- ³⁶⁴ Eryshev O.Yu. "Alcoholic psychosis: clinic, diagnosis, treatment", St-Petersburg, Sfera, 2021.
- ³⁶⁵ Eryshev O.Yu. "Alcoholic psychosis: clinic, diagnosis, treatment", St-Petersburg, Sfera, 2021.
- ³⁶⁶ Wei et al., Partial D2 receptor agonists in the treatment of hallucinosis in alcohol addicts., 2021.
- ³⁶⁷ Eryshev O.Yu. "Alcoholic psychosis: clinic, diagnosis, treatment", St-Petersburg, Sfera, 2021.
- ³⁶⁸ FDA Clinical Experience: Clinical Trials on the treatment of psychotic disorders in alcohol dependence (2019-2023).
- ³⁶⁹ Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale. Asociația Psihiatrică Americană, Ediția a 5-ea DSM V TM, București, Editura Medicală Callisto, 2016, 947 p.
- ³⁷⁰ Eryshev O.Yu. "Alcoholic psychosis: clinic, diagnosis, treatment", St-Petersburg, Sfera, 2021.
- ³⁷¹ Eryshev O.Yu. "Alcoholic psychosis: clinic, diagnosis, treatment", St-Petersburg, Sfera, 2021.
- ³⁷² Eryshev O.Yu. "Alcoholic psychosis: clinic, diagnosis, treatment", St-Petersburg, Sfera, 2021.
- ³⁷³ FDA Clinical Experience: Clinical Trials on the treatment of psychotic disorders in alcohol dependence (2019-2023).
- ³⁷⁴ Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale. Asociația Psihiatrică Americană, Ediția a 5-ea DSM V TM, București, Editura Medicală Callisto, 2016, 947 p.
- ³⁷⁵ Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale. Asociația Psihiatrică Americană, Ediția a 5-ea DSM V TM, București, Editura Medicală Callisto, 2016, 947 p.
- ³⁷⁶ Tucker JA, Chandler SD, Witkiewitz K. Epidemiology of Recovery From Alcohol Use Disorder. *Alcohol Res.* 2020 Nov 12;40(3):02. doi: 10.35946/arc.v40.3.02. PMID: 33194507; PMCID: PMC7643818.
- ³⁷⁷ Tucker JA, Chandler SD, Witkiewitz K. Epidemiology of Recovery From Alcohol Use Disorder. *Alcohol Res.* 2020 Nov 12;40(3):02. doi: 10.35946/arc.v40.3.02. PMID: 33194507; PMCID: PMC7643818.
- ³⁷⁸ Mullen, B. (2020, noiembrie 11). Alcohol use disorder: Treatment, monitoring and follow-up in primary care [Prezentare PowerPoint]. University of Colorado Anschutz Medical Campus.
- ³⁷⁹ Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. (2017). Protocol clinic național PCN-20: Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de alcool. Chișinău: Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Aprobare prin Ordinul nr. 75 din 06.02.2017.
- ³⁸⁰ https://www.euda.europa.eu/publications_en
- ³⁸¹ <https://www.who.int/publications>
- ³⁸² https://www.euda.europa.eu/publications_en
- ³⁸³ <https://www.who.int/publications>
- ³⁸⁴ <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures>
- ³⁸⁵ <https://www.who.int/publications>
- ³⁸⁶ Jackson KM, Bucholz KK, Wood PK, Steinley D, Grant JD, Sher KJ. Towards the characterization and validation of alcohol use disorder subtypes: integrating consumption and symptom data. *Psycho! Med.* 2014;44(01): 143-159.
- ³⁸⁷ Manimaran P, Paul PNG, Jegaraj MKA. Alcohol-related acute presentations to the emergency department. *Curr Med Issues.* 2020;18:281–4.
- ³⁸⁸ Morgan MY. Acute alcohol toxicity and withdrawal in the emergency room and medical admissions unit. *Clin Med.* 2015;15:486–9. doi: 10.7861/clinmedicine.15-5-486
- ³⁸⁹ American Psychiatric Association, 2017
- ³⁹⁰ American Psychiatric Association, 2017
- ³⁹¹ Kaplan & Sadock. Synopsis of psychiatry, 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015: 1499.
- ³⁹² Johnson BA, Marzani-Nissen G. Alcohol. Clinical Aspects. In: Johnson BA, ed. *Addiction Medicine: Science and Practice*. New York: Springer; 2011:381.
- ³⁹³ MacKillop J, Miranda R, Jr., Monti PM, Ray LA, Murphy JG, Rohsenow DJ, McGeary JE, Swift RM, Tidey JW, Gwaltney CJ. Alcohol demand, delayed reward discounting, and craving in relation to drinking and alcohol use disorders. *J Abnorm Psycho.* 2010;11:106.

-
- ³⁹⁴ https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6286444/?utm_source=chatgpt.com
- ³⁹⁵ Long, D., & Long, B. (2024). Management of Alcohol Withdrawal Syndrome in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 42(2), 235-250. DOI: 10.1016/j.emc.2023.11.006
- ³⁹⁶ Kaplan & Sadock. Synopsis of psychiatry, 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015: 1499.
- ³⁹⁷ Muncie H.L., Jr., Yasinian Y., Oge' L. Outpatient management of alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician*. 2013;88(9):589–595.
- ³⁹⁸ Ignjatovic-Ristic, D., Rancic, N., Novokmet, S., Jankovic, S., & Stefanovic, S. (2013). Risk factors for lethal outcome in patients with delirium tremens - psychiatrist's perspective: a nested case-control study. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 39
- ³⁹⁹ https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6286444/?utm_source=chatgpt.com
- ⁴⁰⁰ Karger Publishers (2023). Acute Alcoholic Hallucinosi: A Review. *Psychopathology*, 56(5), 383-392. DOI: 10.1159/000531145
- ⁴⁰¹ Sachdeva A, Choudhary M, Chandra M. Alcohol Withdrawal Syndrome: Benzodiazepines and Beyond. *J Clin Diagn Res*. 2015 Sep;9(9):VE01–VE07.
- ⁴⁰² Sachdeva, A., Chandra, M., Choudhary, M., Dayal, P., & Anand, K. S. (2016). Alcohol-Related Dementia and Neurocognitive Impairment: A Review Study. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 5(3), e27976. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.27976>.
- ⁴⁰³ Choo ED, McGregor AJ, Mello MJ, Baird J. Gender, violence and brief inter- ventions for alcohol in the emergency department. *Drug Alcohol Depend*.2013;127:115.
- ⁴⁰⁴ Kaplan & Sadock. Synopsis of psychiatry, 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015: 1499.
- ⁴⁰⁵ Kaplan & Sadock. Synopsis of psychiatry, 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015: 1499.
- ⁴⁰⁶ Kaplan & Sadock. Synopsis of psychiatry, 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015: 1499.
- ⁴⁰⁷ Moberg CA, Curtin JJ. Alcohol selectively reduces anxiety but not fear: startle response during unpredictable versus predictable threat. *J Abnorm Psychol*. 2009;118(2):335.
- ⁴⁰⁸ Kaplan & Sadock. Synopsis of psychiatry, 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015: 1499.
- ⁴⁰⁹ World Health Organization (2023). Global Status Report on Alcohol and Health 2023. Geneva: WHO.
- ⁴¹⁰ <https://www.who.int/news/item/25-06-2024-over-3-million-annual-deaths-due-to-alcohol-and-drug-use-majority-among-men/>
- ⁴¹¹ Rasmussen C, Bisnaz J. Executive functioning in children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Profiles and age-related differences. *Child Neuropsych*. 2009; 1 5(3):201.
- ⁴¹² Rubino FA. Neurologic complications of alcoholism. *Psychiatr Clin North Am*. 1 992;1 5:361.
- ⁴¹³ Gossop M., et al. A Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS): development and psychometric properties. *Addict Biol* 2002; 7:37–43.
- ⁴¹⁴ Sullivan J.T., et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict* 1989; 84:1353–1357.
- ⁴¹⁵ Ghidul Împreună Fără Fum destinat cadrelor medicale dezvoltat de echipa de cercetători Împreună Pentru Mame de la Universitatea Babeș-Bolyai în cadrul grantului NIH numărul R33 HD103039, o intervenție de reducere a fumatului în perioada sarcinii.
- ⁴¹⁶ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548648>
- ⁴¹⁷ <https://www.emcdda.europa.eu/publications>
- ⁴¹⁸ <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets>
- ⁴¹⁹ <https://www.emcdda.europa.eu/publications>