

I. CLASIFICAREA INSTRUMENTELOR DE EVALUARE

CLASIFICAREA INSTRUMENTELOR ÎN FUNCȚIE DE “COMPLEXITATE”

Tip	Definiție	Exemple
Teste psihologice	Probă formată dintr-un ansamblu de propoziții sau itemi (întrebări, stimuli senzoriali, sarcini etc.) susceptibili evaluării care, aplicate unui subiect permit măsurarea trăsăturilor acestuia cu privire la constructul vizat și evaluarea răspunsului acestuia prin comparație cu răspunsurile obținute prin aplicarea aceluiași test asupra unei populații tipice. Sunt metode standardizate pentru identificarea unui subiect într-o manieră fiabilă și validă față de norma grupului din care face parte.	16 PF MMPI WAIS-R
Scale de evaluare	Instrumente standardizate care permit diverșilor aplicanți (clinicieni, familie sau observatori formați sau nu și chiar persoanei evaluate) să cuantifice comportamentul pacientului în arii specifice. Permit o ascensiune cumulativă a itemilor, oferind punctaje globale la finalul evaluării. Sunt dormate din itemi individuali, fiecare descriind o caracteristică bine definită a fenomenului evaluat. Inventarele sunt diferite de chestionare prin forma de redactare a itemilor, caenunțuri în cazul inventarelor și ca întrebări în cazul chestionarelor.	BDI BPRS SCL-90 SDS STAI
Interviuri structurate	Interviu de explorare (clinică sau de alt caracter) standardizat prin controlul întrebărilor, inclusiv specificarea tipului de indagacion care se poate utiliza și standardizând punctajul răspunsului pacientului prin scale de evaluare ca cele descrise anterior. Obiectivul acestuia este ca răspunsurile persoanelor intervievate să să fie ajustate la pattern-uri uniforme de întrebări și să fie direct comparabile și reproductibile.	ASI PDE SCAN SCID

16PF – 16 Personality Factors
 ASI – Adiction Severity Index
 BDI – Beck Depression Inventory
 BPRS – Brief Psychiatric Rating Scale
 MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory
 PDE – Personality Disorders Examination
 SCL – Hopkins Symptom Checklist 90

SCAN – Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
 SCID – Structured Clinical Interview for DSM III R
 SDS – Severity of Dependence Scale
 STAI – State Trait Anxiety Inventory
 WAIS-R – Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised

În prima grupă sunt situate *chestionarele descriptive* (de ex. chestionarele sociodemografice) și *inventarele de simptome* (de ex. inventare privind efectele secundare ale LAAM-ului, utilizate în unele studii). Aceste instrumente nu permit cuantificarea itemilor și pot fi considerați ca simple liste de verificare sau inventar.

La nivelul doi se află *scalele de evaluare*. Așa cum arată și numele, acestea permit o ascensiune cumulativă a itemilor lor având în vedere punctajele globale de la finalul evaluării. Sunt compuse din itemi individuali, fiecare dintre ei descriind o caracteristică bine definită a fenomenului evaluat. Caracterul lor acumulativ le diferențiază de chestionarele pentru culegerea de date și de simple inventare de simptome. Multe dintre instrumentele de evaluare în domeniul dependenței de droguri sunt scale de evaluare. Menționăm aici *Severitz of Dependence Scale* (SDS) (Gossop et al., 1995), *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire* (SADQ) (Stockwell, Murphy, Hodgson, 1983), *Leeds Dependence Questionnaire* (LDQ) (Raistrick et al., 1994).

La al treilea nivel se află *interviurile standardizate*. Acestea sunt clasificate în funcție de obiectivul pe care îl au (generale sau specifice) și după nivelul de capacitate necesar pentru administrare, care la rândul său depinde de *structurarea* în formularea întrebărilor și codificarea răspunsurilor (cu cât este mai mare structurarea cu atât nivelul de capacitate necesar în administrare este mai redus). Interviurile standardizate pot fi însoțite de un sistem informatizat de corectare care permite atribuirea criteriilor de diagnostic. Între acestea menționăm *Addiction Severity Index* (ASI) (McLellan et al., 1992) și *Opiate Treatment Index* (OTI) (Darke et al., 1991).

Sistemele de diagnostic standardizat constituie cel de-al patrulea nivel. Acestea oferă o codificare a entităților nosologice cu o descriere detaliată a fiecăreia dintre ele prin intermediul unui glosar pentru a facilita diagnosticul. Sistemele de diagnostic sunt numite *operative* atunci când oferă o serie de reguli pentru diagnostic, bazate pe criterii de includere (prezența unui număr minim de caracteristici ale fenomenului pentru diagnostic) și de excludere (depistarea altor caracteristici care nu sunt relaționate cu fenomenul). Atunci când criteriile de excludere se referă la prezența altor entități sindromice se

consideră că sistemul este *ierarhic*, deoarece realizează o ordonare a entităților nosologice culese în sistem pentru diagnosticul diferențial. Dacă în plus permite și codificarea diverselor entități sau aspecte relaționate pe diverse axe, se consideră că diagnosticul este *multiaxial*. Există două sisteme de diagnostic operativ ierarhic și multiaxial vigencia în momentul actual: sistemul de investigare CID 10 și DSM IV. Pentru unii autori sistemele de diagnostic nu trebuie considerate ca instrument de evaluare. Totuși, în construirea și utilizarea lor, sistemele de diagnostic se adaptează la regulile generale ale evaluării subiective standardizate. Conceptul sindromic al dependenței de substanțe al lui Edwards și Gross (1976) este introdus în sistemele nosologice actuale plecând de la DSM-III-R (Rounsaville et al., 1986).

La cel de-al șaselea nivel putem situa o serie de instrumente create recent, care se bazează în general pe un interviu standardizat. Spre deosebire de acestea, *bateriile compuse* de evaluare sunt alcătuite dintr-un ansamblu de instrumente diferite: chestionare pentru culegerea de date, scale de evaluare incorporate în bateria de teste, interviu standardizat pentru culegerea de simptome trecute și/sau din starea prezentă, și sistem informatic pentru diagnosticul multiplu care permite codificarea diagnosticului în funcție de sisteme diferite. În prezent există două baterii compuse care sunt adaptate la descrierea anterioară: bateria SCAN, dezvoltată plecând de la PSE (Pull și Wittchen, 1991) (Vazquez-Barquero, 1993) și bateria CASH pentru evaluarea schizofreniei, între alte instrumente (Andreasen et al., 1992). Sistemul SCAN, secțiunile 11 și 12 evaluează în special tulburările prin consum de „alcool” și „alte droguri” după criteriile DSM-III-R și CIE-10 („abuz”, „dependență” și „consum prejudicios”). Alte instrumente informatizate dezvoltate în general pentru utilizarea în baze mari de date sunt *sistemele clinice de informare* (Mezzich, 1986).

CLASIFICAREA INSTRUMENTELOR DE EVALUARE ÎN FUNCȚIE DE „SCOP”

În dezvoltarea unei scale de evaluare este fundamental să se țină cont de scopul acesteia sub diferite aspecte (patologia evaluată, populația de referință, perioada de evaluare etc.), compoziția itemilor și prevenirea eventualelor sesgos în completare. Scopul unei scale va determina conținutul itemilor acesteia și diversele aspecte relaționate cu structura. O scală trebuie să se limiteze întotdeauna la aria pentru care a fost creată, a *minus* que se efectuează o nouă standardizare a acesteia. Scopul este relaționat cu dimensiunea evaluată, populația obiect de studiu, perioada de evaluare și modul de completare.

a) Aria evaluată

Diversele scale psihosociale evaluează o amplă serie de arii, cum ar fi simptomele (scale clinice), personalitatea, adaptarea socială, familială, sexuală, laborală, dizabilități etc. Bech (1993) realizează o distincție între două tipuri de scale clinice: de diagnostic și simptomatice. Această distincție este conflictuală, existând scale simptomatice care au fost utilizate pentru diagnostic după calcularea punctului de corte idoneo prin intermediul unui studiu de validitate predictivă (vezi parametri de calitate a unei scale) și viceversa.

b) Obiectivul studiului

Acesta ne permite diferențierea între *scale generale* (de ex.: pentru evaluarea cazului psihiatric) și *scale specifice* (de ex. pentru evaluarea depresiei). Scalele specifice pot avea la rândul lor diferite gradații. Wittchen și Essau (1991) făceau distincția între scale bazate pe un concept „amplu” sau „restrictiv” de tulburare mintală. Instrumentele mai restrictive priman specificitatea asupra sensibilității și viceversa (acest factor este în mod special important în utilizarea sistemelor de diagnostic standardizat).

c) Cadrul temporal

În funcție de *stabilitatea* fenomenului evaluat putem face diferența între *scale de trăsături*, care evaluează fenomene relativ stabile de-a lungul timpului (de ex.: test de personalitate,

locus control); *scale de stare* care evaluează situația actuală a subiectului – în general în ultima lună – (de ex., „Starea psihopatologică” a Inventarului de Severitate a Adicției), ultimele săptămâni sau săptămâna anterioară, sau cele trei zile anterioare evaluării (scale „aici și acum”). Cadrul temporal trebuie detaliat în instrucțiunile anterioare administrării scalei.

În scalele de stare, *perioada de evaluare* ne permit diferențierea între *scale de detectare* (de ex. pentru identificarea „probabilului caz” psihiatric, cum ar fi GHQ-28 sau AUDIT pentru depistarea „probabilelor cazuri” de abuz sau dependență de alcool), *scaled de urmărire netranziționale și tranziționale*. Scalele de urmărire netranziționale evaluează schimbarea în funcție de diferența de punctaj dintre două evaluări (de ex. *Hamilton Depression Scale*) în timp ce scalele tranziționale evaluează direct gradul de ameliorare sau deteriorare experimentat de pacient între ambele evaluări (de ex. *sala de schimbare Clinical Global Impression*). În studiul unei scale de urmărire este important să se cunoască *sensibilitatea sa la schimbare*.

d) Tipul administrării

Scalele autoadministrate sunt create pentru a fi completate direct de subiect sau de către informante. Uneori sunt incluși itemi pentru calibrarea calității răspunsurilor în funcție de tendința spre simulare (de ex. EPQ al lui Eysenck). Bech și colab. (1993) numea acest grup de instrumente „chestionare”; totuși acest termen este prea amplu.

Scalele heteroadministrate („scale ale observatorului” după Bech) sunt completate de un examinator. Instrumentele de evaluare heteroadministrate necesită diferite niveluri de capacitate profesională pentru aplicarea clinică (acest factor este în mod special important în dezvoltarea și administrarea interviurilor structurate).

Scalele heteroadministrate necesită o standardizare anterioară a examinatorului prin intermediul unei analize în acord cu un examinator de referință (vezi fiabilitatea inter-examinatori). Dintre acestea menționăm Indexul de Severitate a Adicției (ASI) (McLellan et al., 1992) și *Opiate Treatment Index* (OTI) (Darke et al., 1991).

Sunt semnalate două tipuri de situații extreme în administrarea unei scale heteroadministrată: *Situația Alfa* (cercetător expert care urmează un interogatoriu închis și utilizează o scală cu puțini itemi, bine definiți și care includ criterii de ameliorare a sănătății); și *Situația Beta* (evaluatorul nu este expert, realizează un interviu deschis și utilizează o scală cu mulți itemi prost definiți și fără criterii de îmbunătățire a sănătății (Bech et al., 1993). Unele instrumente de evaluare clinică sunt de *tip mixt* incluzând o secțiune pentru simptome observate în timpul interviului.

CLASIFICAREA INSTRUMENTELOR DE EVALUARE ÎN FUNCȚIE DE CARACTERISTICILE „CONSTRUCȚIEI SCALELOR DE EVALUARE”

Așa cum am menționat, itemul este unitatea de bază de informație a unui instrument de evaluare și constă în general dintr-o întrebare și un răspuns închis.

a) Numărul de itemi

Se poate face distincția între *scale unitare sau globale*, compuse dintr-un singur item și *scale multi-item*. Ca regulă generală, se consideră că un fenomen trebuie evaluat cu minim 6 itemi (Bech et al., 1993). În general, scalele sunt formate din 10 – 90 de itemi. Diverse scale sunt disponibile în diverse versiuni. Astfel, *Alcohol Dependence Data (ADD)*, o scală autoadministrată pentru evaluarea sindromului de dependență la alcool, care este formată din 39 de itemi este disponibilă de asemenea într-o versiune scurtă de 15 itemi, *Short-form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD)* (Raistrick, Dunbar, Davidson, 1983).

b) Conținutul itemilor

În funcție de conținut se poate face diferența între scale unidimensionale și multidimensionale. În *scalele unidimensionale*, mai mult de 80% din itemi evaluează o singură dimensiune (Israel, Korazevic și Sartorius, 1983). Exemple de astfel de scale sunt: 1) Cornell Medical Index (Ware et al., 1976), pentru evaluarea dimensiunii fizice; 2) Beck

Depression Inventory (Beck et al., 1961), pentru estimarea dimensiunii psihice; 3) Social Adjustment Scale (Weissman, 1975) pentru explorarea dimensiunii sociale. În *scațele multidimensionale* itemii evaluează două sau trei din dimensiunile semnalate (de ex.: *Addiction Severity Index; Opiate Treatment Index, SF-36*). În scalele heteroadministrate se disting, de asemenea, itemii referiți de pacient (subiectivi) și cei observați de evaluator (obiectivi). Sensul itemului sau *orientarea* se referă la acea parte a sindromului care este cel mai bine reflectată în scală și este reprezentată printr-un procentaj din punctajul maxim teoretic pentru fiecare categorie de simptome (Thompson, 1989).

c) Definiție și ordonarea itemilor

Definiția fiecărui item trebuie să fie exhaustivă și mutual excluyente (criteriile Guilford) (Beck et al., 1993). Pe de altă parte, trebuie să se ținăcont de o serie de factori atât în formularea întrebărilor și alternativelor de răspuns cât și în ordonarea ansamblului de itemi care compun scala:

Înțelegere. Este necesară adaptarea limbajului și modului de formulare a întrebărilor și răspunsurilor la mediul sociocultural al pacientului. Astfel, de exemplu, înțelegerea utilizării de analogi lineari tinde a mai bună în mediul anglosaxon decât în Europa meridională, unde înțelegerea analogilor numerici decimali este mai bună. Există diverși indici de evaluare a comprehensibilității unui text (de ex.: indicele Flesch pentru limba engleză). Problema înțelegerii este foarte importantă în evaluarea pazeinților dependenți de droguri. Pe de altă parte, traducerea și adaptarea unei scale dezvoltate anterior într-o altă limbă și într-un alt mediu cultural trebuie să urmeze o tehnologie specifică, care să includă un proces de retro-traducere. Recent au fost palicate sisteme mai complexe cum ar fi traducerea conceptuală.

Acceptabilitate. Este fundamental ca itemii să fie acceptabili pentru subiectul evaluat. Dezirabilitatea socială este un tip de sens care poate altera validitatea rezultatelor în ceea ce privește răspunsurile (Wittchen și Essau, 1991) și de care trebuie să se ținăcont în formularea întrebărilor itemilor determinați. Acest sens, de exemplu, este frecvent în

evaluarea comportamentelor cu risc de infectare cu HIV în populația dependentă de droguri, în care subiectul tinde a da răspunsul pe care îl consideră cel mai acceptabil din punct de vedere social (Jaccard și Wan, 1995). Este de asemenea necesară limitarea numărului de itemi pentru evitarea oboselii și facilitarea colaborării subiectului (această problemă este evidentă în chestionare sau baterii cu mai mult de 100 de itemi cum ar fi MMPI).

Prevenirea sensurilor în completare

- *Asentimentul*, tendința de a răspunde afirmativ la întrebare, determină necesitatea de a altera întrebările formulate „în negativ”. Totuși, acest tip de formulare poate diminua înțelegerea pacientului și fiabilitatea răspunsurilor (de ex., itemi de tipul: „Nu este sigur că Columb a descoperit America” = A/F).
- *Eroarea tendinței centrale* se referă la reticența în a răspunde la alternativele extreme ale unui item, preferând centrul. Această problemă afectează în principal scalele analogico-verbale cu trei sau cinci alternative (de ex.: Deloc, Așa și așa, Mult).
- *„Sensul lateralității”* este relaționat cu tendința de a răspunde mai mult la alternativele situate la dreapta sau la stânga, situație care se intensifică atunci când una dintre cele două extreme conține întotdeauna alternative „dezirabile” și se poate evita alternând primii itemi cu alternative pozitive la stânga și apoi itemi cu alternative pozitive la dreapta.

Atunci când se dezvoltă o scală heteroadministrată trebuie să se țină cont de unele sensuri specifice:

- *Efectul de halou* se referă la tendința de a emite o judecată la începutul interviului (de ex.: diagnostic euristic) care condiționează completarea itemilor următori. Acesta poate apărea în „*Aprecierea Severității de către Intervievator*” (VGE) în scalele *Indexului de Severitate a Adicției* dacă nu este urmată corect procedura standardizată. De asemenea, acest efect este important în diagnosticul de patologie duală în dependența de droguri (Buchanan și Carpenter, 1944).

- *Eroarea logică* se produce atunci când se consideră că toți itemii aparent relaționați trebuie punctați într-o manieră similară (astfel, se poate considera că un pacient cu punctaj crescut la „idei suicidare” va avea un punctaj de asemenea crescut la „lipsa de speranțe”).
- *Eroarea de proximitate* conduce la punctarea similară a itemilor adiacenți.
- *Varianța terminologică* este relaționată cu atribuirea unei semnificații diferite aceluiși termen. Această problemă afectează mai ales scalele clinice, având în vedere interpretarea diferită a unui termen în funcție de școala din care face parte evaluatorul sau cunoștințele de bază ale acestuia. Acest sens se poate evita prin includerea unui glosar terminologic ca anexă la scala de evaluare.

d) Selecția itemilor

Meehl și Golden (1982) au semnalat o serie de principii sau pași în construirea unei scale de evaluare a simptomelor:

1. Selectarea itemilor în funcție de relevanța clinică și validitatea acestora.
2. Selectarea itemilor în funcție de corelația internă a itemilor atunci când se aplică unui grup mixt de pacienți (care include pacienți cu sau fără simptomul evaluat).
3. Selectarea itemilor cu diferită greutate ierarhică (care descriu diversele aspecte ale fenomenului evaluat) sau cu alte cuvinte să nu fie redundanți.
4. Față de egalitatea factorilor, selectarea itemilor cu cel mai mare potențial de consens.
5. Verificarea randamentului grupului de itemi selecționați în funcție de criterii externe (vârstă, sex etc.) în scopul evaluării extrapolării sale.
6. Atunci când pașii 3, 4 și 5 nu pot fi efectuați, repetați analiza cu itemii modificați în ceea ce privește definiția sau conținutul.

Pe de altă parte, itemii pot fi de asemenea selecționați în funcție de utilitate. Aceasta este evaluată în funcție de trei criterii (Thompson, 1989):

1. Calibrare: frecvența suficientă de răspunsuri la un item individual pentru a garanta includerea în scală. În mod arbitrar se poate fixa la 10%.
2. Monotonicitatea ascendentă: itemul trebuie să arate o corelație liniară semnificativă cu punctajul global (vezi omogenitate).
3. Dispersie redusă: în ceea ce privește linia de regresie a corelației anterioare.

e) Sistemul de codificare a răspunsurilor

1. *Scale de categorii dihotomice.* Prezintă un sistem de răspunsuri cu două alternative: „Da/Nu” sau „Adevărat/Fals” (de exemplu: teste de personalitate cum ar fi MMPI).
2. *Scale de categorii politomice.* Prezintă un sistem de răspunsuri cu mai multe alternative. Sunt nemulțumit de mine însumi / Nu mă apreciez / Mă urăsc / Sunt satisfăcut de mine însumi / ... (de ex.: Inventarul de depresie Beck)
3. *Scale analogice.* Se pot diferenția în funcție de sistemul analogic utilizat pentru facilitarea răspunsului.

- Analogic – lineară: Gradare pe o linie de la 7 la 10 cm. (de ex.: Scala pentru evaluarea cravingului).

Nicio dorință +-+-+-+ Dorință maximă

- Analogic – numerică: Gradare similară cu cea anterioară dar cu numere (de la 0 la 7 sau la 10). La scalele unitate termometrice numerele se așează în poziție verticală. Acestea pot fi de asemenea gradate de la 0 la 100 (de ex.: Scala de Evaluare a Activității Generale – EEAG – a DSM-IV). Uneori se combină analogi vizuali sau numerici pentru creșterea înțelegerii.

Nicio dorință 0 1 2 3 4 5 6 7 Dorință maximă

- Grafice: Gradare cu ajutorul desenelor (de ex.: *Face Scale* pentru evaluarea bunăstării, sau planșele COOP – Wonca).

Unii autori scalale grafice ca scale lineare

- Analogic-verbal: Gradare în categorii verbale calibrate anterior. În general, posibilitățile de răspuns variază între 3 și 7. Likert considera că 5 era numărul optim de alternative. Goldberg, la rândul său, prefera utilizarea a patru grade de răspuns pentru a evita sensul tendinței centrale. Se consideră că peste 6 grade, nivelul de fiabilitate se diminuează semnificativ. Scalele de severitate utilizează mai multe grade decât cele de depistare (de ex. Ș punctajul VGE al ASI are 9, în timp ce cel GHQ are 4). Și aceste scale sunt denumite Likert în onoarea celui care le-a introdus cu 60 de ani în urmă. Totuși, la fel este denumit și un sistem specific de punctare, astfel încât denumirea ar putea crea confuzii.

Deloc (0) Ceva (1) Destul de mult (2) Mult (0)

- Analogico-categoriale: În această grupă sunt considerate o serie de scale care combină gradația numerică și verbală (de ex.: punctajul EEAG al DSM-IV).

f) Scalarea și punctarea itemilor

Așa cum am arătat, există diverse metode pentru scalarea diferitelor alternative de răspuns în cadrul unei scale sau și al itemilor acestora (Bech et al., 1993). Sistemul de punctare poate varia substanțial de la o scală la alta și chiar și în cadrul aceleiași scale, atunci când este vorba despre scale analogico-verbale. Categoriile fiecărui item pe o scală ordinară pot oscila între 2 și 6 (absent, nesigur, ușor, moderat, pronunțat și sever). Punctajul depinde de patternul de atribuire numerică selectat.

Scalele unitare de severitate (non-tranziționale), au un punctaj maxim între 8 și 10 atunci când sunt analogi vizuali, și de la 7 la 10 atunci când este vorba despre analogi verbali sau alte forme combinate. EEAG poate fi punctat până la 99 dar în

realitate prezintă 10 grade de răspuns în decimale. Scalele globale unitare de tip tranzițional sunt în general de tip bipolar, permițând un punctaj în sens negativ și pozitiv (de la cea mai mare deteriorare la cea mai mare ameliorare: -3 -2 -1 0 1 2 3). Din motive tehnice se poate puncta de asemenea de la 1 la 7, deși polaritatea scalei nu rămâne adecvat reflectată în acest sistem.

Scalele verbale multi-item permit diverse atribuiri numerice. Astfel, GHQ al lui Goldberg permite trei atribuiri diferite: primele două în baza sistemului original propus de Likert în anii 30 (0-1-2-3 sau 0-0-1-2) și o a treia propunere a lui Goldberg (0-0-1-1). „Scala de Evaluare pentru Intervievator” a Indexului de Severitate a Adicției punctează conform sistemului de punctare propus de M. Hamilton, care distinge opțiunile: absent (0), nesigur (1) și diverse grade de intensitate care oscilează între 2 și 4 sau 5 (0-1-2-3-4-5).

Având în vedere numărul, diversitatea și continua dezvoltare a instrumentelor de evaluare, sunt din ce în ce mai necesare inventarele informatizate și sistemice ale scalelor de evaluare. Un ghid pentru clasificarea acestora se poate obține în funcție de șapte parametri relaționați cu dezvoltarea sa (obiectiv, tipul administrării, stabilitatea fenomenului, perioada de evaluare, numărul de itemi, conținutul itemilor și sistemele de răspuns) (tabel 6).

SELECTAREA UNUI INSTRUMENT DE EVALUARE

Selectarea adecvată a instrumentelor de evaluare sibiectivă este primordială pentru orice cercetare clinică în dependența de droguri. Logic, trebuie utilizat acel instrument care este cel mai adecvat necesităților noastre. Totuși, este surprinzător numărul redus de reviziri metodologice care abordează această temă într-o manieră specifică. Bech și colab. (1993) menționau o serie de aspecte cheie pe care să le avem în vedere într-un studiu clinic:

1. Identificarea motivului: De ce este dezirabil să utilizăm un instrument?
2. Identificarea problemei: Care este focusul studiului?

3. Identificarea relevanței: Sunt relevante scalele/chestionarele utilizate pentru studiu?
4. Evaluarea cost-utilitate: Ce informații aduce instrumentul raportat la costurile pe care le presupune?

Pe de altă parte, la fel cum au procedat și alți autori (tabla 7), Newman și Carpenter (1997) oferă un ghid pentru dezvoltarea, selectarea și utilizarea instrumentelor de evaluare, ale cărui principii generale sunt următoarele:

1. Variabila de măsurat trebuie să fie relevantă pentru populația spre care este orientată.
2. Metodele de evaluare trebuie să fie simple și ușor de accesat și utilizat de către profesioniști. Trebuie să fie însoțite de instrucțiuni clare de aplicare atât pentru pacienți (în cazul în care sunt probe autoadministrate) cât și pentru cine le aplică (probe heteroadministrate).
3. În ceea ce privește nivelurile de măsurare, sau cel puțin în punctele cheie ale evaluării, trebuie exprimate exemple specifice care acționează ca puncte de referință obiective. Astfel, va crește considerabil fiabilitatea interjueces.
4. Este de preferat utilizarea mai multor informări, în acest fel putându-se obține o validitate crescută a stadiului și/sau comportamentului persoanei evaluate și a schimbărilor produse. Răspunsurile vor fi mai sincere atunci când se știe că există mai multe informări și, pe de altă parte, discrepanțele între informări vor alerta clinicianul asupra problemelor care necesită mai multă atenție.
5. Includerea măsurilor care permit contrastarea procesului de schimbare.
6. Optarea pentru măsuri și instrumente care reunesc bune proprietăți psihometrice (fiabilitate, validitate și sensibilitate la schimbare) care să nu aibă sensuri de răspuns și care arată insensibilitate la influența factorilor situaționali străini și confuzi.
7. Măsurarea rezultatelor intervențiilor trebuie să fie compensată în termeni de cost/beneficiu. Acordarea de timp din practica clinică în scopul evaluării conduce la

o pierdere a productivității, fiind recomandată integrarea evaluării rezultatelor în cadrul sistemului de evaluare generală (diagnostic sau psihosocial), astfel încât costurile în termeni de timp și eforturile profesioniștilor se reduc la măsura în care este posibil.

8. Rezultatele studiilor trebuie să fie comprehensibile pentru toți cei interesați; de la pacienți și familie până la profesioniștii din domeniul clinic. Aceasta implică ca rezultatele măsurate cu instrumentele de evaluare trebuie să aibă la bază un limbaj accesibil și asumabil. Cu alte cuvinte, rezultatele obținute prin instrumentele de evaluare trebuie să fie ușor de procesat și interpretat.
9. Dimensiunile obținute trebuie să aibă relevanță clinică și să fie utile în practica clinică. Nu trebuie să aibă relevanță dor pentru cercetare ci trebuie să abordeze aspecte din practica clinică relevante caresă ghideze sau să permită luarea unei decizii în acst sens.
10. Trebuie să fie compatibile cu teoriileși practica clinică actuale. Dacă un instrument poate fi utilizat în mai multe abordări (de ex. tratamentul persoanelor dependente și/sau cu HIV/SIDA în programe cu antagoniști și/sau agoniști de opiacee prin intermediul indicatorilor privind calitatea vieții) va permite comparația între diverse abordări terapeutice.
11. Unii autori (Smith et al., 1997) consideră foarte important ca prin evaluare să se obțină perspectiva pacientului (impresie subiectivă). Rezultă evident că în anumite aspecte nu se poate determina experiența subiectivă a pacientului. Este necesară cunoașterea stadiului psiho-social și de sănătate al consumatorului pe lângă evoluția adicției, cu scopul de a ne asigura că prezintă o funcționare adecvată care permite reabilitarea sa.

Tabel 6. Ghid pentru clasificarea scalelor de evaluare				
Criteriu			Definiție	Exemple
În funcție de compoziție	<i>Nr. de itemi</i>	Unitare	Scale cu un singur item	CGI, EEAG, Analogi ai durerii
		Multi-item	Majoritatea scalelor sunt compuse dintr-un număr de itemi care în general oscilează între 10 și 50	GHQ, MOS-SF-36, HDRS, NHP, ASI, OTI, MAP, DTCQ
	<i>Sistem de răspuns</i>	Catorogiale	Sisteme de răspuns dihotomice (Da/Nu, A/F)	NHP, CAGE
		Analogice	Numerice: Gradare de la cel mai bien la cel mai rău Lineare: Gradare în linie Grafice: Gradare prin desene Verbale: Gradare prin categorii verbale Mixte: Numeric - categoriale	EORTC QLQ-C30 EUROQoL 5-D Laminas Coop-Wonca GHQ, MOS-SF-36 DISCAN
	<i>Conținutul itemilor</i>	Unidimensionale	Mai mult de 80% din itemi evaluează o singură dimensiune	HDRS, EEAG, SDS
		Multidimensionale	Evaluează două sau mai multe dimensiuni (fizică, psihică și socială, cel puțin)	MOS-SF-36, GHQ, ASI, OTI
În funcție de scop	<i>Obiectivul studiului</i>	Generale	Evaluează fenomenul într-un sens amplu	GHQ, SCL-90, MOS-SF-36, NHP, ASI
		Specifice	Evaluează fenomenul într-un sens restrictiv	BDI, HDRS, SDS, CAGE

INSTRUMENTE DE EVALUARE ÎN ADICȚII

	<i>Tipul de administrare</i>	Autoadministrare	Completate direct de subiect	GHQ, NHP, STAI, SDS
		Heteroadministrare	Completate de un observator. În unele cazuri este necesară o formare specifică pentru administrare.	HDRS, SCAN, ASI, OTI
	<i>Stabilitatea fenomenului</i>	Caracteristici	Evaluează fenomene stabile	STAI-R, Locus Control, EPQ
		Stare	Evaluează starea actuală. După perioada de evaluare se împart în: <ul style="list-style-type: none"> • Depistare • Urmărire <ul style="list-style-type: none"> - Longitudinale netranziționale - Longitudinale tranziționale 	GHQ, SCAN, AUDIT HDRS CGI (subscala 2)

ASI – Indexul de Severitate a Adicției

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

BDI – Beck Depression Inventory

CGI – Clinical Global Index

DISCAN – Discretized Analogue Scale

DTCQ – Drug Taking Confidence Questionnaire

Tab. 7 Caracteristicile unui instrument de măsură a sănătății	
<i>După Bergner (1985)</i>	<i>După Donovan et al. (1989)</i>
<ol style="list-style-type: none">1. Să fie adecvat: justificabil din punct de vedere teoretic (validitate de conținut) și rezonabil din punct de vedere intuitiv (validitate aparentă)2. Valid și fiabil (cu privire la dimensiunea sa generică)3. Reproductibil4. Sensibil la schimbare.5. Componentele trebuie să fie clar delimitate, contribuind fiecare la totalul scalei în manieră independentă (validitate de construct).6. Datele necesare pentru calcularea punctajului total sau indicelui trebuie să fie aplicabile în practică.	<ol style="list-style-type: none">1. Să fie adecvat problematicii de sănătate care se pretinde a fi măsurată2. Valid, în sensul să fie capabil să măsoare acele caracteristici care se pretind a fi măsurate și n altele.3. Clar, cu un minim de eroare de măsură.4. Sensibil, să fie capabil pe de o parte să detecteze schimbări la diferiți indivizii și pe de altă parte în răspunsul aceluiași individ de-a lungul timpului.5. Să fie bazat pe date generate de pacienți.6. Să fie acceptat de pacienți, profesioniști din domeniul sănătății și de către investigatori.

II. INSTRUMENTE DE EVALUARE ÎN DEPENDENȚA DE DROGURI

Instrumentele de evaluare în dependența de droguri sunt numeroase. În ultimii zece ani s-a produs o dezvoltare enormă în acest domeniu și în prezent ne aflăm într-un moment în care utilizarea acestora începe să se generalizeze.

Institutul Național privind Alcoolul și Alcoolismul din SUA (National Institute for Alcohol and Alcoholism – NIAAA) pe pagina sa web (<http://www.niaaa.nih.gov/>) prezintă o listă de 89 de instrumente, majoritatea dedicate ariei consumului de alcool, clasificate în funcție de tipul de populație spre care sunt orientate (adulți vs adolescenți) și ținând cont de obiectivul evaluării (*screening*, diagnostic, evaluarea comportamentului de consum, planificarea tratamentului, evaluarea tratamentului și procesului acestuia și evaluarea rezultatelor). La rândul său, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanii (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) a realizat un proiect de readunare a instrumentelor utilizate în evaluarea programelor de prevenire și de tratament, plecând de la revizuirea bibliografiei internaționale în domeniu (Burkhart, 2000). Dintr-un total de 250 de instrumente identificate, după revizuirea caracteristicilor și calității științifice și psihometrice au fost selecționate în jur de 150 care au fost incluse într-o bază de date (Evaluation Instrument Bank – EIB) accesibilă pe pagina web <http://www.emcdda.org>. Instrumentele adunate sunt grupate pe două mari domenii:

- 1) cele dedicate evaluării programelor de prevenire, în total 24 clasificate în cinci arii de acțiune
- 2) cele destinate tratamentului, unde sunt grupate 124 instrumente corespunzătoare unui număr de cinci arii de evaluare diferite: costuri (1), necesități (58), rezultate (18), procese (42) și satisfacție (5).

Fiecare dintre aceste instrumente este însoțit de o fișă tehnică completă în care sunt descrise detaliat caracteristicile acestora. Unele dintre instrumente pot fi regăsite în mai multe limbi și instrumentul poate fi accesat gratuit.

Este dificil de identificat o formă optimă de clasificare sistematică a ansamblului de instrumente de măsură existente. La o primă aproximare, după criteriul obiectului și ariei de evaluare, putem clasifica aceste instrumente în două mari grupe; cele care se utilizează fundamental în evaluarea clinică și cele care se utilizează în evaluarea programelor, ca în cazul descris de EIB. În primul caz, este vorba despre instrumente orientate spre evaluarea pacienților dependenți de droguri; abordează diverse arii și au diverse medii de aplicare. Deși multe dintre acestea se utilizează și în construirea indicatorilor pentru evaluarea programelor, există unele instrumente specifice în acest scop și pe acestea ne vom centra în continuare având în vedere obiectivele monografiei și conținuturile lucrărilor care o compun.

Prin *evaluare clinică* înțelegem un proces amplu și global care implică diverse aproximări valorative. Miller, Westerberg și Waldrog (1995) disting în cadrul procesului de evaluare șase funcții distincte dar complementare între ele: *screening*, diagnostic, evaluare, motivare, planificare și monitorizare. Fiecare dintre aceste funcții poate fi acoperită prin utilizarea instrumentelor de evaluare specifice. În cadrul fiecărui grup, toate au același obiectiv sau arie de evaluare, deși pot diferi prin alte aspecte structurale (de ex.: complexitate, tipul de administrare etc.).

a) Instrumente de *screening*

Screeningul are ca obiectiv depistarea „potențialelor cazuri” de abuz sau dependență de substanțe. Constă într-o procedură scurtă și în general este efectuată de către serviciile de asistență primară sau ca parte a programelor epidemiologice (Cooney, Zweben și Fleming, 1995). Modelul cel mai tradițional, denumit „identificarea cazurilor” sau „screening pentru depistarea tulburării” constă în aprecierea indivizilor aparent sănătoși pentru identificarea acelor care au simptome inițiale sau avansate de dependență de substanțe.

Există un număr mare de instrumente de screening, atât pentru populația adultă cât și pentru adolescenți. Printre cele mai cunoscute sunt *CAGE* (Ewing, 1984), *Chestionarul Scurt pentru Alcoolici* (CBA sau KFA) al lui Feuerlein (1976) și *Michigan Alcoholism Screening Test*, MAST (Selzer, 1971). Dintre instrumentele de screening pentru alcoolism mai recente

menționăm *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) al lui Babor și Grantz (1989), o scală cu 10 itemicare și-a dovedit consistența internă, fiabilitatea și validitatea predictivă față de criteriile DSM IV de abuz și dependență (Martinez Delgado, 1996). *CAGE – AID* (Brown, 1992) este o adaptare a instrumentului *CAGE* pentru screeningul consumului de alte droguri. Acest tip de instrumente face obiectul aprofundării muncii pe care grupul Dr. Martinez Delgado a realizat-o în unul dintre capitolele ce compun această monografie.

b) Instrumente de diagnostic

Cea de-a doua funcție a evaluării clinice ar fi cea de *diagnosticare a cazului*, înțeleasă ca procedură prin care se determină prezența simptomelor și semnelor de abuz sau dependență după criteriile nosologice cele mai acceptate (DSM–IV și ICD-10). Atribuirea categoriei de diagnostic „dependență de substanțe” este un pas necesar în cadrul procesului de evaluare clinică, dar nu și suficient deoarece aduce puține date pentru organizarea tratamentului. Adeseori este omisă validitatea aspectului dimensional al acestui diagnostic (ca indice al severității dependenței) și necesitatea de a fi realizat ca pas anterior stabilirii diagnosticului de patologie duală.

Instrumentele de referință pentru diagnosticul de dependență sunt interviurile clinice standardizateconstruite plecând de la criteriile sistemelor nosologice ale Asociației Americane de Psihiatrie (DSM IV) și ale Organizației Mondiale a Sănătății (ICD). Acestea se diferențiază prin gradul de structurare. În acest capitol ne vom referi la secțiunile „droguri” și „alcool” ale acestor instrumente deoarece acestea sunt interviuri pentru evaluarea oricărei tulburări psihiatrice.

Interviurile clinice structurate sunt caracterizate prin faptul că au întrebări și răspunsuri închise, ceea ce permite utilizarea acestora de către persoane care nu sunt specialiste dar care sunt formate. Dintre aceste instrumente enumerăm: *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) (Robins et al., 1981), *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (Robins et al., 1988) și modulul acestuia pentru droguri, *CIDI – SAM* (Cottler et al.).

Interviurile Clinice Semistructurate implică o apreciere/judecată clinică și este necesară formarea în psihopatologie precum și o formare clinică pentru gestionarea acestora. Dintre acestea menționăm: *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (SCID-R) (Spitzer et al., 1988) și *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN) (Wing et al., 1990).

În cadrul acestui grup putem include o serie de instrumente care nu sunt strict de diagnosticare în sensul pe care l-am atribuit aici (deși uneori se confundă). Sunt scale de evaluare care în general măsoară "severitatea dependenței" după niște constructe mai mult sau mai puțin apropiate de criteriile nosologice cele mai acceptate. Urmează un model dimensional al evaluării (de la severitatea cea mai mică până la cea mai mare) față de modelul categorical care urmează criteriile de diagnostic ("este cazul" sau "nu este cazul" dependenței). În orice caz acestea sunt relative, deoarece unele dintre aceste scale au o funcție de examinare (în funcție de analiza validității realizate: concurentă sau discriminatorie) și, pe de altă parte secțiunile cu privire la droguri din SCAN oferă așa numitul Indice de Definiție (aprecierea *severității dependenței*). Există un număr mare de instrumente care fac parte din această grupă. Merită să cităm *Severity of Dependence Scale* (SDS) (Gossop et al., 1995) și *Leeds Dependence Questionnaire* (LDQ) (Raistrick et al., 1994).

c) Instrumente pentru evaluarea problemelor relaționate cu consumul de substanțe

Aceste instrumente urmăresc realizarea unei estimări a gradului în care consumul de substanțe a afectat un ansamblu de dimensiuni sau arii de funcționare ale subiecților cum ar fi starea generală de sănătate, probleme laborale, familiale, legale, psihologice, calitatea vieții etc. Majoritatea instrumentelor de evaluare a dependenței de droguri fac parte din acest grup.

În cadrul acestora putem stabili diferența între instrumente *multidimensionale* sau generale și *unidimensionale* sau specifice. Primele au un anumit nivel de complexitate, fiind compuse din mai multe subscale, fiecare dintre acestea măsurând o dimensiune diferită. Instrumentele unidimensionale sunt scale de evaluare care apreciază severitatea problemelor specificerelaționate cu consumul (familiale, profesionale, psihologice etc.).

Interviurile multidimensionale, care pot fi pentru adulți sau pentru adolescenți, sunt clarificate la rândul lor în funcție de gradul de structurare. Dintre cele *semistructurate* sunt cunoscute *Addiction Severity Index* (ASI) (McLellan et al., 1985, 1992), *Opiate Treatment Index* (OTI) (Drake et al., 1992) și *Maudsley Addiction Profile* (MAP) (Marsden et al., 1998). La rândul său, *Individual Assessment Profile* (IAP) (Flynn et al., 1995) ar fi un alt exemplu de interviu clinic structurat și multidimensional. În cadrul acestui grup putem include *instrumentele multidimensionale de culegere de date*. Acestea sunt interviuri structurate care evaluează diferite aspecte și probleme relaționate cu consumul de droguri, grupate pe arii, dar care nu sunt compuse din scale de evaluare (adică nu există un „punctaj final” pentru fiecare dimensiune). Dintre acestea menționăm *Encuesta sobre Consumidores de Heroína en Tratamiento* (ECHT) (PNSD, 1996).

d) Instrumente pentru diagnosticarea comorbidității psihiatrice (tulburare sau patologie duală)

În general, scalele specifice și secțiunile corespunzătoare instrumentelor multidimensionale care măsoară aspectul sau starea psihologică relaționată cu consumul de substanțe (de ex.: GHQ-28, SCL-90 etc.) sunt scale dimensionale de afectare globală și scopul acestora nu este stabilirea de categorii diagnostice de comorbiditate (patologie duală). Deoarece determinarea acestora nu intră nici în conceptul de „diagnostic de caz” pe care l-am utilizat aici (prezența criteriilor de dependență), înțelegem că diagnosticul de patologie duală și explorarea altor comportamente adictive (non chimice) trebuie incluse ca segment independent dar în cadrul procesului de evaluare clinică a pacientului cu o tulburare adictivă. Rounsaville (1992; 1993) propune luarea în considerare a unei anumite perioade de abținere înainte de confirmarea validității simptomelor psihopatologice observate, având în vedere că simptomatologia produsă prin deprivarea de substanțe poate conduce la importante confuzii de diagnostic.

În cadrul acestui grup vom include interviurile clinice structurate și semistructurate pe care le-am văzut deja în paragraful *b*) dar în versiunea lor completă (DIS, CIDI, SCID-R și SCAN).

Avantajul acestor instrumente este *exhaustivitatea*, deoarece permit definirea prezenței diferitelor tulburări psihiatrice pe care le-ar putea avea subiectul, pe lângă cele relaționate cu consumul de droguri. Totuși, aplicarea acestora în cazul concret al evaluării comorbidității psihiatrice la pacienții cu dependență de substanțe, prezintă inconvenientul *excluderii mutuale*. Ceea ce înseamnă că evaluează fiecare diagnostic independent, astfel încât este dificil de precizat dacă o tulburare psihiatrică este anterioară (primară) sau este indusă de consum. Pentru a răspunde la această întrebare va trebui să ținem cont de profilul de consum al subiectului și de relația fiecărei tulburări cu acest profil deoarece pentru diagnosticul de patologie duală sunt la fel de importante și instrumentul dar și procedura de evaluare (Weiss, Mirin și Griffin, 1992). În orice caz, unele dintre aceste instrumente au prezentat probleme. Astfel, *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) (Robins et al., 1981) tindea spre supradiagnosticarea tulburărilor psihiatrice la pacienții cu abuz sau dependență de alcool (Goethe și Ahmadi, 1991) și SCID prezenta o gravă problemă; lipsa stabilității temporale și fiabilității test – retest a tulburărilor psihiatrice comorbide (Williams et al., 1992; Ross, Swinson și Doumani, 1995).

Un instrument de generație nouă creat special pentru diagnosticul comorbidității și patologiei duale este *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders* (PRISM și PRISM-IV) (Hasin et al., 1996). Este vorba despre un interviu semistructurat care evaluează tulburările de pe axele I și II ale DSM-IV cu o prevalență mai mare la populația dependentă de droguri. Începe cu diagnosticul tulburărilor relaționate cu substanțele și cu stabilirea unei linii evolutive a patternurilor de consum, astfel încât simptomele și sindroamele psihiatrice pe care le-ar putea prezenta pacientul contrastează substanțial cu această linie în scopul stabilirii dacă sunt tulburări primare sau induse de consum. Este foarte posibil ca PRISM să ajungă să se transforme într-un instrument de referință pentru diagnosticul de patologie duală, cel puțin pentru investigații. În orice caz, pentru diagnosticul de patologie duală sunt la fel de importante și instrumentul dar și procedura de evaluare (Weiss, Mirin și Griffin, 1992).

e) *Instrumente pentru evaluarea aspectelor motivaționale și de dispoziție*

În cadrul acestei grupe vom include un ansamblu de instrumente pentru evaluarea atributelor cognitive sau cognitiv-comportamentale relaționate cu dependența. O mare parte dintre instrumentele de măsură folosite în dependența de droguri fac parte din această grupă. Dintre aspectele ce trebuie evaluate sunt: stadiul schimbării, motivația pentru schimbare, balanța decizională, așteptările cu privire la autoeficacitate, nivelul de competență situațională față de situații de risc, analiza episoadelor de recădere etc. Merită să menționăm printre altele *University of Rhode Island Change Assessment (URICA)* (McConaughy et al., 1989), *Situational Confidence Questionnaire (SCQ)* (Annis, 1987) și *Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)* (Annis și Martin, 1985).

CONCLUZII

Evaluarea clinică în dependența de droguri este o necesitate resimțită de fiecare dată mai mult de clinicieni și cercetători. Interesul pe care îl suscită instrumente multidimensionale cum ar fi ASI și OTI derivă din utilitatea lor practică, fiind unele dintre instrumentele care acoperă cele mai multe funcții în evaluarea clinică și evaluarea programelor. *Aplicațiile clinice* pot fi de cinci tipuri: *funcții de examinare, de diagnostic, de prognosticare, de planificare a tratamentului și de evaluare clinică (urmărire)*. *Utilitatea diagnostică* derivă din capacitatea acestora de a stabili un profil al *stării* pacientului pe dimensiunile cele mai frecvent relaționate cu consumul de droguri (înțeles ca nivel de severitate sau deteriorare). De asemenea au o *utilitate de examinare „multiplă”*, în sensul că fiecare dintre scalele lor poate detecta diferențiat o arie disfuncțională, susceptibilă unei evaluări extinse, cu instrumente mai extinse și specifice. Pe de altă parte și în virtutea evidențelor acumulate prin studii de urmărire, punctajele totale ale fiecărei scale în parte oferă o *estimare prognostică* generală a evoluției cazului. De asemenea, au capacitatea de a depista necesitățile de intervenție în fiecare dintre arii, pe care se bazează *planificarea tratamentului*. În sfârșit, una dintre aplicațiile cele mai interesante este în câmpul *evaluării*

clinice (urmărirea cazului) ce permite aprecierea rezultatelor pe care le-a avut tratamentul asupra pacienților în diferite dimensiuni.

Pe de altă parte, aceste instrumente au o importantă aplicabilitate în *evaluarea programelor*, deoarece informațiile clinice individuale, agregate și sintetizate prin intermediul *indicatorilor de rezultat*, constituie baza *sistemelor de monitorizare a rezultatelor* care, la rândul lor, reprezintă instrumentul fundamental aflat în serviciul *programelor de îmbunătățire continuă a calității asistenței*.

În ceea ce privește selecția instrumentelor ce trebuie utilizate, situația ideală ar fi selecționarea unui grup de instrumente de bază pentru utilizarea clinică (de comun acord cu întreaga echipă) și care la rândul lor ar putea obține informații suficiente pentru derivarea indicatorilor pentru evaluarea programului.

În consecință, rezultă indispensabilă formarea profesioniștilor în utilizarea clinică a acestor instrumente și, mai ales, aplicarea sistematică și rutinieră în serviciile de asistență a consumatorilor de droguri.

III. INSTRUMENTE ȘI INDICATORI PENTRU SCREENING

ASPECTE CONCEPTUALE

În domeniul sănătății publice, depistarea bolilor prezintă beneficii importante pentru sănătatea comunității.

Două timpuri de strategii permit identificarea bolilor:

1. Căutarea cazurilor utilizând metode diagnostice definitive și foarte valide dar în general destul de mari și costisitoare. Acest tip de căutare reprezintă „Evaluarea clinică” ce pretinde stabilirea unui diagnostic (cazuri de abuz sau dependență și probleme relaționate) ca și dezvoltarea unui plan terapeutic determinat. Evaluarea este un proces ce necesită mai multe interviuri clinice și este realizată prin intermediul serviciilor specializate.
2. Programele de depistare (screening) care utilizează metode mai puțin puternice cu scopul de a identifica acele persoane care probabil suferă de diverse boli. Diagnosticul se va confirma ulterior cu ajutorul celor mai specifice tehnici. Aceste programe pretind, în consecință, să cunoască cât mai mult despre indivizi într-o formă cât mai rapidă, economică și validă posibilă. În consecință, trebuie să fie proceduri foarte scurte și ieftine și în general se efectuează în cadrul asistenței primare sau ca parte a programelor epidemiologice.

După definiția Organizației Mondiale a Sănătății, „screening-ul constă în identificarea prezumtivă, cu ajutorul testelor, a examinărilor sau a altor tehnici cu aplicare rapidă, a persoanelor care au o afecțiune sau o anomalie anterioară necunoscută până acum. Testele de depistare trebuie să permită stabilirea unei diviziuni între persoanele aparent sănătoase dar posibil afectate de o anumită boală și cele care nu suferă de astfel de boli. Obiectivul nu este de a stabili un diagnostic. Persoanele pentru care rezultatele sunt pozitive sau îndoielnice, trebuie trimise la medic pentru verificarea diagnosticului și, dacă este necesar, pentru tratament” (Jenicek și Cleroux, 1987).

În prezent și din punct de vedere al sănătății comunității, screeningul se orientează mai mult spre așa-numitul „screening pentru reducerea riscurilor” (Safer, 1986) care evaluează persoanele aparent sănătoase, pentru a încerca identificarea acelor care în prezent nu au un consum problematic, dar au o modalitate de consum care presupune un risc pentru posibila dezvoltare ulterioară a unui abuz sau a unei dependențe, spre deosebire de așa-numitul „screening pentru depistarea tulburării” care constă în evaluarea persoanelor aparent sănătoase pentru identificarea celor cu simptome inițiale de dependență.

Strategiile orientate spre screening-ul problemelor relaționate cu consumul de droguri sunt absolut necesare și se justifică deoarece sunt probleme destul de comune și de dimensiuni și severitate suficiente (socio-epidemiologie), cursul este cunoscut și sunt descrise diferite faze ale acestora (istoric natural), există suficiente strategii de intervenție de succes (viabilitatea intervențiilor) în diferitele faze și care, mai ales intervențiile precoce, diminuează semnificativ morbiditatea și mortalitatea. Majoritatea problemelor socio-medicale datorate consumului de droguri apar la persoanele care nu întrunesc criteriile de abuz sau dependență, astfel încât pare necesară și prioritară implementarea programelor de screening.

De asemenea, întregul proces de screening necesită existența metodelor valide și fiabile pentru depistarea problemelor relaționate cu consumul de droguri și disponibile pentru populațiile țintă care vor fi alese (asistență primară, servicii socio-sanitare, populația generală, populația clinică, populația din cadrul spitalelor...).

METODE DE SCREENING

Implementarea programelor de screening presupune existența unui cadru teoretic valid și consensual (ce se măsoară?) care nu exclude totuși necesitatea unor revizuri și actualizări periodice care să faciliteze cunoașterea factorilor pe care dorim să îi măsurăm și dimensionalitatea acestora. În ceea ce privește problemele relaționate cu consumul de droguri observăm că cel mai valid concept este cel de „Concept biaxial al dependenței de droguri” (Edwards et al., 1977).

Modelul biaxial al problemelor legate de consumul de droguri propune faptul că sindromul de dependență și problemele, deși sunt strâns relaționate, constituiedouă dmensiuni conceptuale separate.

Conform acestui concept, dependența este definită de două axe: una dintre acestea va fi constituită de dependența propriu-zisă și cealaltă de „problemele” ocazionate de consum. Prin aceasta se sugereazăfaptul că o persoană poate avea probleme care sunt consecințe ale consumului, în absența dependenței.

În cadranul A se va situa acel grup de populație care experimentează probleme datorită consumului de droguri dar care nu au dezvoltat un sindrom de dependență clinic semnificativ (grup pentru screening orientat spre diminuarea riscurilor la populațiile care solicită servicii sociosanitare).

Cadranul B va fi reprezentat de acel grup de populație care are un sindrom de dependență clinic semnificativ și în plus experimentează probleme asociate. Acesta va fi grupul caracteristic care va fi tratat în cadrul serviciilor, susceptibil unei evaluări clinice corecte.

Cadranul C, din contră, va îngloba grupul de subiecți care, prin consumul unor cantități variabile de substanțe, nu reunesccriteriile de dependență și încă nu au experimentat probleme apreciable ca și consecință a consumului (populația țintă pentru studii de caracter epidemiologic al screening-ului pentru reducerea riscurilor).

Cadranul D va fi reprezentat de acele persoane care prezintă un sindrom de dependență fără a experimenta probleme asociate („dependență inofensivă”). Populația care anterior a beneficiat de screening pentru depistarea tulburării.

Consumul de droguri este asociat cu o amplă varietate de probleme care pot rezulta atât din efectul direct al intoxicației cât și ca urmare a consumului cronic și poate cuprinde un ansamblu divers de consecințe medicale, psihologice și sociale.

Problemele relaționate cu consumul nu au reprezentat decât foarte rar obiectul unor clasificări diagnostice și al unor investigații instrumentale, fiind

INSTRUMENTE ȘI INDICATORI PENTRU EVALUAREA PROCESELOR DE DEZINTOXICARE/ABSTINENȚĂ DE SUBSTANȚE SUPERVIZATĂ

Măsurarea poate fi definită ca proces de aplicare a unei metode sistematizate pentru descrierea fenomenelor sau obiectelor, gradul de sistematizare fiind foarte variabil. Deși unii autori fac diferența între măsurare (proces de culegere de informații) și evaluare (interpretarea rezultatelor) tinde a evalua procesul în ansablu (Salvador, Romero și Gonzales, 2000). Măsurarea constă în ordonarea unei serii de observații în unele dimensiuni (ce se măsoară?), putem alege tehnicile și instrumentele ce pot fi utilizate (Cum și când se măsoară). Definiția sigură și ușară a obiectivelor observației este cea care face posibilă alegerea corectă a unei tehnici valide, fiabile și concret utile (Arino, Ballesteros și Gutierrez Fraile, 2000).

În acest capitol vom revizui instrumentele utilizate în evaluarea proceselor de dezintoxicare la persoanele cu consum de substanțe psihoactive. Așa cum vom vedea, toate scalele care evaluează diferitele sindroame de abstenență (SA) au o construcție similară: măsurând prezența unei serii de simptomeși semne proprii fiecărui SA în parte în ranguri variabile de severitate. Utilizarea scalelor în SA prezintă dificultăți și limite datorită multiplilor factori: SA indus recent și foarte clar definit, abuz de multiple substanțe, preponderența simptomelor psihice asupra celor fizice (anxietate și așteptări ale persoanei față de lipsa drogurilor), tratament precoce și preventiv al SA care împiedică dezvoltarea sa naturală etc. În consecințăvom insista în mod special pe clinică; monitorizarea sindromului de abstenență trebuie să se bazeze pe observația clinică. Nici apariția în timpul unui SA a unor simptome atipice sau complicații rare nu sunt avute în vedere de obicei de scalele de evaluare.

Este frecventă utilizarea diferiților termeni utilizați în tulburările relaționate cu substanțele, care includ confuzia, astfel încât la început dorim să definim conceptele utilizate cel mai frecvent utilizate în acest capitol.

Termenul „drog” nu apare în niciuna dintre clasificările diagnostice utilizate în prezent, fiind substituit în DSM-III-R cu termenul de substanțe, iar în CIE-10 cu dependența de psihotrope. Din 1964, la recomandarea OMS, nici termenul „adicție” nu a fost păstrat, fiind substituit cu termenii *dependență de substanțe sau tulburare prin dependență de substanțe*.

„*Sindromul de abstenență (SA) la o substanță*” reprezintă un ansamblu de semne și simptome care se manifestă prin apariția tulburărilor fizice și psihologice de diverse intensități, fie la întreruperea administrării acelei substanțe, fie la administrarea unui antagonist specific al acelei substanțe, primind în acest caz denumirea de „*SA precipitat*”. În principiu, fiecare grupă de substanțe va produce un SA caracteristic și ușor de diferențiat față de restul grupelor (vom vedea că nu este chiar atât de ușor). Toate SA sunt autolimitate în timp deși de durată variabilă. Prezența unui SA este unul dintre criteriile de diagnostic pentru tulburarea prin dependență însă izolat nu este un criteriu suficient și necesar pentru a putea stabili diagnosticul.

DSM-IV, manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale elaborat de Asociația Americană de Psihiatrie – APA – (APA, 1994), împarte Tulburările (Tulb.) legate de substanțe în două grupe: Tulb. prin consum de substanțe și Tulb. induse de consumul de substanțe. În grupul „*Tulburărilor induse de substanțe*” este inclusă „*Abstenența*” (tabelul 1), admitând apartența acesteia la alcool, amfetamine, cocaină, nicotină, opiacee și sedative, hipnotice sau anxiolitice, nefiind aplicabilă halucinogenelor, cafeinei, canabisului, fenciclidinei sau inhalantelor (tabelul 2). În cazul cafeinei, DSM-IV propune o serie de criterii provizorii de investigare pentru a aprecia existența sau nu a acestui sindrom, incluzând provizoriu următoarele simptome: cefalee, oboseală sau somnolență acute, anxietate și/sau depresie, amețeală și vomă.

TABELUL 1. Criteriile DSM-IV-TR pentru Abstinența de Substanțe
<p>A. Apariția unui sindrom specific substanței datorat încetării (sau reducerii) uzului excesiv și prelungit al unei substanțe.</p> <p>B. Sindromul specific substanței cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, profesională sau în alte domenii de funcționare importante.</p> <p>C. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicabile mai bine de altă tulburare mentală.</p>

Această terminologie (abstinență de substanțe) utilizată în DSM-IV poate induce, de asemenea, în eroare, deoarece abstinanța, în numeroase publicații este utilizată ca și criteriu de rezultat în programele de asistență și nu cu accepțiunea SA definită mai sus.

TABELUL 2. Substanțe care induc (sau nu) abstinanța conform CIE-10 și DSM-IV-TR			
Substanța	Induce abstinanța	Cod diagnostic CIE-10	Cod diagnostic DSM-IV
Acool	Da	F10.3	291.81
Amfetamine	Da	F15.3	292.00
Cocaină	Da	F14.3	292.0
Nicotină	Da	F17.3	292.0
Opiacee	Da	F11.3	292.0
Sedative, Hipnotice, anxiolitice	Da	F13.3	292.0
Alte substanțe (sau necunoscute)	Da	F19.3	292.0
Halucinogene	Nu		
Cafeină	Nu		
Canabis	Nu		
Fenciclidină (sau substanțe cu acțiune similară)	Nu		
Inhalante	Nu		

Prin „dezintoxicare” înțelegem tratamentul palicat persoanelor dependente de substanțe bazat pe întreruperea administrării acesteia, utilizând medicamente care amortează sau anulează SA. Obiectivul principal al acesteia este de a restabili echilibrul sistemelor neuronale afectate de consumul de substanțe.

Termenul primitiv de cură, care a fost aplicat acestor tratamente prin generalizarea „curei de alcoolism” (dezintoxicarea de alcool) nu este cel adecvat, deși crează confuzie profanilor, făcându-i să înțeleagă prin el „tratamentul” în timp ce în realitate aceasta reprezintă o fază a tratamentului; această accețiune crează confuzie și cade în abordarea magică făcându-se să se creadă că dezintoxicarea poate fi sinonimă cu curarea. Un termen mai adecvat decât cel de dezintoxicare este „*Abstinența supervizată*” care la rândul său este eronat credinței mai vechi care atribuia instalarea SA diverselor toxine (Jaffe, 1989; Solpelana, 1992).

Abstinența supervizată presupune prima etapă a așa-numitelor Programe Drog Zero, a căror scop este abstinerea totală și absolută a consumului de substanțe și una dintre ultimele etape a acelor programe de menținere cu substitut de opiacee (metadonă) al căror scop final este abstinerea de orice substanță opiacee, inclusiv metadonă.

Există în general două forme de abordare a abstenenței supervizate:

- a) Prin utilizarea de tratamente farmacologice, care pretind evitarea simptomatologiei de abstenență prezentă în urma întreruperii substanței sau atenuarea acesteia în cazul în care s-a instalat deja. Tratamentele farmacologice sunt diverse și variate, atenuând simptomatologia abstenenței, îmbunătățind abordarea terapeutică ulterioară și fiind un factor cheie în menținerea consumatorilor în așa-numitele programe „drog zero”. Aceste programe sunt utilizate de către organizații „profesionale”
- b) Fără utilizarea tratamentelor farmacologice, bazându-se pe modele presupuse ca fiind aversive care urmăresc ca pacientul să suporte total sau parțial sindromul de abstenență. Sunt utilizate în general de organizațiile „spirituale”; acest model se află într-un proces de schimbare.

ALCOOL

GENERALITĂȚI

Alcoolul și toate grupele de substanțe care aparțin sedativelor hipnotice sau anxioliticelor, acționează asupra mai multor sisteme de neurotransmițători, printre care și asupra complexului benzodiazepina – GABA A – canalul clorului, fapt pentru care există toleranță încrucișată între acestea, prezentând în abținere simptomatologie similară, cu diferențe în ceea ce privește severitatea și evoluția în timp. Prezentarea tabloului depinde de farmacocinetica agentului. Abținerea, sindromul de abținere de alcool începe înainte de opt ore de la ultima ingestie.

CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU ABȚINEREA DE ALCOOL CONFORM DSM IV-TR

- A. Încetarea (sau reducerea) uzului excesiv și prelungit de alcool.
- B. Două (sau mai multe) dintre următoarele simptome, survenind în decurs de câteva ore sau zile după criteriul A:
 - (1) hiperactivitate vegetativă (de ex. transpirație sau puls peste 100);
 - (2) tremor marcat al extremităților;
 - (3) insomnie;
 - (4) grețuri sau vărsături;
 - (5) iluzii sau halucinații vizuale, tactile sau auditive tranzitorii;
 - (6) agitație psihomotorie;
 - (7) anxietate;
 - (8) crize de grand mal.
- C. Simptomele de la criteriul B cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, profesională sau în alte domenii de funcționare importante.

D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

Despecificat dacă:

Cu tulburări de percepție

Sindromul de abținere de alcool (SAA)		
SAA Redus (Gradul I)	SAA Moderat (Gradul II)	SAA Sever (Gradul III)
<p>Are loc în primele 24, fiind în remisie după 48 de ore</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anxietate moderată • Deshidratare moderată • Dispepsie • Hipertensiune moderată • Neliniște • Sudorație moderată • Tahicardie • Cefaloalgie • Insomnie • Tremor 	<p>Are loc în primele 24 de ore, fiind în remisie după 72 de ore</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anxietate moderată, răspunde la anxiolitice • Deshidratare • Diaree • Anorexie • Hipertensiune redusă până la moderată (diastolica: 100-110 mmHg) • Tremor redus • Hiperventilație și atac de panică • Sudorație moderată • Dispepsie • Cefaloalgie • Insomnie • Greață și vomă • Astenie 	<p>Are loc în primele 24 de ore dar apariția acestora poate întârzia până la primele 48 de ore sau mai mult. De obicei durează trei zile dar poate dura până la 14 zile.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anxietate acută – se poate să nu răspundă la anxiolitice • Deorientare temporo-spațială • Deshidratare • Febră • Diaree • Halucinații auditive, tactile sau vizuale • Hipertensiune moderată sau severă (diastolica superioară la 120 mmHg este semnal de pericol) sau hipotensiune • Hiperventilație și atacuri de panică • Agitație • Sudorație • Hiperstimulare senzorială • Tahicardie • Tremor sever

EVALUARE CLINICĂ. COMPLICAȚII ALE SINDROMULUI DE ABSTINENȚĂ DE ALCOOL

SA la alcool are un tablou care durează în general între 48 și 56 de ore, putând varia în ceea ce privește intensitatea simptomatologiei de la un tablou asimptomatic sau redus (anxietate redusă, sudorație intensă, insomnie, tremor) – cele mai frecvente – până la manifestări cu risc mental și vital crescut – mai puțin frecvente (vezi tabelul de mai sus). Simptomele clasice ale SA la alcool sunt tremor, anxietate și sudorație. Sunt predictorii ai unei evoluții complicate a SA: desnutriția și o situație organică anterioară (infecții, fracturi etc.), istoricul anterior de SA complicate, apariția unei anxietăți crescute în timpul SA, tremor puternic, deshidratare, febră, ataxie, polineuropatie sau hipertensiune.

Prezentăm în continuare complicațiile importante ale SA la alcool:

Convulsii

- Apar la 5% din SA în urma întreruperii unui consum semnificativ de alcool.
- Apar timpuriu (cu precădere în primele 48 de ore).
- Sunt de tipul grand mal (generalizate și nefocalizate)
- Prezintă în general un episod unic sau repetat rar.

Halucinații sporadice și iluzii

- Halucinațiile și iluziile pasagere pot apare în SA de orice grad, de obicei sunt vizuale sau tactile. Pacientul menține simțul realității.
- Halucinațiile repetate și persistente (halucinoze) apar cel mai frecvent după 48 de ore.
- Distincția între aceste două tipuri de halucinații este importantă deoarece cea de-a doua confirmă prognosticul.

Halucinoza alcoolică

- Nu este frecventă în SA.
- Atunci când apar halucinațiile, acestea sunt de obicei auditive cu conținut amenințător.

- Nu prezintă obnubilare și nici evidențe de ideeație delirantă deși pot ajunge să altereze semnificativ simțul realității.

Confuzie și dezorientare

- Poate apare în timpul SA fără a se dezvolta delirium tremens.
- Cele mai frecvente sunt stadiile carențiale și deficitale vitaminice anterioare. Poate fi începutul unei encefalopatii Wernicke (confuzie, dezorientare, ataxie, tulburări motorii coulare).

Delirium

- Este forma cea mai severă a SA la alcool și reprezintă o urgență medicală.
- În mod normal are loc între ziua a doua și ziua a cincea de la întreruperea ingestiei de alcool dar poate întârzia în debut până la ziua a șaptea.
- Cursul său obișnuit este de trei zile dar poate dura până la paisprezece zile.
- Caracteristicile clinice sunt:
 - Exagerarea simptomatologiei SA simplu (în 75% din cazuri).
 - Instabilitate autonomă (fluctuații ale presiunii sanguine sau ale pulsului), dezechilibre hipoelectrice și hipertermie.
 - Neliniște, teamă sau agitație semnificativă, pacientul necesită frecvent contenție mecanică.
 - Tremor sever.
 - Confuzie și dezorientare. Obnubilare, conștiență fluctuantă.
 - Ideeație paranoidă.
 - Distractibilitate și răspuns crescut la stimuli externi.
 - Alterări perceptiv; în principal halucinații care pot afecta toate simțurile dar cele mai frecvente sunt cele vizuale micozooptice și cele tactile.

- SA ușor la alcool poate să nu conducă la delirium tremens. Deshidratarea, aritmia, hipotensiunea, blocajul renal și pneumonia sunt complicații frecvente. Fără tratament, delirium tremens conduce frecvent la deces. Cu un tratament adecvat (restabilirea fluidelor, sedare adecvată și tratamentul complicațiilor), mortalitatea se reduce sub 1%. Mulți pacienți prezintă disfuncții cognitive care se recuperează între 4 și 12 săptămâni dar în cazul în care sunt însoțite de encefalopatia Wernicke pot fi severe și permanente.

INSTRUMENTE PENTRU EVALUARE

CIWA-AR (The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol – Revised Version) (Sullivan, Sykora, Schneiderman et al., 1989) este un interviu semistructurat cu 10 itemi, dintre care nouă se apreciază cu o scală de la 0 la 7 și unul cu o scală de la 0 la patru puncte în funcție de intensitatea fiecărui item, punctajul maxim fiind 67. Punctajele mai mari de 20 determină un SA sever, între 10 – 20 moderat și mai mic de 10 redus. Acest instrument este însoțit de un manual pentru interpretarea fiecărui item. Este un instrument valid, fiabil și sensibil pentru monitorizarea cursului clinic al sindromului simplu de abținere de alcool.

AWS (Alcohol Withdrawal Scale) (Nowa, 1989) este o scală eficientă, frecvent folosită în Australia. Constă în 7 itemi, sudorație, tremor, anxietate, agitație, temperatura axială, halucinații și orientare. Fiecare item are un punctaj între 0 – 4 cu excepția itemului „tremor” care are un punctaj de la 0 la 3, punctajul maxim fiind 27. Punctajele mai mari de 15 determină un SA sever, între 5 – 14 moderat și mai mic de 4, redus.

Scala de Evaluare Psihopatologică (Alcohol Withdrawal Psychopathology Scale – AWIP) (Bokstromm și Balldim, 1992) este un interviu semistructurat format din 17 itemi, dintre care 14 sunt declarați de pacient și 3 sunt observații ale intervievatorului. Fiecare item este descris amplu, stabilindu-se o scală de la 0 la 6 puncte în funcție de intensitate. Construcția scalei se bazează pe MADRS (Montgomery și Asberg, 1979) și CPRS (Asberg, Montgomery, Perris et al., 1978) și a fost utilizată în SA la alcool deși datorită caracteristicilor și profilului său poate fi utilizată și în SA la alte substanțe.

INSTRUMENTE DE EVALUARE ÎN ADICȚII

Scala de Evaluare Clinică a Sindromului de Abstenență de Alcool (Soler et al., 1981) cuprinde 12 itemi: sudorație, tremor, deficit de conștiență, dezorientare, tulburări de percepție, tulburări de memorie, insomnie, hipertermie, neliniște și delir ocupațional. Fiecare item este obiectivat prin definiții operative care se exclud între ele și au un punctaj cuprins între 0 și 3. Scala clasifică SA alcoolice în patru grade: gradul 1: 0 - 7 puncte; gradul 2: 8 – 15 puncte, gradul 3: 16 – 20 puncte și gradul 4: mai mult de 24 puncte.

Alte scale (Martin, Kapur și Whiteside, 1979; Thomas și Freedman, 1964) includ simptome afective cum ar fi anxietatea sau dispoziție depresivă și vegetative, cum ar fi: cefalee, insomnie etc., în pofida faptului că toate aceste simptome pot fi considerate secundare tabloului abstenenței.

CONCLUZII

Scalele SA nu realizează un diagnostic al sindromului de abstenență de alcool ci sunt mai mult pentru orinetare în aprecierea severității unui SA diagnosticat.

AMFETAMINE

GENERALITĂȚI

Reprezintă un grup de substanțe care prezintă caracteristica de a avea fenil-iso-propil-amina ca moleculă structurală comună. Mecanismele sale de acțiune (simpaticomimetice) sunt similare celor ale cocainei, cu diferența că cele ale amfetaminelor nu blochează transmiterea impulsului nervos.

Forma cea mai frecventă de consum este cea de sulfat de amfetamină (Speed) pe cale orală. Administrarea pe cale parenterală intensifică simptomatologia SA.

CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU ABSTINENȚA DE AMFITAMINE

- A. Încetarea (sau reducerea) uzului de amfetamină (sau de o substanță afină), uz care a fost excesiv și prelungit.
- B. Dispoziție disforică și două (sau mai multe dintre următoarele modificări psihologice apărând în decurs de câteva ore sau zile după criteriul A:
 - (1) fatigabilitate;
 - (2) vise vii, neplăcute;
 - (3) insomnie sau hipersomnie;
 - (4) creșterea apetitului;
 - (5) lentoare sau agitație psihomotorie.
- C. Simptomele de la criteriul B cauzează o detresă sau o deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială sau profesională sau în alte domenii importante de funcționare.
- D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

EVALUARE CLINICĂ ȘI COMPLICAȚII

Dependența de aceste substanțe la fel ca și dependența de cocaină este în general de natură psihologică. În ceea ce privește capacitatea de a genera SA, nu există unanimitate, totuși manualele actuale de diagnostic ale APA și OMS consideră că întreruperea bruscă a amfetaminelor generează o simptomatologie care reunește caracteristicile fundamentale pentru a fi considerate generatoare de SA.

În SA la amfetamine se disting două faze:

1. Faza I (Imediată): fatigabilitate, tulburări ale somnului și modificări ale apetitului.
2. Faza a II-a (după două sau trei zile): iritabilitate, oboseală, dispoziție depresivă. Faza a II-a poate dura săptămâni sau luni.

În timp ce unii autori consideră că oboseala, somnul prelungit, hiperfagia și depresia care apar la întreruperea bruscă a administrării de amfetamine sunt simptome ale SA, alții pun la îndoială acest lucru. Creșterea fazelor REM ale somnului reprezintă valoarea obiectivă care durează cel mai mult (luni) și unii autori justifică prin aceasta existența SA. În practică putem întâlni atât simptome pozitive (anxietate, tremor, coșmaruri, foame) cât și simptome negative (oboseală, letargie, depresie). În general, simptomele SA la amfetamine ating intensitatea maximă la 2-4 zile și remit în una sau mai multe săptămâni. Complicația cea mai frecventă este depresia care poate fi însoțită de ideeație suicidară intensă deși în general de durată scurtă. Complicațiile majore (delirium, tulburarea psihotică) sunt asociate mai frecvent cu intoxicația cu amfetamine decât cu SA.

INSTRUMENTE ȘI INDICATORI DE EVALUARE

Având în vedere dificultatea în stabilirea unui diagnostic clinic de SA, până în prezent nu au fost generate scale pentru evaluarea SA.

CONCLUZII

Cinicienii trebuie să se folosească de aprecierea clinică și observație, neputându-se baza pe utilizarea scalelor.

COCAINA

GENERALITĂȚI

Cocaina este o substanță caracterizată prin capacitatea de a inhiba recaptarea dopaminei și norepinefrinei, producând astfel o hiperactivitate simpatică, atât la nivel central cât și la nivel periferic. Consumul obișnuit de cocaină poate fi în general întrerupt brusc, fără a produce complicații sau stări negative semnificative. Consumul în doze crescute, consumul intravenos și consumul sub formă de crack sau bază, consumul de alte droguri, afectarea organică sau psihică severă sunt predictorii ai intensității crescute a SA.

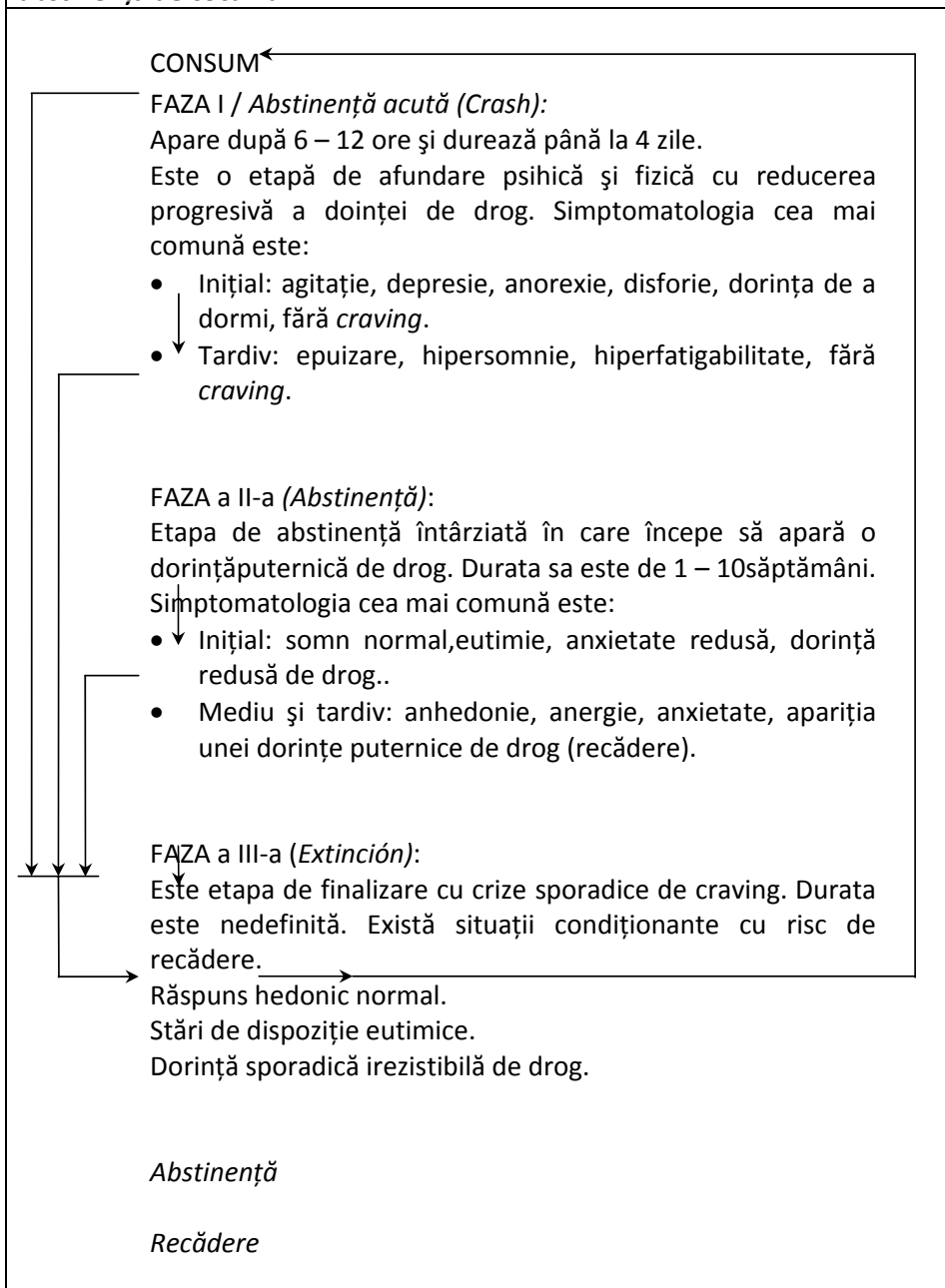
CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU ABSTINENȚA DE COCAINĂ

- A.** Încetarea (sau reducerea) uzului de cocaină, care a fost excesiv și prelungit.
- B.** Dispoziție disforică și două (sau mai multe) dintre următoarele modificări fiziologice, apărând în decurs de câteva ore până la câteva zile după criteriul A:
 - (1) fatigabilitate,
 - (2) visee vii, neplăcute,
 - (3) insomnie sau hipersomnie,
 - (4) apetit crescut,
 - (5) lentoaree sau agitație psihomotorie.
- C.** Simptomle de la criteriul B cauzează o detresă sau o deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.
- D.** Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

EVALUARE CLINICĂ ȘI COMPLICAȚII

În pofida faptului că de câțiva ani persistă ideea că cocaina nu produce dependență fizică sau SA ci doar dependență psihologică, întreruperea bruscă a administrării de cocaină conduce uneori spre o simptomatologie care reunește condițiile stabilite de APA pentru a fi considerată ca SA. Complicația cea mai frecvent descrisă este depresia: disforia, anhedonia, fatigabilitatea și hipersomnia, alternând cu anxietate, iritabilitate și chiar agitație. Pot apare, ca și în cazul amfetaminelor, episoade de ideație suicidară intensă. Simptomele ating intensitatea maximă la 2-5 zile și pot dura chiar și săptămâni la unele persoane. Ca și în cazul amfetaminelor, tulburările psihotice și delirium sunt asociate mai frecvent intoxicației decât abstenenței de cocaină.

Tabelul 4. Modelul Gawin și Kleber (1986) al etapelor sindromului de abstenență de cocaină



Gawin și Kleber (1986) (Tabelul 4) împarte acest tablou în trei faze, stabilind ca punct de pleare o perioadă de trei luni după un consum excesiv de cocaină. Deși nu toți autorii definesc acest SA în faze atât de clar diferențiate, în general aceștia sunt de acord în descrierea apariției semnelor și simptomelor fizice, psihice și compensatorii (Tabel 5).

<i>Simptome psihice</i>	<i>Simptome somatice</i>	<i>Simptome compensatorii</i>
<ul style="list-style-type: none">• Depresie• Dificultate de concentrare• Aturdimiento• Labilitate emoțională• Iritabilitate• Anxietate• Locomotivitate• Amnezie	<ul style="list-style-type: none">• Tulburări de coordonare• Tahicardie• Vertij• Diaree	<ul style="list-style-type: none">• Hipersomnie• Astenie• Bulimie• Anhedonie• Disforie• <i>Craving</i>

INSTRUMENTE PENTRU EVALUARE

Cocaina nu prezintă un SA clar definit, având în vedere dificultatea de a stabili un diagnostic clinic de SA, nu au fost generate scale pentru evaluarea acestui SA.

CONCLUZII

Clinicienii trebuie să folosească de aprecierea clinică și de observație, nu se pot baza pe utilizarea scalelor.

NICOTINA

GENERALITĂȚI

Nicotina acționează prin intermediul eliberării de noradrenalină, care conduce la producerea de diferite modificări psihice cum ar fi creșterea activității autonome, relaxarea și creșterea sării de dispoziție.

CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU ABSTINENȚA DE NICOTINĂ

- A. Uz clinic de nicotină, timp de cel puțin câteva săptămâni.
- B. Încetarea bruscă a uzului de nicotină sau reducerea cantității de nicotină utilizată, urmată în decurs de 24 de ore de patru (sau mai multe) dintre următoarele semne:
 - (1) dispoziție depresivă sau disforică;
 - (2) insomnie;
 - (3) iritabilitate, frustrare sau stare coleroasă;
 - (4) anxietate;
 - (5) dificultate în concentrare;
 - (6) neliniște;
 - (7) scăderea ritmului cardiac;
 - (8) apetit crescut sau puls ponderal.
- C. Simptomele de la criteriul B cauzează o detresă sau o deteriorare în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.
- D. Simptomelenu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

EVALUAREA CLINICĂ

Suprimarea obiceiului de a fuma produce o simptomatologie care poate fi considerată un adevărat SA. Simptomele apar încă din primazi de întrerupere atingând intensitatea maximă în a doua și a treia zi. Un procent semnificativ dintre fumători continuă să prezinte

simptome după o lună deși dorința de a fuma poate continua mai multe luni sau ani. Intensitatea SA variază mult de la o persoană la alta și se datorează absenței nicotinei. Administrarea acestei substanțe atenuază simptomatologia.

Principalele manifestări ale SA nicotinic sunt: nevoia de nicotină, anxietate, iritabilitate, neliniște, dispoziție disforică, dificultatea de concentrare, agresivitate, labilitate emoțională, depresie, tulburări de somn, bradicardie, hipotensiune, sudorație, ingestie excesivă de alimente și creșterea în greutate (inclusiv în cazul în care ingestia calorică este normală). Obiectiv, sunt observate schimbări în encefalogramă (EEG), diminuarea randamentului în probele de vigilență sau în sarcini care solicită coordonarea psihomotorie.

INSTRUMENTE PENTRU EVALUARE

Dintre scalele utilizate pentru evaluarea SA la nicotină menționăm:

- 1) Scala sindromului de abținere dezvoltată de Shiffman – Jarvick (Shiffman – Jarvick Withdrawl Scale) (Shiffman și Jarvick, 1976) care evaluează aspectele fizice, psihice și dorința de a fuma. Această scală a fost dezvoltată plecând de la o analiză factorială a declarațiilor unor ex-fumători;
- 2) Scala simptomelor de abținere de tutun dezvoltată de Hughes și Hatsukami (1986) ce cuprinde 13 itemi: dorința de a fuma, iritabilitate, anxietate, impaciță, neliniște, dificultate de concentrare, creșterea apetitului, creșterea cantității de alimente ingerate, insomnie, somnolență, cefalee, modificări gastro-intestinale și oricare din următoarele: tremor, tahicardie, sudorație și vertigos;
- 3) Scala simptomelor de abținere de tutun dezvoltată de West, Hajek, Belcher (1989) (Anexa II) care cuprinde 8 itemi. Toate acestea permit o evaluare adecvată a simptomelor de abținere.


Este interesantă de asemenea evaluarea tulburărilor de somn, deoarece acestea apar frecvent la ex-fumătorii recenți.

CONCLUZII

Scalele pentru măsurarea SA la nicotină oferă o dimensionare sistematizată a SA dar au fost realizate destul de puține cercetări în ceea ce privește validitatea, fiabilitatea și

INSTRUMENTE DE EVALUARE ÎN ADICȚII

valoarea predictivă a acestora, astfel încât trebuie utilizate cu precauție. Clinicienii trebuie să folosească și de aprecierea clinică și de observație, nu se pot baza pe utilizarea scalelor, deși evaluează simptomele cele mai importante sunt altele care nu le evaluează și în plus SA nicotinic prezintă o variabilitate crescută în funcție de prezentare în funcție de fiecare consumator.



OPIACEE

GENERALITĂȚI

Sunt denumite opioide un amplu grup de substanțe (agoniști de opiacee) chimice care au în comun capacitatea de a se uni și de a acționa specific în diverse tipuri de receptori denumiți μ (*miu*), κ (*kappa*) și δ (*delta*); repartizați creierului și în special la nivelul sistemului limbic, talamusului mediu și materiei gri a periacueducto.

Cele care se unesc cu acești receptori opioizi și nu suscită acțiuni sunt denumite *antagoniste*.

Cei mai cunoscuți agoniști sunt heroina (dicetil-morfina) și metadona (4,4 difenil – 6 dimetilamino – 3 heptona), opioide care păstrează foarte puțin relația structurală cu moleculele opiaceelor naturale. Dintre antagoniști, cei mai cunoscuți sunt naltrexona și naloxona.

CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU ABSTINENȚA DE OPIACEE

- A. Oricare dintre următoarele:
- (1) Încetarea (sau reducerea) uzului de opiacee, care a fost excesiv și prelungit (mai multe săptămâni chiar mai mult).
 - (2) Administrarea unui antagonist opiaceu după o perioadă de uz de opiacee.
- B. Trei (sau mai multe) dintre următoarele simptome apărând în decurs de câteva minute sau zile după criteriul A:
- (1) dispoziție disforică;
 - (2) greață sau vomă;
 - (3) mialgii;
 - (4) lacrimare sau rinoree;
 - (5) dilatație pupilară, piloerecție sau transpirație;

(6) diaree;

(7) căscat;

(8) febră;

(9) insomnie.

- C. Simptomele de la criteriul B cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.
- D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicat mai bine de altă tulburare mentală.

EVALUAREA CLINICĂ ȘI COMPLICAȚII

În SA trebuie să se țină cont de tipul de opioide și timpul de înjumătățire deoarece cu cât abstința începe mai repede, cu atât este mai puțin dură și este mai intensă (fig.2). Sindromul de abțință de petidină apare cel mai rapid (câteva ore) urmat de cel de heroină (8 ore), metadonă (48 ore) și buprenorfină (2 săptămâni). Sindromul de abțință acută la heroină (tab.6) prezintă o creștere graduală în care se succed anumite semne /simptome, atât în ceea ce privește cantitatea cât și în ceea ce privește intensitatea pe măsură ce trec orele. Începe de la 8-10 ore de la ultima doză și este maxim la 36-72 ore. Simptomele cele mai frecvente ale SA la opiacee sunt: crampe musculare, rinoree, lacrimare, căscat, dilatare pupilară, tahicardie, hiper sau hipotermie și hipertensiune. Complicațiile severe și riscul vital sunt reduse cu excepția SA acut indus de antagoniști, dacă nu este tratat.

TABEL 6. Sindromul de abstinență acută de Heroină

Gradul I	Gradul II	Gradul III	Gradul IV
Apare la 8 ore	Apare la 12 ore. Simptomele de gradul I cu intensitate mai mare și în plus:	Apare între 18 – 24 ore. Simptomele de gradul II de intensitate mai mare și în plus:	Apare între 24 – 36 ore. Simptomele de gradul III de intensitate mai mare și în plus:
<ul style="list-style-type: none"> • Căscat • Lacrimare • Sudorație • Rinoree • Anxietate 	<ul style="list-style-type: none"> • Midriază • Piloerecție • Spasme musculare • Flash-uri frig/cald • Mialgii • Artralgii • Anorexie 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensiune • Tahicardie • Hipertermie • Neliniște • Greață • Insomnie 	<ul style="list-style-type: none"> • Facies febril • Vomă • Diaree • Ejaculare spontană • Orgasm

* Mulți pacienți prezintă simptome reduse care progresează.

INSTRUMENTE PENTRU EVALUARE

Există numeroase scale pentru evaluarea SA la Opiacee (SAO). Toate au o construcție similară și evaluează o seie mai mică sau mai mare de semne și simptome specifice SA, într-un rang variabil de severitate; unele evaluează doar prezența (1) sau absența (0) semnelor/simptomelor, în timp ce altele evaluează gradul de intensitate (absent – 0/ scăzut – 1/ moderat – 2/ grav – 3). În general evaluează mai mult simptomele fizice decât simptomele psihologice, dacă acestea sunt prezente.

OWS (Opiate Withdrawal Scale) (Bradley, Gossop, Phillips et al., 1987) descrie severitatea simptomelor de la 0 (absente) la 3 (grave) și cuprinde 32 de itemi; această scală este un instrument sincer și valid. SOWS (Short Opiate Withdrawal Scale (Gossop, 1990) poate fi

utilizată în situații în care scala anterioară nu poate fi utilizată. Această adaptare elimină itemii redundanți și dificili de înțeles și pe cei care prezintă o corelație redusă cu totalul scalei. Evaluează intensitatea a 10 simptome, de la 0 (absent) la 3 (grav).

OWSSOC (Opioid Withdrawal Syndrome Observation Chart – Wistaria Centre, 1993) este o scală utilizată în unități speciale din Australia, evaluează 9 itemi corespunzători unor semne obiective, 4 corespunzători unor semne subiective și 2 corespunzători medicației; descrie severitatea itemilor de la 0 (absent) la 1 (prezent). În plus, conține un segment pentru observații (tensiune arterială, puls, temperatura axilară, respirație, dimensiune pupilară). Dimensiunea pupilei prezintă o scală analogică între 1 și 9 pentru facilitarea punctajului.

Importanța factorilor psihologici în procesul de dezintoxicare a fost relatată de unii autori având în vedere că modifică severitatea simptomatologiei de abținere. Astfel, Kleber (1981) afirma că structura personalității pacientului, așteptările sale, starea de dispoziție și mediul în care are loc dezintoxicarea determină evoluția SA și că efectul cumulat al acestor variabile poate fi la fel de important ca și tipul de opiacee, doza utilizată sau perioada de consum a substanței. Phillips, Gossop și Bradley (1986) semnalau că variabila neuroticism și așteptările pacientului față de dezintoxicare sporesc nivelul de anxietate acționând ca amplificatori, exacerând astfel intensitatea SA. Alți autori (Iraurgi, Jimenez-Lerma, Zobaran de Zia et al., 1997) nu consideră dimensiunea anxietății ca factor de prognostic și simptomatologia depresivă ca factor de risc în eșecul dezintoxicării, iar ostilitatea și sensibilitatea interpersonală ca efecte favorabile. Așteptările pacientului cu privire la intensitatea simptomatologiei de abținere pot fi evaluate cu ajutorul Opiate Withdrawal Expectancies Questionnaire (Phillips, Gossop și Bradley, 1986).


Diverse studii descriu existența unui sindrom caracterizat prin așteptări negative față de dezintoxicare, anxietate anticipatorie cu privire la starea fără consum de opiacee și o teamă nemăsurată și irațională de SA prezentând comportamente de evitare, acest sindrom a fost denumit de diferiți autori ca *fobie de dezintoxicare* (Milby, Garret și Meredith, 1980), *fobie de abținere* (Hall, 1984) sau *teama de dezintoxicare* (Milby,

Wiebe, Ling et al., 1986) ajungând să fie prezent la 22 – 35% dintre subiecții care inițiază acest proces (Miloby et al., 1986). Detoxification Fear Survey Schedule (DFSS-14) (Milby, Gurwitch, Hohman et al., 1987) este un chestionar autoaplicat care poate face diferența între acei pacienți dependenți care prezintă o teamă nemăsurată față de dezintoxicare și cei care nu prezintă. Există o versiune ulterioară a acestui instrument denumită DFSS-27 (Gentile și Milby, 1992).

Importanța acestor factori psihologici va explica în parte lipsa de corelație apărută în diferite studii între aprecierea subiectivă (pacient) și cea obiectivă (personal sanitar) a simptomatologiei și abținentei.

CONCLUZII

Monitorizarea SA trebuie să se bazeze pe observație clinică (obiectivă a semnelor și subiectivă a simptomelor) dacă utilizarea scalelor poate fi utilizată pentru a ghida tratamentul și pentru a monitoriza progresul simptomelor.



SEDATIVE, HIPNOTICE SAU ANXIOLITICE

În ultimul deceniu, prescripția de barbiturice a diminuat spectaculos fiind înlocuite de BZ și eliminându-se asocierile medicamentoase cu această substanță, astfel încât astăzi există cazuri excepționale de dependență de barbiturice. În consecință, în acest capitol ne referim exclusiv la BZ. În orice caz, trebuie cunoscut faptul că SA la barbiturice este similar cu SA la alcool și BZ; severitatea sa, ca și în cazul alcoolului, poate fi severă și poate fatală.

GENERALITĂȚI

Alcoolul și întregul grup de substanțe care aparțin sedativelor hipnotice sau anxioliticelor, acționează printre altele sisteme de neurotransmițători din complexul benzodiazepina – GABA A – canalul clorului, astfel că există toleranță încrucișată între toate acestea, prezentând în abstință simptomatologie similară, cu diferențe în ceea ce privește severitatea și evoluția în timp. Similar cu ceea ce se întâmplă în cazul alcoolului, nu toți consumatorii obișnuiți de BZ prezintă un SA la întreruperea consumului (mai ales dacă abandonul consumului se întâmplă lent și progresiv și/sau este vorba despre un consum de BZ cu timp de înjumătățire extins). Dar, în unele cazuri, SA poate atinge o intensitate mare, amenințând viața. Există factori anticipatori ai unui SA complicat, consumul cronic și dozele crescute de BZ cu timp de înjumătățire scurt și situație organică anterioară proastă. SA are un pattern cronologic care depinde de farmacocinetica BZ consumate (cu debut precoce în cazul BZ cu timp de înjumătățire scurt și tardiv în cazul BZ cu timp de înjumătățire mai lung).

CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU ABSTINENȚA DE SEDATIVE, HIPNOTICE SAU ANXIOLITICE

- A. Încetarea (sau reducerea) uzului de sedative, hipnotice sau anxiolitice, care a fost excesiv și prelungit.
- B. Două (sau mai multe) dintre următoarele simptome care apar în decurs de câteva ore până la câteva zile după criteriul A:

- (1) hiperactivitate vegetativă (de ex., transpirație sau frecvența pulsului mai mare de 100);
 - (2) tremor intens al mâinilor;
 - (3) insomnie;
 - (4) greață sau vomă;
 - (5) halucinații sau iluzii vizuale, tactile sau auditive tranzitorii;
 - (6) agitație psihomotorie;
 - (7) anxietate;
 - (8) crize de grand mal.
- C. Simptomele de la criteriul B cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.
- D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de o altă tulburare mentală.

De specificat dacă:

Cu perturbări de percepție

EVALUARE CLINICĂ ȘI COMPLICAȚII

Prezentarea tabloului depinde de farmacocinetica benzodiazepinelor (fig.3). abstința de benzodiazepine cu timp de înjumătățire scurt (triazolam, midazolam, loracepam etc.) începe la 8-12 ore iar la benzodiazepinele cu timp de înjumătățire lung (diazepam, clorazepat dipotasic) de la 72 de ore după ultima ingestie (tab. 7)

Una dintre marile dificultăți în diagnosticarea SA la BZ este frecvența crescută a consumului asociat de BZ cu alte substanțe (opioide, cocaină, alcool); doar 15% dintre pacienții diagnosticați cu dependență de benzodiazepine prezintă dependență exclusivă de

acestea, ceea ce lasă loc unor sindromae de abstinență complexe ce le maschează pe cele de BZ.

BZ cu timp de înjumătățire scurt	(>24 ore)	Clonazepam, clorazepat dipotasic, diazepam, ...
BZ cu timp de înjumătățire intermediar-scurt	(5-24 ore)	Alprazolam, flunitrazepam, lorazepam, lormetazepam, nitrazepam, oxacepam...
BZ cu timp de înjumătățire ultrascort	(<5 ore)	Midazolam, triazolam...

Doză/zi	La doză mai mare, severitate mai mare. În doze terapeutice, sindromul de abstinență se limitează la anxietate și tulburări senzoriale. În acele cazuri în care doza mult mai mare decât cea terapeutică pot apare manifestări psihotifce și convulsii.
Durata tratamentului	Nu există criterii unanim acceptate. Se calculează astfel încât timpul minim pentru dezvoltarea sindromului de abstinență oscilează între 4 săptămâni și 4 luni. Se calculează că 35% dintre pacienții tratați cu benzodiazepine pentru o perioadă mai mare de o lună dezvoltă dependență fizică.
Cinetica eliminării	Cu cât timpul de înjumătățire al BZ este mai scurt, cu atât frecvența și severitatea sindromului de abstinență sunt mai mari.
Întreruperea bruscă	Crește severitatea SA.
Instalare	SA la BZ cu timp de înjumătățire scurt apare la doar câteva ore de la întrerupere. SA la BZ cu acțiune prelungită apare târziu, între 3 și 10 zile.
Durata SA	Durata SA oscilează între 5 și 20 de zile.

În SA la BZ, simptomele pot avea caracter psihologic și simptomatic (Tab.9), acestea sunt referite de persoană sub foemă subiectivă, existând puține semne observabile.

INSTRUMENTE DE EVALUARE ÎN ADICȚII

Simptomulo cel mai comun declarat este pierderea memoriei. Alte simptome includ anxietatea, disforia, intoleranța la ruído, greață, sudorație și tremor și ca și complicații: convulsii, agitație psihomotorie, halucinații și rar delirium sau tulburări psihotice.

INSTRUMENTE PENTRU EVALUARE

Una dintre scalele cele mai fiabile este CIWA-B (The Clinical Institute Withdrawal Assessment – Busto, Sykora, Sellers et al., 1989) care cuprinde 20 de itemi, trei bazați pe observație și 17 bazați pe chestionarea pacientului, fiecare fiind evaluat din punct de vedere al intensității, de la 0 la 4 puncte.

CONCLUZII

Scalele pentru măsurarea SA la BZ oferă o măsură sistematizată a severității SA, însă au fost realizate puține cercetări cu privire la validitatea, fiabilitatea și valoarea predictivă, astfel încât utilizarea acestuia trebuie realizată cu precauție. Clinicienii trebuie să utilizeze gândirea clinică și observația și nu se pot baza doar pe utilizarea acestor scale.

INDICATORI CLINICI ȘI ABORDAREA SINDROMULUI DE ABSTINENȚĂ

Consumul timpuriu și matinal de substanță este cel mai bun indicator al existenței unui posibil SA. În acele cazuri în care substanța este puțin disponibilă, consumatorii care prevăd un SA matinal obișnuiesc să păstreze o parte din substanță pentru dimineața următoare.

Frecvența și cantitatea crescute de substanță consumată sunt de asemenea buni predictorii ai unui SA sever. O regulă generală este că substanțele cu acțiune de durată scurtă produc de obicei SA scurte și intense iar substanțele cu efecte cu durată mai lungă produc SA mai prelungite dar mai puțin severe. În mod clasic s-a acceptat că SA la diferite substanțe depinde de factori farmacologici și fiziologici. Dar astăzi știm că factorii psihologici au un rol și așa de important (și uneori mai mult) în dezvoltarea sa. Așteptările cu privire la suferința previzibilă în SA, ca factor specific și diferitele comportamente ale personalității (neuroticism etc.) modifică de asemenea severitatea SA.

TAB. 9 Simptomatologia frecventă a abstenenței de BZ			
	Frecvent	Mai puțin frecvent	Ocazional*
Psihologice	<ul style="list-style-type: none"> • Anxietate • Insomnie • Neliniște • Agitație • Iritabilitate • Dificultate de concentrare • Pierderi de memori • depresie 	<ul style="list-style-type: none"> • Coșmaruri • Agorafobie • Sentimente de pierdere a realității • Depersonalizare • Atac de panică 	<ul style="list-style-type: none"> • Delir • Paranoia • Halucinații
Somatice	<ul style="list-style-type: none"> • Creșterea tensiunii musculare • Dureri • Spasme 	<ul style="list-style-type: none"> • Greață • Arcadas secas • Diminuarea apetitului • Pierderea în greutate • Sudorație • Letargie • Creșterea percepției senzoriale • Algii • Cefaloalgii • Palpitații • Tremor • Vedere încețoșată • Hipertermie • Ataxie (pierderea controlului mișcărilor voluntare) • Hipermotilitate gastrointestinală • Dismenoree 	<ul style="list-style-type: none"> • Convulosii • Tinnitus persistent • Confuzie

Față de orice SA trebuie să abordăm două aspecte principale: a) pe de o parte apariția simptomelor caracteristice SA (discutate în acest capitol și amintind că deși simptomele somatice pot fi specifice substanței, vor fi constante simptomele de anxietate și frecvente

cele depresive în abținerea de orice substanță psihoactivă) și pe de altă parte b) trebuie să fim atenți la posibila apariție în timpul SA a complicațiilor psihopatologice, rare dar severe, care pot persista dincolo de durata SA: demență, tulburare amnezică persistentă, tulburare psihotică etc. Deși aceste manifestări apar și în cazul consumului cronic, putând fi atribuite acestuia, pot deveni clinic vizibile în timpul abținerei. Vând în vedere că este necesar tratamentul precoce, trebuie să fim atenți. Aceste complicații majore sunt într-o mai mare măsură descrise pentru drogurile consumate mai frecvent și pentru drogurile pentru care există o mai mare experiență clinică (alcool și benzodiazepine), dar nu pot fi depistate pentru alte substanțe după ce consumul crește sau atunci când este vorba despre consum de mai multe substanțe (policonsum).

Prevenirea reușită a apariției SA presupune o activitate clinică zilnică. Sunt utilizate medicamente specifice sau simptomatice planificate pentru a preveni apariția simptomatologiei SA, datorită potențialului său de severitate sau în principal cu obiectivul de a oferi un cât mai mare confort posibil pacientului facilitând astfel motivația și adeziunea la proiectul de tratament, minimalizând posibilitatea unui eșec precoce în procesul de asistență.

Trebuie de asemenea să fim atenți la aspectele organice de bază: nutriție, hidratare, echilibru electrolitic, temperatură și tensiune. De asemenea este de reținut că SA este o perioadă de timp în care crește probabilitatea de apariție a accidentelor și comportamentelor disruptive (agresivitate, intento de autolisis).

Odată finalizat SA, testele de urină pentru depistarea substanțelor de abuz constituie tehnica ce mai obiectivă pentru verificarea menținerii abținerei fiind utilizate ca tehnică de apreciere inițială a consumului de droguri și ca procedură obiectivă de evaluare a progreselor pacientului în timpul abținerei sub supraveghere și restul fazelor de tratament. Utilitatea terapeutică a testelor de urină constă în oferirea unui indicator obiectiv cu privire la evoluția tratamentului pentru pacient, terapeut și familie, deoarece un pacient poate să nu prezinte niciun SA datorită continuării consumului.

EVALUAREA MEDICO-LEGALĂ A ABSTINENȚEI DE SUBSTANȚE

Evaluarea medico-legală a SA de o anumită substanță trebuie să includă următorii parametri (Abenza, 1999):

1. Diagnosticul clinic al sindromului.
2. Analiza modificărilor psihopatologice pe care le produce.
3. Incidența (entitate și intensitate) acestor modificări.
4. Relația de cauzalitate între delict și SA.
5. Coincidența cronologică între SA și acțiunea delictivă sau constatarea SA într-un moment ulterior.

COMENTARII

Din revizuirea realizată rezultă că SA de alcool urmat de SA de benzodiazepine sunt cele care prezintă cele mai mari complicații și risc crescut pentru viață. Se poate ca acest lucru să se datoreze faptului că asupra acestora avem cea mai multă experiență (profesioniștii și consumatorii). Modelul descris poate fi aplicabil tuturor substanțelor: un SA caracterizat în principal printr-un tablou anxios și uneori depresiv, care poate varia în intensitate în care trebuie să fim mereu atenți la posibilele complicații: organice (deshidratare), neurologice (convulsii, neuropatii carentiale), psihopatologice (delirium, tulburare psihotică acută – mai frecvent în intoxicație decât în abstință-) și demențe și tulburări psihotice reziduale care persistă și după abstință – de ex. halucinoza organică, sindromul Wernike.

Încercarea de a căuta instrumente de evaluare și indicatori în procesele de dezintoxicare/abstință supervizată de diferite substanțe, este o muncă puțin gratificantă. Dintre substanțele recunoscute ca fiind generatoare de abstință, atât de APA cât și de OMS, opiaceele, alcoolul, nicotina, grupa sedativelor, hipnoticelor și anxioliticelor sunt cele care prezintă un număr crescut de instrumente standardizate (scale) de evaluare a SA, probabil datorită faptului că prezintă SA mai bine definite. Cu privire la

stimulente (cocaină și amfetamine) nu am găsit instrumente de evaluare a SA, posibil din cauza aditerii lor recente ca generatoare de abținere (APA, 1987) și mai ales datorită faptului că prezintă SA slab definite și atipice.

SA de orice substanță prezintă dificultăți mari în evaluare prin intermediul instrumentelor. În general consumul de substanțe ilegale (opiacee, cocaină, amfetamine și BZ fără prescripție) sunt asociate și, în plus, generează simptomatologie subiectivă care relativizează utilizarea scalelor și diagnosticul acestora. Așteptările pacientului și teama de dezintoxicare provoacă serioase probleme în evaluare, introducând o distanță mare între evaluările externe ale simptomelor și percepțiile subiective ale pacienților. În plus, actul clinic provoacă tratamentul preventiv sau precoce al SA, limitând dezvoltarea acestuia și limitând de asemenea utilitatea acestor scale. Acestea sunt motivele pentru care au fost dezvoltate puține instrumente de evaluare a SA (datorită utilității scăzute a acestora) și au fost dezvoltate alte instrumente cu o mai mare utilitate clinică, dedicate evaluării severității sindromului de dependență sau rezultatelor diferitelor tratamente.

Putem spune în concluzie că utilizarea de instrumente standardizate în evaluarea SA are o utilitate redusă și niciunul dintre ele nu diagnostichează un SA, limitându-se utilitatea acestora în scopuri de cercetare, contribuie la unificarea criteriilor în monitorizarea unui SA diagnosticat anterior prin observație și diagnostic clinic.

BIBLIOGRAFIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995) *DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- BESSES, L. (1905) *Diccionario de argot español*. Barcelona: Sucesores de Manuel Soler.
- BOGANI, E. (1975) *El alcoholismo, enfermedad social*. Barcelona: Plaza y Janés.
- BRAU, J. L. (1972) *Historia de las drogas*. Barcelona: Bruguera.
- COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS EN DROGAS TOXICOMANÍGENAS (1964) 13º informe. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- COMITÉ DE LA OMS EN SALUD MENTAL (1967) 14º Informe: *Dependencia del alcohol y de las otras drogas*. Ginebra: OMS.
- DELAY, J. (1958) "Psychofarmacology frontiers", Proceedings of the 2nd International Congress of Psychiatry. Boston-TORONTO: Little, Brown and Co.
- DENIKER, P. (1966) *La psychopharmacologie*. París: Que sais-je?
- DÍAZ, L., y otros (1980) *Las drogas a lo claro*. Madrid: Popular.
- DUGARIN, J. y NOMINÉ, P. (1990) "Attribution, intransitivation, substantivation". *Psychotropes*, vol. VI, nº 1, pp. 27-30.
- EDDY, N. B. et al. (1965) "Drug dependence: its significance and characteristics". Geneva. *Bulletin of the World Health Organization* 32, pag. 721-733.
- EDWARDS, G. et al. (1977) "Alcohol-related disabilities". Geneva: World Health Organization (WHO Offset Publication), 32, 11-20.
- EDWARDS, G. y ARIF, A. (1981) *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural*. Ginebra: OMS.
- EDWARDS, G., ARIF, A. y HODGSON, R. (1982) "Nomenclature et classification des problèmes liés à la consommation de drogue et d'alcool".
- EDWARDS, G. et al. (1981) "Nomenclature and classification of drug-and-alcoholrelated problems: a WHO Memorandum". Geneva.
- FREIXA, F. (1982) *El fenómeno droga*. Barcelona: Salvat.
- GONZÁLEZ, E. (1979) *Consumo de drogas en España*. Madrid: Villalar.
- KRAMER, J. F. y CAMERON, D. C. (1975) *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: OMS.
- LAMBERT, J. (1993) "Le qat au Yémen: imaginaire d'une drogue imaginaire". *Psychotropes*, Vol. VIII, nos. 1-2, pag. 91-103
- LAPORTE, J. (1976) *Les drogues*. Barcelona: Edicions 62.
- LEWIN, L. (1970) *Phantastica, les paradis artificiels*. París: Les editions Payot.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1950). *Serie de informes Técnicos. Segundo informe del Comité de Expertos de la OMS en Drogas capaces de producir Toxicomanía*. Ginebra : OMS, 21, 6-7.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1951). *Serie de informes Técnicos. Salud mental. Informe de la primera sesión del subcomité sobre alcoholismo*. Ginebra: OMS, 42.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1952). *Serie de informes Técnicos. Tercer Informe del Comité de Expertos de la OMS en Drogas capaces de producir Toxicomanía*. Ginebra.: OMS, 57, 9.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1957). *Serie de informes Técnicos. Séptimo Informe del Comité de Expertos de la OMS en Drogas productoras de Toxicomanía*. Ginebra: OMS, 116, 12-16.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1964). *Serie de informes Técnicos. 13º Informe del Comité de Expertos de la OMS en Drogas productoras de Toxicomanía*. Ginebra: OMS, 273, 9-20.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1969). *Serie de informes Técnicos. 16º Informe del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia*. Ginebra: OMS, 407, 5-14.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992) *La clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y guía para el diagnóstico*. Madrid: Meritor.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1994) *Lexicon on alcohol and drug problems*. Ginebra: OMS.
- PEELE, S. (1982) *L'expérience de l'assuétude*. Montreal: Facultad de la Educación Permanente.
- RODRÍGUEZ, F. (1986) "Lenguaje y contracultura juvenil: anatomía de una generación". *Revista de Estudios de Juventud*, Nº 22, pp 69-88.

- ROVIRA, R. (1982) *Problemática de la clasificación de las drogas. Libro de ponencias del Curso sobre drogodependencias*. Barcelona: Instituto de Estudios de la Salud. Generalitat de Catalunya.
- SÁNCHEZ-TURET, M; FERRER, X; BALAGUER-VINTRÓ, I; TOMÁS ABADAL, L; (1981) *Tabaco*. En FREIXA, F; SOLER INSA, P. A; et al. (Eds.) "Toxicomanías, un enfoque multidisciplinario". Barcelona: Fontanella.
- SÁNCHEZ-TURET, M. (1991) "Drogodependencias. Aspectos terminológicos y taxonómicos". *Anuario de Psicología de la Universidad de Barcelona*, 2, pag. 5-18.
- SÁNCHEZ-TURET, M. (1999a) "Efectos del alcohol sobre el organismo". En: Sánchez-Turet, M. (ed.) *Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol*. Barcelona: Espaxs.
- SÁNCHEZ-TURET, M., FERRER, X., BALAGUER-VINTRÓ, I. Y TOMAS SEGARRA, J. (1974) *Las drogas*. Bilbao: Mensajero.
- SIEGEL, S. y otros (1982) "Heroin overdose death: contribution of drug-associated environmental cues". *Science*, Vol. 216, Abril 1982.
- SOLER-INSA, P. A. (1981) "Clasificaciones de las drogas. Problemática y historia". Capítulo 2 de: FREIXA, F y SOLER-INSA, P. A. (comp.) *Toxicomanías, un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Fontanella.
- VARENNE, G. (1973) *El abuso de las drogas*. Madrid: Guadarrama.
- EDWARDS, G. y ARIF, A. (1981) Los problemas de la droga en el contexto sociocultural. Una base para la formulación de políticas y la planificación de programas. Ginebra: OMS.
- ELZO, J.; COMAS, D.; SALAZAR, L.; VIELVA, T., y LAESPADA, T. (2000) Las culturas de las drogas en los jóvenes. Vitoria: Gobierno Vasco.
- FREIXA, F. (1994) "Perspectiva médica y consecuencias sociales de la restricción de estupefacientes", *Adicciones*, vol. 6, nº 4.
- OUGHORLIAN, J.M. (1977) La persona del toxicómano. Barcelona: Herder.
- WASSON, R.G.; WASSON, V. (1957) *Mushrooms, Russia and History*. New York: Pantheon Books.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (1982) *Treatment and Rehabilitation. Report of the Advisory Council on the Misuse of Drugs*. London: HMSO.
- GÁLVEZ, R. y GUILLÉN, J. F. (1991) "Concepto y usos de la epidemiología", en PIÉDROLA, G. y cols. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson-Salvat.
- JENICEK, M. y CLÉROUX, R. (1990) *Epidemiología. Principios, técnicas, aplicaciones*. Barcelona: Salvat.
- MAUSNER, B. (1985) *Epidemiology. An Introductory Text*. Philadelphia: The Curtis Center.
- WHO (2000) *Guide to Drug Abuse Epidemiology*. Ginebra: World Health Organization.
- BACHMAN, J.G.; LLOYD, D.J. y O'MALLEY, P.M. (1981) "Smoking, drinking, and drug use among American high school students: Correlates and trends, 1975-1979". *American Journal of Public Health*. 71: 59-69.
- BACHMAN, J.G., JOHNSTON, L.D. y O'MALLEY, P.M. (1990) "Explaining the recent decline in cocaine use among young adults: Further evidence that perceived risks and disapproval lead to reduce drug use". *Journal of Health and Social Behavior*. 31 (2): 173-184.
- BANDURA, A. (1969) *Principles of behavior modification*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- (1986) *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- BECOÑA, E. (1999) *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- BELCHER H.M. y SHINITZKY H.E. (1998) "Substance abuse in children: prediction, protection and prevention". *Archives of Pediatric Medicine*. 152 (10): 952-960.
- BROOK, J.S.; BROOK, D.W.; GORDON, A.S.; WHITEMAN, M. y COHEN, P. (1990) The psychological etiology of adolescent drug use. A family interactional approach. *Genetics, Social Gender and Psychology*. Monograph 116 (Whole nº 2).
- BUKOSKI, J. (1995) "Un marco de trabajo para la investigación en prevención del abuso de drogas". En Leukefeld, C.G. y Bukoski, J. (eds.) *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.
- BURSIK, J.R. y WEBB, J. (1982) "Community change and patterns of delinquency". *American Journal of Sociology*. 88: 24-42.

- CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD (1999) Estudio sobre factores de riesgo y protección de carácter familiar relacionados con el uso y abuso de drogas en adolescentes del municipio de Madrid. Madrid: Plan Municipal contra las Drogas. Ayuntamiento de Madrid.
- CLAYTON, R.R. (1992) "Transitions in drug use: risk and protective factors". En M. Glantz y R. Pickens (eds.) *Vulnerability to drug abuse*. Washington DC: American Psychological Association.
- COWEN, E. y WORK, W. (1988) "Resilient children, psychological wellness, and primary prevention". *American Journal of Community Psychology*. 16: 591-607.
- DeWIT, D.J.; SILVERMAN, G.; GOODSTADT, M., y STODUTO, G. (1995) "The construction of risk and protective factor indices for adolescent alcohol and other drug use". *The Journal of Drug Issues*. 25 (4): 837-863.
- DORM, N. y THOMPSON, A. (1976) "Evaluation of drug education in the longer term is not an optional extra". *Community Health*. 7: 154-161.
- EVANS, R.I.; ROZELLE, R.M.; MITTLEMARK, M.B.; HANSEN, W.B.; BANE, A.L., y HAVIS, J. (1978) "Deterring the onset of smoking in children: knowledge of immediate physiological effects and coping with peer pressure, media pressure, and parent modeling". *Journal of Applied Social Psychology*. 8: 126-135.
- FERRER, X. (1993) *La formación de padres para la prevención del abuso de drogas*. Tesis doctoral. Barcelona: Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica. Universitat de Barcelona.
- FLAY, B.R. y PETRAITIS, J. (1995) "Aspectos metodológicos en la investigación de medidas preventivas del consumo de drogas: fundamentos teóricos". En Leukefeld, C.G. y Bukoski, J. (eds.), *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos*, pp. 83-108. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.
- GEREVICH, J. y B'ACSKAI, E. (1996) "Protective and risk predictors in the development of drug use". *Journal of Drug Education*. 278 (7): 25-38.
- GLANTZ, M. y PICKENS, R. (eds.) (1992) *Vulnerability to drug abuse*. Washington, DC: American Psychological Association.
- GORDON, H.W. y GLANTZ, M.D. (1996) "Individual differences in the biobehavioral etiology of drug abuse". *NIDA Research Monograph Series*, nº 159. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- GORMAN, D.M. (1996) "Etiological theories and the primary prevention of drug use". *Journal of Drug Issues* 26 (2): 505-520.
- HANSEN, W.; JOHNSON, D.; FLAY, B.; GRAHAM, J., y SOBEL, J. (1988) "Affective and social influences approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students: Results from Project SMART". *Preventive Medicine*. 17: 135-154.
- HANSEN, W.B. y GRAHAM, J.W. (1991) "Preventing alcohol, marijuana and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms". *Preventive Medicine*. 20: 414-430.
- HAWKINS, J.D.; CATALANO, R.F., y MILLER, J.Y. (1992) "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention". *Psychological Bulletin*. 112 (1) 64-105.
- HUANG, L.X.; CERBONE, F.G., y GFROERER, J.C. (1998) "Children at risk because of parental substance abuse". Epstein, J. (ed.) *OAS Working Paper*. Rockville: National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information.
- HUSSONG, A.M. y CHASSIN, L. (1997) "Substance use initiation among adolescent children of alcoholics: testing protective factors". *Journal of Studies on Alcohol*. 58: 272-279.
- KEARNEY, A.L. y HINES, M.H. (1980) "Evaluation of the effectiveness of a drug prevention education program". *Journal of Drug Education*. 10: 127-134.
- LEUKEFELD, C.G. y BUKOSKI, J. (1995) "Una introducción a la investigación en programas de prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos". En Leukefeld, C.G. y Bukoski, J. *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.
- MRAZEK, P.J. y HAGGERTY, R.J. (eds.) (1994) *Reducing the risk for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press for the Institute of Medicine, Committee on Prevention of Mental Disorders.
- MATHIAS, R. (1999) "Protective factors can buffer highrisk youths from drug use".

- MOSKOWITZ, J.; MALVIN, J.; SCHAEFFER, G. y SCHAPS, E. (1984) "Evaluation of an affective development teacher training literature". *Journal of Primary Prevention*. 4 (3): 150-161.
- MURRAY, D.M.; RICHARDS, P.S.; LUEPKER, R.V. y JOHNSON, C.A. (1987) "The prevention of cigarette smoking in children: Two and three-year follow-up comparisons of four prevention strategies". *Journal of Behavioral Medicine*. 10: 595-611.
- NAVARRO BOTELLA, J. (2000) Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas. Madrid: Plan Municipal contra las Drogas. Ayuntamiento de Madrid.
- NEWCOMB, M.D. (1995) "Identifying high-risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse". En Rahdert, E. y Chzechowicz, D. (eds.) *Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*. Rockville: National Institute on Drug Abuse Research. Monograph 156. DHHS Publication n^o. 95-3908. US Department of Health and Human Services. National Institute on Drug Abuse.
- NEWCOMB, M.D.; MADDAHAN, E. y BENTLER, P.M. (1986) "Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal analyses". *American Journal of Public Health*. 76: 525-531.
- NEWCOMB, M.D. y FELIX-ORTIZ, M. (1992) "Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: Cross-sectional and prospective findings". *Journal of Personal and Social Psychology*. 63 (2): 280-296.
- PENTZ, M.A.; DWYER, J.H.; MACKINNON, D.P.; FLAY, B.R.; HASEN, W.B.; WANG, E.Y., y JOHNSON, C.A. (1989) "A multi-community trial for primary prevention of adolescent drug abuse: Effects of drug use prevalence". *Journal of the American Medical Association*. 261 (22): 3259-3266.
- PETRAITIS, J.; FLAY, BR. y MILLER, T.Q. (1995) "Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces of the puzzle". *Psychological Bulletin*. 117 (1): 67-86.
- PETRAITIS, J.; FLAY, B.R.; MILLER, T.Q.; TORPY E.J. y GREINER, B. (1998) "Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors". *Substance Use and Misuse*. 33 (13): 2561-2604.
- RUTTER, M. (1985) "Resilience in the face of adversity: Protective factors in resistance to psychiatric disorders". *British Journal of Psychiatry*. 147: 598-611.
- ROBLES LOZANO, L. y MARTÍNEZ GONZÁLEZ, J.M. (1998) "Factores de protección en la prevención de las drogodependencias". *Idea-Prevención*. 17, julio-diciembre: 58-70.
- ROBINS, L.M. y RATCLIFF, K.S. (1979) "Continuation of antisocial behavior into adulthood". *International Journal of Mental Health*. 7: 96-116.
- ROGOSCH, F.; CHASSIN, L. y SHER, K.J. (1990) "Personality variables as mediators and moderators of family history risk for alcoholism: Conceptual and methodological issues". *Journal of Studies on Alcohol*. 51 (4): 310-318.
- SALVADOR-LLIVINA, T. (1998) "Aportaciones de la evaluación al campo preventivo". En: Libro de Actas de las XXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Tomo I. Sesión Plenaria. Ponencias. Madrid. Sociedad Científica Española de Estudios sobre Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías.
- SALVADOR-LLIVINA, T. y MARTÍNEZ HIGUERAS, I. (1997) "La evaluación de programas de prevención de las drogodependencias". *Revista de Estudios de Juventud*. 40 (octubre): 95-108.
- SALVADOR-LLIVINA, T. y WARE, S.R. (1995) "Drug abuse prevention policies and research in Europe: notes for a future agenda". *Drugs: Education and Policy*. 2 (1): 7-15.
- SCHAPS, E.; BARTOLO, R.D.; MOSKOWITZ, J.; PALLEY, C.S. y CHURGIN, S. (1981) "A review of 127 drug abuse prevention program evaluations". *Journal of Drug Issues*. 11: 17-43.
- SCHAPS, E.; MOSKOWITZ, J.; MALVIN, J. y SCHAEFFER, G. (1984) "The NAPA drug abuse prevention project: Research findings". Washington DC: National Institute on Drug Abuse. DHHS Publication n^o (ADM): 84-139.
- SCHIEFER, L.M. y NEWCOMB, M.D. (1991) "Psychological predictors of drug use initiation and escalation: An expansion of the multiple risk factors hypothesis using longitudinal data". *Contemporary Drug Problems* (reedición especial).
- SCHINKE, S.P. y ORLANDI, A. (1995) "Transferencia de tecnología". En *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Capítulo 14.
- SHEDLER, J. y BLOCK, J. (1990) "Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry". *American Psychologist*. 45: 612-630.

- SMITH, C.; LIZOTTE, A.J.; THORNBERRY, T.P. y KROHN, M.D. (1995) "Resilient youth: identifying factors that prevent high-risk youth from engaging in delinquency and drug use". En J. Hagan (ed.), *Delinquency and disrepute in the life course*. Greenwich, CT: JAI Press, pp. 217-247.
- SWISHER, J.D. y HOFFMAN, A. (1975) "Information: The irrelevant variable in drug education". En *Drug Abuse Prevention: Perspectives and Approaches for Educators*. Dubuque, Iowa: Brown, W.C.
- SLOBODA, Z. (1997) "State-of-the-art of prevention research in the United States". Ponencia presentada en la reunión *Prevention Evaluation* organizada por el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisboa.
- TOBLER, N. (1986) "Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcomes results of program participants compared to a control or comparison group". *Journal of Drug Issues*. 16 (4): 537-567.
- TORRES HERNÁNDEZ, M.A. y CALAFAT FAR, A. (1993) "Prevención de las drogodependencias y el alcoholismo". En *Tratado sobre Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Secretaría General de Drogodependencias del Gobierno Vasco y EDEX Kolektiboa. Capítulo 13.
- WERNER, E.E. (1989) "High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years". *American Journal of Orthopsychiatry*. 59: 72-81.
- WILLIS, T.A., VACCARO, D. y McNAMARA, G. (1992) "The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use: a test of vulnerability and protective factors". *American Journal of Community Psychology*. 20 (3): 349-374.
- ZUCKER, R.A. y HOLFORD, T.C. (1983) "National study of the demography of adolescent drinking practices in 1980". *Journal of Studies on Alcohol*. 44: 974-985.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980) *Diagnostic Criteria from DSM-III*. Washington: APA.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987) *Diagnostic Criteria from DSM-III-R*. Washington: APA.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995) *Diagnostic Criteria from DSM-IV*. Washington: APA.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995) "Cocaine related disorders: treatment principles and alternatives", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 152 (suppl), pag. 36-39.
- BARRIO, G. (1992) "The spread of cocaine abuse in Europe: Proceedings of the International Seminary Cocaine Today: its effects on the individual and society", United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute (UNICRI), pag. 144-149.
- BARRIO, G.; DE LA FUENTE, L.; CAMÍ, J. (1993) "El consumo de drogas en España y su posición en el contexto europeo", *Medicina Clínica*. Vol. 101, pag. 344-355.
- CAMÍ, J.; RODRIGUEZ, M. E. (1988) "Cocaína: la epidemia que viene". *Medicina Clínica*. Vol. 91, pag. 71-76.
- CAMÍ, J. (1996) *Psicoestimulantes*. Madrid. Aguilar.
- CARROLL, K. M.; ROUNSAVILLE, B. J.; GORDON, L. T.; NICH, C.; JATLOW, P.; BISIGHINI, R. M.; GAWIN, F. H. (1994) "Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers", *Archives of General Psychiatry*. Vol. 51, pag. 177-187.
- CARUANA, D.S.; WEINBARCH, B.; GOERG, D.; GARDNER, L. B. (1984) "Cocainepacket ingestion", *Annals of Internal Medicine*. Vol. 100 pag. 73-74.
- COHEN, P. (1990) *Drug as a social construct*. Amsterdam: Universiteit von Amsterdam.
- GAWIN, F.H.; KLEBER, H. D. (1984) "Cocaine abuse treatment: open trial with desipramine and lithium carbonate", *Archives of General Psychiatry*. Vol. 41, pag. 903-909.
- GAY, G. R.; INABA, D.S.; SHEPPARD, C.W.; NEUMEYER, J. A. (1975) "Cocaine: History, epidemiology, human pharmacology and treatment", *Clinical Toxicology*. Vol. 8, pag. 149-178.
- HALIKAS, J. A.; NUGENT, S. M.; CROSBY, R. D.; CARLSON, G. A. (1990-1991) "Survey of pharmacotherapies used in the treatment of cocaine abuse", *Journal of Addiction Disease* 1993. Vol. 12, pag. 129-139.
- HALL, W. C.; TALBERT, R. L.; ERESHEFSKY, L. (1990) "Cocaine abuse and its treatment", *Pharmacotherapy*. Vol. 10, pag. 47-65.
- HARTNOLL, R.; PERERA, J. (1990) "Rapport mis à jour sur la toxicomanie dans le Grand Londres", *Estrasburgo: Grupo Pompidou, Consejo de Europa, PPG/Epid 90: 9*.
- JONAS, J. M.; GOLD, M. S. (1992) "The pharmacologic treatment of alcohol and cocaine abuse", *Psychiatric Clinics North America*. Vol. 15, pag. 179-190.

- KLEIBER, D. (1990) "Behavioral Changes in the German intravenous drug use subculture" Community Epidemiology Work Group (CEWG). Epidemiologic trends, in drug abuse. Proceedings December DHHS Publication No (ADM) 91-1773. Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse (NIDA), 1991.
- KLEIN, M. (1998) "Research issues related to development of medications for treatment of cocaine addiction", *Annals of NY Academy of Science*. Vol. 844, pag.75-91.
- KOSTEN, T. R. (1989) "Pharmacotherapeutic interventions for cocaine abuse: matching patients to treatments", *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 177, pag. 379-389.
- LEUW, E. (1991) "Drugs and drug policy in the Netherlands: a non-belligerent approach to a limited problem", *The Rand Corporation Conference on American and European Drug Policies: Comparative Perspectives*. Washington DC, 6-7. Mayo 1991.
- LEVIN, F. R.; LEHMAN, A. F. (1991) "Meta-Analysis of desipramine as an adjunct in the treatment of cocaine addiction", *Journal of Clinical Psychopharmacology*. Vol. 11, pag. 374-378.
- METS, B.; WINGER, G.; CABRERA, C.; SEO, S.; JAMDAR, S.; YANG, G.; ZHAO, K.; BRISCOE, R. J.; ALMONTE, R.; WOODS, J. H.; LANDRY, D. W. (1998) "A Catalytic antibody against cocaine prevents cocaine's reinforcing and toxic effects in rats. *Proceedings of the National Academy of Science USA*", Vol. 95, pag. 10176-10181.
- MEYER, R. E. (1992) "New pharmacotherapies for cocaine dependence... revisited." *Archives of General Psychiatry*. Vol. 49, pag. 900-904.
- MILLER, N. S.; SUMMERS, G.L.; GOLD, M. S. (1993) "Cocaine dependence: alcohol and other drug dependence and withdrawal characteristics", *Journal of Addiction Disease*. Vol. 12, pag. 25-35.
- NEW YORK STATE DIVISION OF SUBSTANCE ABUSE SERVICES: *From the slopes of the Andes to the streets of New York* (1981).
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. MEMORIA 1996. (1997) Madrid: Ministerio del Interior.
- RELLÓ, J.; NET, A. (1987) "Complicaciones médicas por consumo de cocaína", *Medicina Clínica: Barcelona*. Vol. 89, pag. 694-697.
- SAN, L. (1995) "Tratamiento de la dependencia de cocaína", *La Psiquiatría en la Década del Cerebro*. Madrid: ELA, pag. 20-24.
- SAN, L. (1996) "Dependencia de la cocaína." Becoña E, Rodríguez A, Salazar I (eds.) *Magister en Drogodependencias. Drogodependencias III. Drogas ilegales*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, pag. 41-99.
- SAN, L.; ARRANZ, B.; RAMÍREZ, N. (1999) "Tratamiento psicofarmacológico de la dependencia de cocaína", *Trastornos Adictivos*. Vol 1, nº 1, pag. 34-47.
- SAN, L.; POMAROL, G.; TORRALBA, L. (1996) "Dependencia de la cocaína", *Comunidad y Drogas*. Vol. 2, pag. 61-72. 2.
- SATEL, S. L.; KOSTEN, T. R. (1991) "Designing drug efficacy trials in the treatment of cocaine abuse", *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 179, pag.89-96.
- SCHIFANO, F. (1996) "Cocaine misuse and dependence", *Current Opinion in Psychiatry*. Vol. 9, pag. 225-230.
- SMITH, D. E. (1984) "Diagnostic, treatment and aftercare approaches to cocaine abuse", *Journal of Substance Abuse Treatment*. Vol. 1, pag. 5-9.
- STIMSON, G. V. (1991) "The social and historical context of drug policy in the United Kingdom", *The Rand Corporation Conference on America and European Drug Policies: Comparative Perspectives*. Washington DC, 6-7 Mayo.
- TIMS, F. M.; LEUKEFELD, C. G. (1993) "Cocaine treatment: research and clinical perspectives", Rockville, NIDA Research Monograph 135.
- TUTTON, C. S.; CRAYTON, J. W. (1993) "Current pharmacotherapies for cocaine abuse: a review" *Journal of Addiction Disease*. Vol. 12, pag. 109-127.
- VAN DYKE, C.; BYCK, R. (1982) "Cocaine", *Scientific American*. pag. 128-141.
- WARMER, E. A.; KOSTEN, T. R.; O'CONNOR, P. G. (1997) "Pharmacotherapy for opioid and cocaine abuse", *Medicine Clinics North America*. Vol. 81, pag.909-925.
- WEDDINGTON, W. W.; BROWN, B. S.; HAERTZEN, C. A.; HESS, J. M.; MAHAFFEY, J. R. KOLAR, A.F.; JAFFE, J. H. (1991) "Comparison of amantadine and desipramine combined with psychotherapy for treatment of cocaine dependence", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. Vol. 17, pag. 137-152.

- WITHERS, N. W.; PULVIRENTI, L.; KOOB, G.; GILLIN, J. C. (1995) "Cocaine abuse and dependence", *Journal of Clinical Psychopharmacology*. Vol.15, pag. 63-78.
- ABOOD, M. E.; MARTIN, B. R. (1992) "Neurobiology of Marijuana Abuse". *TiPS*. 13, May.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE. (1999) "Marijuana: A Continuing Concern for Pediatricians". Vol 104. pag. 982-985.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1999) "Trastornos por abuso de sustancias". *Psychiatric Self-Assessment & Review*.
- CAMBELL, A. M. G.; EVANS, M.; THOMSON, J. L. G.; WILLIAMS, M. J. (1975) "Cerebral Atrophy in Young Cannabis Smokers". *Lancet*, pag. 1219-1225.
- CAMI, J. (1988) "Farmacología de la cannabis". *Comunidad y Drogas*. 7, pag. 31-60.
- DEWEY, W. L. (1986) "Cannabinoid Pharmacology". *Pharmacological Reviews*. 38, 2, pag. 151-178.
- DI MARZO, V.; DE PETROCELLIS, L. (1997) "The endogenous cannabinoid signaling system: chemistry, biochemistry and physiology". *Internet J Sci Biol Chem*. <http://www.netsci-journal.com/97v1/97007/index.htm>
- FREIXA, F.; SOLER INSA, P. A. y cols. (1981) *Toxicomanías*. Barcelona: Ed Fontanella.
- GARCÍA, A.; MUR, A. (1991) "Marihuana y gestación: repercusiones sobre la gestante, el feto y el recién nacido". *Medicina Clínica*. 96, 3, pag. 106-109.
- GARDNER, E. L., LOWINSON, J. H. (1991) "Marijuana's Interaction with Brain Reward Systems: Update 1991". *Pharmacol Biochem Behav*. 40, 3, pag. 571-580.
- GHODSE, H. (1989) *Drugs and Addictive Behaviour*. London: Blackwell Scientific Publications.
- GOLD, M. S. (1991) *Marihuana*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- GOODMAN GILMAN, A.; RALL, T. W.; NIES, A. S.; TAYLOR, P. (1991) *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 8ª Edición. México: Ed Médica Panamericana.
- HALL, W.; SOLOWIJ, N. (1998) "Adverse effects of Cannabis". *The Lancet*. Vol 352. nº 9.140. pag. 1.611-1.616.
- IMADE, A. G. T.; EBIE, J. C. (1991) A Retrospective Study of Symptom Patterns of Cannabis-Induced Psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 83, pag. 134-136.
- MARTIN, B. R. (1995) "Marijuana". En BLOOM, F. E. y KUPFER, D. J. Eds "Psychopharmacology. The Fourth Generation of Progress". Raven Press. New York.
- MARTIN, B. R.; HALL, W. (2000) "Los efectos de la cannabis para la salud: cuestiones de política fundamentales". *Boletín de Estupefacientes*. Naciones Unidas. Vol (doble) XLIX, nº 1 y 2., Vol L, nº 1 y 2. pag. 89-123.
- MILLER, N. S.; GOLD, M. S. (1989) "The Diagnosis of Marijuana (Cannabis) Dependence". *Journal of Substance Abuse Treatment*. 6, pag. 183-192.
- MILLER, N. S.; KLAHR, A. L.; GOLD, M. S.; SWEENEY, K.; COCORES, J. A.; SWEENEY, D. R. (1990) "Cannabis Diagnosis of Patients Receiving Treatment for Cocaine Dependence". *Journal Substance Abuse Treatment*. 2, 1, pag. 107-111.
- MILLER, N. S.; GOLD, M. S.; POTTASH, A. C. (1989) "A 12-Step Treatment Approach for Marijuana (Cannabis) Dependence". *Journal of Substance Abuse Treatment*. 6, pag. 241-250.
- NAHAS, G.; LATOUR, C. (1992) "The Human Toxicity of Marijuana". *Med. J. Aust*. 156, 7, pag. 495-497.
- PERTWEE, R. G. (1997) "Pharmacology of Cannabinoid CB1 and CB2 Receptors". *Pharmacol. Ther*. Vol 74. nº 2, pag. 129-180.
- SCALLET, A. C. (1991) "Neurotoxicology of Cannabis and THC: a Review of Chronic Exposure Studies in Animals". *Pharmacol Biochem Behav*. 40, 3, pag. 671-676.
- SCHUCKIT, M. A. (1989) *Drug and Alcohol Abuse*. Third Edition. New York: Plenum Medical Book Company.
- SELDEN, B. S.; CLARK, R. F.; CURRY, S. C. (1990) "Marijuana". *Emerg Med Clin North Am*. 8, 3, pag. 527-539.
- SHARPE, P.; SMITH, G. (2000) Cannabis: "Time for Scientific Evaluation of This Ancient Remedy?". *Anesthesia & Analgesia*. Vol 90, nº 2, pag. 237.
- STRANG, J.; WITTON, J.; HALL, W. (2000) Improving the quality of the Cannabis debate: defining the different domains. *BMJ*. nº 320, pag. 108-110.
- TASHKIN, D. P. (1990) "Pulmonary Complications of Smoked Substance Abuse". *West J Med*. 152, 5, pag. 525-530.

- TAYLOR, H. G. (1998) "Analisis of the medical use of marijuana and its societal implications". J. Am. Pharm. Assoc. Vol 2, n^o 38, pag. 220-227.
- THORNICROFT, G. (1990) "Cannabis and Psychosis. Is there Epidemiological Evidence for an Association?" B. J. Psychiatry. 157P, pag. 25-33.
- ZIMMERMAN, S.; ZIMMERMAN, A. M. (1991) "Genetic Effects of Marijuana". Int. J. Addict, 25, 1A, pag. 19-33.
- ALARCÓN, C.; RODRÍGUEZ MARTOS, A. (1988) "Abuso de disolventes volatiles (2^a parte)". Fondo informativo de Apat, n^o 14. Junio.
- ANDERSON, H.R. (1990) "Increase in deaths from deliberate inhalation of gases and pressurised aerosols". British Medical Journal 301, 41, 7 de julio.
- BAKER, E.; SMITH, T.; LANDRIGAN, P. (1985) "The neurotoxicity of industrial solvents: a review of the literature". Am. J. Ind. Med. 8, pag. 207-217.
- CAPUTO, R.A. "Volatile substance misuse in children and young. A consideration of theories". International Journal of the Addiction, 28. 10, pag. 1015-1032.
- CARROLL, E. (1977) "Notes on true epidemiology of inhalants". Capítulo 2 de Review of inhalants: Euphoria to Dysfunction. Research Monograph series n^o 15.
- COHEN, S. (1973) Los disolventes volátiles. Public Health Reviews 2, pag. 185-214.
- CONTRERAS, M.C. (1977) ¿Por qué los disolventes? Inhalación voluntaria de disolventes industriales. México: Trillas.
- DE LA GARZA, F.; VEGA, A. (1983) La juventud y las drogas. México: Trillas.
- DERRERES, J. (1988) "Gases anestésicos". Tribuna Médica, del 29 de enero al 4 de febrero.
- DINWIDDIE, ST. H. (1994) "Abuse of inhalants: a review". Addiction, n^o 89, pag.925-939.
- DURUY, V. (1990) Historia de los griegos. Tomo II. Barcelona: Muntaner y Simón.
- EDEX KOLEKTIBOA (1994) Inhalables. Información para mediadores sociales. Bilbao: Gobierno Vasco. Departamento de Industria, Agricultura y Pesca. - (1995) Inhalación voluntaria de sustancias volátiles. Bilbao: Gobierno Vasco. Departamento de Industria, Agricultura y Pesca.
- ESMAIL, A.; ANDERSON, H. R.; RAMSEY (1992) "Controlling deaths from volatile substance abuse in the 18s: the effects of legislative". British Medical Journal, 305, página 692.
- FURS PETER, T. (1980) Alucinógenos y cultura. México: Fondo de Cultura Económica.
- HANE, M. Citado por HOGSTEDT, C. (1980) Diagnostic and health care aspects of workers. Exposed to solvents in Zen. Chicago: Developments in occupational Medicine.
- HANNINEN, H. (1985) "Twenty-five years of behavioural toxicology within occupational medicine: a personal account". Am. J. Ind. Med. Pag. 19-30.
- HANNINEN, H., LINBDSTROM, K. (1976) "Behavioural test battery for toxicopsychological studies used at the Institute of Occupational Health in Helsinki". Inst. Occupational Health Helsinki. Página 51.
- HERODOTO (1989) Los nueve libros de la Historia. Madrid: Edaf.
- IKEDA, M. OHTSUJI, H. (1972) "A comparative study of the excretion of Fujiwara Reactions-Positive substance in urine of humans and rodents given Trichloro-or Tetrachloro-Derivatives of Ethane and Ethylene". Brit. J. Industr. Med.: 29, pag.99-104.
- LADERO, J. M. (1896) "Abuso de disolventes e inhalantes: consecuencias orgánicas." Sandorama, IV.
- LINDSTROM, K. (1973) "Psychological performances of workers exposed to various solvents". Work-Environ Health, 10. pag. 150-155.
- MASON, T. (1979) Inhalant use and treatment. US Department of Health Education and Welfare Public Health Services. Division of Resource Development. Maryland: NIDA.
- MERRILL, E. (1985) Sniffing, solvent and others substances: a new guide for parents and professionals. Birgmingham: Paper Publications.
- NIDA (1977) Review of inhalants: euphoria to dysfunction. Research Monographies. Series n^o 15 (Reprinted 1979).
- O'CONNOR, D. (1983) Glue sniffing and volatile substance abuse. Hampshire: G.B. Gower.
- POMPIDOU GRUP (1994) Volatile substance abuse. Seminar. Council of Europe.
- PREBLE, E.; LAURY, G. V. (1967) "Glue-sniffing: a communion". Resumido de "Plastic Cement: The Ten Cent Hallucinogen". The International Journal of Addictions. Vol 2, n^o 2.
- PUIG DE LA BELLA CASA, J.M. (1994) "Medicina y Calidad de Vida". Barcelona La Vanguardia (30-9-1994).

- SANZ-GALLÉN, P.; IZQUIERDO, J.; PRAT MARÍN, A. (Eds.) (1995) Manual de salud laboral. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
- SEPPALAINEN, A.M.; HUSMAN, K. (1978) "Neurophysiological effects on long term exposure to a mixture of organic solvents". *Scand. J. Work Env. Health*, nº 4, pag.304-314.
- SMART, R.G. (1986) "Solvent use in North America: aspects of epidemiology, prevention and treatment" en *Journal of Psychoactive Drugs*. Vol. 18 (2) abril-junio.
- TOLAN, E.; LINGL, F.A. (1964) "Model Phychosis Produced by Inhalation of Gasoline Fumes". *American Journal of Psychiatry* nº 120, pag. 757-671.
- ABRAHAM, H.D., y ALDRIDGE, A.M. (1993) "Adverse consequences of lysergic acid diethylamide". *Addiction*, 88: 1327-1334.
- CAMÍ, J., y FARRÉ, M. (1996) "Farmacología de los alucinógenos". En SAN, L.; GUTIÉRREZ, M., y CASAS, M. (eds.): *Alucinógenos: la experiencia psicodélica*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- GÓMEZ-JARABO, G., y BOUSO, J.C. (1997) "Psicodélicos y drogas de diseño". En GÓMEZ-JARABO, G. (ed.): *Farmacología de la conducta*. Madrid: Síntesis.
- HOFMANN, A. (1997) *LSD*. Barcelona: Gedisa.
- HOLLISTER, L.E. (1978) "Psychotomimetic drugs in man". En IVERSEN, L.L., IVERSEN, S.D., y SNYDER S.H. (eds.): *Stimulants. Handbook of Psychopharmacology*, vol. II. Nueva York: Plenum Publishing.
- JACOBS, B.L. (ed.) (1984) *Hallucinogens: neurochemical, behavioral and clinical perspectives*. Nueva York: Raven Press.
- KAPLAN, H.I., y SADOCK, B.J. (1999) *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Panamericana, 8ª ed.
- LIZASOÁIN, I.; MORO, M.A., y MARTÍN DEL MORAL, M. (1999) "Alucinógenos". En LORENZO, P.; LADERO, J.M.; LEZA, J.C., y LIZASOÁIN, I. (1999) *Drogo dependencias*. Madrid: Panamericana.
- MARTIN, W.R. y SLOAN, J.W. (1977) "Pharmacology of LSD-like hallucinogens". En MARTIN, W.R. (ed.): *Drug addiction II. Handbook of Experimental Pharmacology*, vol. 45/II. Berlín: Springer Verlag.
- OTT, J. (2000) *Pharmacotheon*. Barcelona: Los libros de la liebre de marzo 2ª ed.
- PERRINE, D.M. (1996) *The chemistry of mind-altering drugs*. Washington: American Chemical Society.
- SNYDER, S. (1996) *Drogas y cerebro*. Barcelona: Prensa científica.
- STILLMAN, R.C. y WILLETTE, R.E. (eds.) (1978) *The Psychopharmacology of Hallucinogens*. Nueva York: Pergamon Press.
- STRASSMAN, R.J. (1995) "Hallucinogenic drugs in psychiatric research and treatment. Perspectives and prospects". *J. Nerv. Men. Dis.*, 183: 127-138.
- DUEÑAS, A. (1999) *Intoxicaciones agudas en medicina de urgencia y cuidados críticos*. Barcelona: Masson.
- FARRÉ, M.; CAMÍ, J. (1991) "Pharmacokinetic considerations in abuse liability evaluation", *Br J Addict.* Vol. 86, pag. 1601-1606.
- FARRÉ, M.; TERÁN, M. T.; CAMÍ, J. A. (1996) "Comparison of the acute behavioral effects of flunitrazepam and triazolam in healthy volunteers", *Psychopharmacology*. Vol. 125, pag. 1-12.
- FARRÉ, M.; TERÁN, M. T.; ROSET, P. N.; MAS, M.; TORRENS, M.; CAMÍ, J. (1998) "Abuse liability of flunitrazepam among methadone-maintained patients", *Psychopharmacology* Vol. 140, pag. 486-495.
- HOOBS, W. R.; RALL, T. W.; VERDOORN, T. A. (1996) "Hipnóticos y sedantes, etanol", pag. 385-422, en: HARDMAN, J. G.; LIMBIRD, L. E.; MOLINOFF, P. B.; RUDDON, R. W.; GILMAN, A. G. (ED). GOODMAN & GILMAN. *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (1999) *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Panamericana.
- MORO, M. A.; LIZASOÁIN, I. (1999) "Benzodiazepinas y barbitúricos" en: LORENZO, P.; LADERO, J. M.; LEZA, J. C.; LIZASOÁIN, I. *Drogo dependencias*. Madrid: Panamericana.
- ROSET, P.; FARRÉ, M.; DE LA TORRE, R.; MAS, M.; MENOYO, E.; HERNÁNDEZ, C.; CAMÍ, J. (2001) "Modulation of rate of onset and intensity of drug effects reduces abuse potential in healthy males. Drug Alcohol Dependence 2001" (en prensa).
- SÁNCHEZ-TURET, M.; ARROYO, S. (2000) "Epidemiología del abuso de drogas en la tercera edad", *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, Vol. 27, pag. 286-290.

- SEGURA, M.; BARBOSA, J.; TORRENS, M.; FARRÉ, M.; CASTILLO, C.; SEGURA, J.; DE LA TORRE, R. (2001) "Analytical methodology for the detection of benzodiazepine consumption in opioid- dependent subjects", *J Anal Toxicol* 2001, 25, pag.130-136.
- SNYDER, S. (1996) *Drogas y cerebro*. Barcelona: Prensa científica.
- TORRENS, M. (1998) "Dependencia de benzodiazepinas: Clínica y tratamiento": *Ponencias del V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario*. Cádiz: Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz.
- TORRENS, M. (1999) "Hipnosedantes en toxicomanías: desde el uso clínico adecuado al tratamiento del abuso y dependencia", pag. 423-428, en: *Ponencias del VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario*. Cádiz: Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz.
- SMITH, D. E.; WESSON, D. R. (1999) "Benzodiazepines and other sedative-hypnotics" en: GALANTER, M.; KLEBER, H. D. (ed.). *Textbook of substance abuse treatment*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- BATEL, P. (2000) Addiction and schizophrenia. *European Psychiatry*. 15, Pág. 115-122.
- BLENNOW, G.; FERGUSSON, A.; MEDVEDEO, A. (2000) Buprenorphine as a new alternative for detoxification of heroin addicts. It causes only mild withdrawal problems, abating quickly . *Lakartidningen*, Abstract, 97, Pág. 1830-1833.
- CADAFALCH, J.; CASAS, M. (1993) El paciente heroínmano en el Hospital General. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- CARREÑO, J.E.; BOBES, J.; SÁNCHEZ, J.; ÁLVAREZ, C.E.; SAN NARCISO, G.; PÉREZ, S.F.; GARCÍA M. (1998) "Pautas de antagonización rápida ambulatoria en dependientes de opiáceos. Análisis comparativo" en la Revista Española de Drogodependencia, nº 23, 261-84.
- CASAS, M.; PÉREZ DE LOS COBOS, J.; SALAZAR, I.; TEJERO, A. (1992) "Las conductas de automedicación en drogodependencias" en CASAS, M. (Coor.) *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Barcelona : Citran.
- CASAS, M.; PRAT, G.; SANTÍF, R. (2000) "Trastornos por dependencia de sustancias psicotropas" en CERVILLA, J.A., GARCÍA-RIBERA, C. *Fundamentos biológicos en psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- CASAS, M. (2000) "Trastornos duales" en VALLEJO, J.; GASTÓ, C. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (2ª Ed.). Barcelona: Masson.
- CASAS, M.; RONCERO, C.; DURO, P.; PINET, C.; RIBALTA, E. (2001) "Abordaje de la dependencia de opiáceos y Atención Primaria" en *Psiquiatría y Atención Primaria*. 2; (2), Pag. 4-12.
- DARKE, S. ; HALL, W.; HEATHER, N.; WARD, J.; WODAK, A. (1991a). "The reliability and validity of scale to measure HIV risk-taking behaviour among intravenous drug users". *AIDS*, 5. Pag. 181-185.
- DARKE, S.; HALL, W.; WODAK, A.; HEATHER, N.; WARD, J. (1992a) "Development and validation of a multidimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: the Opiate Treatment Index" en *British Journal of Addiction*, nº 87. Pag. 733-742.
- DARKE, S.; HEATHER, N.; HALL, W.; WARD, J.; WODAK, A. (1991b) "Estimating drug consumption in opioid users: reliability and validity of a recent use episodes method" în *British Journal of Addiction*, nº 86. Pag. 1311-1316.
- DARKE, S.; WARD, J.; HALL, W.; HEATHER, N.; WODAK, A. (1991c) "The Opiate Treatment Index (OTI) Manual" en *National Drug and Alcohol Research Technical Report*, nº 11, Australia: University of New South Wales.
- DARKE, S.; WARD, J.; ZADOR, D.; SWIFT, G (1991d) "A scale for estimating the health status of opioid users" en *British Journal of Addiction*, nº 86. Pag. 1317-1322.
- DARKE, S.; WODAK, A.; HALL, W.; HEATHER, N.; WARD, J. (1992b) "Prevalence and predictors of psychopathology among opioid users" en *British Journal of Addiction*, nº 87. Pag. 771-776.
- DOLE, V.P.; NYSDOANDER, M.E. (1965) "Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin)" en *Addiction*. *JAMA*, 193(8): 80-84.
- EAP, C.B.; FINKBEINER, T.; GASTPAR, M.; SCHERBAUM, N.; POWELL, BAUMANN, P.(1996) "Replacement of (R)-methadone by a double dose of (R,S)-methadone in addicts: interindividual variability of the (R)/(S) ratios evidence of adaptative changes in methadone pharmacokinetics" en *Eur J Clin Pharmacol*, nº 50. Pag. 385-389.

- EAP, C.B.; DÉGLON, J. J.; BAUMAN, P. (1999) "Pharmacokinetics and pharmacogenetics of methadone: Clinical Relevance" en *Heroin Add & Rel Clin Probl*; 1 (1). Pag. 19-34.
- FERNÁNDEZ MIRANDA, J.J.; MARINA GONZÁLEZ, P.A. (1999) Manual de los tratamientos de mantenimiento con opiáceos. Asturias: Gráficas Papiro.
- GARCÍA SEVILLA, J.A. (1984) "Bases funcionales y efectividad de la clonidina en el síndrome de abstinencia a opiáceos" en *Drogodependencias: un nuevo modelo de enfermedad*. Sanofi. Pag. 53-63.
- GOLDBERG, D.P.; HILLIER, V.F. (1979) "A scaled version of the General Health Questionnaire" en *Psychological Medicine*, nº 9. Pag. 39-145.
- GONZÁLEZ-SAIZ, F.M.; SALVADOR, L.; MARTÍNEZ, J.M.; LÓPEZ, A.; RUZ, I.; GUERRA, D. (1997) Indicador del tratamiento de la adicción a opiáceos. Cádiz: Universidad de Cádiz (Servicio de Publicaciones).
- GONZÁLEZ-SAIZ, F.M. (1997) Estandarización de un instrumento de evaluación multidimensional en los trastornos adictivos (Tesis doctoral no publicada).
- GRUPO IGIA y COLS. (2000) Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias. Madrid: Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción.
- HANDELSMAN, L.; COCHRANE, K.J.; ARONSON, M. J.; NESS, R.; RUBINSTEIN, K.J.; KANOF, P.D. (1987) "Two new rating scales for opiate withdrawal" en *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. 13 (3). Pag. 293-308..
- IRIBARNE, C.; PICART, D.; DREANO, Y.; BAIL, J.P.; BERTHOU, F. (1997) "Involvement of cytochrome P450 3A in N-dealkylation of buprenorphine in human liver microsomes" en *Life Sci*, nº 60, Pag. 1953-1964.
- IRIBARNE, C.; BERTHOU, F.; CARLHANT, D.; DREANO Y.; PICART, D.; LOHEZIC, F.; Riche, C. (1998) "Inhibition of methadone and buprenorphine N-dealkylation by three HIV-1 protease inhibitors" en *Drug. Metab. Dispos.*, nº 26. Pag. 257-260.
- IRIBARNE, C.; PICART, D.; DREANO Y.; BERTHOU, F. (2000) "In vitro interactions between fluoxetine or fluvoxamine and methadone or buprenorphine" en *Fundam. Clin. Pharmacol.*, nº 12. Pag. 194-199.
- JOHNSON, R.E.; STRAIN, E.C. (1999) "Others medications for opioid dependence" en Strain, E.C.; Stitzer, M.L. (eds.) *Methadone treatment for opioid dependence*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Pag. 281-321.
- KLEBER, H.D. (1985) "Naltrexone" en *J. Sust. Ab. Treat*, nº 2. Pág. 117-122.
- KLEBER, H.D. (1989) "Treatment of drug dependence: what works" en *Int Rev Psychiatry*, nº 1. Pag. 81-100.
- KILICARSLAN, T.; SELLERS, E.M. (2000) "Lack of interaction of buprenorphine with flunitrazepam metabolism" en *Am. J. Psychiatry*, nº 157. Pag. 1164-1166.
- KOSTEN, T.R.; KLEBER, H. D. (1988) "Buprenorphine detoxification from opioid dependence: A pilot study" en *Life Sci*, nº 42. Pag. 635-641.
- LOIMER, N.; SCHMID, R.; IENCA, K.; LADIMER, K. (1990) "Acute blocking of naloxone precipitated opiate withdrawal symptoms by methohexitone" en *Br J Psychiatry*, nº 157. Pag. 748-752.
- LOWINSON, J.H.; RUIZ, P.; MILLMAN, R.B.; LANGROD, J.G. (1997) *Substance abuse*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- MARTÍN GONZÁLEZ, E.; SÁNCHEZ PARDO, L. (2001) "Evolución de las demandas asistenciales en España" en *Trastornos adictivos 3 (monográfico 1)*. Pag. 5-13.
- MCLELLAN, A.T.; O'BRIEN, C.P.; METZGER, D.; ALTERMAN, A.I.; CORNISH, J.; URSCHER, H. (1992) "How effective is substance abuse treatment-compared to what?" în O'Brien, C.P. și Jaffe, J.H. (Eds.) *Addictive States*. New York: Raven Press.
- MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. (1991) *Motivational interviewing*. New York: Guilford.
- MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. (2005) *Interviul Motivațional. Pregătirea pentru schimbare*. Ediția în limba Română, Agenția Națională Antidrog, București.
- PALACIOS, F.A.; FUERTES, J.C. (1989) *Ayúdenme, tengo un drogodependiente en la consulta*. Madrid: Agencia Antidroga (Comunidad de Madrid).
- PÉREZ DE LOS COBOS, J.; CASAS, M. (1992) "Opiáceos y esquizofrenia" en Casas M. (Coor.) *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Barcelona: Citran.
- TARTER, R.E.; AMMERMAN, R.T.; OTT, P.J. (1998) "Substance abuse" en *Neurobehavioral pharmacology*. New York: Plenum.

- TEJERO, A.; TRUJOLS, J. (1994) "El Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente: Un modelo comprensivo del cambio en el ámbito de las conductas adictivas" en Graña, J.L. (ed.) *Conductas Adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Ed .Debate. Pag. 1-43.
- TEJERO, A.; TRUJOLS, J.; HERNÁNDEZ, E.; PÉREZ DE LOS COBOS, J.; CASA, M. (1997) "Processes of change assessment in heroin addicts following the Prochaska and DiClement Transtheoretical model" en *Drug and Alcohol Dependence*, nº 47. Pag. 31-37.
- TERÁN, A. (1999) "Evaluación de los protocolos de desintoxicación. De la desmorfinización a la desintoxicación en programas de mantenimiento con metadona" en *Trastornos adictivos 1* (3-3). Pag. 266-271.
- TRUJOLS, J.; TEJERO, A.; CASAS, M. (1997) "Estructura factorial, consistencia interna y eficacia discriminativa del Inventario de Procesos de Cambio para Adictos a Opiáceos (IPC-AH)" en *Adicciones*, nº 9. Pag. 331-345.
- TRUJOLS, J.; TEJERO, A.; PÉREZ DE LOS COBOS, J.; CASAS, M. (1997) "Determinantes situacionales del consumo de heroína en sujetos dependientes de opiáceos: Un análisis psicométrico" en *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afine*, nº 25. Pag. 363-368.
- VALDERRAMA, J.C.; MARTÍNEZ-RAGA, J.; SANCHO, A. (2000) "La buprenorfina" en *Trastornos adictivos 2* (2). Pág. 94-98.
- BOBES, J.; LORENZO, P.; SÁIZ, P. A. (1998) *Éxtasis (MDMA): un abordaje comprensivo*. Barcelona: Masson.
- CAMÍ, J. (1995) *Farmacología y toxicidad de la MDMA (éxtasis)*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- CAMÍ, J. (1996) *Psicoestimulantes*. Madrid: Aguilar.
- CAMÍ, J.; FARRÉ, M. (1996) "Éxtasis, la droga de la ruta del bakalao", *Med Clin*. Vol. 106, pag. 711-716.
- CAMÍ, J.; FARRÉ, M.; MAS, M.; ROSET, P. N.; POUDEVIDA, S.; MAS, A.; SAN, L.; DE LA TORRE, R. (2000) Human pharmacology of 3,4-Methylenedioxymethamphetamine ("Ecstasy"): Psychomotor performance and subjective effects", *J Clin Psychopharmacol*. Vol. 20, pag. 455-66.
- DE LA TORRE, R.; FARRÉ, M.; ROSET, P.N.; HERNÁNDEZ-LÓPEZ, C.; MAS, M.; ORTUÑO, J.; MENOYO, E.; PIZARRO, N.; SEGURA, J.; CAMÍ, J. (2000) "Pharmacology of MDMA in humans", *Ann N Y Acad Sci*. Vol. 914, pag. 225-237.
- FARRÉ, M.; POUDEVIDA, S. (1999) "Éxtasis y drogas de diseño", Ponencias del VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Pag. 751-766. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz.
- GÓMEZ-JARABO, G.; BOUSO, J. C. (1997) "Psicodélicos y drogas de diseño", *Farmacología de la conducta*. Madrid: Síntesis. Pag. 307-342.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B.J. (1999) *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Panamericana, pag. 425-518.
- LIZASOAIN, I.; LORENZO, P. (1999) "Anfetaminas", En: LORENZO, P.; LADERO, J.M.; LEZA, J. C.; LIZASOAIN, I. (1999) *Drogodependencias*. Madrid: Panamericana.
- LORENZO, P.; BOBES, J.; COLADO, M. I. (1999) "Drogas de diseño (I). MDMA (éxtasis)", en: LORENZO, P.; LADERO, J. M.; LEZA, J. C.; LIZASOAIN, I., *Drogodependencias*. Madrid: Panamericana.
- LORENZO, P.; BOBES, J., (1999) "Drogas de diseño (II). Otras feniletilaminas. Opiáceos. Otros", în: LORENZO, P.; LADERO, J. M.; LEZA, J. C.; LIZASOAIN, I. *Drogodependencias*. Madrid: Panamericana.

<http://www.emcdda.org>