



Centrul de Recuperare și Educație Împotriva
Adicțiilor pentru Adolescenți și Tineri
la Voila

RAPORT DE IMPLEMENTARE

Februarie 2024 – Februarie 2025

C.R.E.A.A.T.I.V. este un proiect



**Spitalul de Psihiatrie
VOILA**



C.R.E.A.A.T.i.V.

**Centrul de Recuperare și Educație împotriva
Adicțiilor pentru Adolescenți și Tineri la Voila**

Raport de activitate la 1 an de la deschidere

Autori:

Dr. Eugen Hriscu – coordonator program terapeutic,
supervizare și training

Dr. Irina Minescu – manager Spital Voila, coordonator echipă
terapeutică, medic psihiatru copii și adolescenți

Melania Medeleanu, Gabriela Gocan, Eliza Vlădescu –
finanțare, comunicare, implementare și management de proiect
Asociația Zi de BINE

Cuprins:

- 1 Cuvânt înainte**
- 2 Consumul și dependența de droguri la copii și adolescenți
context și istoric**
- 3 Schema de implementare a programului C.R.E.A.A.T.i.V. –
un parteneriat public-privat**
- 4 Programul terapeutic C.R.E.A.A.T.i.V. – viziune și valori,
tematică, probleme întâmpinate și soluții**
- 5 Rezultate ale activității C.R.E.A.A.T.i.V. și statistici privind
consumul de droguri în România**
- 6 Concluzii la 1 an de C.R.E.A.A.T.i.V. și perspective pentru
psihiatria pediatrică din România**

Cuvânt înainte

În toiul unei nopți din ianuarie 2023, am descoperit un București care doarme pe culmile absurdului..

Am descoperit că nu mai există copii născuți de partea greșită a căilor ferate. Copii săraci vs. copii bogați. Copii la școli bune vs. copii la școli rele. Da, consumul de droguri se întâmplă în unele locuri mai mult ca-n altele, dar când găsești legale la 1 leu în buricul târgului, poveștile încep să se repete.. Și noaptea își dau întâlnire într-un punct fix, pe unde are drum ambulanța socială cu seringi curate..

Acolo ne-am întins la povești.. Despre vreme, despre copilul de 12 ani, premiant. Despre cum dacă te injectezi cu legale ustură ca soda caustică și ți se umflă picioarele. Oameni căsătoriți, oameni cu copii acasă, fete singure, venea lumea la ambulanță și cerea seringi de 1 și de 2, în funcție de utilitate. Și vorbeau de asta cu izbitor de multă luciditate și cu diagnosticul de la spital în mână. Pentru fiecare dintre ei părea o treabă temporară, părea că o să vină și vremea când o să înoate până la suprafață și o să rămână în lumina soarelui.

Pentru ei am deschis o ușă. Pentru fiecare părinte care lasă capul în pământ înfrânt. Pentru fiecare adolescent care nu-și mai găsește calea și locul. Pentru fiecare profesionist din domeniu care a fost obligat să ridice din umeri neavând unde să-și trimită pacientul minor pentru a-i da o șansă în plus.

Nu promitem că după ea se găsește abstenența. Dar promitem că este o șansă în plus la o viață sănătoasă. O șansă vitală. Pentru că pe ușa asta intră medici și asistente medicale, dar și psihologi și psihoterapeuți care fac tot ce le stă în putere pentru ca acești copii să pășească prin viață împuterniciți, mai siguri pe ei, cu abilități de viață care să-i ajute să facă alegeri mai bune.

Asta înseamnă CREAATiv - Centrul de reabilitare și educație pentru adolescenți și tineri, de la Voila. Recunoașterea că dependența e o boală, cu tot cu vestea bună că e una dintre cele care au cel mai bun prognostic printre diagnosticele psihiatrice. DACĂ ai instrumentele terapeutice potrivite, tratamentul medical, grupuri de suport și tot ce intră la capitolul de exemple de bune practici de peste mări și țări. DACĂ le ai pe toate astea, dependenții au o șansă semnificativă de recuperare.

Cu ajutorul profesioniștilor de top care au acceptat provocarea noastră, dr. Eugen Hriscu și colegii săi de la Clinica Atelier Psy, cu implicarea bucuroasă a personalului medical de la Spitalul de Psihiatrie Voila, condus de un manager neobosit în inovarea și actualizarea serviciilor de psihiatrie oferite, în persoana dr. Irina Minescu, viața niciunui copil consumator din această țară nu mai este condiționată de acești DACĂ. Iar pentru asta, noi, echipa Asociației Zi de BINE le suntem profund recunoscători.

Melania Medeleanu, fondator Asociația Zi de BINE

Consumul și dependența de droguri la copii și adolescenți

- context și istoric

C.R.E.A.A.T.i.V. reprezintă o parte de soluție la o problemă gravă din societatea românească - creșterea prevalenței consumului de droguri și a problemelor asociate în rândul copiilor și adolescenților din România. Ne confruntăm cu o lipsă majoră de studii privind amploarea fenomenului consumului de droguri în rândul populației tinere, iar puținele date de care dispunem sunt puse sub semnul întrebării de situația particulară a României, unde posesia în vederea consumului este faptă penală care atrage diverse sancțiuni, inclusiv privative de libertate. Astfel, studiile ESPAD realizate la fiecare patru ani la nivelul întregii Uniuni Europene, până în 2019, arătau o tendință de creștere a consumului în rândul adolescenților români de 15-16 ani, atât la drogurile legale (alcool, tutun și jocuri de noroc), cât și la cele ilegale. Astfel, conform datelor ESPAD, **în jur de 10% din adolescenții români de clasa a IX-a consumaseră cel puțin o dată în viață un drog ilicit** (ESPAD, 2019). Un alt element deosebit de îngrijorător în anii de dinainte de pandemia cu COVID-19 a reprezentat-o ascensiunea rapidă a prevalenței consumului de noi substanțe psihoactive (NPS), așa-numitele „etnobotanice” sau „legale”, în fapt cannabinoizi sau amfetamine de sinteză, extrem de toxice, a căror proliferare pe piața europeană și în România avea să cunoască o creștere explozivă. În prezent, sunt monitorizate la nivelul Uniunii Europene peste 1.000 de astfel de substanțe (EUDA, 2024), ceea ce face fenomenul imposibil de controlat prin mijloacele obișnuite de scădere a ofertei (criminalizare, urmărire penală și încarcerare).

În acest context, în prezent, situația arată dramatic:

- **O anchetă a organizației Salvați Copiii (2024)** relevă faptul că 3 din 10 copii peste 14 ani știu pe cineva care a consumat substanțe psihoactive/droguri, în general din proximitate; aproape 1 din 3 adolescenți afirmă că a consumat alcool în ultima săptămână și aproape jumătate dintre copii peste 14 ani a fumat/vapat în ultima săptămână;

- **Un studiu realizat în 2024 pe populația școlară din județul Bistrița Năsăud** (în curs de publicare) relevă faptul că aproximativ 8% dintre aceștia consumaseră cel puțin o dată în viață cannabis și 5% consumaseră etnobotanice. Aceste rezultate, puternic influențate de riscurile legale asociate consumului în România, trebuie interpretate prin prisma răspunsului la întrebarea privind ușurința accesului la substanțe, cu peste 13% raportând un acces facil și foarte facil la etnobotanice, respectiv peste 16% pentru cannabis. În cadrul acestui raport, **55% dintre tinerii de liceu au raportat că au cunoștință de cel puțin o persoană care consumă droguri**, iar 14% cunoșteau mai mult de 4 persoane consumatoare.
- *„Profilul adolescentului cu risc de consum de droguri sau care consumă droguri evidențiază o deplasare a inițierii către vârste mai mici, un mediu familial adesea disfuncțional și trăsături de personalitate, caracteristici de relaționare, probleme de integrare și performanță școlară care permit identificarea precoce a vulnerabilității față de consum”- ARAS, 2015.* Aceeași cercetare calitativă realizată de specialiști ai ARAS, cu sprijinul UNICEF, avertiza asupra lipsei unor *„centre de servicii de asistență specifice pentru adolescenții care consumă droguri, în cadrul cărora serviciile de asistență (medicală, psihologică și socială) să fie furnizate ținându-se cont de specificitatea de dezvoltare și de tipul de intervenție recomandată: nu există, printre altele, centre de zi pentru adolescenții care consumă droguri și nu există comunități terapeutice pentru adolescenții care consumă droguri.”* Situația nu se schimbase aproape un deceniu mai târziu.

În acest context, în ultimii ani de zile, secțiile de psihiatrie de copii s-au confruntat adesea cu patologia consumului de substanțe psihoactive, consum „ascuns” în spatele tulburărilor de comportament sau episoadelor de depresie și însingurare, pentru care minorii erau de fapt aduși de către aparținători la internare. Descoperite în cadrul anamnezei, aceste tulburări legate de consumul de substanțe au fost tratate cu grijă și înainte de C.R.E.A.A.T.i.V., însă lipsa de încredere a beneficiarilor-pacienți și straniețea pentru profesioniști a acestui domeniu nu a permis o abordare specifică, iar intervenția terapeutică este limitată, fără însă a refuza sau minimaliza această patologie.

C.R.E.A.A.T.i.V. a apărut din nevoia de a umple această lipsă de servicii specializate, propunându-și să ofere servicii rezidențiale de durată medie și lungă, oferite de profesioniști în sănătate mintală cu formare în abordarea medico-psiho-socială a problemelor legate de consumul de droguri la minori. Aceste servicii au fost dezvoltate în cadrul unei secții de psihiatria copilului și adolescentului, în cadrul Spitalului de Psihiatrie Voila, ceea ce le face accesibile și gratuite.

Schema de implementare a programului C.R.E.A.A.T.i.V.

- un parteneriat public-privat

Centrul C.R.E.A.A.T.i.V. a prins viață din momentul extrem de dureros al realizării că, în România, în 2024, nu exista niciun singur centru, de stat sau privat, care să ofere îngrijiri rezidențiale profesionale, de psihiatrie și psihologie, copiilor și adolescenților care se confruntă cu probleme legate de consumul de substanțe - alcool, droguri, medicamente. Proiectul a devenit apoi realitate printr-un parteneriat public-privat, asigurat de Asociația Zi de BINE prin partenerii săi strategici - Grupul EON România, Lidl România, UniCredit Bank România și Leroy Merlin.

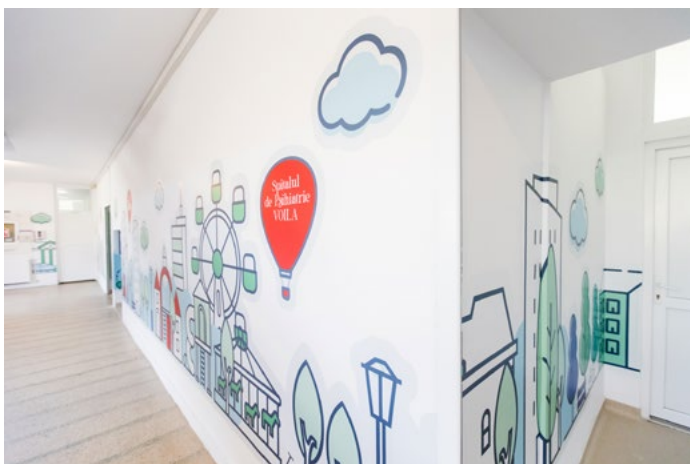
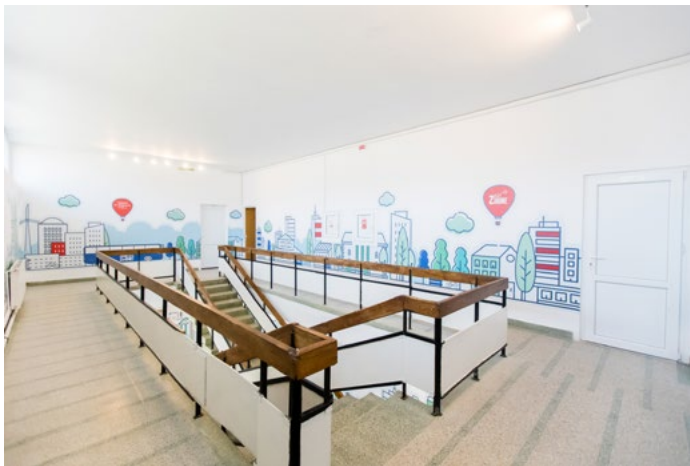
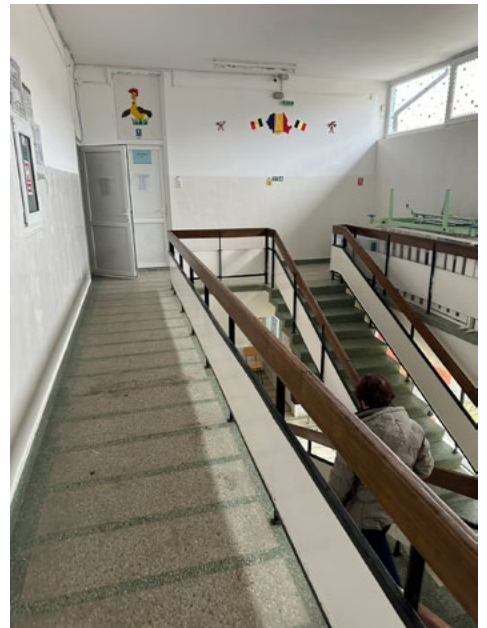
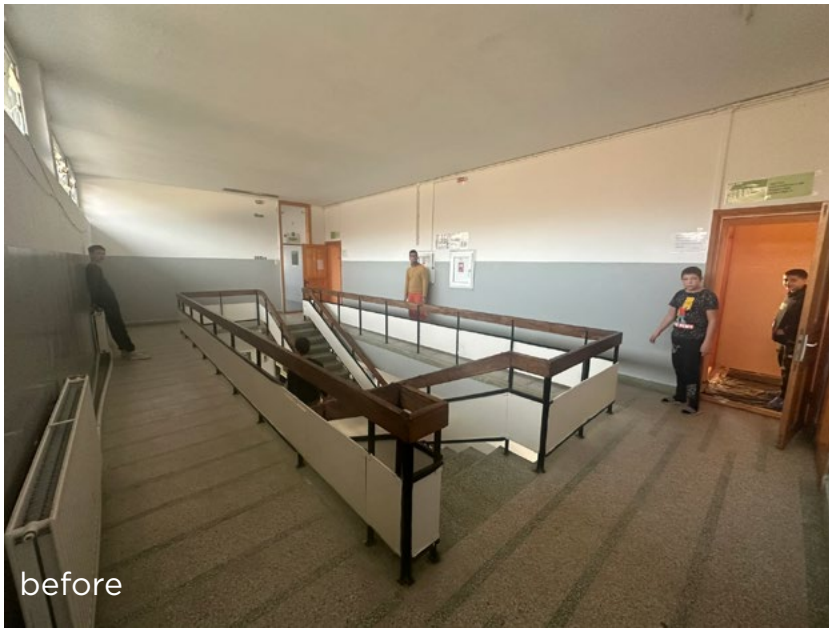
Locația acestui Centru, cu potențial de a deveni primul exemplu de bune practici pentru orice spital cu psihiatrie pediatrică din România, de stat sau privat, a fost subiectul unor luni bune de cercetări și discuții demarate de echipa asociației Zi de BINE cu mai multe instituții de sănătate publică, până la stabilirea pe dealurile din Câmpina. Spitalul de Psihiatrie Voila, din Câmpina, oferea proximitate față de București (de unde provin cele mai multe cazuri internate), dispunea deja de infrastructură (menționăm aici în mod special Școala Sanatorială, un aspect vital pentru o rezidență pe termen mai lung la copii), dar și de resursa umană, dispusă să se implice în activități noi cu bună-credință și curiozitate.

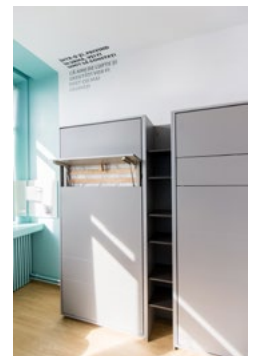
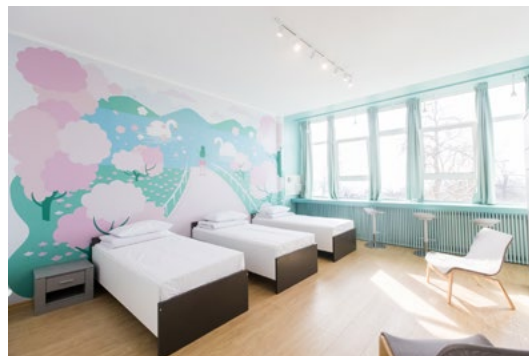
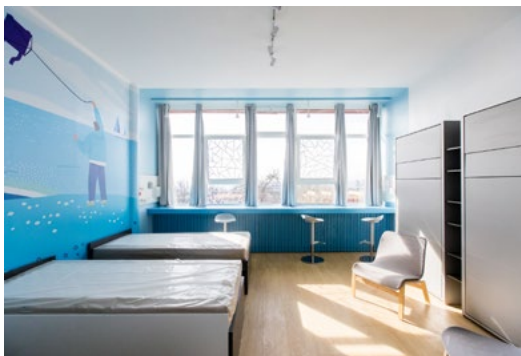
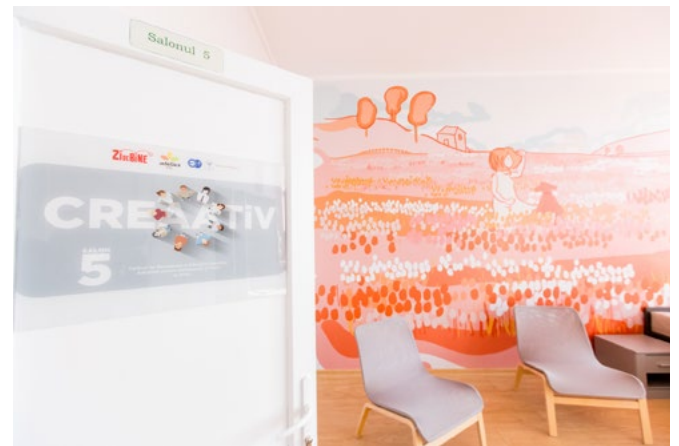
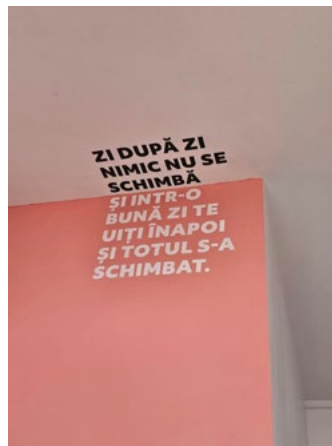
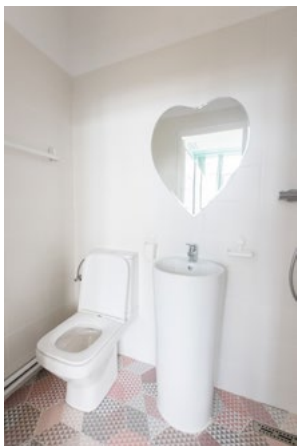
În același timp, pentru un spital de psihiatrie, specializarea și dedicarea unui număr de paturi specific pentru această patologie a fost salutară, oferind personalului angajat oportunitatea unei supraspecializări și ocazia de a-și îmbunătăți metodele de lucru și experiența profesională. Dar acest lucru a fost posibil doar prin aducerea în echipa proiectului a unor specialiști în tratarea dependențelor, în acest moment existând în România doar câteva nume acreditate de Ministerul Sănătății pentru a face formări pe această tematică.

Astfel, parteneriatele Asociației Zi de BINE cu echipa medicală a Spitalului de Psihiatrie Voila și cu dr. Eugen Hrisu și echipa sa de la Clinica Atelier Psy, prima clinică care s-a ocupat cu tratamentul dependențelor în România, a mobilizat și antrenat resurse umane și instituționale deja existente, redându-le comunității și folosindu-le la adevăratul lor potențial. Astfel a luat naștere C.R.E.A.A.T.i.V. - Centrul pentru Recuperare și Educație împotriva Adicțiilor pentru Adolescenți și Tineri la Voila, primul spațiu dintr-un spital public de psihiatrie destinat minorilor cu adicții.

C.R.E.A.A.T.i.V. a fost inaugurat pe 28 februarie 2024, la doar două luni de la prima întâlnire a membrilor echipei și este astăzi atât un spațiu de internare modern, cu 24 de paturi dedicate adolescenților cu adicții, din cele 60 de paturi ale secțiilor de psihiatrie pediatrică ale Spitalului, cât și un program psihoterapeutic individualizat organizat, o abordare profesionistă și specifică pentru adolescenții cu tulburări legate de consumul de substanțe, respectiv cu dependență de substanțe, jocuri de noroc și alte dependențe.

	Spitalul de Psihiatrie Voila	Asociația Zi de Bine	Clinica medicală "Atelier Psy"
1.	Amenajare 2 saloane (12 paturi) - 1 salon de băieți și 1 salon de fete.	Amenajare 2 saloane (12 paturi) - 1 salon de băieți și 1 salon de fete.	Formarea echipei terapeutice. Expertiză în medicina adicției.
2.	Renovarea, reamenajarea și decorarea celor 2 pavilioane ale secțiilor de copii.	Amenajare spațiu C.R.E.A.T.I.V. (în clădirea Școlii Sanatoriale).	– Workshopuri conduse de dr. Eugen Hriscu.
3.	Implicarea angajaților Spitalului: Echipa Secțiilor de Psihiatrie Pediatrică: – 2 medici – 2 psihologi – Asistenți medicali – Infirmiere – Brancardieri Echipa medicală din spital: – Kinetoterapeut – Compart. Ergoterapie – Psihologi – Medici psihiatri Echipa școlii sanatoriale: - Profesori	Asigurarea cursurilor pentru întregul personal medical și auxiliar al Secțiilor de Psihiatrie pediatrică.	Cursuri/traininguri cu întreg personalul medical și auxiliar al Secțiilor de psihiatrie pediatrică. *
4.		**Organizarea unei vizite de studiu în Franța.	
5.		Suținere financiară lunară pentru 2 psihologi , pentru 3 ore pe săptămână de terapie de grup cu adolescenții din program.	







Franța, Paris, mai 2024

* Programul de training implementat de un formator în domeniul adicțiilor, acreditat de Ministerul Sănătății, a cuprins:

- Formare în tehnici de Interviu Motivațional (Miller WR, Rollnick S.,1991)
- Formare în aplicarea de intervenții de tip cognitiv-comportamental, conform modelului Prevenirii Recăderilor (Marlatt GA, Gordon JR, 1985)
- Ședințe lunare de supervizare a echipei terapeutice din cadrul programului C.R.E.A.A.T.i.V.

* Un training de 2 zile de tehnici de lucru folosind metode creative, susținut de o psihoterapeută specializată în lucrul cu tehnici proiective.

* Un training de 2 zile de prezentare a stilului și instrumentelor de lucru aparținând modulului de dezvoltare personală (descriș în secțiunea 3.2).

**O vizită de studiu la centre similare de tratare a problemelor de sănătate mintală a copilului și adolescentului din Paris, Franța.

Franța, Paris, mai 2024



Programul terapeutic C.R.E.A.A.T.i.V.

- viziune și valori, tematică, probleme întâmpinate și soluții

Viziunea care a stat la baza creării C.R.E.A.A.T.i.V. a fost aceea a unui centru rezidențial unde tinerii cu probleme legate de consumul de droguri să poată găsi un spațiu sigur, modern, prietenos, care se desparte vizual de orice experiență anterioară într-un spital de psihiatrie, unde să fie feriți pe termen mai lung de tentația consumului, extrăgându-i din mediul unde consumul problematic de droguri a avut loc, și unde să primească sprijinul medical și psihologic de care au nevoie pentru a realiza o schimbare sănătoasă în stilul lor de viață, la întoarcerea acasă. Astfel, am creat un program caracterizat prin:

- **accesibilitate**, prin oferirea serviciilor gratuite, în cadrul sistemului public de sănătate;
- **responsabilitate** față de pacienți, familiile acestora, societatea în care trăim cu toții;
- **multidisciplinaritate, colaborare și lucru în echipă** în abordarea problematicii adicției, cu implicarea tuturor categoriilor profesionale care activează în cadrul Spitalului/ secției de psihiatrie, prin accentuarea importanței funcționării echipei terapeutice (medic-psiholog, medic-asistent medical, asistent medical-psiholog, asistent social-medic) din cadrul programului;
- **profesionalism**, prin formarea continuă a personalului implicat, creare constantă de noi tipuri de intervenții pentru tinerii pacienți, și inovație, conștienți fiind că dezvoltăm pentru prima dată un astfel de serviciu în sistemul medical din România și în cadrul unui spital de psihiatrie de stat;
- **deschidere către comunitate**, atât prin menținerea legăturii cu pacienții după externare în vederea susținerii lor pe termen mai lung, cât și prin accesarea unor resurse din comunitate care să îmbogățească programul C.R.E.A.A.T.i.V., cum ar fi alte instituții publice implicate în problematica specifică minorilor (Direcțiile de protecție a copilului, spitale de pediatrie, alte spitale de psihiatrie).

La nivel practic, programul C.R.E.A.A.T.i.V. este construit ținând seama de trei faze ale tratamentului rezidențial:

1. Intrarea în program, evaluarea pacientului și integrarea sa în Centru
2. Implementarea programului terapeutic
3. Încheierea programului și reintegrarea pacientului în mediul său

1. Intrarea în program, evaluarea pacientului și integrarea sa în centru

- 1.1. Pacienții minori se prezintă la Spitalul de Psihiatrie Voila însoțiți de părinți sau tutorele legal. Evaluarea pacientului se face în cadrul echipei terapeutice, de către medicul psihiatru de copii, pe baza examenului clinic, în colaborare cu psihologul, care aplică atât un examen psihologic nestandardizat, dar și tetele MACI (Million Adolescent Clinical Inventory), Raven, teste depresie, anxietate, ADHS -RS. În urma aplicării testelor de evaluare, echipa terapeutică stabilește dacă pacientul poate fi admis sau nu în cadrul programului C.R.E.A.A.T.i.V. .

Lista pacienților admiși în programul C.R.E.A.A.T.i.V. este întocmită de către echipa terapeutică și comunicată personalului implicat în desfășurarea programului.

De notat că după o perioadă de tatonări, echipa terapeutică a ajuns la concluzia că cea mai bună soluție este **crearea unei liste de așteptare și formarea unui grup nou de pacienți o dată pe lună**. Avantajele unui astfel de sistem de lucru sunt crearea unui spirit de echipă, întrucât toți pacienții parcurg aceleași intervenții psihoterapeutice de grup în același timp și se evită astfel situația în care într-un grup de pacienți se regăsesc tineri care abia au început programul terapeutic alături de tineri care sunt aproape de a-l finaliza. Grupul de adolescenți astfel creat va deveni un grup „închis” de terapie de grup, facilitând astfel crearea și consolidarea spiritului de echipă.

- 1.2. Ulterior recomandării de a intra în programul C.R.E.A.A.T.i.V. , adolescentul împreună cu familia sau reprezentantul legal vor semna un **acord de înscriere în program** (vezi procedură anexată) prin care își vor asuma participarea la activități și respectarea regulilor programului.

Programul terapeutic C.R.E.A.A.T.i.V. se desfășoară pe o perioadă de aproximativ 30 de zile. Pe perioada internării, adolescentul și familia sa vor participa la activitățile terapeutice din cadrul programului, iar medicul curant, împreună cu echipa terapeutică, va decide perioada internării și data externării.

2. Implementarea programului terapeutic

C.R.E.A.A.T.i.V. își propune să se apropie cât mai mult posibil de modul de funcționare a unei **comunități terapeutice**, ținând totuși cont de diferențele impuse de specificul lucrului cu pacienți minori.

Vorbind despre principiile de funcționare ale unei comunități terapeutice, Holger Lux, coordonatorul celui mai vechi astfel de program din România, scria următoarele în Compendiul de Medicina Adicției (2024, p. 447): *„În clinică devine activ un câmp terapeutic, iar procesul terapeutic este influențat mai ales de situația și dinamica grupului. Acțiunile individului se desfășoară într-un câmp de spațiu și de timp. Toate acțiunile din acest câmp se află într-o relație de influențare reciprocă. Perspectiva câmpului este opusă unei perspective dualiste, care separă indivizii de sistemele lor sociale. Indivizii și sistemele se influențuează reciproc. Relația duală terapeut-client trece pe un plan secundar. Psihoterapia nu este limitată la terapia individuală efectuată cu medicul sau psihologul.”* Astfel, toți profesioniștii și chiar ceilalți pacienți pot avea o influență asupra evoluției în tratament a fiecărui participant.

Dar la baza programul terapeutic stă o serie de **principii desprinse din expertiza internațională privind intervențiile de tip rezidențial în adicții și experiența profesioniștilor români implicați**. Astfel, în C.R.E.A.A.T.i.V. :

- Durata programului complet este, în prezent, de o lună de zile.
- Fiecare zi începe cu un program de exerciții fizice în aer liber, sub îndrumarea unui membru al echipei terapeutice.
- Fiecare zi conține activități recreative, intervenții terapeutice de grup și individuale, consult medical, ore de kineto-, melo- și ergo-terapie, derulate într-o manieră structurată și cunoscută dinainte, cu obiectivul de a minimiza cât mai mult posibil timpii morți, în care tinerii se plictisesc prin saloane (vezi mai jos tabel 1).
- Intervențiile psihoterapeutice de grup cuprind atât intervenții specifice de abordare a fenomenului consumului de substanțe (ex: Prevenirea Recăderilor), cât și intervenții generale pentru dezvoltarea abilităților personale și inter-personale, ținând cont de faptul că abuzul de droguri reprezintă atât un efect al deficiențelor de dezvoltare, cât și o cauză a acestora, prin blocarea parcursului normal de dezvoltare psiho-socială a adolescentului (vezi tabel 2).
- Toți membri echipei terapeutice sunt importanți și sunt implicați în îngrijirea tinerilor pacienți, timpul petrecut de aceștia cu asistenții medicali sau cu infirmierii în pauzele dintre activitățile terapeutice fiind considerat la fel de important.
- În cadrul programului terapeutic **C.R.E.A.A.T.i.V.** sunt prezente două categorii de participanți:
 - Participanți care frecventează cursurile Școlii Sanatoriale Voila
 - Participanți care nu frecventează cursurile Școlii sanatoriale Voila

Copiii internați în cadrul programului **C.R.E.A.A.T.i.V.** și care sunt la școală, în ciclul gimnazial, vor frecventa cursurile Școlii Gimnaziale Sanatoriale Voila la recomandarea medicului curant, ca parte a planului terapeutic. Pe parcursul internării, copiii și adolescenții care frecventează cursurile școlare sunt detașați de la școlile unde sunt înscriși, la Școala Gimnazială Sanatorială Voila. Minorii vor respecta programul Școlii Sanatoriale, conform orarului, având responsabilitatea de a nu absenta de la școală, decât cu acordul medicului curant. La externare, profesorul diriginte va trimite situația școlară la școala de proveniență a copilului.

- S-a stabilit de asemenea un timp limitat de acces la telefonul mobil personal, păstrându-se accesul permanent la telefonul secției și, de asemenea, s-a limitat accesul la țigări.
- Orice eveniment neprevăzut desfășurat după ora 14.00 este anunțat atât medicului de gardă pe spital, dar și medicului curant, pentru a fi rezolvat și soluționat în cel mai scurt timp.

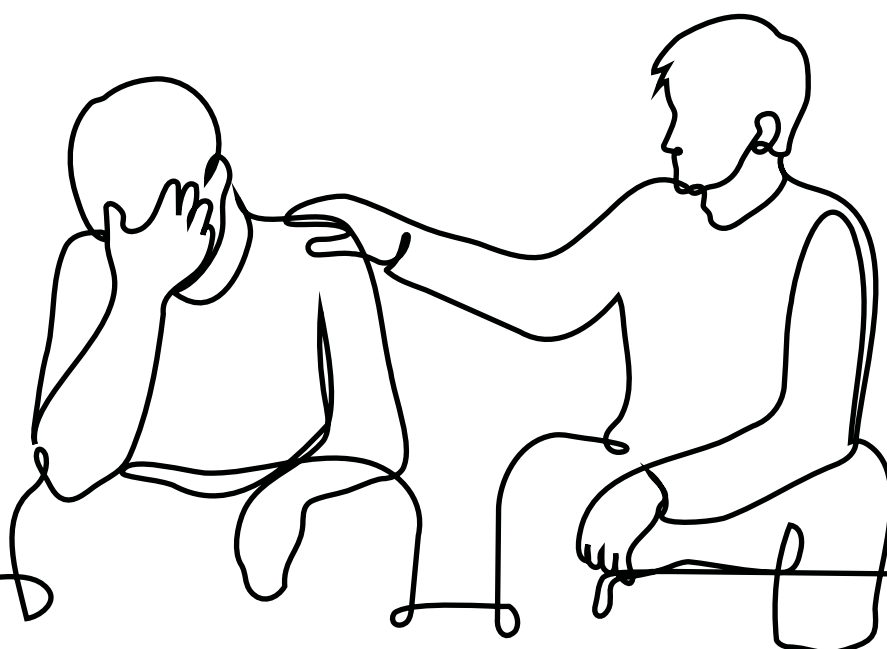
Toate activitățile menționate, inclusiv programul de școală, sunt cuprinse în „Programul terapeutic **C.R.E.A.A.T.i.V.**”, implementat în cadrul Spitalului Voila și structurat pe ore și pe zile, fiind afișat în locuri vizibile, astfel încât adolescenții să fie informați despre activitățile zilnice (vezi în următoarele pagini).



Viziunea care a stat la baza creării C.R.E.A.A.T.i.V. a fost aceea a unui centru rezidențial unde tinerii cu probleme legate de consumul de droguri să poată găsi un spațiu sigur, modern, prietenos, care se desparte vizual de orice experiență anterioară într-un spital de psihiatrie, unde să fie feriți pe termen mai lung de tentația consumului, extrăgându-i din mediul unde consumul problematic de droguri a avut loc și unde să primească sprijinul medical și psihologic de care au nevoie pentru a realiza o schimbare sănătoasă în stilul lor de viață, la întoarcerea acasă.

Dr. Eugen Hriscu

coordonator program terapeutic, supervizare și training



PROGRAM TERAPEUTIC

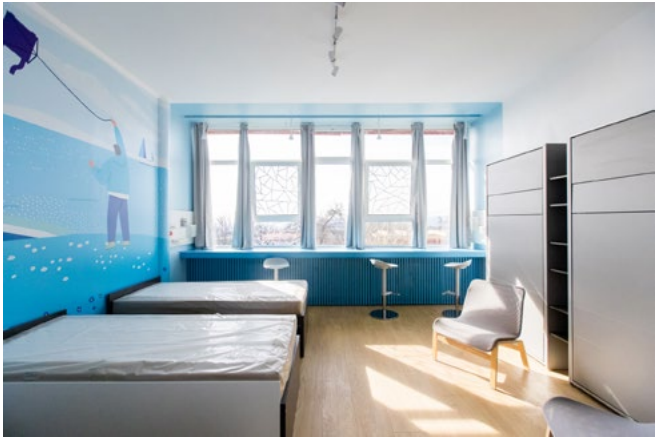
Pentru cei înscriși în ciclul școlar

Interval Orar	Descriere activitate	Locație	Responsabil
08:00 - 08:30	 Micul dejun	Sala de mese	Infirmieră/ asistent medical
08:30 - 13:00	 Activitate școlară	Școală	Învățător
	 Evaluare psihiatrică și/sau consiliere psihoterapeutică individuală	Cabinet medic	Medic psihiatru
13:30 - 14:00	 Prânz	Sala de mese	Infirmieră/ asistent medical
14:00 - 16:00	 Program de odihnă și activități recreative	Salon	Asistent medical/ infirmieră
JOI ora 15:00	 "Voila are talent"/Meloterapie	Sala de raport ("Castel")	Dr. Ovidiu Balaban-Popa
16:00 - 16:30	 Gustare	Sala de mese	Infirmieră/ asistent medical
16:30 - 18:30	 Sesiune de grup (În zilele de luni, miercuri și vineri)	Centrul CREEATIV	Psiholog/ psihoterapeut
19:00 - 19:30	 Cina	Sala de mese	Infirmieră/ asistent medical
19:30 - 21:00	 Jurnal și timp liber	Salon	Asistent medical/ infirmieră

PROGRAM TERAPEUTIC

Interval Orar	Descriere activitate	Locație	Responsabil
08:00 - 08:30	 Înviorarea de dimineată	Teren de sport	Kinetoterapeut/ brancardier
08:30 - 09:00	 Micul dejun	Sala de mese	Infirmieră/ asistent medical
09:00 - 11:00	 Terapie de grup 1: check-in și intervenții specifice în adicții	Centrul CREEATIV (Școală)	Psiholog/ psihoterapeut
11:00 - 13:30	 Evaluare psihiatrică și/sau consiliere psihoterapeutică individuală	Cabinet medic	Medic psihiatru
13:30 - 14:00	 Prânz	Sala de mese	Infirmieră/ asistent medical
14:00 - 16:00	 Program de odihnă și activități recreative	Salon	Asistent medical/ infirmieră
16:00 - 16:30	 Gustare	Sala de mese	Infirmieră/ asistent medical
16:30 - 18:30	 Terapie de grup 2: învățare/exersare abilități de viață	Centrul CREEATIV (Școală)	Psiholog/ psihoterapeut
19:00 - 19:30	 Cina	Sala de mese	Infirmieră/ asistent medical
19:30 - 21:00	 Jurnal și timp liber	Salon	Asistent medical/ infirmieră





Structura intervenției de grup pentru Prevenirea Recăderilor:

12 ședințe de terapie de grup, 3/săptămână (prezența este obligatorie)

Săptămâna I	Ședința 1	Balanța decizională - efectuarea unui exercițiu de generare a avantajelor și dezavantajelor consumului de substanță, pe termen scurt, respectiv lung, cu evidențierea de către coordonatorul grupului a discrepanței între deciziile luate pe termen scurt și deciziile luate pe termen lung. Adicția este înțeleasă ca o focusare excesivă pe avantajele pe termen scurt, cu pierderea din vedere a dezavantajelor pe termen lung. Plecând de la acest exercițiu, participanții sunt invitați să se gândească la un obiectiv personal de schimbare a comportamentului de consum.
	Ședința 2, 3	Situații de mare risc - sunt acele situații unde consumatorul se află la cel mai mare risc de recădere și compromitere a obiectivului său de schimbare. Participanții sunt invitați să genereze acele situații în care consumul este cel mai probabil, pornind de la experiențele anterioare de consum. Apoi, pentru fiecare situație de risc identificată, vor genera 1-2 strategii de a face față (strategii comportamentale sau cognitive).
Săptămâna II	Ședința 4, 5	Craving - informații și gestionare - participanții primesc informații despre natura poftei (craving), care este un marker al dependenței psihologice și nu un semn de slăbiciune. Sunt apoi invitați să vorbească despre experiența subiectivă a poftei și să genereze soluții la apariția acesteia.
	Ședința 6	Planul de urgență - este o ședință care adresează situația în care se petrece un prim episod de consum și ce pot face participanții pentru a limita evoluția acestuia spre o recădere completă și revenirea la modul anterior de consum de substanță. Implică stabilirea unui comportament clar în caz de consum, a unei persoane-resursă care poate fi apelată și a unui gând care să ancoreze dorința de a reveni la abținere.
Săptămâna III	Ședința 7, 8, 9	Emoții - Depresie, Furie, Anxietate - emoțiile sunt discutate ca situații de mare risc, în care, în absența altor modalități de gestionare a stărilor afective intense, consumul de substanță capătă rol reglator. Participanții sunt invitați să descrie cum trăiesc fiecare din aceste emoții la nivel cognitiv, afectiv și corporal, apoi sunt ajutați să genereze scenarii care pot ajuta cu managementul stărilor afective, altele decât consumul de substanță.
Săptămâna IV	Ședința 10	Valori personale, abilități personale/stil de viață - această ședință abordează tema stresului ca situație de mare risc, precum și modificările în programul participanților cauzate de renunțarea la activitățile legate de obținerea, consumarea și recuperarea de după efectele substanței care, astfel, se vor găsi cu foarte mult timp liber, neștiind ce să facă cu el.
	Ședința 11	Plan de schimbare - construirea unui plan personal de schimbare pentru momentul întoarcerii acasă.
	Ședința 12	Finalizare - evaluarea programului, concluziile participanților.

Structura intervenției de grup pentru Dezvoltare Personală:
ședințe în curs de implementare, 1/săptămână (prezența este obligatorie)

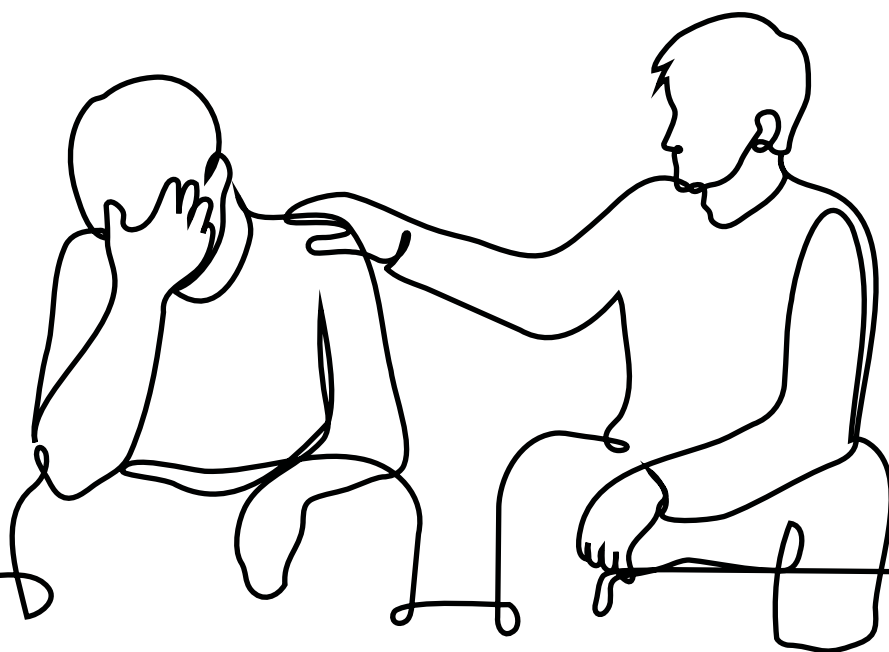
Ședința 1, 2	Identitatea mea - sesiunea explorează identitatea personală, ajutând participanții să-și clarifice percepția despre sine. Adolescenții vor reflecta asupra trăsăturilor unice, calităților, pasiunilor și aspectelor ce necesită îmbunătățire.
Ședința 3, 4	Sentimentele mele - participanții explorează o gamă largă de emoții și identifică strategii pentru a-și regla emoțiile intense. Se creează un Plan de Autoreglare, discutând în grup despre strategiile utilizate pentru gestionarea emoțiilor intense și dezvoltând un plan personalizat care include identificarea factorilor declanșatori și pași de urmat în cazul recăderilor.
Ședința 5, 6	Nevoi psihologice esențiale la adolescență: validare și autodefinire, iubire și protecție - această sesiune îi ajută pe adolescenți să exploreze nevoia de validare socială și dorința de autodefinire, analizând cum influențează acestea comportamentul și relațiile lor. Se va discuta despre modul în care presiunea de a fi acceptat îi determină să-și ajusteze identitatea și despre importanța de a păstra aspectele non-negociabile ale sinelui.
Ședința 7, 8	Relația cu corpul - se concentrează pe conștientizarea corporală, acceptarea de sine și impactul presiunilor sociale asupra relației cu propriul corp. O discuție ghidată va explora efectele drogurilor asupra corpului și imaginii de sine. Prin exercițiul „Vânătoare de Comori pentru Îngrijirea de Sine”, adolescenții vor învăța obiceiuri sănătoase prin activități simple și interactive.
Ședința 9, 10	Provocări legate de familie - explorează relațiile familiale și impactul lor asupra dezvoltării personale. Participanții vor reflecta asupra rolului lor în familie prin exerciții creative, precum alegerea unei imagini care simbolizează cum se simt în familie. Vor analiza relațiile de suport și dificultățile de comunicare cu anumite persoane, identificând acțiuni și reacții relevante.
Ședința 11, 12	Provocări legate de mediul școlar - această sesiune abordează dificultățile școlare, precum presiunea de a performa, relațiile cu profesorii și colegii și explorarea identității în contextul școlar. Participanții vor discuta provocările personale și vor reflecta asupra rolurilor asumate sau atribuite în mediul școlar. Participanții vor identifica tipurile de bullying (fizic, verbal, social, cibernetic), vor reflecta asupra sentimentelor victimelor și vor învăța strategii de răspuns în situații de bullying. Activitățile includ crearea unui plan personal de apărare și identificarea persoanelor de suport.
Ședința 13	Provocări legate de mediul online - ajută participanții să reflecteze asupra comportamentului lor online și să identifice provocările specifice (ex. cyberbullying, invazia intimității, dependența de rețele sociale). Prin exerciții de recunoaștere și gestionare a situațiilor online, participanții vor analiza scenarii și vor învăța să reacționeze în mod sănătos.
Ședința 14-17	Provocări legate de grupurile de egali - participanții vor explora caracteristicile relațiilor sănătoase, vor identifica semnele relațiilor toxice și vor învăța să recunoască influențele nesănătoase din grupurile de prieteni. Discuțiile despre contagiunea comportamentelor riscante și momentele în care au cedat presiunilor îi vor ajuta să devină mai conștienți de impactul alegerilor lor. Participanții vor discuta despre limitele necesare în relații și vor exersa exprimarea unui „NU” ferm în diferite contexte.
Ședința 18	Comportamente de risc, self harming - participanții identifică și împărtășesc comportamente riscante, cum ar fi supradoza, conducerea sub influență sau dependența, centralizând ideile pentru o analiză comună. Cele mai periculoase comportamente sunt prioritizate și discutate în detaliu, subliniind consecințele lor legale, de sănătate și sociale, precum și modalități de prevenire.
Ședința 19, 20	Gestionarea provocărilor și tentațiilor la întoarcerea acasă. Stigmă și rușine. Trusa de resurse. Încheierea grupului - explorează gestionarea provocărilor și tentațiilor la întoarcerea acasă, punând accent pe rușine și stigmat. Discuțiile includ identificarea provocărilor și a emoțiilor resimțite, utilizând metode creative precum cartonașe vizuale. Prin exerciții interactive, adolescenții reflectă asupra progresului personal, își dezvoltă un plan personalizat de gestionare a tentațiilor și scriu o scrisoare pentru „viitorul eu”, explorând cum vor aplica resursele învățate.

3. Încheierea programului și reintegrarea pacientului în mediul său

Finalizarea participării la programul C.R.E.A.A.T.i.V. se face în urma parcurgerii tuturor ședințelor de terapie din program, iar în cazul absentării de la unele ședințe, din motive justificate, acestea se vor relua pe scurt, individual, în următoarea ședință de terapie.

Încheierea programului ia forma unei ceremonii de absolvire, desfășurate în cadrul grupului de terapie, participanții primind diplome care să ateste efortul pe care l-au depus pe perioada șederii lor în Centru.

După finalizarea programului, urmează procedura de externare din Spital care poate coincide cu finalizarea terapiei de grup, însă există și cazuri în care internarea poate continua, spre ex. în cazul copiilor care frecventează încă cursurile școlare. În ziua externării se vor elibera documentele specifice externării din spital (bilet externare, scrisoare medicale, examenul psihologic, rețetă medicală), acestea se predau părinților sau reprezentantului legal al minorului. La externare, adolescentul și familia sa va primi recomandări specifice pentru dispensarizarea în următoarea perioadă. Se propune/recomandă controlul la spital după 30 zile de la externare



4. Probleme întâmpinate și soluții

4.1 Mediul intern – dificultăți inerente unui program de recuperare în rezidență pe termen lung

Programul C.R.E.A.A.T.i.V. nu a venit gata finalizat, trebuind a fi doar implementat ca atare. El este **un demers colaborativ**, în care echipa de implementare are rol de îmbunătățire a instrumentelor primite și de creare a altora noi, în funcție de particularitățile problemelor întâlnite. La un an de C.R.E.A.A.T.i.V. programul terapeutic este încă *work in progress* și aceasta este o **calitate** a programului, nu un neajuns.

Un factor decisiv care stă la baza rezolvării eficiente și rapide a provocărilor și problemelor apărute de zi cu zi este **întâlnirea săptămânală a întregului personal C.R.E.A.A.T.i.V.**, lucru care dă ocazia confruntării unor puncte de vedere diferite, ce revelă adolescentul din punctul de vedere al medicului, al psihologului și al asistentei medicale (care stă 12 ore cu el).

Un al doilea aspect important a fost stabilirea și respectarea de către întreg personalul a unui **set de reguli pentru copii**, procedurate, și aplicarea acestora cu consecvență. Spre exemplu, reguli generale de coabitare, de servire a mesei, dar și specifice (țigări, acces la telefon) cu suportarea de către pacienți a consecințelor directe în caz de nerespectare a acestora. Măsurile psihoeducaționale și comportamentale aplicate cu consecvență, previzibilitate și fermitate!

O altă cheie de reușită și prevenirea a unor situații problematice – participarea copiilor la **activități ocupaționale** desfășurate în Spital, cu personal specializat din Spital sau parteneri, activități care se desfășoară fie în pavilioanele în care sunt cazați, fie în locația Centrului C.R.E.A.A.T.i.V., fie în alte locații din Spital, și care dau ocazia socializării și eliminarea timpilor pierduți și neproductivi.

*** Pentru alte probleme și soluții punctuale, vezi tabelul de mai jos.**

Probleme	Soluții
- 1 singură fugă din spital (grup de 3 fete) - alte tentative de fugă/sărit gardul (3 în 12 luni)	- Întărire paza și camere video de supraveghere perimetrale suplimentate
- Fumatul în salon sau în baia din salon	- Supraveghere mai atentă
- Gesturi autovătămătoare (se taie cu obiecte ascuțite pe antebraț, coapsă)	- Verificări repetate și vizite regulate în saloane
- Cerșitul de țigări	- Colaborare cu Secția VII (din aceeași curte), implicare în activități
- Încercări de ascundere a medicației recomandate (pastile pisate cu scop de a le inhala)	- Verificări suplimentare la administrarea tratamentului
- Inhalare spray-deodorant	- Interzicere deținere de spray, se permite deodorant solid
- Denaturarea adevărului despre situația din spital/salon (că mâncarea e proastă, că sunt loviți, amenințați, că li se vorbește urât)	- Verificare atentă cu echipa a relatărilor și informare/comunicare adecvată cu familia
- Lipsa de compliance a părinților: • Nu respectă programul de vizită • Aplică pentru externare la cerere (la presiunea copiilor) • După externare le oferă copiilor bonificații pentru că au stat în spital • Nu respectă indicațiile în timpul învoirilor terapeutice • Le lasă copiilor țigări sau bani fără a anunța asistentul	- Implicarea părinților în terapie prin explicarea cauzelor afecțiunii, pentru a înțelege parcursul unei dependențe - Nevoia părinților de a urma o formă de terapie pe perioada internării copilului (suportivă, explicativă etc), uneori tratament sau măcar psihoeducație

*** Dificultăți întâmpinate de către psihologi la terapia de grup:**

- Lipsa de omogenitate a grupului din punct de vedere al resurselor cognitive ale copiilor, care pot diferi destul de mult
- Afectare cognitivă importantă post consum – copiii sunt incapabili să răspundă la întrebări, să se integreze în primele săptămâni
- Vârstele prea mici (13-14 ani) înseamnă că unii dintre copii nu au resurse de conceptualizare a aspectelor discutate la grup, ceea ce a necesitat adaptarea conținutului ședințelor de terapie de grup
- Potențarea aspectelor negative ale comportamentului în cadrul ședințelor de grup

4.2 Mediul extern - dificultăți instituționale și interinstituționale

Tratarea adicțiilor minorilor în România se poate desfășura cu succes în cadrul unui Spital de Psihiatrie, într-un mediu conceput și construit a fi prietenos și care oferă servicii adaptate nevoilor actuale ale pacienților. Aici există infrastructura (salon de tratament, săli de activități etc.) există personal medical specializat activității din psihiatrie, există posibilitatea identificării unui leader și a formării unei echipe terapeutice multidisciplinare. De asemenea, internarea într-un spital atrage serios atenția că dependența este o boală și că ea trebuie abordată ca atare. Iar întâlnirea pacienților cu dependențe cu pacienți cu alte tipuri de patologii, contrar aparențelor, este benefică: adolescenții își pot relativiza problemele sau pot socializa și pe alte teme decât cea legată de consum.

Cu toate acestea, încă sunt spitale de psihiatrie care NU internează copii care consumă decât pentru câteva zile. Lipsa unei astfel de structuri și în alte spitale duce la o supraaglomerare și o presiune din partea părinților pentru internare. Județele care trimit orice „consum” către C.R.E.A.A.T.i.V. poate duce la **suprasaturare** și **burnout**. Iar lipsa procedurilor și a standardelor naționale pentru terapia minorilor cu adicții și inexistența unor recomandări oficiale (ale Ministerului Sănătății) către C.R.E.A.A.T.i.V. văduște psihiatria pediatrică din România de imboldul și susținerea necesare preluării acestui model de bune practici.

În același timp, trebuie semnalat că inexistența unei colaborări instituționale cu alte structuri, post spitalizare, care să asigure continuarea psihoterapiei (în mod gratuit) ulterior externării, crește riscul recăderii, mai ales că minorii din zone îndepărtate nu pot fi monitorizați de către specialiștii din spital. Există o mare nevoie de **centre de zi** unde pacienții să poată să continue terapia și să fie angrenați în activități cu sens, care să le ocupe timpul și să îi ajute să traverseze perioada de reintegrare în activitățile de zi cu zi, oferindu-le posibilitatea de a pune în practică planurile și abilitățile deprinse în program.

Tot în acest punct se resimte acut și nevoia creării unei **rețele de specialiști** care să poată prelua și urmări evoluția copilului și a familiei acestuia. Trebuie avut în vedere că majoritatea adolescenților vin la spital în situații limită, forțați de împrejurări sau de către părinți. Se consumă timp și resurse umane pentru demersul inițial, susținut, de persuasiune a familiei, a părinților, că accesul într-un program rezidențial este primul pas în tratarea unei adicții. Mai întâi trebuie adresate fricile și rezistențele părinților care, fiind dezinformați și în necunoaștință de cauză, pot întreține comportamentul de consum și pot ceda rugăminților minorilor de a se externa după doar câteva zile. Succesul terapeutic al copilului depinde direct proporțional de buna colaborare medic-părinte/familie pe termen lung, însă susținerea post-cură nu poate fi asigurată tot de medicul curant din Spital.

O altă vulnerabilitate este absența unei implicări active a sistemului de protecție a copilului din D.G.A.S.P.C., care nu au dezvoltate structuri de suport, copiii aflați în plasament rămânând printre cei mai vulnerabili și înregistrând frecvent recăderi și reinternări.

O mai bună cooperare și colaborare a tuturor participanților din sistemul public de sănătate și de protecție a familiei, și implementarea unui program național de tratament a adicțiilor la minori în rezidență pe termen lung, cu urmărire post-cură în centre de zi sau sisteme similare, se simt acum ca pași obligatorii, dar naturali, în trecerea consumului de droguri de la statutul de problemă de siguranță publică la problemă de sănătate (mentală).

Rezultate ale activității C.R.E.A.A.T.i.V.

și statistici privind consumul de droguri în România

În perioada 1 martie 2024 - 10 februarie 2025, 99 de minori au finalizat programul C.R.E.A.A.T.i.V. Dintre aceștia au fost reinternăți 15 copii. Majoritatea copiilor nu au avut reinternări.

S-au internat copii proveniți din toate zonele țării, nu doar din județele limitrofe, dar numărul cel mai mare de prezentări a fost din București. Predomină copiii din mediul urban.

Famiile s-au adresat direct Spitalului în cele mai multe cazuri, informațiile fiind luate din presă sau de pe internet, iar o altă parte din cazuri au fost trimise de la alte spitale, Spitalul Obregia București făcând trimiteri directe către Voila.

Din statisticile de mai jos, se observă că majoritatea consumatorilor minori au vârste cuprinse între 14 și 16 ani, ceea ce coincide exact cu perioada de adolescență când predomină impulsivitatea, nevoia de a experimenta situații noi și curiozitatea, perioada când cortexul prefrontal, responsabil de funcțiile executive (planificare, organizare, luare de decizii) nu este ajuns la maturitate, ceea ce înseamnă că adolescentul este o persoană care nu își poate analiza rațional opțiunile și alegerile.

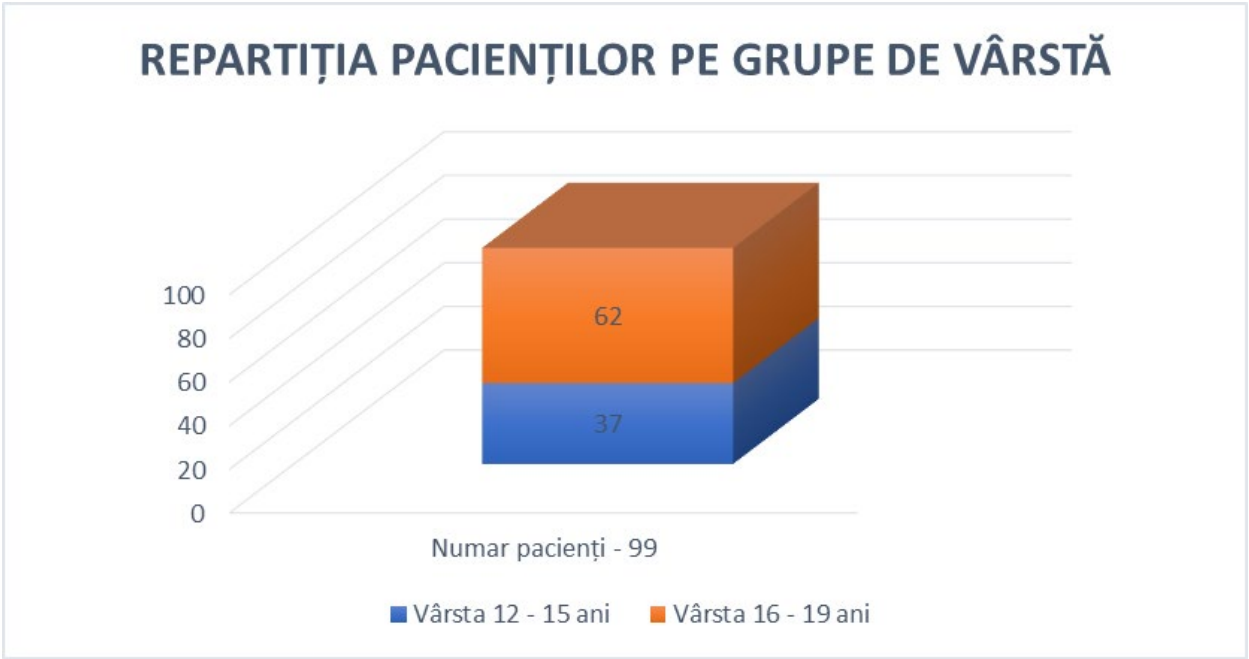
Studiul pe adolescenții internați concordă cu datele oficiale, cannabisul, etnobotanicele și stimulantele fiind cele mai întâlnite droguri experimentate de minorii admiși în program. Cu toate acestea, predomină consumul de droguri multiple, doar o mică parte experimentând la momentul internării un singur drog. Printre copii s-a remarcat ușurința cu care pot procura droguri, ori de la colegi de școală, ori, tot mai des, prin intermediul aplicațiilor (ex. Telegram).

Din anamneză s-a mai reținut faptul că în unele cazuri consumul debutează ca o curiozitate, ca o metodă de a fi acceptat într-un anumit grup, de a fi „cool” în fața colegilor, dar în alte cazuri debutează ca o metodă de autotratament pentru simptome severe de depresie sau anxietate. S-a constatat că unii adolescenți solicitaseră anterior părinților consult de specialitate pentru anxietate, și din anumite motive, părinții au refuzat, neconștientizând problematica anxios-depresivă a copilului. Dependența și abuzul de substanțe apar comorbid așadar, cu alte tulburări psihice specifice perioadei de vârstă, cum ar fi tulburările de conduită, tulburările de reactivitate emoțională, depresia. Nu este o tulburare de sine stătătoare, ci apare doar într-un anumit context social, familial și biologic.

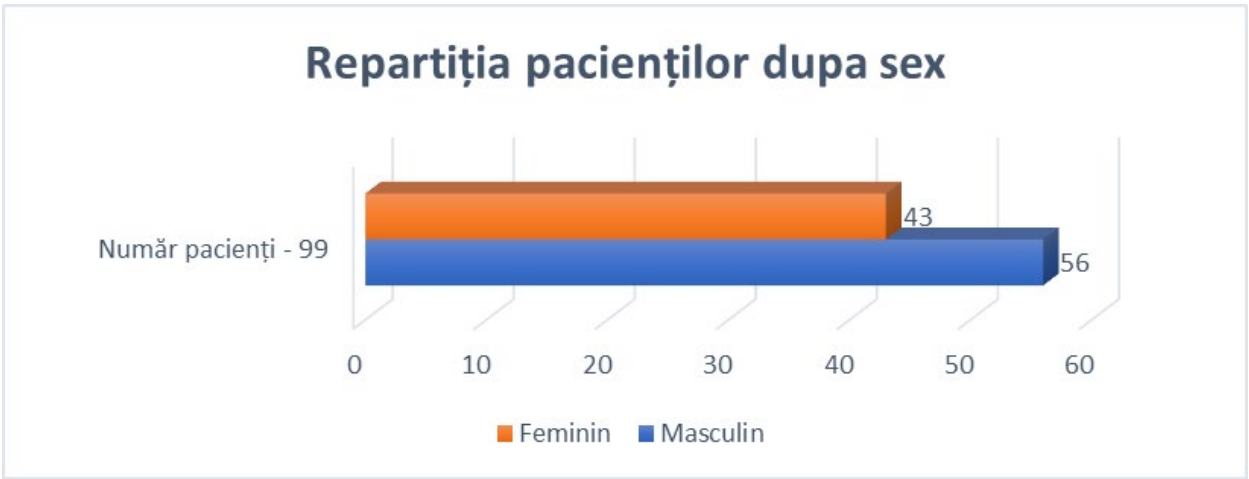
Mediul familial din care provin micii pacienți este marcat de turbulențe, de tensiuni intrafamiliale - sunt familii dezorganizate, monoparentale sau reorganizate. Părinții sunt adeseori mult prea ocupați de problematica personală, relațională sau cea a locului de muncă, astfel încât află sau realizează faptul că au un copil consumator abia după 10-12 luni de la debutul consumului. Cu toate acestea, adolescenții nu se pot schimba/ieși

din dependență fără suport parental. Schimbarea este un proces și adolescentul se va schimba doar în condițiile în care se fac modificări și în sistemul familial, în relația părinte-copil. Părinții au nevoie de informare despre dependență, despre măsurile educaționale pe care să le adopte și au nevoie de mediere a relației părinte-copil atât pe perioada spitalizării cât și după. Dezvoltarea unei alianțe terapeutice între medic-copil-părinți este primul pas care duce spre o bună evoluție a patologiei.

*** Pentru mai multe amănunte, consultați Interpretarea statisticilor (mai jos).**

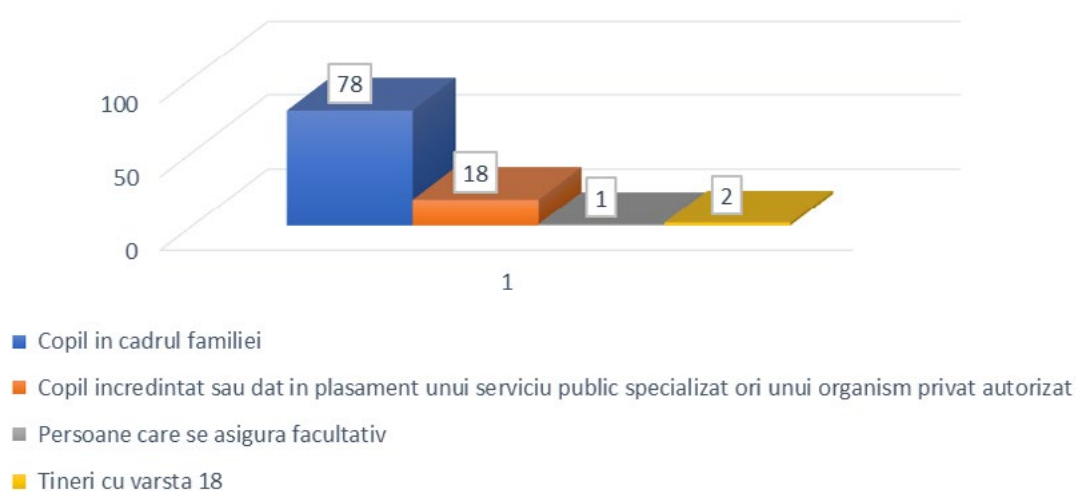


Tabel nr. 1



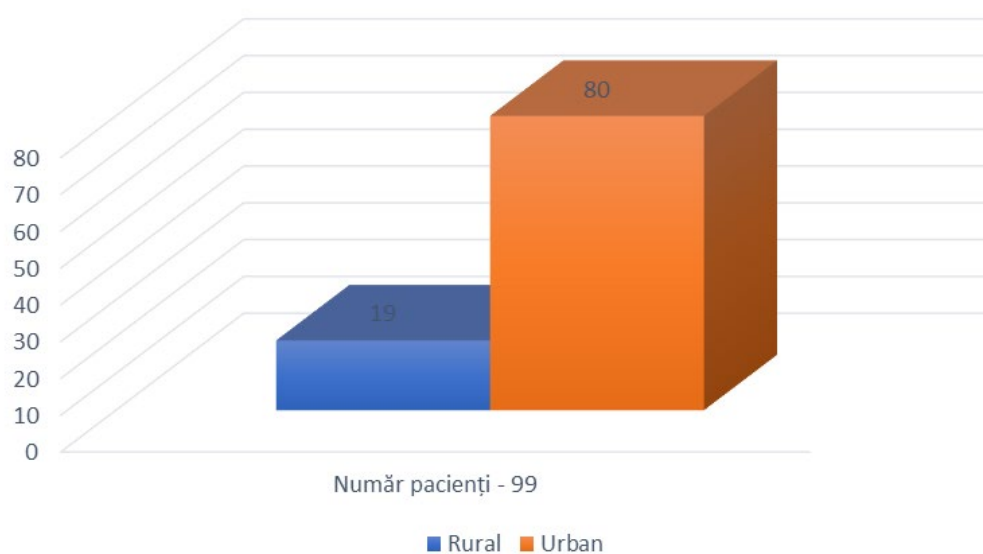
Tabel nr. 2

repartiția pacienților după situația socio-familială

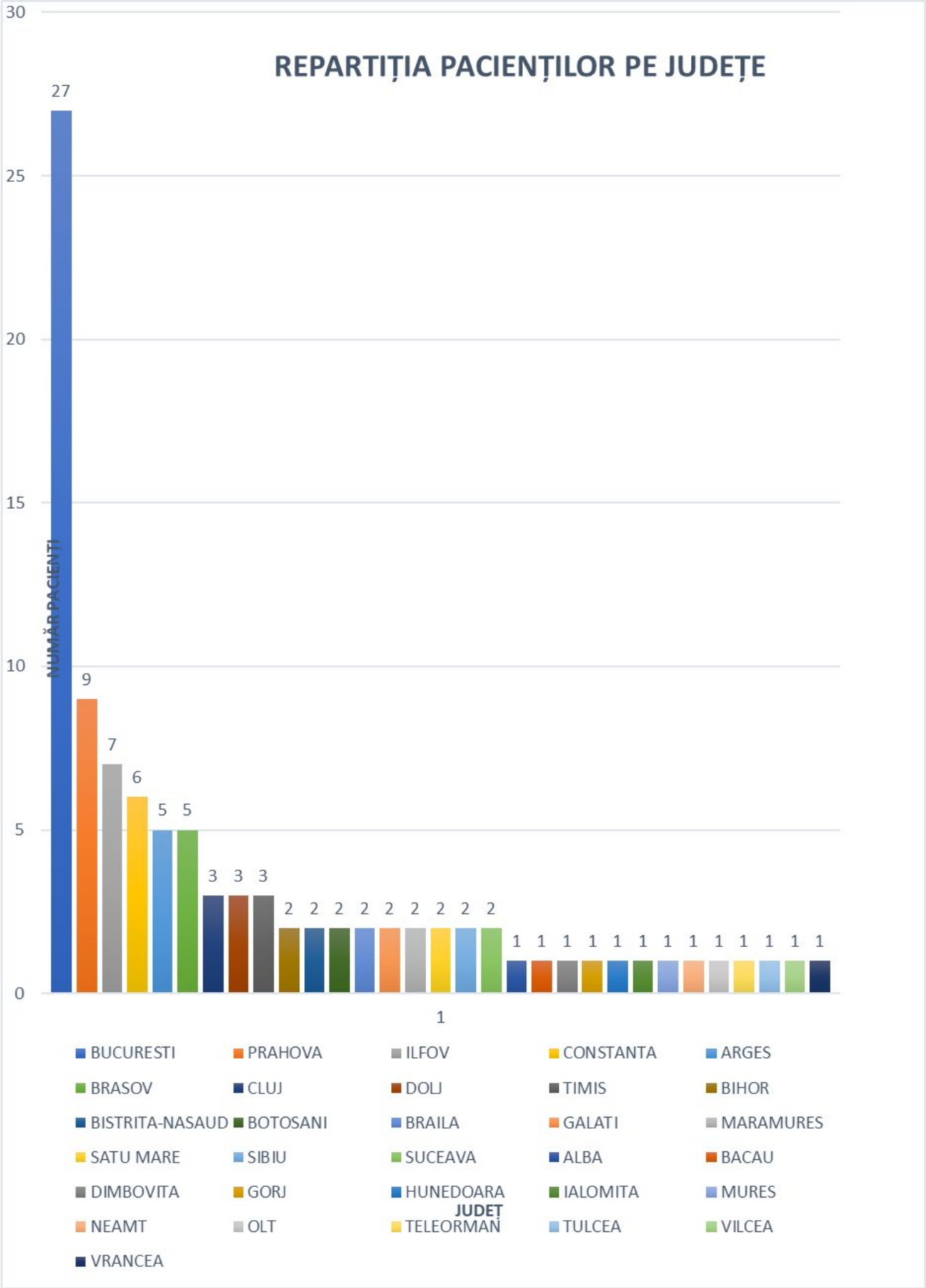


Tabel nr. 3

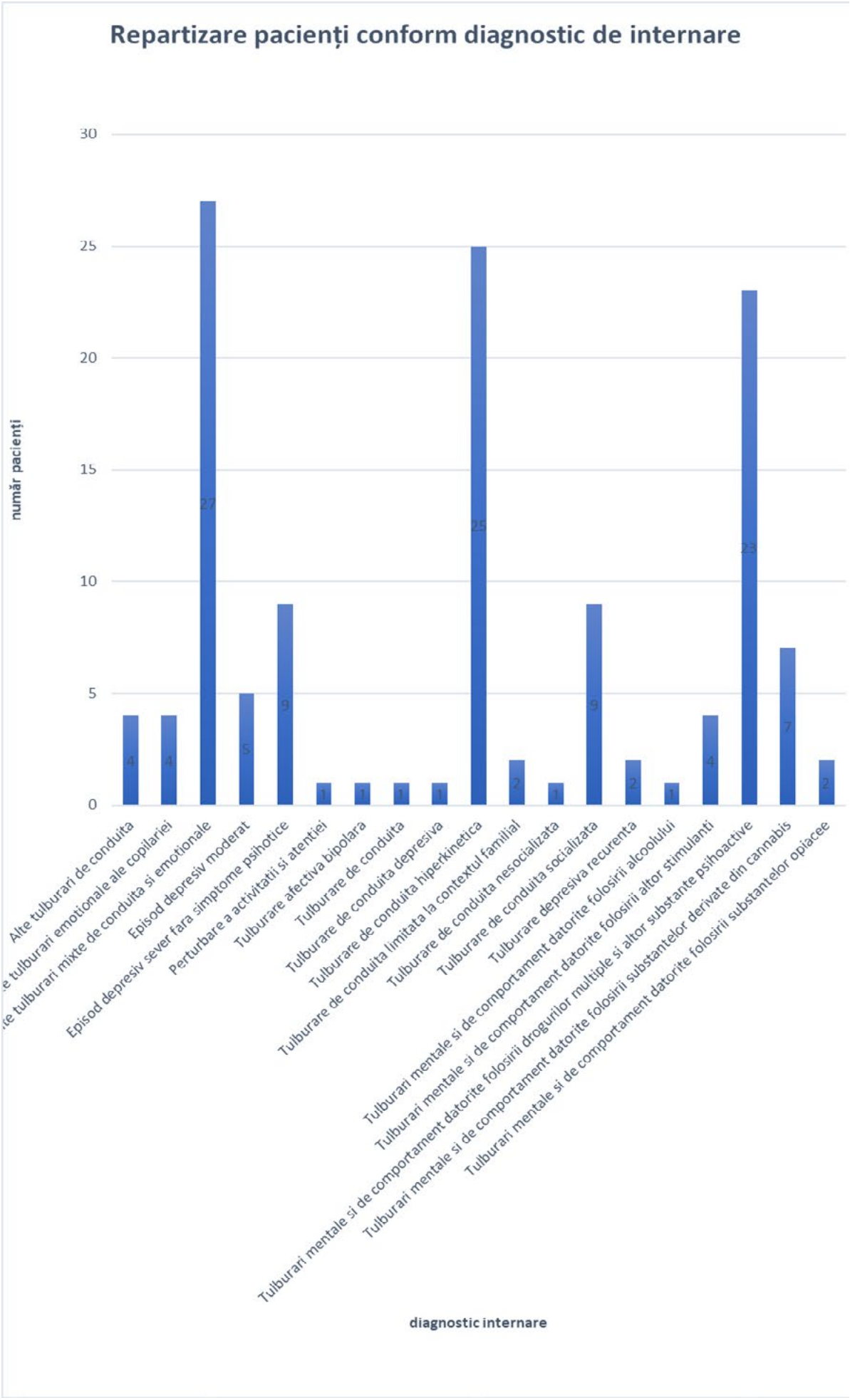
Repartiția pacienților după domiciliu



Tabel nr. 4

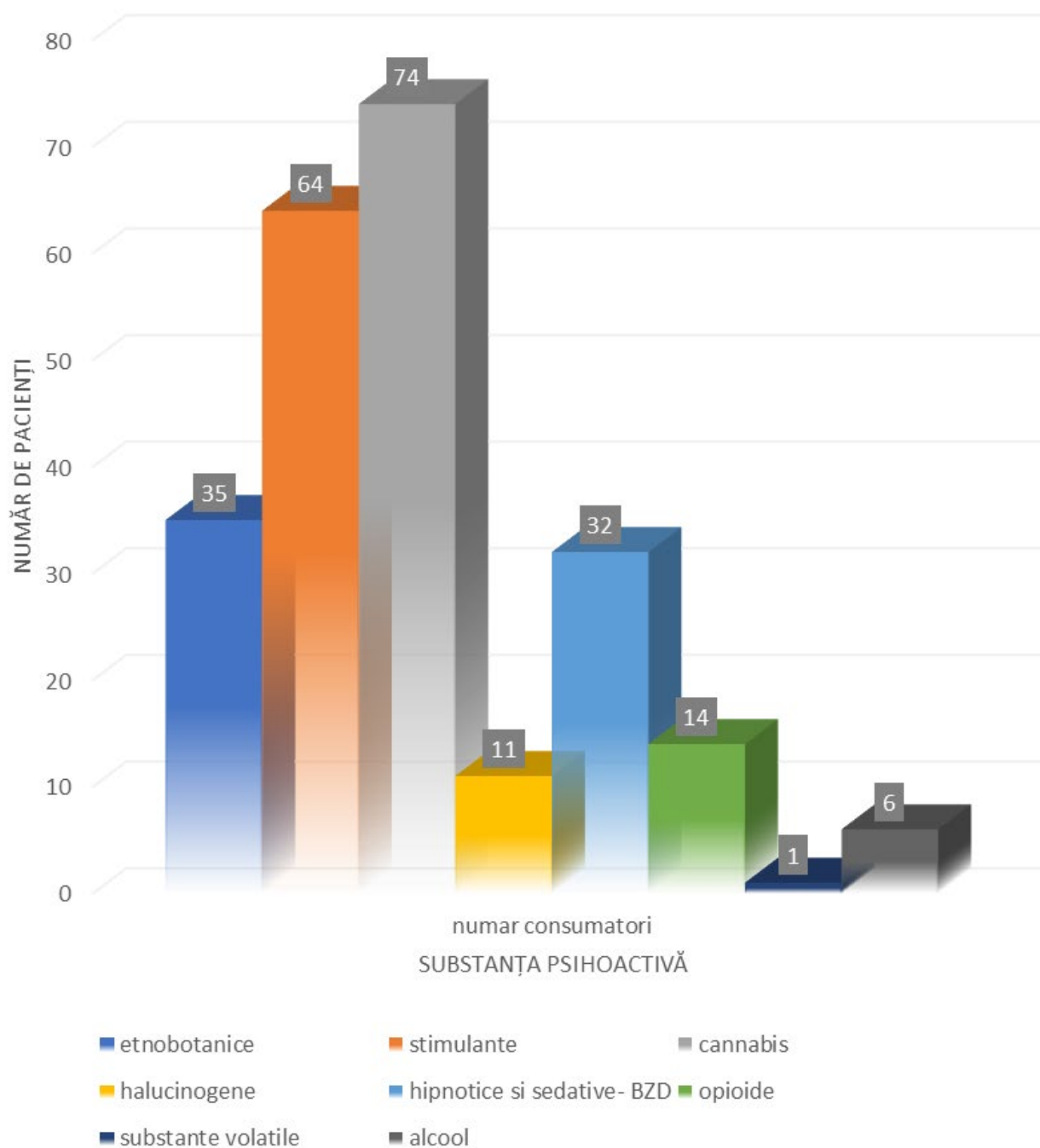


Tabel nr. 5

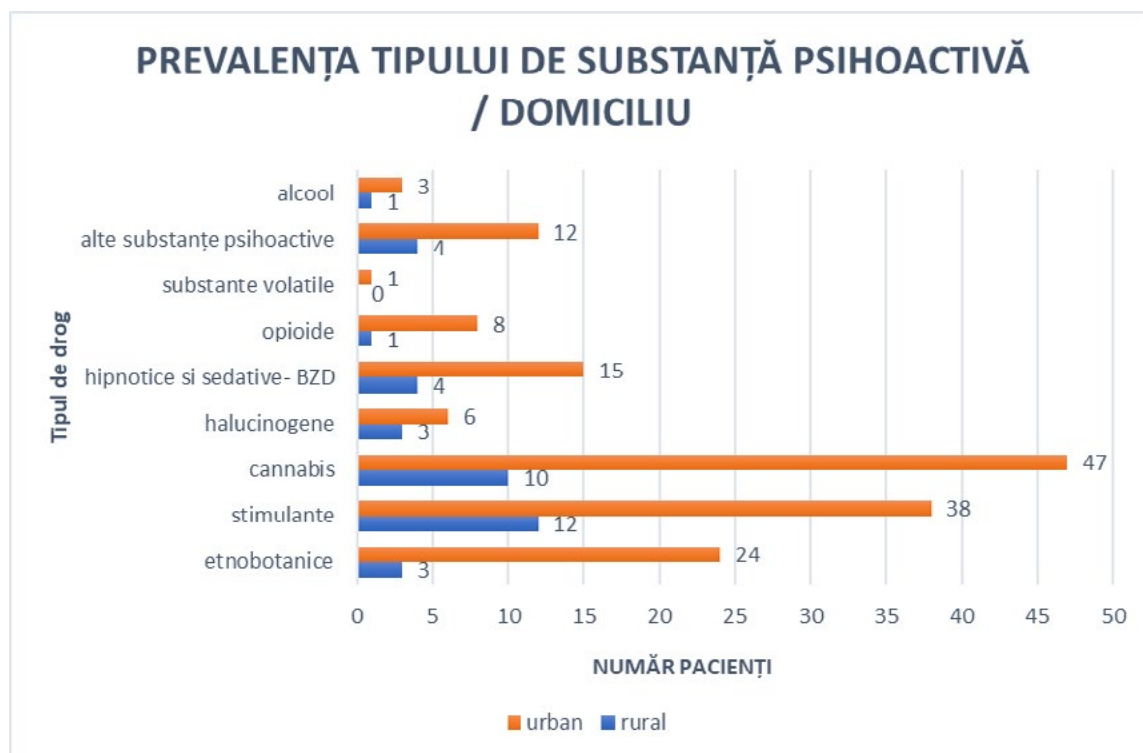


Tabel nr. 6

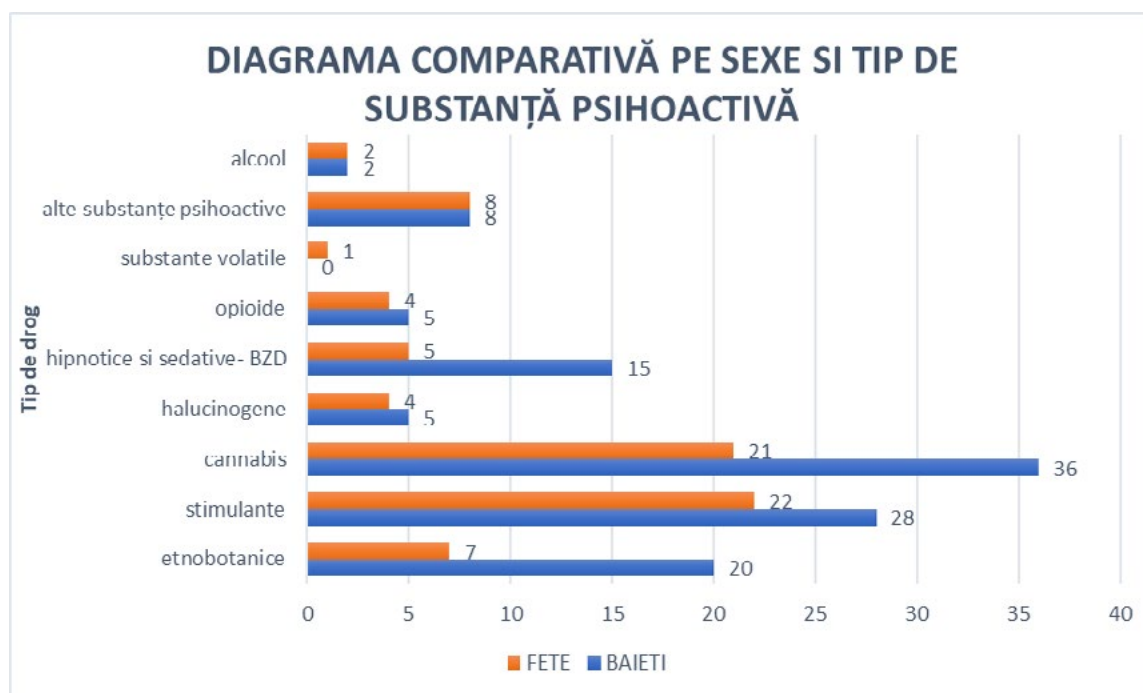
SUBSTANȚE PSIHOACTIVE CONSUMATE (CONFORM DECLARAȚIILOR PACIENTULUI)



Tabel nr. 7

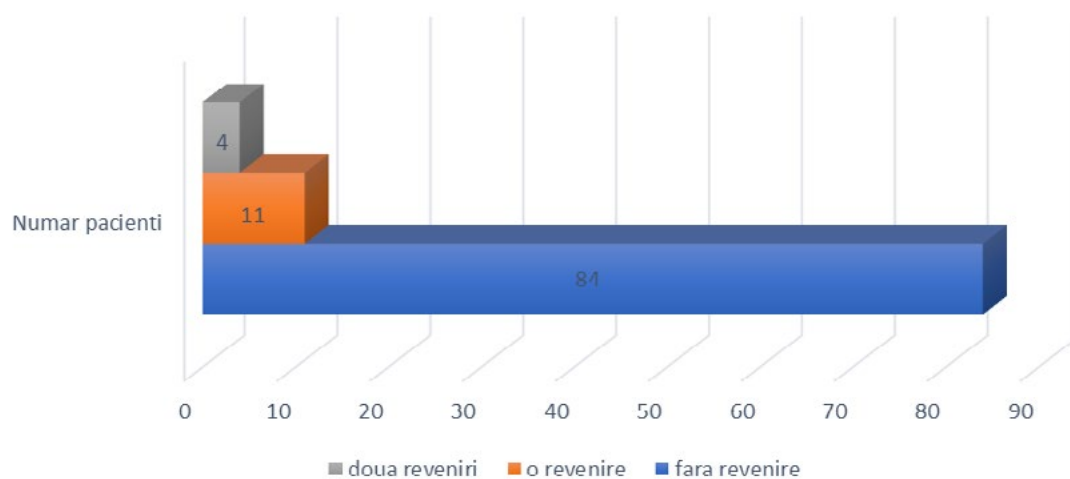


Tabel nr. 8



Tabel nr. 9

Repartizarea pacienților după numărul de reveniri la internare



Tabel nr. 10

*CE NE SPUN ACESTE STATISTICI – INTERPRETARE

1. Distribuția pacienților pe grupe de vârstă

- **63% dintre pacienți** au fost adolescenți între **16 și 19 ani**, iar **37%** au avut între **12 și 15 ani**.
- **Comentariu:** Procentul mai mare în rândul adolescenților de 16-19 ani sugerează că această grupă de vârstă este mai vulnerabilă la consumul de droguri sau că dependența devine mai evidentă și problematică în această etapă. De asemenea, părinții și instituțiile pot observa mai târziu semnele consumului, ceea ce duce la intervenții tardive.

2. Distribuția pacienților după sex

- **57% băieți, 43% fete.**
- **Comentariu:** Diferența nu este foarte mare, ceea ce arată că fenomenul consumului de droguri afectează semnificativ ambele sexe. Totuși, statisticile internaționale indică adesea o incidență mai mare în rândul băieților, ceea ce se confirmă și în acest set de date. Este posibil ca fetele să fie mai puțin expuse consumului în grupurile sociale sau să aibă un alt tip de acces la substanțe și sprijin familial.

3. Distribuția pacienților după tipul de localitate

- **81% provin din mediul urban**, comparativ cu doar **19% din mediul rural**.
- **Comentariu:** Consumul de droguri este mai prezent în mediul urban, unde accesibilitatea la substanțe este mai mare, iar influențele sociale sunt diferite față de mediul rural. Factorii precum presiunea grupului, disponibilitatea drogurilor și lipsa unor alternative sănătoase de petrecere a timpului liber pot contribui la acest dezechilibru. Procentul mai mic din mediul rural se datorează și problemelor legate de accesul la informația privind existența Centrului CREAATiv și situației particulare a celor din rural care accesează mai greu servicii medicale în general.

4. Distribuția pacienților după județe

- **Cei mai mulți pacienți provin din București (29%), Prahova (9%) și Argeș (6%).**
- **Comentariu:** Bucureștiul, fiind cel mai mare centru urban și economic, are o prezență mai mare a consumului de droguri, în special datorită accesibilității crescute și a diversității substanțelor disponibile. Numărul crescut de internări din județele Prahova și Argeș se datorează, cel mai probabil, proximității față de Centrul C.R.E.A.A.T.i.V., dar pot avea, de asemenea, o rețea de distribuție mai activă.

5. Distribuția pacienților după mediul de proveniență

- **79% provin din familie, 18% sunt copii în plasament.**
- **Comentariu:** Deși majoritatea tinerilor provin din familie, mediul familial din care provin este marcat de turbulențe, de tensiuni intrafamiliale - sunt familii dezorganizate, monoparentale sau reorganizate. Prezența semnificativă a copiilor din plasament ridică semne de întrebare asupra vulnerabilității acestora. Lipsa unui sprijin familial stabil și expunerea la traume timpurii sunt factori care contribuie la consumul de droguri.

■ 6. Prevalența tipului de drog consumat – diferențe urban vs. rural

- **Cannabisul (47%) și stimulantele (38%) sunt cele mai consumate substanțe.**
- **Comentariu:** Cannabisul este una dintre cele mai ușor accesibile și social acceptate substanțe, ceea ce explică prevalența ridicată. Stimulantele sunt asociate cu dorința de performanță și energie crescută, fiind populare în rândul adolescenților care încearcă să facă față presiunii școlare și sociale. În mediul rural, prevalența mai scăzută a consumului de droguri reflectă un acces mai redus, dar și o posibilă subraportare.

■ 7. Distribuția consumului pe sexe

- **Băieții consumă mai mult cannabis (36%) și stimulante (28%), în timp ce fetele au un consum mai ridicat de hipnotice și sedative (15%) și etnobotanice (20%).**
- **Comentariu:** Studiul pe adolescenții internați concordă cu datele oficiale, cannabisul, etnobotanicele și stimulantele fiind cele mai întâlnite droguri experimentate de minorii admiși în program. Băieții tind să consume droguri recreaționale pentru efectele de stimulare și socializare, în timp ce fetele sunt mai predispuse la consum de substanțe cu efect sedativ, utilizate adesea pentru gestionarea stresului și anxietății. Important de reținut este că **predomină consumul de droguri multiple**, doar o mică parte dintre pacienți au experimentat la momentul internării un singur drog.

■ 8. Distribuția conform diagnosticului la internare

- **27% au fost internați cu diagnostic de tulburări mixte de conduită și emoționale; 25% au fost internați cu diagnostic de tulburare de conduită hiperkinetică; 23% au fost internați cu diagnostic de tulburări mentale și de comportament datorate consumului de droguri multiple**
- **Comentariu:** Dependența și abuzul de substanțe apar comorbid cu alte tulburări psihice specifice perioadei de vârstă, cum ar fi tulburările de conduită, tulburările de reactivitate emoțională, depresia. Dependența nu este o tulburare de sine stătătoare, ci apare doar într-un anumit context social, familial și biologic. Unii adolescenți solicitaseră anterior părinților consult de specialitate pentru anxietate și din anumite motive părinții au refuzat, neconștientizând problematica anxios-depresivă a copilului.

■ 9. Distribuția conform numărului de reinternări

- **85% dintre pacienții care au finalizat programul C.R.E.A.A.T.i.V. nu au mai solicitat altă internare, 11% au revenit o dată, 4% au revenit de două ori în program**
- **Comentariu:** În cadrul Programului C.R.E.A.A.T.i.V. au fost admiși 99 de minori în perioada 1 martie 2024- 10 februarie 2025. Dintre aceștia au fost reinternați 15 copii. Majoritatea copiilor nu au avut reinternări, ceea ce nu înseamnă că nu au avut recidive sau că nu vor avea. De aceea este vital să se înființeze o infrastructură de centre de zi în marile orașe, unde adolescenții care termină un program precum C.R.E.A.A.T.i.V. să poată să continue psihoterapia și să fie susținuți să nu își piardă progresele.

Concluzii la 1 an de C.R.E.A.A.T.i.V.

și perspective pentru psihiatria pediatrică din România

Cel mai important rezultat al acestui prim an, în care C.R.E.A.A.T.i.V. a fost înființat și s-a dezvoltat, este însăși existența sa. Structurile medicale de stat au un anumit tip de cultură organizațională care face foarte dificilă inovarea. Doar un exemplu: conform normelor de personal, Spitalul Voila dispunea, la fel ca toate spitalele de psihiatrie din România, de 1 psiholog la 80 de paturi de spital. În aceste condiții, devine aproape imposibilă sarcina de a realiza intervenții psihoterapeutice zilnice cu copiii din program, în condițiile în care rolul profesional al psihologului de spital îl solicită să efectueze evaluări clinice și intervenții și cu alți pacienți. Această problemă, la fel ca multe altele apărute pe parcurs, a fost depășită prin apelarea la soluții creative (conform numelui programului) care au necesitat implicarea activă a managerului spitalului și al programului, precum și deschidere din partea personalului angajat.

Astfel, ajungem la al doilea rezultat important al experienței C.R.E.A.A.T.i.V. de până acum, și anume **demersul de inovare al serviciilor oferite în cadrul spitalului de psihiatrie.** Dezvoltarea programului C.R.E.A.A.T.i.V. s-a bazat pe 3 piloni: **investiția în modernizarea spațiilor și dotărilor, efortul unei echipe de profesioniști motivați și influxul de training și proceduri noi de lucru.** Acest ultim element este adesea uitat când se vorbește de reformarea serviciilor medicale românești, fie ele mintale sau somatice. Acest influx trebuie văzut ca un efort continuu de îmbunătățire și nu ca un eveniment unic de formare. De asemenea, sunt necesare forme diverse de transfer de cunoștințe pentru a încheia o modalitate nouă de oferire a serviciilor de sănătate. În cazul C.R.E.A.A.T.i.V., acestea au luat forma cursurilor pe teme diverse întinse pe toată durata anului, o vizită de studiu la centre similare din altă țară, demonstrații live de lucru cu pacienții, ședințe de intervizare regulate.

Însă un asemenea tip de angajament al personalului medical pe termen lung nu ar fi fost posibil în orice circumstanțe. Experiența acumulată ne face să afirmăm ferm că **dezvoltarea unui program precum C.R.E.A.A.T.i.V. nu poate fi făcută decât cu ajutorul întregii echipe și în interiorul ei.** Impunerea de sus în jos, în absența unui angajament puternic din partea celor care vor pilota noile servicii și moduri

de lucru, nu poate da rezultate pe termen lung. **Lucrul în echipă**, construirea și buna funcționare a echipei **medic psihiatru-psihiolog**, și un **leadership puternic**, care să ghideze echipa în perioada turbulentă de schimbare, pe de o parte, și să mențină legătura cu sursele de finanțare și transferul de cunoștințe și practici, pe de altă parte, toate aceste lucruri le considerăm vitale în succesul unui asemenea program. Și toate se traduc, până la urmă, în starea psihică/emoțională echilibrată a adolescentului, pe lângă tratamentul medicamentos, așa cum este regula în spitalele de psihiatrie.

În același timp vrem să subliniem că nici tratamentul medicamentos, nici abordarea terapeutică a copilului/adolescentului nu reprezintă soluții salvatoare în sine, în adicțiile la minori. **Dependența la persoanele sub 18 ani destructurează întregul sistem existențial al copilului, este afectată nu doar sănătatea fizică și psihică a consumatorului de substanțe, ci întregul său sistem funcțional relațional.** Dependența destructurează și afectează grav relația cu părinții, cu frații, relația cu școala (prin exmatriculare, repetenție, stigmatizare). Copiii ajung să fie rejectați nu doar de către școală și familie, ci de întregul grup social, reducând la minim orice tendință sau încercare de a reveni pe cont propriu la o viață fără consum. Intervenția reușită în cazul adicțiilor la minori trebuie să fie extinsă și să cuprindă familia, prin intervenții psihoterapeutice atât individuale ale părinților cât și prin abordarea familială cu reconstruirea relației părinte-copil, prin intervenția în mediul școlar care trebuie să susțină demersul terapeutic și să evite izolarea copilului și renegarea sa.

Din aceste motive, considerăm că **psihiatria românească are nevoie de C.R.E.A.A.T.i.V.** ca un model de bune practici, pentru a genera servicii similare pentru patologii extrem de apăsătoare, precum tulburările psihotice la adulții tineri, tulburările de alimentație și self-harm, tulburările de personalitate cu afectarea gravă a funcționării, adicții la persoane adulte, dependența de jocuri video la adolescenți. Psihiatria românească tratează în prezent doar cu medicație și de obicei pe termen scurt, iar pacienții recad și reintră în spital, cu pierderi atât pentru bugetul public, dar mai ales pentru șansa lor de a beneficia de un tratament eficient. Psihiatria românească are nevoie de C.R.E.A.A.T.i.V. pentru a oferi îngrijiri eficiente și servicii multidisciplinare, nu doar paturi de spital și medicație!

cu sprijinul:



e-on

UniCredit Bank

LEROY MERLIN
Pentru case fericite



Bibliografie:

Alexinschi O., Cosman D, Hriscu E. (eds.), Compendiu de medicina adicției. Medichub Media, București, 2024

Dan M. et al., Cercetare calitativă privind accesul adolescenților consumatori de droguri la servicii de asistență medicală, psihologică, socială. www.arasnet.ro. București, 2015

Marlatt GA, Gordon JR, editors. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York: Guilford Press; 1985

Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior. New York: The Guildford Press; 1991

Puiu O., Hriscu E, Stilul de viață al elevilor din județul Bistrița-Năsăud. 2025 (în curs de publicare)

*** Trei din 10 copii știu pe cineva care a consumat substanțe psihoactive/ droguri, aproape unu din doi adolescenți a fumat/vapat în ultima săptămână. Anchetă Salvați Copiii România, www.salvaticopiii.ro. București, 2024



Dependența la persoanele sub 18 ani destructurează întregul sistem existențial al copilului, este afectată nu doar sănătatea fizică și psihică a consumatorului de substanțe ci întregul său sistem funcțional relațional.

Dependența destructurează și afectează grav relația cu părinții, cu frații, relația cu școala prin exmatriculare, repetenție, stigmatizare.

Intervenția reușită în adicțiile la minori trebuie să fie extinsă și să includă familia.

Dr. Irina Minescu

**Manager Spital Voila, coordonator echipă terapeutică,
medic psihiatru copii și adolescenți**

