

VIATA MEDICALĂ

publicație săptămânală

EDITOR

VIATA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

DIRECTOR GENERAL FONDATOR

dr. MIHAIL MIHAILIDE

DIRECTOR EXECUTIV

ec. RODICA ARON

DIRECTOR EDITORIAL

dr. VLAD MIXICH

REDACTOR ȘEF

dr. AUREL F. MARIN

SECRETAR GENERAL

DAN DUMITRU MIHALACHE

ȘEF SECȚIE

DE REDACȚIE

dr. MARIA DRAGOTĂ

REDACTORI

dr. ALEXANDRU TRIFAN

dr. MIHAIL CĂLIN

redactor principal

redactor

IFTIMIE NESFĂNTU

MARIAN CĂMPEANU

reporter special

redactor documentarist

COLABORATORI PERMANENȚI

REMUS ANGHEL, ILINCA BELCIU,

dr. RALUCA BULEA, dr. M. GH. CĂLIN,

C. CIOSU, prof. dr. CONSTANTIN CIUFECU,

prof. dr. ALEXANDRU VLAD CIUREA,

ANCA FLOREA, dr. EUGENIA GROSU-POPESCU,

DAN LĂZĂRESCU, ALEXANDRU NEAGU,

dr. VIOLE PĂTRAȘCU, acad. CONSTANTIN POPA,

PAULA ROMANESCU, prof. dr. VALERIU RUSU,

DUMITRU ȘERBAN, ALICE TUCULESCU,

MIRABELA VIAȘU, conf. dr. CORNELIU ZEANA

TEHNOREDACTARE

VIORICA ANGHEL, GINA MANCIU, DANIELA RADU,

MIRELA DUMITREAN, BERTA ALEXE

CORECTURĂ

CONSTANȚA MARINESCU

MARKETING-PUBLICITATE

SORANA LĂZĂRESCU

ADMINISTRATIV

MARIA STEMATE

SABINA ANDREI

contabil principal

casier principal

TATIANA ICHIMESCU

ADRESA:

București, Calea Victoriei nr. 21-23,

etaj 6, cam. 64-66, sector 3, cod 030023

TELEFON: 021.315.61.09; FAX: 021.315.69.80;

PUBLICITATE: 021.315.60.60

E-MAIL: vmr.redactia@clicknet.ro;

redactia@viata-medicala.ro

INTERNET: www.viata-medicala.ro

Of. Reg. Com. al municipiului București,

nr. J 40/11770/1993.

Publicația noastră figurează în catalogul Companiei Naționale

Posta Română la poziția 19078.

ISSN 1220-5354

TIPARUL EXECUTAT DE RINGIER PRINT

Chitila Logistic Park

Tel.: 0729.729.269

În perioada 1-20 septembrie a.c., la toate oficiile

postale din București și din țară, se pot încheia

abonamente pentru lunile octombrie-decembrie 2013.

În Catalogul de presă al Poștei Române,

„Viata medicală” figurează la numărul 19078.

Titularii abonamentelor pe 12 luni sunt creditați astfel:

● membrii Colegiului Medicilor

din România – 5 ore de EMC ● membrii Colegiului

Medicilor Dentști din România – 10 ore de EMC

● membrii OBBCCSSR – 7 credite FCC

● membrii OAMGMAMR – 5 ore de EMC.

Membrii CMR pot obține, suplimentar, prin programul

de EMC la distanță, câte 6 credite EMC, pentru fiecare

modul de câte trei luni (iulie-septembrie 2013,

octombrie-decembrie 2013, ianuarie-martie 2014)

Pentru abonamente pe întreg anul, vă rugăm să ne

contactați la tel.: 021.315.60.60,

e-mail: abonamente@viata-medicala.ro

Conducerea săptămânalului

„Viata medicală” respectă opiniile titularilor de

rubrică – persoane fizice sau juridice –,

colaboratorilor ocazionali și redactorilor săi,

chiar dacă nu întotdeauna și le însușește, câtă

vreme acestea sunt argumentate și exprimate

într-un limbaj decent.

E-COURI

Odiseea cardurilor: adevăr și aparențe

Problema cardurilor de sănătate este un subiect ultradezbătut de vreo trei ani în societatea noastră, cu multe argumentații pro și contra. Care este rostul cardurilor, ce probleme etice există, cum trebuie implementată ideea, la ce folosesc. S-a consumat multă cerneală, s-au adus argumente, s-au făcut dezbateri. Dar este îndoielnic dacă ele ne duc „în rândul lumii”, cum crede dr. Marinela van den Heuvel-Olăroiu, autoarea articolului „Odiseea cardurilor” (apărut în „Viata medicală” nr. 32 din 9 august 2013, pag. 12). Cardul este necesar, dar nu va rezolva nicidecum gravele probleme ale sistemului medical românesc.

Cardul este un proiect în întârziere din cu totul alte cauze decât distribuția lui, cauze care țin de bani, imprimărie, bucățile de plastic, cipuri... lucruri oricum străine nouă.

Din păcate, mai nou, în ciuda unor înțelegeri ferme cu CNAS și MS, se reiterează ideea că medicii de familie trebuie să-și ignore obligațiile profesionale, să uite de nevoile medicale ale oamenilor și să se ocupe de distribuția cardurilor și de completarea tabelor. Ideea „economică” și facilă a CNAS ne miră mai puțin, căci în realitate Casa de asigurări a statului demult că trebuie să fie în slujba pacienților care îi justifică existența și să respecte medicii fără de care nu își poate onora obligațiile. Ideea distribuției de către medicii de familie e veche, doar conducerea CNAS care susține același lucru diferă. Precizez că avem promisiunea fermă a ministrului că nu vom fi puși într-o asemenea situație și că ne vom putea ocupa de profesia noastră.

Este de mirare însă cum un medic din Olanda (țară cu o bună tradiție a medicinei de familie) și originar din România, care a reprezentat la un moment dat Societatea Națională de Medicina Familiei, poate susține ca medicii să distribuie carduri. Evident, în Olanda, ca în toate țările europene, nimeni nu a îndrăznit măcar să ceară așa ceva medicilor de familie, iar afirmația doamnei doctor cum că poate ar fi acceptat, dar nu „li s-a cerut” este de-a dreptul ilară! Este ca și cum ai cere arhitectului să facă mortarul... Cum se poate afirma că „organizațiile s-au arătat inflexibile”, că ar fi poate vorba „sau/și numai de bani”, că ar fi vorba de „iz electoral”? Domnia sa nu știe probabil că problema cardurilor este veche de trei ani, că s-a deschis un proces în instanță atunci și că de ani buni avem același război, care se referă la respectarea rolului profesiei medicului de familie și la timpul necesar consultațiilor.

Cum se poate afirma că organizațiile sunt „inflexibile” când am acceptat și chiar am îmbunătățit rețeta electronică acum un an și mai bine? Nu înțeleg nici amenințarea subtilă care spune că organizațiile medicilor de familie nu au luat în calcul „ce se va întâmpla dacă vor fi forțați să distribuie cardurile după ce s-au opus vehement și cum va evolua relația cu Casa”? Noi nu suntem „inflexibili”, ci doar constanți în efortul de a ne proteja specialitatea!

Cum se poate afirma: „CNAS are dreptul să le ceară medicilor acest lucru”? Cine dă dreptul Casei să ne impună activități care nu țin de profesia noastră? Faptul că ei decid și tot ei fac legile e suficient? Poate că e greu de realizat de la distanță evoluția specialității și a organizațiilor noastre.

Societatea Națională de Medicina Familiei este astăzi o construcție complexă, cu 42 de filiale, cu peste 7.000 de membri. SNMF are un Senat format din liderii celor 42 de asociații locale, cu 88 de senatori. Prin reprezentanții lor din Senatul SNMF, membrii fiecărei asociații locale au transmis deciziile lor privind refuzul distribuției cardurilor. Există reguli organizaționale clare, un statut, un regulament de funcționare, transparent (aceste documente, cât și derularea activității SNMF sunt permanente disponibile pe pagina de web a SNMF), există strategii de creștere a rolului specialității de medicina familiei, de creștere a imaginii profesioniștilor din medicina familiei. SNMF este astăzi departe de firava SNMF pe care a părăsit-o doamna doctor acum mulți ani. Acum deciziile nu se mai iau de un singur om și reprezintă mii de medici de familie.

Această Societate, prin acest Senat, împreună cu Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF), dar și în asentimentul CMR, au decis în unanimitate că nu vom mai accepta niciun fel de sarcini administrative sau birocractice suplimentare, că încercarea de a ne încălca cu

distribuția cardurilor și de a ne impune acoperirea costurilor necesare cititoarelor de carduri și menținerea lor este una grosolană de minimalizare a rolului specialității noastre și a nevoilor pacienților.

Adevărul trist este că de ani buni sistemul medical românesc se zbate în sărăcia lucie pe care o ascunde sub preșul „nevoii de eficientizare”. De ani buni se „elimină” abuzuri, excese. Controlul cheltuielilor, necesar de altfel, a devenit o scuză pentru nefinanțarea sănătății.

Cardul este un concept bun, dar un proiect scump și prost construit. Il acceptăm ca și concept, dar refuzăm să fim curierii caselor de asigurări. Cum își permit să ne arunce nouă ineficiența lor? Cum își permit să ne ceară un lucru administrativ, nemedical, precum și suportarea unor costuri pentru cititoare (și service-ul adecvat), pentru un proiect care nu ne aparține? De altfel, este și ilegal ce ni se cere de către CNAS. Cardul este un document de identificare. Un document de identificare nu poate fi distribuit decât de emitător, asemenea cărții de identitate sau pașaportului. Noi nu suntem angajații caselor de asigurări, cabinetele noastre sunt furnizori privați de servicii medicale, în contract de prestări servicii medicale cu casele de asigurări.

Cardul are rolul de a valida calitatea de asigurat (desigur, acest lucru îl face mai simplu SIUI-ul) și mai ales de a valida realizarea serviciului medical sau farmaceutic în cabinete, în spitale, în laboratoare, la farmaciile etc. Acest rol de validare este important și ne mirăm că există atâtă întârziere în aplicarea proiectului cardului, întârziere care nu ține în niciun caz de distribuție. Am înțeles de la început nevoia cardului și o acceptăm, ea însă nu are nicio legătură cu calitatea actului medical, nu aduce niciun avantaj direct nici pacienților, nici furnizorilor de servicii din sistem. Cardul nu va aduce în niciun fel o creștere a calității actului medical, după cum lipsa lui nu afectează în niciun fel capacitatea profesională a medicului. Insinuarea kolegi noastre că noi am putea afecta dreptul la servicii medicale de calitate prin refuzul distribuției cardului este inacceptabilă. Pacienții au nevoie de abilitățile noastre profesionale, de timpul alocat consultațiilor.

Încă din ianuarie 2011, organizațiile noastre au luat atitudine față de acest proiect rău construit și mai ales față de modalitatea de „rezolvare” a problemelor de implementare a acestuia, printr-o impunere abuzivă, agresivă la adresa noastră. Într-un proiect important, vechi de trei ani, care a costat multe milioane de euro, implementarea, utilizarea, distribuția au fost omise de la finanțare, gândindu-se că toate problemele se pot rezolva gratis (pentru CNAS) și simplu (tot pentru CNAS)... în cabinetele noastre. Cum ne-am putea ocupa de card? Prin mai multe tabele, borderouri și servicii de curierat între pacienți și casele de asigurări. Din cele 15 minute pe care le putem acorda unui pacient, câte mai rămân după ce îi explicăm necesitatea, cum se folosește, validăm, completăm borderourile, cerem semnături, îl întrebăm dacă e de acord cu inscripționarea datelor medicale, verificăm corectitudinea datelor de identificare etc.?

Prin cele două organizații ale medicilor de familie (FNPMF și SNMF), participăm de trei ani la întâlniri, am solicitat și am obținut dezbateri publice, am depus documente, am făcut propuneri, am argumentat, am explicat, am sugerat soluții. Am explicat că nu ne putem transforma în funcționari ai caselor de asigurări (cu care noi avem contracte de furnizori de servicii medicale). Ne-am consultat cu avocații noștri. Am intentat un proces în 2011, pierdut, dar încă nefinalizat. Nu pot reprocha argumentațiile CNAS la acea vreme, sunt tragice. La nevoie, vom merge să ne căutăm dreptate pe la curțile Europene.

În toate demersurile noastre am precizat clar, de la început, că suntem deschși față de ideea informatizării sistemului medical, că vom folosi cardurile, dar nu vom accepta activități administrative legate de card sau cheltuieli pentru un proiect care aparține CNAS și MS. Poziția noastră este clară și statornică de atâția ani. Avem promisiunea ministrului sănătății și a reprezentanților conducerii CNAS că lucrurile se vor rezolva amiabil și fără implicarea noastră în distribuție sau în acoperirea costurilor. Orice altă discuție este de prisos.

Dr. Rodica TĂNĂSESCU,
președinta Societății Naționale de Medicina Familiei

LEMEA IDEILOR

Un dușman subestimat?

Dăunează oare canabisul sănătății mintale? Întrebarea a stârnit multe dezbateri aprinse de-a lungul timpului, însă răspunsurile clare au întârziat să apară. Concluzia este următoarea: în mediul științific, este unanim acceptat că majoritatea persoanelor care consumă canabis nu vor dezvolta probleme de sănătate mintală semnificative. Cu toate acestea, anumiți indivizi sunt mai predispuși la efectele negative ale consumului de canabis.

Mult timp, s-a crezut că nu era vorba decât despre un drog relativ inofensiv și că îngrijorările legate de acesta sunt exagerate. Unii psihiatri consemnaseră că un consum excesiv putea induce o stare psihotică, cu simptome precum halucinațiile, mirajele și gândirea deformată. Însă primul indiciu semnificativ al unei legături dintre consumul de canabis și tulburările psihotice a apărut de-abia în 1987, în urma unui studiu suedez de amploare care a urmărit peste 50.000 de subiecți timp de 15 ani. Consumul de canabis înregistrat la începutul studiului a mărit probabilitatea ca participanții să fie diagnosticați cu schizofrenie în următorii 15 ani. Cu cât consumul era mai mare, cu atât creștea probabilitatea de a fi diagnosticat.

În mod ciudat, această descoperire nu a stârnit prea mult interesul și nu au fost consemnate studii similare până în 2002. De atunci însă, multe studii au cercetat legătura dintre consumul de canabis și tulburările psihotice. În 2007, o compilație a celor mai bine realizate studii a concluzionat că un consum frecvent (zilnic) de canabis dublează riscul de a dezvolta o tulburare psihotică. Astfel, dacă 1% din populație dezvoltă o formă sau alta de psihoză pe durata vieții, consumul zilnic de canabis ridică procentul la 2%.

Desigur, existența unei corelații pozitive între consumul de canabis și psihoză nu este de ajuns pentru a stabili o legătură causală directă între cele două. Psihoza ar putea determina consumarea de canabis, mai degrabă decât invers, sau un factor mediator necunoscut ar putea determina atât consumarea de canabis, cât și instalarea unei psihoze.

Există și alți factori care complică relația. De exemplu, se pare că vârsta de debut a consumului de canabis reprezintă un

factor important. Persoanele care au început să consume canabis înainte de vârsta de 16 ani prezintă un risc mai ridicat de a dezvolta o psihoză decât cele care încep după vârsta de 18 ani. Acest lucru este în concordanță cu dovezile biologice conform cărora creierul în curs de maturizare este mai predispus la impactul negativ al canabisului.



Amir England este cercetător la King's College Londra. Robin MacGregor Murray este profesor de cercetare psihiatrică în cadrul Institutului de Psihiatrie, King's College Londra, și membru al Royal Society.

Cercetările recente au arătat că o anumită variantă a unei gene numite AKT1 mediază riscul de psihoză. În cazul purtătorilor variantei C/C (care apare la aproximativ 20% din populație), riscul de psihoză a crescut de șapte ori – însă numai în rândul celor care consumau zilnic canabis. Utilizarea canabisului la sfârșit de săptămână sau mai rar nu a prezentat adesea niciun risc crescut, ceea ce a fost valabil și în cazul utilizării zilnice și la sfârșit de săptămână de către purtătorii variantelor C/T și T/T ale AKT1.

În plus, diversele variante de canabis măresc sau reduc riscul de psihoză. În urma unei comparații a celor două tipuri de canabis cel mai frecvent utilizate în Marea Britanie, hașișul și sinsemilla (*skunk*), s-a descoperit că utilizarea de *skunk* mărește riscul de psihoză într-o măsură considerabilă, ceea ce nu se întâmplă în cazul hașișului.

Explicația din spatele acestei diferențe rezidă în proporția celor doi principali compuși ai canabisului, delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) și cannabidiol (CBD). *Skunk*-ul din Marea Britanie prezintă concentrații ridicate de THC, însă zero conținut de CBD; hașișul, pe de altă parte, conține cantități aproximativ egale ale celor doi compuși. Acest lucru a fost evidențiat în laboratorul nostru atunci când voluntarii sănătoși li s-a oferit THC pur sau o combinație de THC și CBD. Cel care a primit doar THC au prezentat o intensificare semnificativă a gândurilor paranoice, simptomelor psihotice și deteriorării

A EQUANIMITAS

Romanian Federation for Medical Research

În România, sunt specialități medicale unde, în loc să existe o singură organizație de specialitate puternică, sunt două, trei sau chiar mai multe, fiecare cu reuniunile proprii. Pentru medici, această fragmentare creează dificultăți, iar animozitățile existente între vârfurile specialității, cele care au dus la formarea mai multor societăți, sunt apoi perpetuate. Care sunt dezavantajele acestei situații? (Dr. A. M.)

Dreptul la asociere este fundamental într-o democrație, iar fragmentarea la care se referă întrebarea trebuie salutăată ca o expresie a exercitării sale. Mai important mi se pare faptul că rezultatele cercetărilor medicale din România sunt prezentate, în fiecare an, într-o măsură covârșitoare, la reuniunile acestor asociații profesionale. În domeniul medicinei interne și subspecialităților sale, se organizează reuniuni anuale ale internștilor (la Căciulata, în aprilie), diabetologilor (la Sibiu, în mai) și cardiologilor (în septembrie, la Sinaia), pentru a nu le menționa decât pe cele mai importante. Există cel puțin trei asociații ale endocrinologilor, două ale diabetologilor, o jumătate de duzină de societăți ale chirurgilor și câteva asociații ale medicilor de familie. O organizație tribală, poate utilă pentru întărirea identității, dar contrarie promovării relațiilor interdisciplinare și colaborărilor instituționale, care sunt cheia progresului în medicină.

Un model diferit este cel adoptat în Statele Unite, unde, pe lângă congresele societăților de profil, sunt organizate reuniuni ale *American Federation for Medical Research* în fiecare primăvară, la Washington, D.C., la care participă cercetătorii din toate disciplinele. Cheia de boltă a acestor congrese este prezentarea, în sesiuni zilnice de postere, a noilor cercetări. Conform tradiției, congresele încep întotdeauna vineri seara, cu o sesiune de postere combinată, în aceeași uriașă săli de bal de la hotelul Omni Shoreham, cu o *wine and cheese reception*. Sunt prezentate aproximativ 600 de postere, grupate pe specialități, într-o atmosferă caldă, prietenoasă, în care un rezident poate vorbi de la egal la egal cu decanul unei prestigioase facultăți și în care membri celebri ai *National Academy of Sciences / Institute of Medicine* sunt luați la întrebări de studenți. În următoarele trei zile, șuvoiul participanților se va împărți în zeci de săli pentru prezentări orale, ateliere, simpozioane, deschise tuturor, în care este încurajată interacțiunea dintre participanți, fără deosebire de vârstă sau statut profesional.

Cred că acest model, interdisciplinar și egalitar, poate fi introdus cu folos și în România, sub egida Academiei de Științe Medicale, în colaborare cu societățile specialștilor, facultățile de medicină, instituțiile guvernamentale care finanțează cercetarea medicală din România și reprezentanții celor șapte reviste medicale recunoscute ISI și indexate în *PubMed*: înființarea unei *Romanian Federation for Medical Research*. Alegerea lucrărilor pentru prezentare ar trebui să fie foarte exigentă și urmată de publicarea lor într-una din revistele menționate. Sesiunile tematice ar putea fi organizate de fiecare societate în parte, în timp ce *keynote lectures* ale unor personalități din țară și străinătate ar deveni accesibile tuturor participanților. Congresul ar crește eficiența unor simpozioane de interes general pentru tinerii cercetători, indiferent de specialitate, cum ar fi *Writing for Publication, Applying for Grants sau Post-Doctoral Training Abroad*. În jurul congresului, ar putea fi organizate întâlniri de lucru ale societăților de specialitate, ale profesorilor de medicină, ale doctoranzilor, ale studenților interesați în cercetare și, desigur, adunarea generală a Academiei de Științe Medicale. Sunt convins că un asemenea congres ar constitui un magnet pentru firmele de medicamente și echipament medical, care ar putea contribui financiar și ar fi compensate cu spații expoziționale. În sfârșit, congresul *Romanian Federation for Medical Research* ar fi calea cea mai firească pentru a crea atât de necesare punți de legătură cu diaspora științifică românească.

Prof. dr. Peter MANU,
membru de onoare al Academiei de Științe Medicale
pmanu@nsfhs.edu

Equanimitas este titlul unui discurs rostit în 1889 de sir William Osler, părinte-fondator al medicinei interne în America de Nord; semnifică virtutea de a accepta lucrurile așa cum sunt.

PRIMUM

Despre prietenie în chirurgie

De peste secole, Publius Syrus ne transmite că „prietenia este o haină valoroasă care se curăță când se murdărește și nu se aruncă la prima pată”.

Înălțat în spiritualitatea și practica profesională, chirurgul trebuie să cultive relații bazate pe adevărate valori cu colaboratorii direcți, cu celelalte discipline medicale, în învățământul medical, pe plan politic. Chirurgul nu are voie să devină precum „sclavul care nu are decât un stăpân, ori ca ambițioșii care are tot atâția stăpâni câți îi pot fi de folos carierei sale” (Jean de la Bruyere). El trebuie să înțeleagă că, fiind oameni, „toți trăim sub același cer, dar nu toți avem același orizont” (Konrad Adenauer). Axiologic, prietenia, în spiritul simpatiei, respectului, atașamentului reciproc, trebuie promovată de chirurg de-a lungul vieții.

Ultimii 20 de ani au reușit să disipeze prietenia dinlăuntrul echipei chirurgicale. Or, echipa clădită pe stimă reciprocă, de la brancardier la profesor, „de la opincă la vâdică”, este una din cheile care deschid calea unei conviețuirii. Relația de prietenie clădită înăuntrul echipei asigură afirmarea fiecărui membru, înalță și serviciul, și liderul echipei. Promovarea atașamentului la adevăratele valori asigură climatul colegial colocial și evită contradicțiile. Asigurarea mediului propice înăuntrul echipei, în care fiecare își dezvoltă aptitudinile cu care a fost înzestrat de natură, reprezintă un adevărat mentorat. Astfel, cei mai tineri din echipă nu vor deveni copii palide ori caricaturi ale modelului în exercitarea profesiunii. Tot ce s-a clădit în școlile de chirurgie ale măestrilor reprezintă perenitate și salt valoric la generația ce le urmează.

În consolidarea echipei în chirurgie trebuie știut că „ignorantul pune într-o oră mai multe întrebări decât poate răspunde un înțelept în șapte ani” (Pitagora) și „că prietenul credincios este un fel de marfă care nu se poate cumpăra” (A. P. Chevov).

Dr. Vasile IVAN,
UMF „Victor Babeș” Timișoara

memoriei, în timp ce aceia care au primit combinația nu au experimentat episoade de paranoia, au prezentat mai puține simptome psihotice și și-au păstrat memoria intactă.

Unele studii au cercetat și rolul consumului de canabis în cazul tulburărilor precum depresia și anxietatea. Deși nu s-a descoperit niciun fel de legătură, există și alte dovezi, mai convingătoare, în ceea ce privește potențialul adictiv al canabisului. Aproximativ 10% din persoanele care fumează canabis ajung dependente, ceea ce generează simptome de sevraj atunci când consumul este stopat, cum ar fi dorința aprigă de a-l relua, iritabilitatea, tulburările de somn, durerile abdominale și agitația, nervozitatea. Din nou, se pare că CBD echilibrează efectele active ale canabisului și atenuează simptomele de sevraj. Multe studii s-au concentrat asupra posibilului impact negativ al consumului de canabis asupra memoriei și altor funcții cognitive. Este general acceptat că un consum frecvent și prelungit de canabis afectează funcționarea cognitivă, dar și că aceste efecte sunt reversibile, cu condiția unei perioade de abținere de trei până la 12 luni. Cu toate acestea, un studiu recent care a urmărit un eșanion de persoane de la naștere și până la vârsta de 38 de ani a descoperit că aceia care au început să consume canabis de timpuriu, zilnic, timp de câțiva ani, aveau în permanență un coeficient de inteligență cu opt puncte mai mic. (Acest studiu nu a fost încă repetat.)

O ultimă, și adesea ignorată, sursă de afectare a sănătății mintale asociată cu canabisul este reprezentată de consecințele legale ale deținerii de canabis, atunci când persoana în cauză este prinsă. Sancțiunile aplicabile variază de la niciuna (de exemplu, în Olanda și Portugalia), la avertismente legale, amenzi și chiar închisoarea pe viață (în Asia de Sud-Est). Un cazier judiciar are un impact negativ asupra unei viitoare angajări, educației și posibilității de a călători. Aceste consecințe pot prezenta propriile lor riscuri pentru sănătatea mintală; de exemplu, șomajul implică un risc deloc neglijabil de suicid, anxietate, depresie și psihoză.

Prin urmare, dăunează oare canabisul sănătății mintale? Răspunsul este atât pozitiv, cât și negativ, depinzând de vârsta la momentul debutului consumului, de gen și de cantitatea, frecvența și varietatea de canabis consumată – și, desigur, de posibilitatea de a fi prins.