

Pr. Tudor GHEORGHE*

CONDUITE TOXICOMANE LA ADOLESCENȚI, MODALITĂȚI DE INTERVENȚIE DIN PERSPECTIVA ASISTENȚEI SOCIALE

Abstract

Teenagers drug addiction: methods of coping with this problem in term of social work

Since 1990, Romania has been facing drug trafficking caused by the liberalization of borders uncorrelated with the establishment of effective structures, properly equipped with technical equipment control. In the context of the conflict in the former Yugoslavia, Romania has become an alternative corridor for transportation of drugs, has been set the so-called "Balkan Route". This paper tries to capture some of the most common behavioral manifestations and social pathology that cause drug addiction at teenagers and some ways of intervention from the perspective of social assistance and social worker.

Keywords: adolescence , addiction, therapy, social worker ,psychotherapy

I . Adolescența – fenomen complex

De multe ori, vorbind despre adolescență, o denumim “vârstă primejdioasă”. Totodată, adolescența este definită “vârsta de aur”. Cele două denumiri sunt numai aparent contradictorii.

Este adolescența o perioadă de criză? Sau doar o etapă mai complicată care poate totuși să fie parcursă firesc?

Printre “pericolele” adolescenței – aproape în exclusivitate citate – sunt vizate cele legate de dificultățile întâmpinate pe latura fiziologică (educație și viață intimă), iar infinit mai puțin cele legate de latura spiritual-afectivă (de

* Lector univ. dr., Universitatea din București; asistent social principal - Centrul de Evaluare a Toxicodependențelor pentru Tineri din Spitalul „Sfântul Stelian”.

altfel, separarea preocupărilor de ordin erotic de lumea afectelor este una din gravele lacune ale muncii de formare a tânărului în această perioadă de viață, ca și neglijarea obligațiilor care decurg din pregătirea pentru viața profesională și integrarea socială).

Perioada adolescenței este un fapt bio-psiho-social, un fenomen complex, cu aspecte multilaterale care nu ar trebui cercetate separat, cercetările unilaterale fiind primejdioase. Cu privire la criza adolescenței trebuie să deosebim între criza individuală, ca fenomen psihologic, și criza adolescenței, ca fapt sociologic.

Unii autori vorbesc despre schimbările adânci la nivel intelectual, despre simțul de revoltă, solitudine, confuzie și exaltare, părând să creadă că toate aceste porniri sunt universale, în timp și spațiu. Alții spun că aceste simptome sunt tipice numai pentru anumite societăți și nu sunt inerente adolescenței însăși. Adolescența nu este în mod necesar o epocă de vijelie și de frământare, dacă adolescentul nu se găsește într-un mediu înconjurător care să-i înfățișeze neconținute restricții și frustrări, față de care individul nu este pregătit și pentru care nu are soluții adecvate (Mitrofan și Ciupercă, 1998, p. 169).

Ca orice proces, adolescența se desfășoară în trepte inseparabile, pe nesimțite, de la o zi la alta, până la recunoașterea conștientă a maturității mai mult sau mai puțin realizate. Este etapa formării personalității umane care va decide în bună măsură esența aspirațiilor, idealurilor și concepția despre viață și lume ale individului.

Mediul familial, condițiile sociale sau educative, nivelul de cultură, trebuie rațional folosite pentru desăvârșirea indivizilor în această etapă a vieții. Este perioada în care raportul ereditar – dobândit înclină în avantajul ultimului, influența mediului asupra adolescentului fiind hotărâtoare. Posibilitățile sunt deschise pentru fiecare, dar folosirea lor necesită efort susținut și conștient.

Dezvoltarea psihică a adolescenților

Adolescența reprezintă perioada de vârstă în care tânărul începe să se instrăineze de părinții lui, când nu mai este apropiat de ei ca în copilărie. Această îndepărtare de părinți este necesară pentru a construi un fel de spațiu psihologic numai al lui, spațiu care să-l ajute să se cunoască și să se înțeleagă mai bine (Ștefan, 1999, p. 41).

Deși traseele pe care evoluează transformările de cristalizare și stabilizare a structurilor psihice ale adolescentului sunt sinuoase, complicate, presărate cu numeroase bariere și dificultăți, deși procesul ca atare poate fi mai calm sau

mai năvalnic, cu devansări spectaculoase, dar și cu întârzieri descurajante, se pot evidenția anumite nevoi specifice vârstei:

- Nevoia creației cu valoare socială. Este acea nevoie de a ști a școlarului mic, convertită în nevoia de creație a puberului și care devine mai acută la adolescent.
- Nevoia de a fi afectuos. Ia forma unui nou egocentrism afectiv care va lăsa pe parcurs locul unei reciprocități afective. Este în esență nevoia de a i se împărtăși sentimentele.
- Nevoia de prietenii colective. Nevoia de grupare se destramă pentru a lăsa loc nevoii unui cerc intim de prieteni.
- Nevoia de iubire. Au loc furtuni afective, ruperi spectaculoase și dramatice de prietenii.
- Nevoia de distracție. Distracțiile se intelectualizează, sunt trecute prin filtrul personalității, aspectele de ordin cultural, estetic trec pe primul plan.
- Nevoia de independență și autodeterminare. Este nevoia de desăvârșire, autodepășire și autoeducare.
- Nevoia de singularizare, de izolare, de a fi unic. Tânărul este preocupat aproape în exclusivitate de propria persoană. Această nevoie este complementară cu nevoia de a fi o personalitate. Se manifestă prin atracția pentru originalitate chiar în forme excentrice. Din dorința de a ieși din comun, adolescentul se întrece cu prietenii în comportamente deviate pe care uneori nu le găsește nici chiar el plăcute, riscând doar să rămână robul lor.

Acest set de nevoi pot fi satisfăcute datorită faptului că în această etapă, inteligența generală a copilului se apropie de apogeu. Se consolidează următoarele structuri:

- gândirea logico-formală;
- capacitatea de interpretare și evaluare;
- capacitatea de planificare și anticipare;
- spiritul critic și autocritic.

Se dezvoltă caracterul de sistem al gândirii și unele instrumente ale activității intelectuale:

- capacitatea de argumentare;
- capacitatea de contraargumentare;
- capacitatea de demonstrare;
- capacitatea de elaborare de ipoteze.

Apar instrumente noi și în planul imaginației, memoriei, limbajului.

Analele Universității Dunărea de Jos din Galați, fasc. XX, Sociologie, nr. 8, 2013, pp. 78-115.

Adolescentul adoptă un stil propriu de iscălitură, elaborează algoritmi și stereotipii verbale ce vor servi în soluționarea diferitelor situații, fiind conștient de influența cuvântului.

Expresiile – șablon, clișeele verbale, excesele verbale de orice fel sunt datorate fie insuficienței cognitive, fie teribilismului vârstei.

Maturizarea intelectuală și afectivă va permite dialoguri cu sine și cu ceilalți, adolescența fiind vârsta la care individul caută să coincidă cu sine.

Ca urmare a noilor achiziții psihice, adolescentul este capabil să manifeste o multitudine de conduite:

- conduita revoltei respinge în bloc tot ceea ce a învățat, acte inutile de nesupunere, de indisciplină gratuită, comportamente în contratimp cu ceilalți, extravagante de limbaj, vestimentație etc.;
- conduita închiderii în sine, ce constă într-un sever examen de conștiință, lungi introspecții ce denotă intenția adolescentului de a se descoperi de sine;
- conduita exaltării și afirmării, care este o confruntare deschisă cu alții, căutări neîncetate, dezinteres pentru viitorul material, tendințe romanțioase sau mistice, “totul sau nimic”, este rodul maturizării personalității sale, fiind o reacție împotriva sterilelor visări de odinioară.

La aceste conduite se mai adaugă: renunțarea la resursele achiziționate, eliminarea vechilor idei considerate depășite, revizuirea conștiinței morale, erotizarea nu numai a conduitei sexuale, ci și a fanteziei, descoperirea identității ca urmare a procesului de autocunoaștere și autoinstruire, care afectează adaptarea și integrarea profesională și socială.

Implicații educaționale

Procesul de construcție pozitivă a personalității implică momente de derută și de derivă evolutivă. Acestea pot fi:

- accidentale (instalate pentru perioade relativ scurte de timp) fiind socotite fenomene de dezadaptare trecătoare, ușor de influențat și corectat;
- constante (persistente în timp) reprezentând semnele unui proces de alterare a personalității, cu efecte negative asupra activității școlare și integrării sociale a adolescenților.

În “tratarea” adolescenților trebuie evitate atitudinile extreme: neangajare, pasivitate, dezarmare, abandon, (având la bază ideea că astfel de fenomene sunt inevitabile), atitudini de tutelare și dirijare excesivă, de amestec

brutal în viața adolescenților (susținute de ideea eficienței controlului riguros) (Șchiopu, 1997, p. 52).

Principalele temeri ale adolescenților și remediile educative ar putea fi sintetizate astfel:

- teama de a nu fi luat în seamă (insuficient apreciat) – indicat este ca adultul să intervină ca un consilier discret;
- teama de a fi ridiculizat, minimalizat, marginalizat, repezit – în acest caz este necesar ca adultul să fie transformat în aliat în educație, nu oponent;
- teama de a fi pedepsit (pentru că nu a răspuns exigențelor adultului) – tactul, răbdarea, neintervenția punitivă decât la abateri majore ar putea fi câteva dintre modalitățile educative utile;
- teama de a nu se cunoaște prea bine (tendențe de supra- sau subapreciere) – adultul trebuie să ofere adolescenților posibilități de autocunoaștere (confruntare cu sine și cu alții) prin teste psihologice, discuții confidențiale etc.;
- teama de banal, obișnuit, tradițional – în acest caz soluția este stimularea, antrenarea și educarea creativității în cadrul programelor școlare sau al unor teste speciale de creativitate.

I.1 Adolescentul și integrarea școlară și socială

Adaptarea reprezintă însăși condiția vieții. Ori de câte ori organismul este supus acțiunii unor factori stresanți (intoxicație, emoție puternică) el își mobilizează mecanismele de apărare pentru a face față acestor agenți stresanți. Potrivit opiniei lui J. Piaget, cu viața psihică se petrece un fenomen asemănător.

Așa cum organismul recurge la permanente schimbări cu mediul înconjurător, tot așa psihicul uman își asigură unitatea internă și armonia cu exteriorul dând dovadă de plasticitate comportamentală: pe de o parte, o sincronizare cu cerințele mediului în limitele resurselor individuale, respectiv o modificare a comportamentului în funcție de exigențele mediului socio-cultural (acomodare), iar pe de altă parte, o transformare a condițiilor mediului în funcție de scopuri și aspirațiile individuale ale persoanei (asimilare). Aceste două moduri de acțiune ce se combină fără încetare pentru a menține starea de echilibru a individului, constituie adaptarea psihologică. Deci, din perspectivă piagetiană, în sens larg, adaptarea desemnează procesul de echilibrare dintre

asimilare și acomodare intervenit în cadrul interacțiunilor dintre om și realitatea înconjurătoare (Neculau, 2000, p. 18).

Prin opoziție cu aceasta, dezadaptarea, din aceeași perspectivă, ilustrează incapacitatea persoanei de a realiza în mod echilibrat procesele de asimilare și acomodare. Persoana dezadaptată fie respinge, ignoră în mod voit cerințele și exigențele exterioare, fie își ignoră orice preferință, nevoie personală, lăsându-se în voia vieții.

Cu alte cuvinte, integrarea este un proces voluntar de aderare și dinamică la viața și relațiile sociale, aderare ce se realizează prin asimilarea de roluri sociale, norme și valori, modele, prin dezvoltarea conștientă a nivelului personalității. Pentru realizarea unei integrări eficiente, reale, individul trebuie mai întâi să se adapteze, iar acest proces trebuie să înceapă de la o vârstă cât mai fragedă, mai întâi în familie și apoi în școală.

Adaptarea școlară exprimă calitatea și eficiența realizării concordanței relației dintre personalitatea elevului și cerințele școlii. Alături de aceasta, definim și celelalte noțiuni pe care adaptarea le presupune.

Succesul școlar sau reușita școlară exprimă obținerea unui randament superior în activitățile instructiv-educative la nivelul cerințelor programelor și al finalităților învățământului.

În adolescență, riscul alunecării pe panta dezadaptării este mare, deoarece tânărul este în căutarea unei noi identități, autonomii, caută să iasă din anonim și pentru că nu are mijloacele necesare unei socializării, uneori răspunde prin comportamente dezadaptate: acte nonconformiste, negare, izolare sau violență.

Adaptarea/dezadaptarea școlară a adolescenților are o notă aparte datorită specificului acestei perioade, fapt ce trebuie luat în considerare în predicție sau diagnosticarea comportamentului dezadaptat la această vârstă.

I.2 Factori și forme ale inadaptării școlare

Inadaptarea înseamnă nerealizarea adaptării la un minimum de cerințe sociale de ordin practic, școlar sau moral, din cauza unor deficiențe native sau survenite ale copilului și din cauze ce țin de familie și de ambianță (Lorincz și Carcea, 1998, p. 34).

Au existat mai multe teorii explicative, abordări, direcții de interpretare, de clasificare a cauzelor dezadaptării școlare. Ne-am oprit asupra a trei perspective:

Analele Universității Dunărea de Jos din Galați, fasc. XX, Sociologie, nr. 8, 2013, pp. 78-115.

1) Perspectiva organicistă se centrează pe variabilitatea interindividuală a caracteristicilor psiho-fizice ale copilului sau pe ceea ce se consideră "zestrea ereditară". Explicarea eșecului face trimitere la multe probleme: factorii constituționali sau de structură neuro-psihică (debili mintali, hiperemotivitate), personalitatea în formare (tulburări de caracter, atitudini negative).

2) Abordarea sociologizantă, apărută ca o replică la teoria precedentă, susține că eșecul, inadaptația se datorează cauzelor sociale, carențelor educative, handicapurilor socio-culturale. Cercetătorii care au investigat fenomenul din această perspectivă au constatat că mulți elevi proveniți din medii socio-culturale puternic dezavantajate (mediul rural, familiile cu un statut economic și cultural scăzut) prezintă semnele unui retard intelectual, adesea irecuperabil dacă acele condiții au acționat prelungit și profund.

S-a demonstrat de către sociologie o corelație semnificativă între statutul socio-economic și randamentul școlar. Copiii din clasele mai puțin avantajate economic au rezultate școlare inferioare, obțin note mici la aproape toate materiile și intră într-o proporție mai redusă la liceu sau facultate. Ei își termină mai repede studiile, iar rata abandonului școlar în rândul lor este mai mare. În cazul în care obțin rezultate slabe, își pierd orice interes pentru activitatea din clasă, se plictisesc, sunt agresivi și mai înclinați să lipsească nemotivat.

3) O altă perspectivă care a apărut recent și care ar putea fi inclusă în a doua abordare, pune accentul în ilustrarea inadaptației pe natura critică și reproductivă a școlii. Această teorie susține faptul că întregul sistem de învățământ poate genera eșecul printr-o: proastă politică școlară, deficiențe de predare, excesele de severitate, erori în evaluare. Toate acestea au influență asupra randamentului școlar.

Aceste abordări, luate separat, nu reușesc să explice pe deplin cauzalitatea dezadaptației școlare, de aceea astăzi se tinde către un nou tip de abordare – cea dinamică. Acesta studiază formarea personalității într-o viziune integrată, ținând cont atât de subiect (ca agent al propriei dezvoltări) cât și de factori externi. În continuare, vom pune în discuție rolul factorilor interni și al celor externi pentru explicarea fenomenului dezadaptației școlare.

În categoria factorilor interni intră: variabilele biologice ce țin de sănătatea și de normalitatea anatomo-funcțională a copilului și variabilele psihologice (aici integrându-se toate procesele și componentele psihice). În ultimele decenii, se semnalizează tot mai mult ponderea factorilor non-intelectuali cum ar fi: rezistența la solicitările fizice și mintale, aptitudinile,

Analele Universității Dunărea de Jos din Galați, fasc. XX, Sociologie, nr. 8, 2013, pp. 78-115.

particularitățile afectiv-volitiv, atitudinea față de școală. Acești factori care țin de potențialitatea ereditară și care duc la diverse tipuri de inadaptare, nu acționează direct, ci prin intermediul celor de mediu. De aceea, trebuie să se renunțe la atitudinea de fatalism în fața destinului prin adoptarea unor condiții de îmbunătățire a acelor deficiențe, de ameliorare a tulburărilor ce țin de factori interni. Datorită corelației pozitive cu reușita școlară, există o serie de variabile din această categorie care s-au impus cu desăvârșire: inteligență școlară, limbaj, motivația învățării școlare, afectivitate, imaginea de sine. Dintre acestea, ne oprim asupra ultimei variabile.

De Landshere observa că imaginea de sine pozitivă este una din principalele chei ale reușitei, deci cine o deține se poate adapta foarte bine mediului școlar. Foarte multe cercetări din domeniul psihologiei au demonstrat că există o corelație pozitivă între stima de sine și rezultatele obținute, altfel spus, nivelul adaptării școlare, al performanței este influențat de imaginea de sine (fapt demonstrat și în cercetarea Mihaelei Jigaru). Imaginea de sine poate fi de două feluri: generală (elevul se percepe ca un învingător pe toate planurile: fizic, școlar, social), specifică (se estimează a fi un "bun orator", un "bun sportiv"). Interesantă ni se pare a fi schema prezentată de Neamțu C. și Gherguț A. în lucrarea "Psihopedagogia specială", în care punctele cardinale principale sunt: imaginea de sine, sinele ideal și stima de sine.

Reprezentarea de sine, care se referă la conștientizarea propriei identități, presupune dezvoltarea celor trei aspecte, prezentate mai sus. Imaginea de sine vizează conștientizarea subiectului asupra caracteristicilor fizice și psihice. Ea începe în familie prin atitudinea față de copil. Părinții sunt primul indicator al acestei variabile. Acceptându-l pe copil așa cum este, valorificându-i potențialitățile, iubindu-l și încurajându-l zi de zi, dezvoltă la acesta o imagine de sine ridicată care îi asigură echilibrul necesar. Este ușor de imaginat ce se poate întâmpla în situația contrară. Școala prin experiența sa, completează / ajustează imaginea de sine a individului. Concomitent cu formarea imaginii de sine, elevul își cunoaște mai realist capacitățile, își planifică mai eficient efortul, adaptându-se mai realist și progresiv la activitatea școlară.

Sinele ideal se referă la acele caracteristici ideale la care copilul trebuie să aspire și să le posede în timp. Această conștientizare a idealului "de-a fi" începe în familie și se continuă în școală. Comparația cu alți colegi și influența mass-media sunt repere de construire a sinelui ideal. Stima de sine este acel proces de evaluare a individului asupra discrepanțelor dintre imaginea de sine și sinele ideal, proces esențialmente afectiv. Discrepanța aceasta este necesară,

Analele Universității Dunărea de Jos din Galați, fasc. XX, Sociologie, nr. 8, 2013, pp. 78-115.

deoarece determină nivelul de aspirație, însă dacă discrepanța este mare și se menține pe termen lung, se poate ajunge la comportamente nevrotice și implicit de dezadaptare (Neamțu și Gherguț, 2000, pp. 106-107). Din categoria factorilor externi, ne referim la cei școlari și familiali. Din cei de tip școlar amintim de:

- didacticism (tratarea nediferențiată, globală a elevilor);
- organizarea procesului școlar;
- metodele de evaluare (evaluarea nediferențiată – după elevul mediu – nestimulativă, coercitivă);
- pregătirea și calitatea muncii cadrelor didactice din punct de vedere al specialității sau informării psiho-pedagogice;
- lipsa legăturii școală-familie;
- insuficiența bazei materiale.

Din categoria factorilor familiali, vor fi selectați doar acei factori care au relevanță pentru ipoteza susținută: stilul educațional al familiei. După cum știm, concepția educativă, stilul, metodele pedagogice practicate zi de zi de către părinți, sub forma cerințelor, atitudinilor față de copil, joacă un rol însemnat în formarea personalității și a bunei sale integrări sociale. Adaptarea școlară presupune atât maturitate intelectuală cât și maturitate socială, de aceea când copilul ajunge la școală, el trebuie să aibă deja formate: deprinderile de conduită civilizată în colectiv, spiritul de înțajutorare, interdependență relativă de acțiune față de adulți.

Atitudinea parentală. Adaptarea socială și școlară poate fi influențată și de această variabilă. De aceea, o atitudine adecvată față de copil presupune: o dragoste rațională și spontană față de copil, fără slăbiciuni și răsfăț, o dozare optimă a frustrărilor adaptative în raport cu trebuință de autonomie a copilului.

Ambianța familială. O ambianță familială frământată de tensiuni, o atmosferă sufocantă a căminului prin inegalitatea atitudinilor părintești, lipsa de afecțiune dintre soți, existența neînțelegerilor din casă, acte de violență – toate acestea duc la o integrare insuficientă a copilului și a familiei în viața socială. Tabloul unui asemenea mediu tensionat, dezechilibrat, dezvoltă la copil o serie de conduite dezadaptative ca răspuns la acest mediu: fuga de acasă, de la școală, abandonul școlar, toxicomanie, vandalism, izolare. Pentru a atenua gravitatea acestei constatări, menționăm faptul că la aceste forme extreme se ajunge într-o ultimă fază a inadapării. Acest fenomen al inadapării cunoaște o evoluție gradată, ipostaziindu-se la mai multe niveluri, astfel cu cât intervenim mai devreme cu atât putem înlătura formele extreme de

Analele Universității Dunărea de Jos din Galați, fasc. XX, Sociologie, nr. 8, 2013, pp. 78-115.

manifestare. Urmărind schema prezentată de U. Șchiopu și E. Verza ilustrăm acele niveluri evolutive ale adaptării școlare:

1. Adaptarea confortabilă se caracterizează prin: performanțe superioare ale potențialului intelectual și în sfera intereselor cognitive ale elevului. Dar vorbim în acest caz și de satisfacții individuale ce decurg din rolul de elev și contextul specific acestuia, generate de trăiri pozitive.

2. Adaptarea tensionată se caracterizează prin faptul că performanța și disciplina se mențin în limitele acceptabile, însă rolul de elev, activitatea și contextul specific sunt generatoare de insatisfacții, de trăiri negative. Această adaptare echivalează cu o îndaptare subiectivă trăită pe plan psihic, dar încă nemanifestată pe plan comportamental. Oferta informațională a școlii, solicitarea fizică și intelectuală, exigențele cantitative privind cunoștințele asimilate, criteriile de evaluare, tipurile de relații interpersonale impuse de școală, relațiile conflictuale din familie sau așteptările familiei privind evoluția copilului generează la acesta trăirea conflictuală a realităților școlare. Cunoașterea adaptării tensionate are o importanță deosebită în prevenirea dezadaptării manifeste. Fără intervenții la timp se poate ajunge la dezadaptarea manifestă.

3. Dezadaptarea manifestă se caracterizează prin performanțe scăzute sub posibilitățile intelectuale ale elevului: comportamente indezirabile în școală, respingerea rolului de elev (Lorincz și Carcea, 1998, pp. 44-45). Trăirile negative resimțite de copil în mediul școlar modelează seturi apercceptive ce duc la reacții defensive sau dimpotrivă agresiv-ofensive.

II. Toxicomania și efectele sale

II. 1 Factori etiologici ai toxicomaniei la adolescenți

Omul este în primul rând o ființă socială, iar toate comportamentele sale au motivație socială. El este dependent de grupul social pentru a se dezvolta ca personalitate și de a se adapta, așa cum neadaptarea duce la pierderea interesului pentru social.

Părinții, colegii și societatea joacă într-adevăr un rol major în decizia copilului de a lua sau de a se abține de la droguri, dar această decizie a lui nu este rolul unei singure influențe și prin urmare vina nu poate fi atribuită în mod unilateral (Campbell, 2001, p. 7).

S-au dat multe explicații consumului de droguri, în funcție de perspectiva științifică a autorilor: biologică, medicală, psihologică sau socială, *Analele Universității Dunărea de Jos din Galați, fasc. XX, Sociologie, nr. 8, 2013, pp. 78-115.*

modele centrate pe individ sau societate. Teoriile sociologice se centrează pe principiul normelor, regulilor sociale și a devianțelor de la ele (teoriile lui Merton), pun accent pe asimilarea lor în interacțiune cu ceilalți (teoria învățării sociale), pe controlul social din partea instanțelor de socializare, pe subcultura ca set de norme ce conduce la o socializare „deviantă” ori pe valori de socializare “selectivă”. Factorii psihologici și crizele existențiale prin care trece persoana în acel moment sunt mai degrabă factori care facilitează consumul și nu din cauza în sine a consumului. Venitul propriu al familiei, cartierul de rezidență explică mai degrabă tipul de drog pe care dependentul îl consumă. Unele dintre multiplele rețele sociale prezente într-o comunitate pot avea deschidere și către piața drogurilor așa cum absența legăturilor sociale de acest tip duce la absența inițierii consumului și pentru o persoană aflată într-o stare de depresie, vulnerabilitate și pentru cel obișnuit cu un stil de viață care privilegiază senzațiile tari. Prin astfel de rețele drogul debutează ca drog social, dar odată instalată dependența, intervine “consumul pentru consum”, nu pentru atmosferă, indiferent de clasa socială a individului dependent.

Influența factorilor endogeni

Familia

Ce vor deveni adolescenții și cum se vor comporta ei sunt lucruri foarte strâns legate de viața de acasă. Familia este creuzetul în care se plămădesc destinele copiilor, viitorii adulți. Copilul se naște a doua oară, psihic, în familia lui. Este un demers interesant descifrarea familiei în persoana cu care te întâlnești. Dacă ai în fața ta un copil, familia lui este încrustată cu claritate în modul cu care copilul privește, în preocupările lui, în îndrăzneala sau timiditatea lui. Familia prin dublul său rol formativ și protectiv “secretă normalitate”, iar structurile sale alienante se regăsesc reproduse în toate zonele socialului. Familia reprezintă mediul primar de viață al copilului și instanța socializării primare. Ea conferă totodată un statut legal și psihologic membrilor săi. Importanța familiei în dezvoltarea normală a copilului este subliniată în psihologia și pedagogia de după 1960 (Campbell, 2001, p. 139).

Experiența a demonstrat că principalele cauze răspunzătoare de tulburările în plan afectiv la copil sunt regăsite cel mai adesea în familie, acolo unde începe socializarea primară, care va constitui baza socializării secundare. Cele mai multe probleme culminând cu insuccesul școlar provin din absența sau ignorarea atenției părinților față de dezvoltarea copilului, dar mai ales datorită eroziunii afective întâlnite în familiile dezorganizate. În perioada pubertară și a adolescenței se produce o conversie, forma internalizată a

Analele Universității Dunărea de Jos din Galați, fasc. XX, Sociologie, nr. 8, 2013, pp. 78-115.

atașamentului, proiectată pe figura constantă de atașament, se răsfrânge spre exterior, spre spațial social în căutarea unei alte figuri de atașament. Această transformare se produce în concordanță cu evoluția proceselor psihologice și evoluția spirituală a adolescentului. În această etapă, se produce un "acroșaj", adolescentul având posibilitatea să se "lipească" de tot ceea ce ar putea să furnizeze o oarecare siguranță. De altfel, este perioada în care o serie de obiceiuri pot deveni susținătoare ale devenirii mature ca: fumatul, consumul de alcool și droguri, obiceiuri pe care le imită în prezența unor adolescenți. Grupul de prieteni este de natură să ofere un teren bun acroșajului, aderarea la acesta făcându-se cu multă ușurință. Froma Wash (1996), în studiul privind reziliența familială, atrage atenția asupra faptului că familia este considerată un factor de risc și un context favorabil disfuncționalității, iar reziliența este descrisă ca o calitate individuală ce se opune absenței protecției parentale. Încrederea este un element primordial în geneza rezilienței. Lipsa totală a încrederii părinților în copil este comparabilă cu abandonarea lui într-un mediu ostil.

Cauzele de consum pot fi și atitudinile permissive exagerate din partea părinților, sau dimpotrivă, limitarea pronunțată a libertății. Este foarte frecvent comportamentul duplicitar, ambivalența părinților. În aceste cazuri, disfuncția familiei este acuzată de obicei de un tată violent, mama cu un rol dominant, cu atitudine posesivă față de adolescent. În alte cazuri, tatăl este consumator de alcool, lipsește mult de acasă, relația firească tată - fiu se degradează. În cazul sesizării comportamentelor duplicitare, tânărul este predispus să refuze și alte sprijinuri oferite de societate (de exemplu școala). De multe ori acuză depresie, golire interioară, sentimentală. Tânărul încearcă să scape de presiunea familiei, de mama posesivă, caută independența, dar caută și căldura părintească. În aceste cazuri, drogul îi oferă senzația de independență. Dintre fete, multe ajung dependente sub influența partenerilor sau din dorința de a slăbi (pentru aceasta, utilizează substanțe ca amfetamina, speed). Studiile realizate în aceste domenii arată că tinerii dependenți de droguri prezintă structuri psihice fragile și un profil de personalitate tipic conduitei dependente. Este prezentă lipsa încrederii în sine, cu note depresive, lipsa de securitate, mare nevoie de siguranță și de confirmare a propriei identități. În marea majoritate a cazurilor, impulsivitatea și intoleranța la frustrare sunt trăsături importante. Unii autori consideră că în personalitatea tânărului toxicoman coexistă supramaturația și submaturația. Tulburările de conduită și mai ales agresivitatea prezentă în copilăria timpurie vor crește probabilitatea consumului ulterior și a dezvoltării dependenței. De fapt, trăsăturile antisociale de personalitate și istoricul

Analele Universității Dunărea de Jos din Galați, fasc. XX, Sociologie, nr. 8, 2013, pp. 78-115.

familial pozitiv pentru consumul de alcool sau alte substanțe, par să fie mai degrabă complementare decât sinergice în etiologia toxicomaniei. În familiile cu un părinte alcoolic, copilul este adesea parentificat pentru că este nevoit să își asume responsabilitatea de a se purta într-o manieră “mai adultă” decât părintele alcoolic. La vârsta adultă, foștii copii parentificați au dificultăți în a-și asuma responsabilități parentale față de copiii lor, iar experiența parentificării în familia de origine contribuie la utilizarea abuzivă de alcool și drog (Bekir, Gariti, 1993).

Violența domestică afectează funcționarea familiei în cele mai evidente dar și în cele mai ascunse mecanisme ale sale. Ea conduce la construirea unor destine nefericite pentru toți membrii săi.

Funcția principală a familiei, creșterea și educarea copiilor, este distorsionată cu largi și dramatice consecințe în viitor. Perturbarea acestei funcții se petrece în general ca o stare de boală cronică care se acutizează în momentele evenimentelor de violență. Cercetările arată că trauma copiilor care cresc într-o atmosferă violentă, chiar dacă nu sunt ei victimele directe, este mult mai intensă și consecințe mult mai profunde și mai de durată decât în cazul copiilor care sunt victime directe ale abuzurilor și neglijării din partea părinților (Catheline, Marcelli, 1999).

Perturbarea prin conflicte majore a universului familiei transformă copilul în victimă și zdruncină echilibrul psihic și bazele personalității. În plus, prin agresare, copilul acumulează o serie de traume psihoactive, care, prin însumare, vor declanșa la un moment dat, fie în adolescență, fie la vârsta adultă, o mare cantitate de reacții agresive, comportamente neadaptate și consum de substanțe psihotrope. În prezent, adolescenții consumatori de droguri provin din toate mediile sociale, neputându-se vorbi de apartenența lor (a părinților, mai exact) la o anumită categorie socială, cu venituri mari sau poziție socială. Este cert însă că cei care consumă provin, în principal, din medii familiale problematice. Este vorba despre familii tensionate și conflictuale, chiar dacă acestea sunt uneori disimulate. Se vorbește în literatura de specialitate de “familii fără crize aparente”, familii destrămate, dezorganizate, unde adolescenții și tinerii nu găsesc climatul securizat și echilibrat de care au nevoie. În aceste familii se consumă în mod obișnuit alcool, tutun sau medicamente, existând deja un pattern adictiv. Adolescenții și tinerii care consumă droguri au un potențial delinquent crescut deoarece dependența și duritatea sindromului de abținere îi determină să apeleze la orice căi pentru a obține banii necesari procurării drogului, cum ar fi angrenarea în traficul stradal, tâlhăria și infracțiunile comise cu violență.

Analele Universității Dunărea de Jos din Galați, fasc. XX, Sociologie, nr. 8, 2013, pp. 78-115.

Grupul de prieteni

Fundamental acestei nevoi este însăși natura umană, care ne face să avem intense nevoi sociale, în grupul din care facem parte. Grupul de prieteni este un predictor foarte evident și pentru consumul de substanțe. Cei mai expuși sunt și cei mai sensibili la influențele semenilor săi, crezând că vor găsi prin legăturile cu aceștia o modalitate de a fi în siguranță, de a scăpa de privirile și supravegherea „depozitărilor legii”. Căldura grupului nu este decât aparentă, afilierea este superficială, relațiile cvasi-inexistente. Totul este centrat pe produs și nicio altă preocupare nu pare a fi posibilă: dacă unul dintre membri ar hotărî să lase grupul, ar fi considerat trădător și nu ar putea să fie decât exclus, orice diferență fiind considerată ca „insuportabilă”.

La început, înaintea instalării dependenței sau, oricum înainte ca ea să fie vizibilă, nu doar satisfacția furnizată de drogul respectiv este importantă, ci și simbolistica respectivului consum în anumite cercuri, ideea de sine, anturajul, locația și contextul în care cumpărarea și consumul se petrec.

Adolescența este o perioadă vulnerabilă, din perspectiva consumului de substanțe psihoactive, suprapunându-se adesea peste etapa marilor deziluzii. Acum este mai evidentă discrepanța dintre lumea ideala și cea reală, mai pregnantă dezamăgirea, când se pierd reperele anterioare, considerate absolute, de sprijin, care îl determină pe copilul de ieri să înceapă lupta cu sine pentru a decodifica sensurile. Adesea se ajunge la consumul de substanțe doar în semn de răzvrătire în raport cu normele socialului, uneori influența grupului împinge spre consum.

Subcultura adolescentină presupune anumite excese datorate nevoii de independență, de explicare a lumii înconjurătoare, a frustrărilor pe care le produce, de găsire a unui drum propriu în viață ce intră în conflict cu valorile și cultura părinților și a maturității. Aceste conflicte se adaugă la originea refugiului tinerilor neînțeleși și neglijați de către părinți, în grupul de prieteni, gașcă și ca spațiu – în stradă sau grupuri. Aceste medii, grupurile de prieteni, care uneori dezvoltă norme de grup aberante se transformă în subculturi sau chiar contraculturi care scot tinerii de sub controlul cultural al familiei, al școlii, societății, făcându-i tributari unor norme de grup unde este prezent consumul de droguri.

Adolescentul are mai multă încredere în grupul de prieteni și începe să se înstrăineze de părinții lui. Această depărtare este necesară din punct de vedere psihologic, pentru a construi un spațiu numai al lui, pentru a se cunoaște mai bine. Dacă se depărtează de lumea adulților, adolescentul se apropie în schimb de cei de vârsta lui, cărora le acordă mai multă credibilitate

deoarece trăiesc experiențe asemănătoare lui și comunicarea cu ei este mai facilă. Prietenii devin repede puncte de sprijin ale adolescentului. În dorința de a se cunoaște mai bine, este dornic să încerce cât mai multe comportamente variate și inedite, experiențe limită, încearcă "să guste din fructul oprit". În deciziile sale, adolescentul este influențat mai mult de deciziile grupului de prieteni, fiind mai susceptibil și nesigur prin valorile urmărite. Se creează un fel de sentiment de generație, bazat pe ideea că ești mai bine înțeles de cei care trec prin experiențe asemănătoare cu tine. Adesea, ei spun: "părinții și profesorii au trecut demult prin asemenea experiențe, iar acum nu mai pot înțelege ce se întâmplă cu mine". Adolescența este perioada când se încearcă tot felul de comportamente, chiar și cele străine de propria personalitate, cu scopul cunoașterii de sine. Această dorință a adolescentului de a experimenta o gamă cât mai largă de comportamente face puțin predictibil modul lui de a acționa într-o anumită situație. Nu putem anticipa ușor modul lui de acțiune. Este ceea ce ne face să afirmăm că nu avem garanții absolute în ceea ce privește decizia unui tânăr de a nu consuma droguri într-o situație dată, chiar dacă cunoaște riscurile acestui comportament. Majoritatea adolescenților vor să experimenteze emoții puternice, intense. Această dorință se integrează în dorința generală a adolescentului de a trăi ceea ce nu a mai trăit până atunci, de a face ceea ce nu a mai făcut până atunci. Dacă se pune în balanță siguranța personală și experimentarea unei emoții puternice, ei minimalizează pericolul și se expun mai ușor la situații nesigure. Această tendință se reduce din amplitudine în tinerețe, ajungându-se la vârsta adultă și bătrânețe la precauție maximă. Subestimarea pericolului și invulnerabilitatea este o altă caracteristică specifică vârstei. De exemplu, durerea, boala sunt aspecte ale vieții, dar ele sunt privite ca fiind departe, că nu îl pot atinge. De aceea adolescenții, ignorând pericolele mai mult decât adulții, sunt mai curajoși în a aborda necunoscutul și experiențele cu pericol crescut. În virtutea acestui fapt, adolescentul, deși poate cunoaște pericolul la care se expune consumând droguri, poate să-l ignore, să nu ia în considerare riscul instalării dependenței fizice și psihice.

Putem concluziona că adolescența este o perioadă de confuzie valorică în care se adoptă cu ușurință comportamente neconformiste, de mult ori la sugestiile prietenilor, părinții având o autoritate mai scăzută în fața lor. Adolescenții sunt foarte dornici să încerce senzații noi și de aceea încălcarea normelor sociale este de mult ori atractivă pentru ei. Toate aceste caracteristici sunt factori de risc și cresc vulnerabilitatea față de consumul de droguri.

Acțiunea factorilor exogeni asupra adolescentului

Școala

Educația este percepută în prezent ca o funcție vitală a societății contemporane deoarece prin educație societatea își perpetuează existența, transmițând din generație în generație tot ceea ce umanitatea a învățat despre ea însăși și despre umanitate (Neamțu, 2003, p. 830).

Școala este instituția cu rol informativ și formativ, unde se continuă procesul de socializare secundară. Considerată un factor cheie în dezvoltarea societății, școala prin rolul său educativ, constituie unul dintre cele mai puternice instrumente de care dispunem pentru a modela viitorul. Tot aici se caută și soluția tuturor problemelor grave și cronice cu care se confruntă societatea contemporană, deși se știe că socializarea în școală nu are profunzimea celei din familie. Obiectivul major al școlii este acela de a oferi un context adecvat învățării și dezvoltării, în care toți beneficiarii să se pregătească să înțeleagă lumea în care trăiesc și în care vor deveni activi în viitor. Dat fiind statutul ei privilegiat, care provine din funcția de asigurare a reproducerii valorice a societății, educația din școala contemporană suportă presiuni tot mai mari din partea celorlalte subsisteme ale societății. Școala este prima instituție care-i confruntă pe elevi cu exigențele integrării socio - normative și toate cercetările demonstrează convingător că modul în care se adaptează un copil la școală reprezintă principalul indicator predictiv cu privire la calitatea conduitei sale socio - profesionale ca adult.

Intrarea copilului în școală este un eveniment ce afectează direct și copilul și familia lui. Acesta pășește într-un mediu formal, caracterizat de regimul de drepturi și îndatoriri școlare, în care educatorul ia locul părintelui. El își pierde statutul de privilegiat al familiei și devine un anonim printre ceilalți. Apare acum și situația incongruenței între modelele de socializare oferite de familie și cel pe care-l promovează școala. În practica educațională, pot apărea trei tipuri de situații: paralelismul (valorile unui model de socializare nu se regăsesc în celălalt), divergența (când ceea ce este evaluat pozitiv într-un model de socializare devine comportament marginal în celălalt model) și contradicția (când între cele două seturi normative, specifice fiecărui model de socializare există relații de contradicție). Insuccesul școlar a evoluat de la stadiul de problemă izolată, specific anumitor elevi și interpretat ca problematic, ce ține de deficiențele subiectului, până la stadiul de adevărate fenomene sociale, pe măsură ce integrarea socială cerea un nivel al studiilor tot mai înalt. Aici elevul își găsește persoane de referință din rândul profesorilor și

Analele Universității Dunărea de Jos din Galați, fasc. XX, Sociologie, nr. 8, 2013, pp. 78-115.

persoane de aceeași vârstă cu el, care promovează aceleași interese, trec prin experiențe asemănătoare. De aici se recrutează cea mai mare parte a grupului de prieteni. În acest sens, școala are atât rol de instituție, impunând o serie de reguli și valori, cât și de mediu social, ca principal furnizor de egali ai grupului. Există riscul contagiunii cu comportamente negative și a sporirii curiozității tinerilor. Școala este dependentă de celelalte componente ale mediului social (amplasarea ei în mediul rural, urban, în cartiere mărginașe sau centrale), care pot fi mai accesibile sau nu consumului. Chiar dacă este un mediu care oferă siguranță, nu este ferit de consumul de droguri legale și chiar ilegale. Elevii etichetați ca fiind “problemă” cu absenteism școlar și randament scăzut sunt mai predispuși contactului cu consumatorii de droguri. Învățarea înseamnă interacțiune: interacțiunea cu profesorul, cu ceilalți elevi, cu grupul de elevi, cu ceilalți adulți din școală. Toate aceste tipuri de interacțiuni reglează mecanismele adaptării școlare și contribuie la cristalizarea identității sociale a elevului (Abraham, 2007, p. 51).

Cartierul

Un alt factor cu putere de predicție al consumului de droguri poate fi reprezentat de locul de reședință al tinerilor. De regulă, cartierul sau zona pot fi descrise prin anumite caracteristici ce le fac ușor de recunoscut pentru locuitorii comunității. Astfel există zone “bune”, zone “problemă”, cartiere bogate, modeste sau sărace, având anumite caracteristici prin care se disting; astfel, o zonă săracă va fi de cele mai multe ori o zonă nesigură, cu probleme sociale multiple. Aici sunt concentrate excluziunea socială, sărăcia, spații de locuit necorespunzătoare și criminalitatea ridicată. Aici accesul la droguri ilegale este mai ușor, iar contactul cu consumatorii și traficanții este mai probabil. Aici este prezent mai intens și consumul de droguri legale. Faptul de a locui în urban este o condiție de acces la asemenea cartiere și un predictor mai bun în ceea ce privește consumul de droguri ilegale. Multitudinea de anchete și cercetări disponibile recuză noțiuni ample, care presupun problematici complicate, cum ar fi cea a unui „mod de viață urban” de care ar suferi tinerii din suburbii. Chiar brutală, urbanizarea nu determină ea singură un mod de viață și cu atât mai puțin un mod de viață unic, (Ferréol, 2000, p. 137).

Societatea

O altă categorie de tineri sunt cei care, sub influența curentelor din Occident, se orientează împotriva valorilor clasice ale societății. De multe ori în aceste culturi zis “revoluționare” valorile pozitive sunt reprezentate de **Analele Universității Dunărea de Jos din Galați, fasc. XX, Sociologie, nr. 8, 2013, pp. 78-115.**

indiferență, de opoziție cu societatea. De obicei, tinerii devin pasivi față de obligațiile sociale, prezintă interes scăzut față de școală, prezintă probleme serioase în inserția în cadrul familiei, munca este devalorizată, proiecțiile de viitor sunt neconturate. Grupurile sunt consolidate de comuniunea de idei, ținută, tunsoare, limbaj. În interiorul grupului există o ierarhie bine definită.

Uzul timpuriu al substanțelor "tolerate" de către societate (tutun, alcool) constituie uneori o poartă de intrare pentru folosirea drogurilor ilicite, mai ales dacă vulnerabilitatea biologică sau trăsăturile psihopatologice ale individului predispun la apariția fenomenelor de dependență.

Uneori victimele consumului de drog fac parte chiar din rândul personalului medical. Deși informați în legătură cu pericolele, persoanele vulnerabile, cu sau fără predispoziție genetică, marcați din cauza stresului cronic, de neîncredere în forțele proprii, oboseală, insomnie, anxietate, disponibilitatea drogurilor recurg la uzul lor (alcool, diazepam, cocaină, morfină, amfetamine, chetamină etc).

În acest context, rolul factorilor socio-culturali este deosebit de important deoarece ei pot îndruma persoana către adicție (mediul subcultural, criminalitatea, lipsa perspectivelor) sau, dimpotrivă, o pot susține în lupta sa cu drogurile prin oferirea de alternative existențiale viabile.

Inserția și posibilitatea reinsertiei tânărului în societate, reabilitarea legăturii afective cu părinții, familia lărgită, este influențată de valorile promovate de aceștia care pot juca rol de predictor al evoluției viitoare a consumatorului. Conform acestui studiu realizat de dr. Racz Josef, în funcție de valorile pe care le promovează, consumatorii adolescenți de droguri pot fi împărțiți în patru categorii:

➤ în grupul A se află tinerii dependenți cu un trecut de 8-10 ani de consum. Educația lor s-a produs în familiile unde de obicei mama avea rolul dominant și cel puțin un părinte era dependent de alcool.

- În acest caz, valorile pozitive reprezentate de ei erau: drog, grup, concerte, libertate, îmbrăcăminte, tunsoare, bijuterii
- Valorile negative: familia, munca, șeful, școala, închisoarea, poliția, statul, suferința fizică, moartea;
- Valori ambivalente: membru de familie, sexualitate, prietenie (doresc, dar nu o pot menține), singurătate, boală, alimentație.

➤ în grupul B au fost studiați tinerii consumatori de solvenți organici, proveniți din instituții de ocrotire.

- Valori pozitive: grup, mulți prieteni, concerte, libertate, sărbătorire comună, locuință, profesie, familie, bani;
 - Valori negative: ordonare, conducere, plictiseală;
 - Valori ambivalente: drogul, evadare, vagabondaj, spargeri, sex, prietenie.
- în grupul C sunt tineri care au trăit și în familie și în mediu de ocrotire. De obicei, din cauza climatului nefavorabil, au ajuns pe stradă, prezentau multiple deviațe comportamentale, dar nu drogul era elementul de bază în sistemul de valori.
- Valori pozitive: companie, evadare, vagabondaj, încredere, preocupare față de semenii, familie, dragoste părintească;
 - Valori negative: agresiune, frică, eșec;
 - Valori ambivalente: furt, înșelăciune, sentimentul vinovăției.
- în grupul D se află tinerii care au o situație familială bună, nivel social destul de ridicat, de obicei studii medii, tineri care totuși aparțin subculturilor consumatoare de droguri.
- Valori pozitive: diferența față de ceilalți, stilul avangardist, modern, muzică, călătorie, artă, relații partenoriale;
 - Valori negative: politica, discordanțele economice – politice, averea;
 - Valori ambivalente: părinți, droguri.

Etiologia multifactorială a comportamentului adictiv este în prezent cea mai larg acceptată, ponderea fiecărui factor fiind variabilă la diferiți indivizi. Astfel, experimentarea inițială a drogului este determinată de cele mai mult ori de influența de grup, toleranța mediului, de accesibilitate la drogul respectiv, climatul familial și valorile transmise în cadrul socializării primare, în timp ce efectele consumului și persistența comportamentului adictiv sunt mai probabil datorate trăsăturilor biologice și psihologice ale persoanei (Abraham, 2004, p. 35).

II. 2 Schimbări de comportament

Simptome specifice consumului de droguri

Lucrările consacrate în domeniu arată faptul că tinerii consumatori de droguri prezintă structuri psihice fragile și un profil de personalitate tipic conduitei dependente. Lipsa de încredere în sine, cu accentuate note depresive

este foarte prezentă la acești tineri, care se simt foarte puțin securizați, fără repere valorice certe și cu o mare nevoie de siguranță, de valorizare și de confirmare a propriei identități. Impulsivitatea și intoleranța la frustrare este o altă trăsătură importantă a profilului lor psihic.

Principala caracteristică a consumatorilor de droguri este tinerețea, media de vârstă înregistrând o continuă scădere: de la 18-22 de ani (la începutul anului 1997) la 15-18 ani în prezent. Este vorba de un grup social deosebit de vulnerabil, aflat în situație de risc social. Este vorba de riscul de a-și pierde identitatea ca indivizi și sentimentul de apartenență atât la propriul grup generațional, cât și la întreaga societate. Datorită conduitelor deviate adoptate, tinerii consumatori ajung într-o poziție marginală a societății (Abraham, 2007, p. 107).

Adolescenții și tinerii care consumă droguri sunt potențiali delincvenți, deoarece dependența și duritatea sindromului de abținere (sevrăjul) îi determină să apeleze la orice căi pentru a obține banii necesari procurării drogului. Primul pas (după vinderea obiectelor personale, furtul banilor și a obiectelor de valoare din casă) este angrenarea în micul trafic stradal și furturile din buzunare, după care urmează furturile din mașini, tâlhăriile și infracțiunile comise cu violență.

Odata ce încep să se drogheze, toxicomanii încep să aibă și probleme cu poliția, ei îngroșând rândul delincvenților minori, asta întrucât printre metodele prin care își procură bani pentru "o linie" se numără spargerea mașinilor și vânzarea "ponturilor" pentru apartamente în care se poate "opera".

În vederea *depistării precoce* a celor care folosesc droguri, unele indicii care pot sugera consumul:

- schimbarea bruscă a comportamentului;
- treceri fără motiv de la veselie la tristețe, uneori chiar agresivitate neobișnuită;
- pierderea apetitului alimentar;
- pierderea gradată a interesului pentru școală, muncă, hobby-uri, sporturi, prieteni;
- stări de somnolență și apatie necaracteristice;
- dispariția banilor sau a unor obiecte de valoare din casă;
- pete neobișnuite, mirosuri ciudate pe piele sau îmbrăcăminte;
- schimbarea grupului de prieteni, precum și tendința de tănuire a acestor noi "prieteni".

Printre *semnele fizice* pe care le manifestă adolescenții se includ:

- Pierderea /creșterea poftei de mâncare, o inexplicabilă scădere sau creștere în greutate, orice schimbare a obiceiurilor alimentare
- Schimbarea ritmului mersului, o încetinire sau o înțepenire a mersului, o slabă coordonare a mișcărilor
- Insomnie, trezirea la ore neobișnuite, o lene neobișnuită
- Ochii roșii și înlăcrimați, pupile mai mari, pleoape căzute
- Palme umede și reci, mâini tremurătoare
- Fața roșie sau palidă
- Miros de substanțe la expirație, din corp sau de pe haine
- Foarte activ, excesiv de vorbăreț
- Secreții nazale ca la răceală, extremități reci
- Urme de înțepături pe antebrațe sau picioare
- Grețuri și vome frecvente, sau transpirații excesive
- Tremurături ale mâinilor, picioarelor sau capului
- Puls neregulat-modificări sau creștere bruscă a apetitului
- Pierderi în greutate sau pierderea poftei de mâncare inexplicabile

Schimbările comportamentale întâlnite în rândul adolescenților dependenți de droguri sunt:

- Schimbare în atitudine, comportament sau personalitate, dispoziție fără o cauză aparentă
- Schimbarea prietenilor sau evitarea celor vechi, nu vrea să vorbească despre prietenii cei noi sau aceștia sunt cunoscuți ca și consumatori de droguri.
- Schimbare în activități, hobby-uri sau interese
- Schimbarea comportamentului acasă, pierderea interesului pentru familie și activitățile de familie
- Dificultăți de concentrare, distrat, uituc
- O lipsă de motivație în general, pierderea energiei, a stimei de sine, o atitudine de nepăsare
- Frecvent hipersensibil, își pierde repede cumpătul, sau are resentimente puternice
- Stări de iritabilitate sau manie - reacții exagerate față de unele simple cereri
- Stare de prostrație sau dezorientare
- Accidente de mașină
- Necinste cronică, furt de bani, vânzarea unor obiecte din casă

- O nevoie inexplicabilă de bani, fură bani sau obiecte pentru a fi vândute
- Conversații telefonice pe ascuns cu persoane care sună și refuză să-și spună numele, care închid când răspunde altcineva
- Absențe inexplicabile de acasă
- Caracter ascuns, lipsa de considerație pentru ceilalți
- Schimbări ale obiceiurilor de toaletă

De asemenea, tinerii toxicomani înregistrează anumite *schimbări în mediul școlar*:

- scădere a randamentului școlar, a notelor obținute
- diminuarea memoriei imediate, a capacității de concentrare, a atenției
- absențe sau întârzieri frecvente
- lipsa de participare în clasă
- somn sau somnolență în timpul orelor
- ținută neglijentă, haine sau igienă personală lăsând de dorit
- apatie
- probleme de comportament, măsuri disciplinare crescute
- nou grup de prieteni.

Datorită dorinței de a experimenta o gamă cât mai largă de comportamente este mai greu de prevăzut ce va face un adolescent într-o anumită situație. Un anumit grad de previzibilitate există, dar este mai mic decât în cazul unui adult. De aceea este greu să garantăm că un adolescent se va comporta într-un anumit fel, într-o anumită situație. Există prea multă dorință din partea acestuia de a trăi ceea ce este nou și de a-și testa limitele personale. Este ceea ce ne face să afirmăm că nu avem garanții absolute în ceea ce privește decizia unui adolescent de a nu consuma droguri într-o situație dată, chiar dacă el cunoaște care sunt riscurile consumului de droguri.

Comportamentul adictiv al adolescenților toxicomani

În termeni cu semnificații foarte apropiate și care se utilizează tot mai des, cu arie de cuprindere mai amplă, este cel de adicție; acesta încearcă să relativizeze locul substanțelor în toxicomanie, vorbind mai ales despre „dependențele fără droguri”, adică despre conduitele compulsive. Fiind un termen care face legătura între normal și patologic, el definește (după A.

Goodman, citat de Valleur și Matysiak, 2002) în concordanță cu Diagnostic Criteria of DSM, comportamentele de tipul:

- imposibilitatea de a rezista impulsurilor comportamentale de acest tip;
- obținerea unei stări de plăcere sau de eliberare în timpul acestui comportament;
- apariția unei senzații de pierdere a controlului;
- prezența a cel puțin cinci criterii din următoarele nouă: preocupări evidente pentru acest comportament, episoade comportamentale din ce în ce mai intense și mai de durată, tentative repetate pentru a controla/diminua/abandona comportamentul, perioade de timp tot mai mari consacrate episoadelor comportamentale, apariția tot mai frecventă a episoadelor în timpul alocat obligațiilor sociale, familiale, profesionale, școlare, sacrificarea și suspendarea acestor activități în favoarea comportamentelor de acest tip, menținerea comportamentelor chiar dacă subiectul este conștient că acesta îi generează sau îi agravează o problemă persistentă sau recurentă de natură financiară, socială, psihologică sau fizică, o toleranță evidentă (nevoia de a crește intensitatea sau frecvența episoadelor pentru a obține efectul căutat sau reducerea efectelor prin menținerea aceleiași intensități comportamentale), instalarea unei stări de agitație sau iritabilitate în situațiile când nu sunt posibile episoadele comportamentale;
- unele elemente ale sindromului adictiv durează cel puțin o lună sau se repetă pe perioade mai mari de timp (Neamțu, 2005, p. 388).

Personalitățile adictive prezintă un spectru larg de comportamente complexe care variază de la pattern-uri comportamentale până la adicție psihică. Ca stadiu final și sever de comportament adictiv se manifestă abuzul și dependența de droguri, întâlnite la orice vârstă, dar cel mai frecvent în adolescență și prima tinerețe.

Astfel, cauzele abuzului de substanțe sunt multiple. Unii sunt predispuși acestor riscuri fie din cauza factorilor genetici, fie din cauza factorilor psihici. Cercetările au arătat ca fiii alcoolicii sunt de două ori mai predispuși la alcoolism decât ceilalți. La perechile de gemeni, dacă unul dintre ei este alcoolic, există o mare probabilitate ca și celălalt să fie la fel. Faptul că majoritatea celor care au părinți alcoolici devin alcoolici ei înșiși demonstrează influența majoră a factorilor psihosociali, dar mai ales a factorilor de

personalitate, ca și o mare varietate de factori de mediu familial sau organizațional.

Adicțiile sunt greu de tratat. Comportamentele adictive implică deseori probleme psihologice de lungă durată și surse permanente de stres în viața cuiva. Sunt numeroase cazurile de cură inițială urmate apoi de revenirea la viciu. Adicția fizică alterează biochimia cerebrală, astfel încât este foarte probabil ca la un nou contact cu substanța generatoare de adicție să se producă declanșarea comportamentului adictiv. Abstinanța este necesară pentru înlăturarea dependenței de substanță. Persoanele adictive la un astfel de comportament compulsiv, deși le este greu să se abțină în totalitate ar trebui să învețe să-și înțeleagă și să-și modifice comportamentul.

Primul pas în procesul de restabilire este să se admită faptul că există o problemă și să se ceară ajutorul. Intervenția este necesară, incluzând medicația pentru tratarea simptomelor.

Un alt punct de vedere ne arată cum experiența totală a unui adictiv include mai mult decât efectele fiziologice ale consumului de drog. Datele de cercetare arată că mulți dintre adictivi nu acceptă un substitut al heroinei care nu poate fi injectat. Nici măcar nu le-ar conveni legalizarea heroinei dacă aceasta ar însemna eliminarea procedurilor de injectare. Pentru acești adictivi, ritualul asociat cu folosirea heroinei este o parte însemnată a experienței cu drogul. Ritualul clandestin al uzului de drog contribuie la repetiție, la certitudinea efectului, la protecție contra schimbării și la noutatea pe care adictivii o caută în această experiență. Astfel, în studiile de specialitate, s-a constatat că adictivii foloseau uneori injectarea apei sterile sau chiar simpla înțepătură a pielii, așa-numita injectare „uscată” (Pavel, 2007, p. 121).

Personalitățile adictive au, în general, o viziune dureroasă asupra vieții, o viziune plină de teamă și o viziune negativă despre lume, un scăzut nivel al stimei de sine și un mod neadecvat de percepere a realității, incapacitatea de a se implica într-o activitate, muncă și relații sociale.

Adolescenții consumatori sunt în general anxioși. În mod sistematic ei evită noutatea și provocările și preferă relațiile cu persoane care au aceleași dependențe. Din cauza faptului că își pierd încrederea în ei înșiși și în mediul social, optează pentru gratificarea imediată și predictivă oferită de heroină.

Adictivii își oferă heroină deoarece aceasta conduce la reducerea anxietății și a simțului inadecvării. În același timp, drogurile influențează abilitatea persoanelor de a se descurca în viață, mai ales prin reducerea capacității de funcționare. Administrarea drogului dezvoltă nevoia de consum, sporește sentimentul de vinovăție și accentuează impactul cu problemele vieții, *Analele Universității Dunărea de Jos din Galați, fasc. XX, Sociologie, nr. 8, 2013, pp. 78-115.*

astfel încât apare o nevoie crescută de a trece în amorțeală și de a deveni nepăsător. Acest cerc vicios poate fi numit ciclu adictiv.

Există o combinație între izolare și teama față de adicție, însoțite de frica de uniformitate, care contribuie la formarea imaginii pe care adolescenții adictivi o au despre ei înșiși și despre mediul lor. Astfel, cu cât adictivii caută experiențe speciale obținute cu ajutorul drogului, cu atât mai greu se vor lipsi de ajutorul oferit de aceste substanțe.

III. Aspecte practice în intervenție și prevenție

III.1 Strategii locale - studiu de caz Brăila

Centrul de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog Brăila desfășoară intense activități în combaterea consumului de droguri. Astfel, pornind de la constatarea cauzelor, condițiilor și împrejurărilor care generează, favorizează sau înlesnesc posibilitatea sau consumul de droguri în județul Brăila, Centrul își propune:

- formarea unei opinii majoritare a cetățenilor de respingere a drogurilor;
- reducerea și punerea sub control a consumului de droguri;
- sprijinirea instituțiilor statului implicate, sau ale societății civile în adoptarea celor mai eficiente măsuri în domeniul prevenirii consumului de droguri;
- atragerea de surse de finanțare a unor programe de ocupare pozitivă a timpului liber (de substituire) și pentru tratamentul în post cură.

În prezent, Centrul din județul Brăila se află în stadiul de consolidare a structurii sale organizatorice, a rolului și poziției sale de organism pus în slujba comunității, de atragere de parteneri interni și externi în vederea promovării de programe socio-educative, care să aibă ca efect: diminuarea traficului și consumului de droguri și creșterea nivelului de informare a cetățenilor comunitari cu privire la droguri și efectele lor nocive.

III.2. Programe de prevenire

Prevenirea este un răspuns anticipat față de un eveniment care se presupune a fi nociv. Activitatea de prevenire este fundamentată de două modalități de abordare:

- reducerea/eliminarea posibilității ca un eveniment nedorit să apară;

- reducerea posibilității de apariție a unor evenimente nocive secundare, ulterioare față de prima abordare. În acest caz există posibilitatea ca evenimentul nedorit să fie același (de ex. transmiterea HIV la alte persoane dintr-un grup de consumatori de droguri injectabile) sau poate fi un eveniment diferit, dar la fel de nociv (cazul supradozei la consumatorii de heroină).

În formularea obiectivelor prevenirii se au în vedere trei elemente cheie, care conturează trei strategii de intervenție: drogurile, persoana și mediul. Cercetările au arătat că nu există o strategie unică de abordare, care să se dovedească eficientă pentru toate grupurile țintă. De aceea, strategiile complexe sunt cele mai eficiente.

Autorii unui manual publicat de către Oficiul de Prevenire a Abuzului de Substanțe (OSAP) din Statele Unite au clasificat programele de prevenire (având ca public țintă în special tinerii), după cum urmează:

Programe centrate pe persoană

Dezvoltarea cunoștințelor, comportamentelor și atitudinilor față de consumul de tutun, alcool și droguri reprezintă cea mai des utilizată strategie de prevenire. Scopul acestor programe este de a influența mai degrabă indivizii, decât mediul lor social sau economic (Abraham, 2007, p. 11). Abordările utilizate în aceste programe sunt:

Tactici de înspăimântare. Scopul este de a înspăimânta grupul țintă privind consecințele unui anumit comportament, recurgând la anxietate.

Transmiterea unui mesaj de folosire cumpătată. Această abordare contrazice părerea generală conform căreia consumul de tutun, alcool și droguri este inacceptabil, sub orice formă.

Dezvoltare emoțională și interpersonală. Aceste programe au ca scop îmbunătățirea imaginii de sine, a auto-determinării, a abilităților de comunicare și definirea valorilor personale.

Oferirea de activități alternative. Aceste programe sunt direcționate către sprijinirea dezvoltării personale și oferirea de provocări - alternative pentru a combate unul din factorii de risc personali: plictiseala.

Aceste abordări au însă un efect insesizabil, cel puțin sub forma lor actuală.

- Informarea. Această abordare pleacă de la ipoteza că adolescenții folosesc droguri deoarece nu au fost suficient informați asupra efectelor dăunătoare ale acestora. Dacă sursa de la care este primită informația este considerată de încredere de către grupul - țintă, atunci, prin

omiterea elementului „teamă”, informația oferită poate deveni o parte importantă a unei abordări mai complexe.

- „Ar putea să mi se întâmple și mie”. Ipoteza de bază a acestei abordări este aceea că, deși tinerii cunosc efectele negative ale consumului de droguri, nu iau în considerare că acestea i-ar putea afecta și pe ei. Astfel, conștientizarea acestui risc potențial de către grupul-țintă poate fi eficace în prevenirea consumului, dacă mesajele transmise au la bază dovezi științifice.
- Managementul emoțiilor. Această abordare pleacă de la ipoteza că oamenii consumă droguri ca urmare a unor probleme emoționale. Abordarea se concentrează pe îmbunătățirea rezistenței la stres și detectarea unor grupuri de risc, pentru a le acorda la timp sprijinul necesar.
- Îmbunătățirea abilităților sociale. Aceste programe sunt destinate promovării fermității, îmbunătățirii comunicării sociale, dezvoltării asertivității și încurajării participanților pentru a rezista presiunii sociale negative.
- Identificarea comportamentului antisocial în stadiul incipient. Ipoteza de la care pleacă această abordare este aceea că agresiunea, răzvrătirea, nerăbdarea și timiditatea sunt potențiale indicii pentru viitoare probleme comportamentale. Programele sunt concepute pentru a-i identifica din timp pe copiii cu astfel de probleme și de a-i orienta într-o direcție mult mai acceptabilă din punct de vedere social.

Programe centrate pe grupul de egali

În cazul tinerilor, membrii unui grup au de obicei o influență majoră. Programele derulate în școli pot profita de acest avantaj implicând tinerii în activitățile de prevenire. Este de preferat ca programele de acest gen să includă componente de dezvoltare a abilităților sociale și tehnici interactive.

Programe centrate pe familie

Aceste programe au la bază ipoteza că familia joacă un rol activ în prevenirea consumului de droguri. În cadrul acestor programe de educație, părinții sunt informați cu privire la consumul de droguri și efectele acestuia, își dezvoltă activități de ascultare activă, de stabilire a regulilor și limitelor, de recunoaștere timpurie a consumului de droguri. Întâlnirile cu părinții sunt mult mai eficiente decât transmiterea acestor informații prin materiale de

informare-educare. Broșurile de informare pot constitui un prim pas pentru a stimula implicarea activă a părinților.

Programe centrate pe școală

Aceste programe vizează politica școlii, cursanții și cadrele didactice. Astfel, în cadrul școlii:

- sunt stabilite norme clare, deopotrivă pentru cursanți și profesori, privind consumul de tutun, alcool și droguri;
- sunt oferite cursanților servicii de consiliere;
- cadrele didactice sunt informate și formate pentru a putea identifica consumul de droguri, precum și pentru a avea cunoștințele și abilitățile necesare în implementarea programelor de prevenire;
- cadrele didactice sunt încurajate să își revizuiască propriile convingeri și comportamente legate de consumul de tutun, alcool și droguri (Abraham, 2007, p. 13).

Campaniile mass-media de prevenire a consumului de droguri nu au efect direct asupra formării sau schimbării unui comportament. Totuși, mass-media au un rol important în transmiterea informațiilor, conștientizarea și stimularea comunicării interpersonale. Mesajele transmise prin mass-media trebuie să reflecte realitatea socială și să fie adaptate grupului-țintă (Abraham, 2007, p. 16).

III.3. Programe integrate de asistență pentru tratament și intervenție

Programele integrate de asistență implică un set comprehensiv de programe terapeutice, psihologice și sociale, complementare, simultane sau secvențiale, care se concretizează într-un plan individualizat de asistență. Pentru inițializarea acestor acțiuni este însă obligatorie întocmirea unui acord între beneficiar și managerul de caz (vezi Anexa 3).

Programele integrate de asistență (PIT) structurează modalitatea de acordare a serviciilor într-o manieră integrată și continuă. Caracterul integrat rezultă din corelarea abordării longitudinale cu cea încrucișată și va lua forma unui set de intervenții complementare, simultane sau secvențiale – care reflectă diversitatea necesară adecvării la diferitele fațete și nevoi asociate tulburărilor datorate consumului de droguri. Ca parte a acestei abordări, programele de asistență și serviciile nu sunt integrate numai între ele, dar și cu rețeaua generală de servicii de asistență, primară și de specialitate.

În mod practic, pe baza rezultatelor evaluării și aplicării criteriilor de orientare este posibilă selectarea unuia din cele patru PIT, ca fiind cel mai adecvat problematicii depistate. În cadrul unui PIT, modalitățile de asistență selectate pot corespunde unui sau mai multor niveluri de intervenție, în funcție de complexitatea, dificultatea, severitatea, necesitatea intervenției imediate – aspecte identificate în urma evaluării. Pe de altă parte, secvențialitatea va fi asigurată urmărind nu numai parcursul evoluției adictive, dar și o ierarhizare a problematicii care permite dezvoltarea abordărilor succesive, cu caracter continuu.

Avantajul esențial al dezvoltării PIT constă în garantarea caracterului integral și continuu al asistenței acordate consumatorilor de droguri. Pentru selectarea unui PIT este absolut necesară evaluarea complexă multidisciplinară. Este astfel necesară dezvoltarea unei rețele de instituții și profesioniști care să răspundă acestei provocări. Aceasta implică dezvoltarea unui cadru relațional bazat pe legături formale – contracte și convenții de parteneriat – dar și informale, aplicabile ori de câte ori se dovedește necesară alocarea resurselor financiare care să permită funcționarea eficace a acestei rețele. De asemenea, pregătirea specifică pentru realizarea managementului de caz este absolut necesară pentru ca, alături de stabilirea instrumentelor de lucru, să permită orientarea, pregătirea profesională în scopul abordării cât mai potrivite a fiecărui caz (Abraham, 2005, p. 61).

Tipuri de programe integrate de asistență

Pentru fiecare din cele patru PIT au fost stabilite scopul acestuia, regăsit în denumirea programului, obiectivele specifice fiecăruia, listate în sensul atingerii scopului, dar și al rezultatului final așteptat în urma aplicării intervențiilor, și anume reabilitarea și reinsertia socială. De asemenea, suplimentar, pentru simplificarea selecției sunt precizate tipurile de servicii ce pot fi oferite exclusiv sau nu într-un PIT, în totalitate sau în parte, funcție de evaluare și implementate prin intermediul planului individualizat.

Program integrat de asistență 1: Program drog 0 de intensitate mică

Descriere: acest tip de program este un program drog 0 în cadrul căruia pot fi necesare măsuri terapeutice adresate întreruperii consumului de droguri, dar acestea sunt minime, constând din intervenții psiho-sociale destinate menținerii abstenenței și reintegrării sociale și, acolo unde este cazul, de susținere a abstenenței cu antagoniști de opiacee.

Mijloace: mijloace medicamentoase pentru dobândirea și menținerea abstenenței, consiliere, psihoterapie, informare, educare.

Intensitate: intensitatea intervențiilor este cel mai adesea minimă dar, în funcție de riscurile depistate în ariile de evaluare, unele intervenții pot avea caracter intensiv, în regim închis.

Caracteristici: Risc minim în toate ariile: riscul de sevraj/intoxicație, cel al complicațiilor bio-medicale, psihologice și comportamentale este absent, complianță pentru schimbare, capacitate de menținere a abstenenței, mediul de recuperare suportiv.

Obiective:

- Dobândirea și/sau menținerea abstenenței;
- Îmbunătățirea integrării familiale, sociale și profesionale;
- Ameliorarea problemelor psiho-emoționale și de comportament și optimizarea dezvoltării personale;
- Dezvoltarea sau redobândirea abilităților sociale;
- Stimularea includerii în activități profesionale, sportive, culturale.

Servicii:

- Servicii medicale de bază și specializate, vaccinare;
- Susținerea abstenenței cu antagoniști de opiacee;
- Servicii de conciliere psihologică și/sau psihoterapie în scopul dezvoltării motivației, scăderii rezistenței la tratament sau creșterii acceptării acestuia;
- Servicii de consiliere psihologică pre și post testare HIV, hepatite B și C;
- Testarea prezenței drogurilor;
- Servicii de consiliere psihologică și/sau psihoterapie în scopul ameliorării problemelor psiho-emoționale și de comportament și optimizării dezvoltării personale;
- Servicii de asistență socială;
- Consiliere juridică;
- Activități de informare, consiliere educațională și vocațională, în scopul creșterii autonomiei și valorii sociale individuale, a dezvoltării responsabilității și recâștigării abilităților sociale;
- Educare-formare pentru achiziționarea unor norme de coabitare, formare profesională: îmbogățirea cunoștințelor, obiceiurilor și tehnicilor profesionale;

- Consiliere pentru dezvoltarea abilităților de căutare și obținere a unui loc de muncă;
- Educare și formare pentru obținerea unui nivel educativ, cultural și relațional suficient pentru a conștientiza și participa la viața socială și a accesa servicii de sprijin comunitar.

Program integrat de asistență 2: drog 0

Descriere: acest tip de program este un program drog 0 în cadrul căruia sunt necesare măsuri terapeutice adresate întreruperii consumului, dezintoxicării și menținerii abstenenței și reintegrării sociale.

Mijloace: mijloace medicamentoase pentru dobândirea și menținerea abstenenței, consiliere, psihoterapie, informare, educare.

Intensitate: intensitatea intervențiilor este adesea minimă, dar, în funcție de riscurile depistate în ariile de evaluare, unele intervenții pot avea caracter intensiv, în regim închis.

Caracteristici: risc minim de intoxicație acută severă, sindrom de abstenență abordabil medical imediat și risc minim în aria bio-medicală dar cu risc moderat în orice altă arie: riscul de sevraj/intoxicație este minim, complicații bio-medicale gestionabile, complicații psihologice și comportamentale de severitate medie, pregătirea pentru schimbare: cooperare, dar necesită structurare, potențial de recădere redus sau moderat, necesită monitorizare, mediul de recuperare mai puțin suportabil, structurarea va crește capacitatea de cooperare.

Obiective

- Întreruperea consumului de droguri sub control medical și menținerea abstenenței;
- Îmbunătățirea integrării familiale, sociale și profesionale;
- Ameliorarea problemelor psiho-emoționale și de comportament și optimizarea dezvoltării personale;
- Dezvoltarea sau redobândirea abilităților sociale;
- Stimularea includerii în activități profesionale, sportive, culturale.

Servicii:

În plus față de serviciile oferite în PIT 1 pot fi oferite următoarele: dezintoxicare substitutivă sau non-substitutivă, în ambulator sau în regim spitalicesc.

Program integrat de asistență 3: Program drog 0 cu stabilizare

Descriere: acest tip de program este un program de drog 0, în cadrul căruia măsurile adresate stabilizării medicale, psihologice sau sociale, preced pe cele adresate direct întreruperii consumului, la care se asociază intervenții psiho-sociale destinate menținerii abstenenței și reintegrării sociale.

Mijloace: medicamentoase pentru stabilizarea condițiilor medicale asociate consumului, asistență socială, juridică pentru stabilizarea condițiilor psihologice și/sau sociale, mijloace medicamentoase pentru dobândirea și menținerea abstenenței, consiliere, psihoterapie, informare, educare, formare, asistență socială în vederea reabilitării.

Intensitate: intensitatea intervențiilor este rareori minimă și, în funcție de riscurile depistate în ariile de evaluare, unele intervenții pot avea caracter mediu și intensiv, în regim închis.

Caracteristici: Risc mediu – crescut de intoxicația acută severă, sindrom de abstenență, de severitate moderată/crescută neabordabil medical imediat sau risc moderat în aria bio-medicală sau psiho-emoțională plus risc crescut în orice altă arie: risc moderat-crescut de intoxicație acută sau sevraj, de severitate moderată/crescută, pentru a căror abordare medicală este necesară stabilizarea, condiții bio-medicale care necesită monitorizare sau adresare în vederea stabilizării, risc psihologic, comportamental moderat, rezistență la schimbare, necesită intervenții intensive, potențial de recădere crescut, incapacitate sau capacitate redusă de a controla consumul, mediul de recuperare: deficitar/non-suportiv, periculos pentru recuperare, incapacitate de reintegrare.

Obiective:

- Pregătirea pentru abstenență. Stabilizare bio-medicală, psihologică, socială, juridică în vederea obținerii abstenenței;
- Crearea condițiilor de bază pentru îmbunătățirea calității vieții;
- Întreruperea consumului de droguri sub control medical și menținerea abstenenței;
- Îmbunătățirea integrării familiale, sociale și profesionale;
- Stimularea includerii în activități profesionale, sportive, culturale;

Servicii:

În plus față de serviciile oferite în PIT 1, pot fi oferite următoarele:

- Servicii medicale specializate pentru afecțiuni coexistente și/sau cauzate de consum și care necesită o intervenție imediată;

- Servicii psihologice sau psihiatrice specializate pentru afecțiuni coexistente și/sau cauzate de consum și care necesită o intervenție imediată;
- Servicii sociale și juridice specializate pentru condiții coexistente și/sau cauzate de consum și care necesită o intervenție imediată.

Program integrat de asistență 4: Program de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri

Descriere: acest tip de program urmărește reducerea impactului și consecințelor consumului de droguri prin menținerea cu agonști de opiacee – în cazul programelor substitutive cu agonști de opiacee – sau intervențiilor minime sau a celor în criză în cazul programelor de schimb de seringi și/sau alte măsuri adresate reducerii riscurilor, acolo unde este cazul, la care se asociază intervenții psiho-sociale destinate reducerii consumului, schimbării căii de administrare sau a drogului consumat sau întreruperii consumului și menținerii abinenței dar și reabilitării și reintegrării sociale (Abraham, 2005, p. 64).

Mijloace: medicamentoase pentru substituție sau asigurarea intervențiilor medicale de bază sau în criză, măsuri specifice de reducere a riscurilor vitale sau de comorbiditate, consiliere, psihoterapie, informare, educare, asistență socială și juridică.

Intensitate: intensitatea intervențiilor este cel mai adesea minimă, și în funcție de riscurile depistate în ariile de evaluare unele intervenții pot avea caracter mediu și intensiv.

Caracteristici: risc sever datorat intoxicației/sevrajului și semnelor/simptomelor bio-medicale sau emoționale/comportamentale; risc de sevraj sever, condiții bio-medicale care pot necesita monitorizare medicală sau asistență intensivă în regim închis, complicații psihologice sau comportamentale severe.

a. Program substitutiv cu agonști de opiacee:

Obiective:

- Înlocuirea drogului consumat cu un substitut opiaceu controlat medical;
- Îmbunătățirea calității vieții;
- Îmbunătățirea integrării familiale, sociale și profesionale;
- Reducerea riscului de infectare cu HIV, hepatită B și C, tuberculoză, BTS-uri, etc;
- Reducerea consumului de alte substanțe;

Servicii:

În plus față de serviciile oferite în PIT 1, pot fi oferite următoarele:

- Prescriere și eliberare de methadonă;
- Servicii de consiliere psihologică în scopul practicării sexului protejat și a unui consum fără risc.

b. Program de schimb de seringi și/sau alte măsuri adresate reducerii riscurilor

Obiective:

- Intrarea în contact și atragerea populației din afara rețelei de tratament;
- Asigurarea vigilenței epidemiologice; reducerea incidenței infecțiilor cu transmitere pe cale sanguină sau sexuală (HIV, hepatite B și C, BTS, tuberculoză);
- Reducerea impactului și a consecințelor negative rezultate în urma consumului;
- Diminuarea conflictualității sociale și a incidențelor judiciare;
- Facilitarea practicilor de injectare sigure;
- Facilitarea schimbării căii de administrare în sensul scăderii riscului de transmitere a infecțiilor pe cale sanguină;
- Facilitarea stabilizării și/sau creșterea motivației pentru schimbare în scopul inițierii unui tratament adecvat.

Servicii:

- În plus față de serviciile oferite în PIT 4 pot fi oferite următoarele:
- Oferirea de material steril de injectare și realizarea schimbului de seringi;
- Oferirea de prezervative ;
- Intervenții în criză, asistență medicală, psihologică și socială de bază, vaccinări;
- Depistarea patologiilor asociate și facilitare transmiterii către servicii specializate;
- Informare și/sau servicii de consiliere psihologică în scopul practicării sexului protejat, a unui consum fără risc;
- Activități de informare cu privire la serviciile de asistență medicală, psihologică și socială existente;
- Acoperirea necesităților de bază: alimentație, igienă, odihnă și îmbrăcăminte.

Așadar, programele integrate de asistență permit o abordare umanistă (bazată prioritar pe necesitățile pacienților depistate în ariile de evaluare)
Analele Universității Dunărea de Jos din Galați, fasc. XX, Sociologie, nr. 8, 2013, pp. 78-115.

integrată, bazată pe principiile diversității, disponibilității, continuității, complementarității medicale, psihologice și sociale.

În aplicarea programelor integrate de asistență se urmăresc obiectivele esențiale ale asistenței consumatorilor de droguri: întreruperea consumului și/sau reducerea efectelor acestuia, prevenirea sau reducerea frecvenței și intensității recăderilor, dezvoltarea capacității psihologice și sociale necesare refacerii funcționării personale și sociale.

CONCLUZII

În timp ce unii tineri consumă droguri datorită problemelor lor emoționale, alții au cu totul alte motive. Încercările de identificare a factorilor comportamentali sau sociali de risc în consumul de drog au început să fie bine studiate și este evident că nu există niciun mecanism specific de declanșare sau vreun eveniment care să prezică consumul de droguri la o persoană dată. Socializarea la normele non-tradiționale, dereglările în relațiile normale copil-părinți, lipsa de implicare în grupuri organizate, suferința fizică și chinurile mentale, toate s-au arătat ca fiind factori de predispoziție la inițierea în consumul și abuzul de drog. Cercetările realizate pe consumatorii de cocaină și marihuană din licee evidențiază variabile comune, precum fondul intim și stilul de viață, însă cei mai mulți dintre consumatorii tineri sunt sănătoși din punctul de vedere al sănătății psihice.

Tinerii care manifestă trăsături dominante de rebeliune, impulsivitate și nesiguranță se expun unor riscuri crescute de a deveni consumatori de droguri. În mod frecvent ei manifestă o orientare hedonistă și de aceea au dificultăți în amânarea trebuințelor de satisfacție. Tinerii consumatori sunt mult mai toleranți la comportamentul deviant decât sunt non-consumatorii, astfel că toleranța la devianță reprezintă un predictor puternic atât pentru abuzul de alcool, cât și pentru droguri.

Părerea bună despre sine (self-esteem) reprezintă un alt aspect al personalității de o deosebită semnificație. Cei ce consumă droguri tind să aibă o părere despre ei mult mai slabă decât non-consumatorii; tineri au chiar aprecieri scăzute asupra capacităților lor academice mai înainte de a fi inițiați în grupul de consumatori. Cele mai multe studii sprijină această convingere, după care consumatorii de drog tind să manifeste o slabă apreciere de sine.

Admițând că este dificil dacă nu chiar periculos, se poate specula asupra relației actuale dintre aprecierea de sine și abuzul de droguri. Una din **Analele Universității Dunărea de Jos din Galați, fasc. XX, Sociologie, nr. 8, 2013, pp. 78-115.**

explicații ar fi că unii tineri vulnerabili încep să consume droguri în momentul în care aprecierea despre sine este oarecum scăzută. Acest fapt este evident fie înainte de inițierea în consum, fie curând după aceasta. Există o relație pozitivă între anumite caracteristici psihologice și comportamentele de consum și abuz de droguri, de exemplu, căutarea de senzații noi, un prag scăzut în evitarea durerii - rănirii (capacitate scăzută de evitare), incapacitatea de a controla emoțiile, labilitate emoțională sau agresivitate și ostilitate. Nu par a fi însă concrete asocierile pozitive între consumul de droguri și simptomatologia de anxietate, depresie sau stimă de sine scăzută, în timp ce alte studii au adus evidențe asupra faptului că labilitatea emoțională pare a fi mai degrabă o consecință a abuzului de droguri decât o cauză.

Factorii spirituali corelați consumului de droguri se pot sintetiza în pierderea controlului asupra experienței și scăderea semnificației vieții. Aceasta poate conduce pe mai departe la consum de drog ceea ce creează evenimente necontrolabile și epuizante.

Dependența psihică este o manifestare și mai gravă a narcomaniei. Potrivit expresivei descrieri pe care o dau narcologii acestei stări, narcomanul simte față de narcotice „dragoste”: ca un îndrăgostit, el se gândește tot timpul la obiectul dorințelor sale, așteaptă mereu întâlnirea cu el și năzuiește către el, se bucură dacă întâlnirea este pe punctul de a avea loc, se întristează și se enervează dacă ea este amânată; este gata de orice ca să fie mereu alături de narcotice.

Depersonalizarea îmbracă forme mai accentuate manifestate prin instalarea indiferenței, dezinteresului față de muncă, apatiei, modificarea afectivității, apariției instabilității și nervozității nejustificate, care culminează frecvent cu agresivitatea. Uneori, ca în cazul consumului de derivați de cannabis, primele categorii de simptome alternează cu ultimele. Nervozitatea, excitabilitatea crescută, labilitatea emoțională, tendința spre conflicte, deteriorarea somnului sunt simptome tipice, care se întâlnesc la toxicomani.

Degradarea morală umană a toxicomanului, indiferent de drogul utilizat, poate conduce la reacții antisociale și la acte de agresivitate, ajungându-se până la crimă. O viață dependentă de drog nu poate fi decât un mod de trai jalnic, demn de compătimit, de aceea trebuie să fim întotdeauna atenți pentru ca cei de lângă noi să nu fie nevoiți să apeleze la droguri; să fie suficient să respecte, să discearnă, să înceapă o acțiune, un proiect și să le finalizeze considerând că orice problemă în viață este în fond o oportunitate de a demonstra lumii și lor înșiși că au puterea de a nu se lăsa doborâți de pericolele care pândesc la fiecare colț de stradă.

Bibliografie

- Abraham, P.(coord.), 2004, *Asistența și reabilitarea persoanelor consumatoare de droguri. Metoda de Hoop*, Editura Național, București.
- Abraham, P. (coord)., 2007, *Ghid de prevenire a consumului de droguri în rândul adolescenților și tinerilor*, Editura Detectiv, București.
- Abraham P.(coord), 2007, *Info-Drog. Buletin de informare și documentare*, Nr. 2/2007.
- Abraham P.(coord), 2005, *Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri*, Editura Mai, București.
- Banciu D., 1987, *Adolescenții și familia*, Editura Științifică și Enciclopedică, București.
- Burnaru D., 1999, *Consiliere și orientare școlară*, Editura Spiru Haret, Iași.
- Campbell R., 2001, *Copiii noștri și drogurile*, Ed. Curtea Veche, București.
- Chelcea S., 1994, *Personalitate și societate în tranziție*, Editura Științifică și Tehnică, București.
- Cosmovici A. și Iacob L., 1999, *Psihologie școlară*, Editura Polirom, Iași.
- Cristea S., 2000, *Dicționar de pedagogie*, Editura Grupul Editorial Litera Internațional, București.
- Ferreol, G., 2000, *Adolescenții și toxicomania*, Editura Polirom, Iași.
- Jigaru M., 1998, *Factorii reușitei școlare*, Editura Grafoart, București.
- Killen K., 1998, *Copilul maltratat*, Editura Eurobit, Timișoara.
- Kulcsar T., 1978, *Factorii psihologici ai reușitei școlare*, Editura Didactică și Pedagogică, București.
- Lorincz E.A. și Carcea, I.M., 1998, *Prevenirea dezadaptării școlare*, Editura Cermi, Iași.
- Muntean A., 2001, *Familii și copii în dificultate*, Editura Mitron, Timișoara.
- Muntean A., 2002, *Psihologia dezvoltării umane*, Editura First.
- Munteanu A., 1998, *Psihologia copilului și a adolescentului*, Editura Augusta, Timișoara.
- Mitrofan I. și Ciupercă C., 1998, *Incursiune în psihosociologia și psihosexologia familiei*, Editura Edit Press, București.
- Neamțu C. și Gherguț A., *Psihopedagogie specială*, 2000, Editura Polirom, Iași.
- Neamțu G și Stan D., 2005, *Asistență socială*, Editura Polirom, Iași.
- Neamțu G., 2003, *Tratat de asistență socială*, Editura Polirom, Iași.

- Neculau, A. (coord.), 2000, *Psihologie-manual pentru clasa a X-a*, Editura Polirom, Iași.
- Pop Ș., 1999, *Prevenirea consumului de droguri*, Editura Universității „Lucian Blaga”, Sibiu.
- Porot A., 1999, *Toxicomaniile*, Editura Științifică, București.
- Tiberiu M., 2004, *Tratat de psihopatologie și sănătate mentală a copilului și adolescentului*, vol. 1, Editura Augusta, Timișoara.
- Saphuro S., *Manual de educație pentru sănătate*, Fundația Soros.
- Șchiopu U., 1997, *Dicționar Enciclopedic de Psihologie*, Editura Babel, București.
- Șchiopu U. și Verza E., 1989, *Adolescența – personalitate și limbaj*, Editura Albatros, București.
- Șelaru M., 1998, *Drogurile*, Editura Semne, București.