

CUPRINS

PREFAȚĂ	7
INTRODUCERE	11

Capitolul I

ASPECTE TEORETICE ALE ADICȚIILOR..... 13

I.1. Scurt istoric al consumului de droguri	15
I.2. Definirea adicției: aspecte conceptuale și terminologice	19
I.3. Dimensiunea socială a consumului de droguri	33

Capitolul II

SITUAȚIA ACTUALĂ PRIVIND FENOMENUL

DROGURILOR 57

II.1. Situația actuală privind fenomenul drogurilor în România	57
II.2. Principalele categorii de droguri consumate.....	62
II.3. Reglementări naționale privind consumul de droguri.....	73

Capitolul III

FACTORI DETERMINANȚI AI CONSUMULUI DE

SUBSTANȚE 82

III. 1.Factorii individuali	83
III. 2. Factorii de mediu	85
III.3. Alte categorii de factori.....	97

Capitolul IV

TEORII ȘI MODELE EXPLICATIVE ALE CONSUMULUI

DE SUBSTANȚE 101

IV.1.Teorii și modele parțiale sau bazate pe puține componente	104
IV.2. Teorii și modele evolutive sau bazate pe stadii	107
IV. 3. Teorii integrative și comprehensive	112

Capitolul V

STRATEGII DE PREVENȚIE ȘI INTERVENȚIE ÎN

CONSUMUL DE SUBSTANȚE..... 126

- V.1. Standarde de calitate în prevenirea consumului de
droguri 129
- V.2. Metode și principii de tratament în comportamentul
adictiv..... 149
- V.3. Elaborarea programelor de prevenire a consumului
de droguri prin diminuarea factorilor de risc și
potențarea factorilor protectivi 167
- V.4 Despre nevoia de formare a specialiștilor în asistența
socială a persoanelor dependente de substanțe 186

Capitolul VI

DIMENSIUNI PRACTICE: FIȘE DE LUCRU ȘI ACTIVITĂȚI.. 191

BIBLIOGRAFIE..... 239

INTRODUCERE

Problematica adicției reprezintă unul dintre cele mai controversate și intens dezbătute subiecte la nivel mondial. Acest fapt se datorează în special caracterului său de problemă de sănătate publică cu efecte majore în plan social. În asistența socială, adicția este analizată ca o problemă socială complexă, care nu poate fi redusă la o tulburare individuală sau la un comportament deviant izolat. Această perspectivă pornește de la recunoașterea faptului că adicția se dezvoltă și se menține în contexte sociale specifice, fiind strâns legată de experiențe personale, stres cronic, traumă, excluziune socială și acces limitat la resurse (Alexander, 2008; Healy, 2014). Adicția poate fi înțeleasă ca un proces adaptativ disfuncțional, prin care indivizii încearcă să gestioneze suferința emoțională și presiunile sociale într-un mediu perceput ca lipsit de suport și oportunități. Comportamentele adictive sunt interpretate nu doar ca manifestări ale unei vulnerabilități personale, ci ca răspunsuri la condiții de viață marcate de insecuritate materială, relații disfuncționale și marginalizare. Această abordare permite o înțelegere mai nuanțată a adicției, care evită stigmatizarea și pune accent pe responsabilitatea socială și instituțională în prevenire și intervenție.

Conceptul de adicție a cunoscut o evoluție semnificativă, reflectând schimbările de paradigmă din științele sociale și din politicile publice. O bună parte a cercetărilor secolului trecut referitoare la studiul drogurilor și consumului de droguri au atribuit problematicii consumului o serie de mituri și concepții greșite. În perioada de pionierat, cercetările asupra consumului de droguri, considerau ca principală cauză a consumului fie lipsa de voință fie un defect moral al individului. Abordările timpurii au fost dominate de modelul moral, care interpreta adicția ca rezultat al lipsei de voință, al defectelor de caracter sau al comportamentului imoral. Această perspectivă a modelat răspunsurile societății și a condus la politici punitive și la marginalizarea persoanelor dependente și nu la strategii de prevenire și tratament.

Ulterior, modelul medical a redefinit adicția ca boală cronică, recurentă, accentuând dimensiunea biologică și neuro-chimică a consumului de substanțe. Deși această abordare a contribuit la reducerea stigmatizării și la dezvoltarea tratamentelor specializate, ea a fost criticată pentru tendința de a individualiza excesiv problema și de a minimaliza influența contextului social (Room, 2005). Abordările contemporane, relevante pentru asistența socială, depășesc aceste perspective restrictive și integrează modele sociale și ecologice. Alexander (2008) propune o viziune în care adicția este înțeleasă ca răspuns la „dezrădăcinarea psihosocială”, generată de destrămarea legăturilor comunitare și de lipsa sensului social. Conform acestei perspective, adicția nu este o anomalie individuală, ci o consecință a condițiilor sociale care limitează oportunitățile de integrare și apartenență. Astfel, adicția este conceptualizată ca rezultat al interacțiunii dintre vulnerabilități individuale și condiții sociale nefavorabile precum: sărăcia, discriminarea, instabilitatea familială sau lipsa suportului comunitar. Această abordare este esențială pentru asistența socială, deoarece fundamentează intervenții orientate nu doar spre tratament ci și spre prevenție și incluziune socială.

În prezent, cercetările legate de dependențe și de spectrul mai larg al tulburărilor legate de consumul de substanțe s-au schimbat substanțial și au clarificat într-o mare măsură mecanismul de acțiune. Descoperirile revoluționare despre creier au transformat înțelegerea consumului compulsiv de droguri, permițând răspunsuri și tratamente eficiente. Ca rezultat al cercetării științifice a fost demonstrat faptul că dependența este o tulburare medicală care afectează creierul și schimbă comportamentul.

Identificarea factorilor de risc biologici și de mediu a permis ulterior dezvoltarea de cercetări referitoare la factorii genetici care contribuie la dezvoltarea și progresia tulburărilor asociate consumului de droguri. Rezultatele obținute au permis dezvoltarea de abordări eficiente de prevenire și tratament care să reducă povara pe care consumul de droguri o are asupra indivizilor, familiilor și comunităților.

În ciuda acestor progrese, încă nu este înțeles pe deplin de ce unii oameni dezvoltă o dependență de droguri sau cum consumul de droguri produce modificări la nivel cerebral pentru a favoriza consumul compulsiv. (NIDA, 2020).

Capitolul I

ASPECTE TEORETICE ALE ADICȚIILOR

În discuția despre consumul de substanțe, în special atunci când este vorba despre populația tânără, două argumente sunt adesea uitate. În primul rând, faptul că datorită unei combinații de factori fiziologici, psihologici și sociali, induc starea de bine, în al doilea rând, această stare de bine induce și dorința firească de a folosi drogurile indiferent de consecințe. Recunoașterea acestor două mecanisme nu are menirea de a scuza consumul de substanțe (care cauzează grave probleme atât la nivel individual cât și social) dar este menită să indice de ce este atât de dificil de abordat problema consumului de droguri. Această dificultate, la rândul său, arată nevoia de a înțelege de ce oamenii consumă alcool și alte droguri în ciuda consecințelor acestor comportamente. Copiii și tinerii sunt mai vulnerabili la consum în comparație cu adulții. Slăbirea legăturii între adolescent și societate constituie un element esențial în debutul consumului de substanțe. Această legătură se bazează pe trei elemente: atașamentul față de o persoană care oferă motivație, participarea la proiecte academice cu valoare formativă și asumarea convingerii că normele și legile trebuie respectate. Schimbările rapide și profunde care au modificat rolurile familiei, școlii și comunității, diminuând drastic influența educativă a părinților atât în primii ani de viață, cât și pe parcursul școlarității, pot crea premisele apariției comportamentelor deviante la copii, mai ales în adolescență. (Miftode, 2004, 202-206). Riscul de consum de droguri crește foarte mult în perioadele de tranziție care pot fi pentru un adult, un divorț sau pierderea unui loc de muncă iar pentru un adolescent, perioadele riscante includ mutarea, divorțul părinților sau schimbarea școlii. (Hatsukami, Fischman, 1996). Trecerea de la școala primară la gimnaziu aduce cu sine situații sociale și academice noi și provocatoare. Adesea, în această perioadă, copiii sunt expuși pentru prima dată la substanțe precum nicotina și alcoolul. Când intră la liceu, adolescenții pot întâlni o disponibilitate mai mare a drogurilor, consumul de

droguri de către adolescenții mai mari și activități sociale în care sunt consumate droguri. Când tinerii părăsesc liceul și trăiesc mai independent, fie la facultate, fie ca adult angajat, se pot trezi expuși la consumul de droguri în timp ce sunt separați de structura de protecție oferită de familie și școală.

O anumită doză de risc este o parte normală a dezvoltării adolescenților. Dorința de a încerca lucruri noi și de a deveni mai independent este sănătoasă, dar poate crește și tendința adolescenților de a experimenta droguri. Părțile creierului care controlează judecata și luarea deciziilor nu se dezvoltă pe deplin până la vârsta de 20 de ani iar acest lucru limitează capacitatea unui adolescent de a evalua cu acuratețe riscurile experimentării consumului de droguri și îi face mai vulnerabili la presiunea colegilor (Krohn, Lizotte, Perez, 1997).

Potrivit lui Himmelstein (1983), motivele consumului de droguri sunt diverse, incluzând: modificarea conștiinței și a comportamentului, ameliorarea durerii, intensificarea stării de bine, obținerea unor performanțe, explorarea sinelui, investigarea „lumii de dincolo” sau atingerea unei stări de grație. În linii mari, oamenii aleg să consume droguri din câteva rațiuni:

- Pentru starea de plăcere pe care o oferă: drogurile pot produce sentimente intense de plăcere. Această euforie inițială este urmată de alte efecte, care diferă în funcție de tipul de drog utilizat. De exemplu, cu stimulente precum cocaina, euforia este urmată de sentimente de putere, încredere în sine și energie crescută. În schimb, euforia cauzată de opioide precum heroina este urmată de sentimente de relaxare și satisfacție.
- Pentru starea de bine pe care o oferă: unii oameni care suferă de anxietate socială, stres și depresie încep să folosească droguri pentru a încerca să se simtă mai puțin anxioși. Stresul poate juca un rol major în debutul dar și în continuarea consumului de droguri, precum și în recidiva (revenirea la consumul de droguri) la persoanele care se recuperează din dependență.
- Pentru rezultate mai bune: unii oameni simt presiunea de a-și îmbunătăți concentrarea la școală sau la locul de muncă sau abilitățile lor în sport. Acest lucru poate juca un rol în încercarea sau continuarea consumului de droguri, cum ar fi stimulentele eliberate pe bază de rețetă sau cocaina.

- Din curiozitate și urmare a presiunii sociale: în acest sens, adolescenții sunt deosebit de expuși riscului, deoarece presiunea colegilor poate fi foarte puternică. Adolescența este o perioadă de dezvoltare în care prezența factorilor de risc, cum ar fi colegii care consumă droguri, poate duce la consumul de substanțe.

I.1. Scurt istoric al consumului de droguri

De-a lungul timpului și în toate culturile, oamenii au folosit droguri în diverse forme. Unele societăți au manifestat toleranță față de consum, în timp ce altele, mai ales cele moderne, l-au condamnat și au încercat să îl limiteze prin diferite măsuri. Atitudinea publică și credințele religioase au fost, în diverse momente istorice, factorii care au etichetat drogurile ca „bune” sau „rele”; în consecință, acceptarea sau respingerea lor a depins de modul în care au fost definite social. "Oamenii au folosit substanțe chimice pentru a-și modifica starea de spirit încă dinainte de a exista înregistrări scrise" (Kleiman, Caulkins și Hawken, 2011). Goode (2008, 176) rezumă istoria consumului de droguri după cum urmează: Consumul de droguri este aproape de a fi de-a lungul istoriei un fenomen universal. Oamenii consumă droguri de mii de ani și de-a lungul timpului, un număr semnificativ de oameni din aproape fiecare societate de pe pământ a folosit unul sau mai multe droguri pentru a atinge anumite stări fizice sau mentale dorite.

O manifestare a lungii istorii a consumului de droguri este că oamenii au folosit plante care modifică mintea încă din timpuri preistorice. „Oamenii timpurii au descoperit că consumul unor plante a dat un sentiment de relaxare, fericire, somnolență sau pace. Unele dau un sentiment crescut de energie, vigilență și rezistență iar altele provoacă senzații ciudate, viziuni terifiante sau o conștientizare profund diferită" (Gahlinger, 2004, 5).

Exemplele de consum de droguri cu mii de ani în urmă abundă (Escobedo, 2010; Faupel et al, 2010; Goodman, Sherratt și Lovejoy, 2007). Meadul, o băutură alcoolică făcută din miere fermentată, a fost folosită pentru prima dată în jurul anului 8000 î.Hr., iar berea și vinurile de fructe de pădure au fost folosite pentru prima dată în jurul anului 6000 î.Hr. Sumerienii antici foloseau opiu începând cu aproximativ 5000 î.Hr. Egiptul antic a folosit alcool încă din 3500 î.Hr., în timp ce China antică a folosit

canabisul (sursa de marijuana) în jurul anului 3000 î.Hr. Nativii americani au folosit tutun înainte de a fi descoperiți de Columb în 1492. Observând obiceiul fumatului la populațiile indigene, Columb a adus tutunul în Europa (Henslin, 1990, 110). Deși a satirizat consumul de tutun, regele Angliei Iacob, a remarcat profitul comerțului cu această plantă și a instituit un monopol regal. În Imperiul Otoman, sultanul a dispus în 1623 pedeapsa cu moartea pentru fumători; totuși, câțiva ani mai târziu, în 1655, fumatul a fost permis bărbaților. În aceeași perioadă, țarul Rusiei și împărații Chinei au condamnat fumatul, aplicând sancțiuni severe, precum tăierea nasului sau chiar decapitarea pentru consum. Și consumul de cafea a alternat între acceptare și interdicție. Chiar în Arabia, unde cafeaua are o puternică tradiție culturală, au existat episoade de prohibiție: interpretări religioase au dus la interzicerea ei, boabele erau distruse, iar comercianții erau bătuți la tălpi. În ciuda acestor pedepse, credincioșii au continuat să bea cafea pentru a rezista mai ușor în timpul slujbelor religioase. (Henslin, 1990). În privința alcoolului, diferențele confesionale sunt marcante: în lumea creștină, alcoolul este, în general, tolerat și folosit în momente liturgice importante, pe când în lumea islamică el este interzis.

Utilizarea diferitelor medicamente a fost, de asemenea, comună în multe societăți pe care antropologii le-au studiat (Durant & Thakker, 2003; Page; Singer, 2010). Consumul frunzelor de coca era prezent în America de Sud, de către indieni, fapt atestat de statui datate 300 î. Hr. (Goode, 1999).

În timpul epocii coloniale, tutunul a fost o cultură majoră în Virginia și în alte colonii datorită muncii sclavilor. După ce a fost procesat, a fost utilizat în mod obișnuit de coloniști și exportat în Europa în cantități mari (Gately, 2001). Din primele zile coloniale, alcoolul a fost un alt drog folosit în cantități mari, deoarece "americani au fost băutori chiar de la început" (Genzlinger, 2011). Mayflower, celebra navă care i-a adus pe primii puritani în ceea ce a devenit în cele din urmă Statele Unite, a fost umplută cu butoaie de bere. În Noua Anglie colonială, fabricarea romului era o industrie majoră, iar consumul de rom era obișnuit. La începutul anilor 1770, Noua Anglie avea mai mult de 140 de distilerii de rom, iar consumul de rom în colonii era în medie de 7,5 milioane de galoane anual. (Williams, 2006).

În secolul al XIX-lea, americanii au început să folosească și alte droguri în afara alcoolului. – foarte populară a fost cafeaua.

Înainte de războiul civil, americanii care beau cafea trebuiau să cumpere boabe de cafea verde (neprăjite) în vrac și să-și prăjească propria cafea. Apoi, în 1865, John Arbuckle, un băcan din Pittsburgh, a început să vândă cafea prăjită într-o nouă invenție – punga de hârtie. Cafeaua sa în sac a fost un succes instantaneu în întreaga țară, alți producători de cafea au urmat exemplul, iar consumul de cafea în rândul populației americane a crescut foarte mult.

Alcoolul a rămas un drog foarte popular, iar utilizarea lui în anii 1800 a fost probabil mai mare decât în timpul Americii coloniale. Două motive contribuie la explicarea acestei tendințe (Faupel et al., 2010): extinderea teritorială spre vest, și un mare val de imigrație (în special irlandezi) care a început la mijlocul secolului al XIX-lea.

Alte trei droguri populare în această epocă au fost opiul, cocaina și marijuana. Utilizarea acestor droguri a fost atât de comună încât America secolului al XIX-lea a fost numită un "paradis al drogurilor" (Brecher, 1973).

Drogurile, utilizate inițial aproape exclusiv în contexte ritual-religioase, au căpătat ulterior întrebuințări medicale și, mai târziu, au fost adoptate și pentru consum recreațional.

În intervalul 460-370 î.Hr., Hipocrat recomanda mătrăguna amestecată cu vin pentru tratarea depresiei și anxietății. În anul 70 d.Hr., Pedanius Dioscorides descrie în „De Materia Medica” proprietățile terapeutice ale canabisului, iar în aceeași epocă, cânepa era deja cultivată în Imperiul Roman. În jurul anului 400, cultivarea cânepii este consemnată și în Marea Britanie, iar odată cu extinderea islamului (aproximativ 680 d.Hr.), consumul de cannabis se răspândește în Orientul Mijlociu. În China, încă din 2700 î.Hr., un împărat cu atribuții de vindecător încuraja utilizarea marijuanei pentru ameliorarea gutei, reumatismului, malariei, beri-beri și a unor tulburări psihice. În secolul al XVIII-lea, dependența de opiu a devenit o problemă gravă în China, determinând adoptarea de măsuri legislative privind consumul, producția și comerțul cu această substanță. În aceeași perioadă, opiul a reprezentat o amenințare și pentru populația britanică și pentru cea din Europa continentală (Lamb, 2002). Secolul al XVI-lea a marcat expansiunea comerțului maritim, iar comercianții, pe lângă condimente, fructe, metale și lemn, au introdus și droguri, în special hașiș și opiu—portughezii fiind primii care au adus hașișul în Europa. Florile de cânepă au fost