

UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ”

FACULTATEA: PSIHOLOGIE ȘI PSIHOPELAGOGIE

SPECIALĂ

CATEDRA : ASISTENȚĂ SOCIALĂ

DUMITRU CARATA

Asistența socială a persoanelor dependente

CHIȘINĂU 2010

Asistența socială a persoanelor dependente (Suport de curs)

Autor:

Dumitru Carata, doctor în medicină, conferențiar universitar. Catedra Asistență Socială, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Chișinău, Moldova

Recenzenți:

Aurelia Racu, dr. habilitat, conferențiar universitar. Catedra Psihopedagogia Specială UPS „I.Creangă”.

Victoria Gonța, dr.în psihologie, conferențiar universitar. Șef. Catedra Psihologie și Asistență Socială, ULIM.

Carata D.

Asistența socială a persoanelor dependente : (Suport de curs) / D.Carata; Univ.Pedagogică „Ion Creangă”,Fac: Psihologie și Psihopedagogie specială, Catedra: Asistența socială. – Ch.: S. n.,2010 (Tipogr. UPS „I.Creangă). 143p.

Bibliogr.: p.141-143 (45 tit).- 200 ex.

ISBN 978-9975-46-060-6.

364.44(075.8)

C 23

CUPRINS

I. Dependență

Noțiuni generale_____	5
Patogenia_____	7
Cauzele și factorii consumului de droguri _____	8

II. Alcoolul

Noțiuni generale _____	11
Efectele alcoolului asupra organismului _____	11
Alcoolul - riscuril și consecințele psihosociale _____	16

III. Alcoolismul

Noțiuni generale_____	18
Formele clinice și stadiile alcoolismului cronic_____	19
Cauzalitatea alcoolismului_____	20
Consumul de băuturi alcoolice de către tineret_____	21

IV. Profilaxia alcoolismului

Măsurile de profilaxie și combatere alcoolismului_____	24
Rolul școlii și familiei în profilaxia alcoolismului _____	24
Importanța asistenței sociale în lucru cu adolescenții alcoolizați_____	28

V. Drogurile

Noțiuni generale, clasificări_____	30
Prezentarea analitică a celor mai importante droguri_____	32
Clasificarea drogurilor în dependență de efectele medicale și psihologice_____	42
Etiologia narcomaniei. Teoriile și părerile psihologilor cu privire la narcomanie_____	46

VI. Formarea personalității narcotico-dependente. Diagnostica primară

Formarea personalității narcotico-dependente după I.H. Babaian, A.M. Sergeev_____	49
Semnele și simptomele consumului de droguri_____	50
Diagnostica primară a dependenței de drog_____	53

VII. Narcomania și societatea

Politicile antidrog_____	55
Supravegherea pe plan mondial_____	55
Supravegherea pe plan național_____	58
Dimensiuni sociale ale consumului de droguri_____	62

VIII. Aspectul juridic și pedagogic al narcomaniei.

Aspectul juridic

Codul Civil_____	66
Codul Penal_____	67
Aspectul pedagogic al narcomaniei. Narcomania juvenilă_____	77

IX. Servicii socio-medicale acordate persoanelor dependente de drog

Organizarea sistemului serviciilor socio-medicale în țările europene_____	80
Organizarea sistemului serviciilor socio-medicale în Republica Moldova_____	82
Activitatea organizațiilor nonguvernamentale_____	86
Terapia persoanelor dependente_____	88
Metode contemporane de tratament_____	89
Psihoterapia persoanelor dependente_____	92

X. Prevenirea narcomaniei. Metode de educație în domeniul drogurilor

Noțiuni generale_____	99
Prevenție primară, secundară și terțiară_____	102
Metode de educație în domeniul drogurilor_____	105
Rolul școlii, familiei și societății în prevenirea consumului drogurilor_____	108
Rolul asistentului social în intervenția și prevenția dependenței_____	110

XI. Tabagismul. _____ 115

XII. Dependență de preparate farmacologice _____ 124

XIII. Dependențele tehnologice _____ 128

XIV. Dependență alimentară _____ 137

XV. Dependență de muncă _____ 141

Referințe bibliografice _____ 143

I. Dependență.

Noțiuni generale.

Potrivit definiției Organizației Mondiale a Sănătății, folosirea excesivă continuă sau sporadică a drogurilor, incompatibilă sau fără nici o legătură cu practica medicală, este considerată drept consum sau abuz. Drogurile pot fi folosite de indivizi în mod:

- excepțional, constituind în sine operațiunea propriu-zisă de a încerca o dată sau de mai multe ori un drog, fără a continua această practică;
- ocazional, folosirea drogurilor în formă intermitentă, fără a se ajunge până la dependență fizică și psihică;
- episodic, folosirea drogurilor într-o anumită împrejurare;
- sistematic, folosirea drogurilor caracterizată de apariția și crearea dependenței.

Comitetul de experți al Organizației Mondiale a Sănătății a stabilit, în anul 1964, elementul comun – starea de dependență, care caracterizează abuzul de droguri, recomandând înlocuirea termenilor de „toxicomanie” și „obișnuință” cu acel de „dependență”.

Dependența este o formă de consum voluntar, abuziv, periodic sau cronic de substanțe care generează dependență, dăunătoare atât individului, cât și societății, fără a avea la bază o motivație medicală, spre deosebire de farmacodependențele clasice, legitime, care sunt de origine terapeutică sau paramedicală.

Din punct de vedere farmacologic, conform definiției date de Organizația Mondială a sănătății, prin dependență trebuie să înțelegem „starea psihică sau fizică ce rezultă din interacțiunea unui organism și a unui medicament, caracterizată prin modificări de comportament și alte reacții, însoțite totdeauna de nevoia de a lua substanța în mod continuu sau periodic pentru a-i resimți efectele sale psihice și uneori pentru a evita suferințele”.

1. Dependența psihică (sinonimul fiind psiho-dependența) – este o stare psihică particulară, manifestată prin dorința foarte acută și irezistibilă a subiectului de a continua utilizarea drogului și de a înlătura disconfortul psihic. Dependența

psihică se întâlnește în toate cazurile de dependență, cu anumite particularități, pentru fiecare drog în parte, și poate fi însoțită sau nu de dependență fizică și toleranță.

2. Toleranța se instalează lent, are un caracter temporar, pentru că poate să dispară dacă obiectul renunță la drogul care a provocat-o. Fenomenul de toleranță se explică prin reacția organismului față de efectele aceleiași doze de substanță administrate în mod repetat. Încetul cu încetul organismul reacționează mai slab, pe măsură ce are loc o adaptare funcțională. Este momentul în care ficatul neutralizează și metabolizează drogul.

3. Dependența fizică - este rezultatul administrării îndelungate a unui drog. Ea se manifestă evident în cazurile când are loc reducerea semnificativă a dozelor, întreruperea completă a administrării sau amânarea acesteia peste limitele suportabile ale organismului, situații, ce generează o serie de tulburări fizice. În ansamblul lor acestea poartă aspectul sindromului specific toxicomanilor, cunoscut sub numele de „sindrom de abstință” (sevrăj).

4. Abstința nu ține doar de simpla întrerupere a administrării drogului. Simptomatologia abstinței apare atunci când s-au epuizat rezervele trofice energetice ale organismului, care se manifestă prin perturbări grave ale echilibrului și ale capacității de reglare neuro-endocrino-humoral-metabolic-molecular exercitată de sistemele neuro-mediatorii. Simptomele de abstință în toate toxicomaniile au caracterul unei hiperfuncții compensatorii hiper-simpaticotonice (energotropice) care este exprimată clinic prin dilatarea pupilelor, grețuri, anorexie, hiperglicemie, intensă stare de neliniște psihomotorie.

Sevrăjul, în ceea ce privește anumite droguri, este nespus de greu de suportat de organism și în această situație, pentru a-i înlătura efectele neplăcute, consumatorul recurge la o nouă administrare. Modul de manifestare a dependenței fizice, respectiv al sindromului de sevrăj, diferă în funcție de drog, atât în ceea ce privește natura simptomelor cât și intensitatea acestora. Astfel, ea este mai accentuată la opiacee și la barbiturice, dar este moderată sau poate să lipsească la formele de dependență create de celelalte droguri.

Organizația Mondială a Sănătății precizează încă din 1973 că riscul apariției farmaco-dependenței la un individ rezultă totdeauna din acțiunea conjugată a trei factori:

- a) particularitățile personale ale subiectului;
- b) natura mediului social-cultural general și imediat;
- c) proprietățile farmacologice ale substanței în cauză, în corelație cu cantitatea consumată, frecvența utilizării și modul de utilizare (ingerare, inhalare, fumare, injectare subcutanată sau intravenoasă).

Dependența care nu este dobândită în mod accidental pe parcursul vieții individului se numește dependență naturală. Această dependență survine odată cu nașterea individului, în cazul în care mama sa este toxicomană. Este un trist adevăr, dar trebuie să știm că cele mai recente victime ale abuzului de droguri sunt nou-născuții. Din această cauză la ora actuală, unul din zece copii aduși pe lume riscă să decedeze ori prezintă grave malformații, întrucât mama sa a consumat droguri în timpul sarcinii.

Organizația Mondială a Sănătății a stabilit (la 1964) că există din nefericire, atâtea tipuri de dependență câte droguri sunt, acestea fiind: dependența de tip morfinică, dependența de tip canabis, dependența de tip cocainică, dependența de tip amfetamnică, dependența de tip solvent etc.

Patogenia.

Mecanismul de acțiune a drogului.

Pentru început trebuie să definim care persoană e numită „narcoman dependent”. Astfel este denumită persoana, viața și gândurile căreia sunt guvernate de droguri. Ea trăiește pentru a se droga și se droghează pentru a trăi. S-a constatat că organismul unui narcoman cu „stagiul” de 5-6 ani, de utilizare zilnică, cu vârsta de 22 ani se aseamănă cu organismul unui bătrân de 82 ani.

Din perspectiva biochimică, administrarea drogului înseamnă transmiterea permanentă a endorfinelor exogene la sistemul nervos, ceea ce ușurează creierului sinteza endogenă. Creierul, ca o sistemă destul de labilă, se adaptează destul de repede afluxului permanent de substanțe reglatorii (endorfinele exogene), mai ales

în cazul administrării permanente a drogului. „Acomodarea” constă în aceea că celula nervoasă distruge singură în sine structurile fine responsabile de funcționarea sa, adică celula nervoasă se „acomodează” unei existențe în condițiile unei „tensiuni mai înalte”.

În cazul sistării bruște a administrării drogurilor, se declanșează sindromul de abținere (sevrăj), care la nivel celular se manifestă prin următoarele: celula nervoasă „acomodată” funcționării în condițiile „tensiunii excesive” și „dezvățată” să sintetizeze singură cantitatea necesară de endorfine, „refuză” să funcționeze în lipsa drogului. În locul transmiterii semnalelor armonioase, celula nervoasă începe transmiterea unor semnale haotice de alarmă-semnalele impulsurilor algice. Aceste impulsuri algice sunt un fel de „halucinații dureroase” ale creierului care nu dorește de sine stătător să producă cantitatea de preparate reglatorii.

Din perspectiva neuro-fiziologică administrarea drogului duce la dereglarea conștiinței și controlului emoțiilor. Partea cea mai complicată și fină a creierului uman, procesorul acestuia, neocortexul (lobii frontali), răspunde de capacitatea omului de a-și autocontrola comportamentul.

În cazul abuzului de drog, anume neocortexul este cel care suferă. La narcoman se dereglează, în primul rând, autocontrolul și autoaprecierea. El se supraapreciază, pierde distanța necesară în comunicarea cu cei din jur prin adoptarea unui stil comunicațional familial, devine egoist. În al doilea rând, se dereglează controlul emoțiilor. Fonul emoțional la narcomani oscilează între tristețe și bucurie, între depresie și euforie.

Cauzele și factorii consumului de droguri.

Cauzele interne ale consumului de droguri.

În opinia adolescenților români și moldoveni, principalele cauze interne care îi fac pe tineri să încerce sau să consume curent droguri sunt:

- curiozitatea, tentația, „fructul oprit”;
- dorința de senzații tari;
- lipsa de maturitate/responsabilitate;
- problemele personale, necazurile, disperarea;

- singurătatea, lipsa de prieteni;
- plictiseala, lipsa unor preocupări interesante;
- teribilismul/nevoia de a ieși în evidență;

Cauzele externe ale consumului de droguri.

În opinia adolescenților investigați, principalele cauze externe responsabile de consumul de droguri la această vârstă sunt:

- anturajul/grupul de prieteni „dubioși”;
- climatul familial nefavorabil;
- nivelul educațional și cultural redus;
- lipsa informațiilor sau informații false cu privire la droguri;
- imitarea modelelor din filme etc.;

Situații, împrejurări favorabile consumului de droguri.

În opinia adolescenților, principalele circumstanțe în care tinerii „încearcă” un drog sau devin consumatori de droguri sunt:

- tovărășia/prietenia toxicomanilor;
- distracțiile (petreceri, discoteci, baruri);
- frecventarea anumitor grupuri și locurile ascunse/secrete;

Diferențele dintre loturile analizate au constat în esența și în evidențierea importanței *companiei, tovărășiei, prieteniei cu toxicomanii* ca factor situațional important, în general însoțit de acordarea unei importanțe mai reduse distracțiilor (petreceri, discoteci, baruri) de către subploturile de adolescenți, de sex feminin, preadolescenți (între 12 și 16 ani). Diferențele rural – urbane la acest item din punct de vedere statistic nu sunt semnificative.

Factorii interni de inhibiție a consumului de droguri.

În opinia adolescenților, principalii factori interni care îi împiedică pe tineri să consume droguri sunt:

- tăria de caracter, voința, maturitatea, conștiința;
- teama de dependență, de a nu se putea lăsa;
- nu simt nevoia/nu sunt influențabili;
- conștientizarea pericolului pe care îi presupune consumul;

- un ideal de viață/alte preocupări;

Se pare că principalul factor intern de inhibiție a consumului de droguri, în opinia adolescenților care declară că ar fi tentați să încerce un drog, este *teama de dependență / de a nu se putea lăsa/*. Adolescenții din mediul rural acordă o importanță ceva mai mare factorului *nu simt nevoia / nu sunt influențabili*. Pentru adolescenții de sex masculin, factorul *teama de dependență / de a nu se putea lăsa* are o importanță mai mare în comparație cu valorile acordate de sublotul feminin.

Factorii externi de inhibiție a consumului de droguri plasați în topul listei de către adolescenții investigați sunt:

- gradul de cultură și educație;
- teama/respectul față de părinți;
- mediul în care trăiesc;

În cadrul acestei ierarhii generale, preadolescenții și toți adolescenții din mediul rural plasează factorul *teama/respectul față de părinți* pe primul loc, alături de factorul *gradul de cultură și educație*. Fetele acordă o importanță mai mică factorului de mediu în care trăiesc în comparație cu băieții. Trebuie de subliniat că mass-media sunt percepute de către adolescenți ca având o influență minimă ca factor extern de inhibiție.

Pentru adolescenții din grupul celor care au declarat că vor „încerca” unele droguri, principalul factor extern de inhibiție este *prețul (sunt prea scumpe)*, urmat de *gradul de cultură și educație* și *mediul în care trăiesc*. În schimb, adolescenții care declară că nu vor consuma droguri niciodată acordă o importanță mai mare factorilor *gradul de cultură și educație* și *teama/respectul față de părinți*.

II. Alcoolul.

Noțiuni generale.

Cu mii de ani în urmă, oamenii au început să producă băuturi alcoolice din motive practice. Producția vinului a început în Egiptul Antic, când egiptenii și-au dat seama că sucul de struguri se strică repede, iar sucul fermentat sau vinul se păstrează bine. Mai târziu, vinul a devenit important pentru Biserica Romano-catolică, în toată Europa, întrucât era folosit la oferirea sfintei Liturghii. În perioada Renașterii băuturile alcoolice au devenit importante în societatea europeană. Au început să fie produse pe scară largă și promovate de comercianți, care aveau controlul asupra producției lor.

Oamenii au început să încerce diferite tipuri de alcool, iar consumul de băuturi alcoolice a devenit o parte din cultura europeană. Utilizarea lui a dus adesea la abuz și apariția unui șir de probleme care s-au răsfrânt negativ asupra individului și asupra societății în general.

Alcoolul este un drog, o substanță chimică, care schimbă modul de funcționare a organismului. Dacă utilizarea lui este larg răspândită, nu înseamnă că este sănătos de a-l folosi. Este un drog care tulbură mintea și care schimbă reacțiile chimice din creier, afectând modul de a gândi, a simți, a vorbi și a se mișca al oamenilor.

Efectele alcoolului asupra organismului.

O acțiune puternică o exercită alcoolul asupra sistemului nervos central. După ce a consumat băuturi alcoolice, omul devine lipsit de griji, nepăsător, bine dispus, vorbăreț. Însă aceasta stare nu este legată de intensificarea proceselor de excitație, ci de slăbirea proceselor de inhibiție, din care cauză omul nu se poate stăpâni, adică nu se poate reține de la vreo acțiune nejustificată. Inhibiția internă este unul din cele mai importante procese ce au loc în sistemul nervos central. De ea sunt legate astfel de calități ale omului bine educat ca: stăpânirea de sine, autocontrolul, critica, precauția. Excitația apărută în starea de ebrietate este închipuită, căci nu este legată de sporirea productivității gândirii, activității și se

manifestă numai prin dezinhibiția simțurilor, atracțiilor, acțiunilor. Capacitatea de muncă intelectuală și fizică a celor ce consumă alcool cu timpul scade în urma slăbirii atenției, dificultăților în efectuarea operațiunilor ce necesită mișcări precise.

Alcoolul are patru efecte de bază asupra organismului:

1. Îndestulează organismul cu energie.
2. Acționează ca anestezie asupra SNC, încetinind-ui lucrul și micșorându-i efectivitatea.
3. Stimulează formarea urinei.
4. Scoate vremelnic din funcție ficatul (lucrul normal al ficatului se restabilește peste câteva zile).

Aproximativ 20 % din alcoolul consumat se absoarbe în stomac. Prin sânge spirtul ajunge la toate organele. Ficatul oxidează spirtul cu viteză de 0,5 litri-oră din bere și 0,3 litri pe oră din whisky. Aproximativ 90 % se transformă în CO₂ și H₂O. Restul 10 % se elimină din organism prin transpirație și expirație.

Prin consumul intern alcoolul este absorbit ușor și pătrunde în sânge. Foarte repede este absorbit alcoolul din băuturile ce conțin bioxid de carbon (bere, șampanie). Resorbția se face rapid prin mucoasa tubului digestiv, și prin inhalarea unor vapori. Concentrația maximală de alcool în sânge se stabilește de obicei după o jumătate de oră, dacă a fost consumat după o masă sățioasă – după o oră.

Din sânge alcoolul pătrunde în țesuturi, unde se repartizează neuniform, deoarece el se dizolvă în lichide, ce se conțin în cantități mari în celulele nervoase. Concentrarea lui în creier este 1,5 ori mai mare decât în alte țesuturi. Destul de mare este concentrația lui și în ficat, deoarece acesta absoarbe și neutralizează orice substanță, aflată în sânge în concentrații ce întrec norma.

Alcoolul trece, fără a se opri, bariera sistemului nervos central, bariera placentei copilului, dacă mama poartă o sarcină, apare și în laptele mamei. Concentrația în sânge poate stabili cantitatea consumată, scăderea concentrației fiind lineară. Ea nu scade mai mult de 0,1 % pe oră și se poate calcula exact în momentul unui accident. Alcoolul este metabolizat în ficat. Fiecare gram de alcool metabolizat aduce organismului 7,1 kcal. Dacă alcoolemia e de 2/1000

(concentrația alcoolului în grame într-un litru de sânge), acțiunea este deja anesteziantă (la alcoolici, această concentrație poate fi mai ridicată). La concentrații mai mari, apar semne de intoxicație marcate de greață, vomă, scăderea temperaturii corpului, scăderea puterii musculare, tulburări de coordonare, testul deget la deget devine nesigur. La 0,5/1000: capacitatea de a conduce un automobil este deranjantă, reflexele sunt întârziate, vorbirea tulburată; la 0,7/1000: mișcări rapide ale globilor oculari; la 1/1000: amețeală; la 1,4/1000: limita coordonărilor este depășită; la 2/1000: pierderea cunoștinței și puterii de memorizare; 4/1000: pericol de moarte precedată de comă profundă.

La oameni cele mai mari distrugerii le suferă ficatul, sistemul nervos central și cel cardiovascular. Mai întâi, ficatul devine gras. Această fază rămâne multă vreme reversibilă (6-10 ani). Apoi arhitectura ficatului se distruge și apare ciroza. Consumul zilnic de 100 g de alcool pur mărește riscul considerabil, mai ales dacă persoana nu consumă proteine de calitate, cartofi sau pâine. Acțiunile asupra sistemului nervos apar sub formă tremurăturilor matinale, înainte de consum.

Sindromul Wernicke-Korsakov este o asociere a două fenomene patologice (sindroame), ce se manifestă prin: mișcări rapide ale globilor oculari, tulburări ale mișcărilor voluntare (ataxie), dezorientare, hipotonie, hipotermie, amnezie (pierderea memoriei), confabulație. O serie de neuro-transmițători sunt scoși din funcțiune, tiamina (vitamina B) nu este resorbită, apoi se produc degenerescențe ale multor areale în creier cu apariția demenței alcoolice. Adesea sunt prezente fenomenele de poli-neuropatie (inflamația generală a nervilor periferici).

„Delirium tremens” este o stare ce apare după întreruperea bruscă a consumului de alcool și se caracterizează prin tremurături puternice, halucinații de tot felul, dezorientare totală, agresivitate, hiperhidroză, midriază (pupile mici), tahipnee (respirație rapidă). Bolnavul necesită internare cu tratament intensiv. În cazul asocierilor alcool-nicotină și avitaminoză - efectele asupra sistemului cardiovascular sunt mult mai nefaste.

S-a observat creșterea numărului de alcoolici și fumători cu cancer în cavitatea bucală, esofag, stomac, ficat, laringe, plămâni. Cercetătorii afirmă că

cine are o anumită predispoziție, o „slăbiciune genetică” - își programează cancerul. Copiii mamelor alcoolice cresc mult mai încet, creierul și capul lor sunt mai mici (microcefalie), adesea persistă deschizătura nazo-labială, e posibilă hipoplazia maxilarului inferior, o întârziere în dezvoltarea motorie și a inteligenței copilului - deci o altă nenorocire. Acestea se explică și prin lipsa de zinc, acid folic și alte carențe de vitamine.

Consumul de băuturi alcoolice provoacă probleme permanente în orice domeniu al vieții unui individ.

Efectele de scurtă durată ale alcoolului.

- Răspunsuri încetinite față de mediul ambiant;
- Scăderea capacității de gândire limpede;
- Alterarea memoriei;
- Voma;
- Tulburări de vedere;
- Risc crescut de accidente;
- Dificultatea de a merge sau de a sta în picioare;
- Pierderea cunoștinței;
- Coma;
- Decesul.

Efectele de lungă durată ale alcoolului.

- Alcoolismul;
- Pierderea memoriei;
- Ciroza hepatică;
- Deteriorarea creierului;
- Boli de inimă;
- Malnutriția;
- Cancerul cu localizare la nivelul gurii, limbii, esofagului, laringelui și ficatului;

- Micșorarea duratei de viață;
- Moartea prin accidente.

Efectele alcoolului asupra longititudinii vieții.

Băuturile alcoolice nu prea tari, băute moderat și numai ocazional, fără a face un obicei sau o necesitate nu prezintă, de obicei, urmări grave. „Cu cât vei bea mai puțin, cu atât vei fi mai sănătos”, sună un proverb vechi. Acei, însă, care consumă mult alcool zilnic și fără socoteală, vor suferi din toate punctele de vedere: fizic, moral, social și financiar și vor trăi cel puțin cu 12 ani mai puțin decât un individ sănătos. Toate țesuturile organismului pot fi lezate de excesul de alcool și riscul de deces primar este mult mai mare la cei ce fac abuz de alcool. Alcoolicul se află permanent în fața pericolului de ciroză hepatică, cancer sau accidente rutiere grave. Alcoolicul are un organism slăbit, care este mai ușor expus să contacteze boli, la care un organism sănătos rezistă bine prin mecanismele normale de apărare. Consumatorul de băuturi alcoolice, este într-un permanent pericol, atâta timp cât nu este conștient de faptele săvârșite: decese provocate de incendii de la o țigară; provocări de scandal, în care poate fi omorât de alți vecini; deces în timpul iernii, căzut pe drum sau în locuri nepopulate, unde nu poate fi descoperit și tratat la timp etc.

Fiecare rație de alcool va produce o intoxicație, alcoolul încetinește funcționarea celulelor și a organelor. El afectează creierul intervenind în activitatea centrilor care coordonează echilibrul, percepția, vorbirea și gândirea. Mai sunt afectate centrele de coordonare care duc la dispariția inhibițiilor. Consumarea alcoolului în cantități mari sporește riscul cancerului cavității bucale. Alcoolul poate produce sterilitate și poate să încetinească dezvoltarea fătului la fel cum se întâmplă și cu funcțiile celulelor și organelor.

Alcoolul - riscul și consecințele psihosociale.

Prezența intoxicației alcoolice creează o seamă de riscuri pentru consumator, pentru urmașii săi, pentru familie și societatea în care trăiește și își desfășoară activitatea profesională. Alcoolul deseori provoacă violență. Cea mai mare parte a infracțiunilor este comisă sub influența alcoolului consumat, acesta favorizând agresivitatea. Combinația dintre alcool și alte droguri poate fi periculoasă, uneori fatală, provocând dureri și chiar moartea.

Alcoolul determină scăderea atenției și precizia mișcărilor, oboseală, scăderea capacității de muncă, diminuarea calității și cantității muncii, sporește riscul accidentelor la locul de muncă și lipsa periodică de la muncă.

Se știe că alcoolul joacă un rol agravant în asociere cu unele intoxicații cronice. Alcoolul diminuează rezistența organismului la boli și face foarte dificil tratamentele de lungă durată. Alcoolul îl face pe individ nedisciplinat, nu urmează cu regularitate tratamentele, preferă să-și cheltuiască banii mai mult pe băutură decât să-și îmbunătățească alimentația sau condițiile igienice în care trăiește. Un rol agravant îl exercită și asupra bolilor venerice, ușurând contaminarea, prin întârzierea și neregularitatea tratamentului.

Riscurile pot fi legate diferențiat în raport de vârstă: tinerii sunt mai expuși efectelor acute ale alcoolului, cei în vârstă riscă de a prezenta probleme medicale cronice, legate de consumul de alcool. Pentru tineri problemele viitoare se pun mai acut decât pentru indivizii ce beau mai târziu. Tinerii sub 20 de ani sunt cei mai expuși la accidente de circulație.

În privința familiei și copiilor sunt de notat lipsurile de tot felul, mizeria, mediul moral și social nociv din casele alcooliciiilor. Banii câștigați în loc să intre în gospodărie, sunt duși la cârciumi pentru procurarea băuturii. Fie că ambii sau numai unul din părinți este alcoolic, atmosfera din casă este aceeași: scandaluri permanente, certuri, neînțelegeri, ba chiar și bătăi în fața copiilor flămânzi și neîmbrăcați, fără nici un control părintesc. Aceștia vor lua calea vagabondajului, în a cărui orizont apare casa de corecție a minorilor.

În cadrul familiei și în cadrul intoxicației acute sau cronice, femeile ocupă un loc aparte, prin locul fiziologic pe care îl au în calitatea lor de mame. Actualmente numărul femeilor băutoare a crescut. O femeie în stare de ebrietate, ducând un copil de mână, constituie un spectacol detestabil. Intoxicația alcoolică, inevitabilă la un consum mai sporit de alcool îi va ataca ovarele și celulele germinative și este posibil să nu se mai bucure de acel sigiliu al familiei - copilul, căruia să-i dăruiască cele mai înalte și mai sensibile sentimente.

Femeia însărcinată constituie un grup aparte de risc, dacă continuă să bea, prin marile pericole pe care le prezintă această intoxicație asupra fătului și mai apoi asupra copilului. Placenta fiind permeabilă la alcool, acesta trece nestingherit și poate produce alterări ale sistemului central nervos, malformații, tulburări de creștere, greutate insuficientă la naștere, leziuni cuprinse în așa-zisul „sindrom de alcoolism fetal”. Laptele femeilor care consumă alcool are aceeași concentrație de alcool ca și sângele matern, de aceea la sugarii alimentați de mame alcoolice apar semne de intoxicație. Mai târziu, acești copii vor suporta, fără nici o vină, toate consecințele care urmează: rezistența scăzută la boală, dezvoltare intelectuală inferioară, medie.

III. Alcoolismul.

Noțiuni generale.

Alcoolismul este o patimă obsesivă a omului pentru alcool, apărută în urma consumului acestuia, care duce la pierderea de către om a calităților social-spirituale și fizice.

Alcoolicul este un ins dependent, depresiv, instabil și autodistructiv, impregnat de rea credință.

Consumul de alcool parcurge patru faze:

1. Consumul experimental – adesea, tinerii experimentează alcool. Ei își dau seama de schimbările de stare care au loc în urma consumului de alcool. Ei învață cum să se simtă bine când beau. De multe ori însă trec printr-o experiență negativă, li se face rău de la alcool sau îi doare capul după ce au băut. Aceste experiențe negative îi pot face pe unii tineri să se răzgândească și chiar să decidă să nu mai bea. Cu toate acestea un număr mare de tineri ajung să experimenteze efectele plăcute asociate cu alcoolul. Aceste efecte le întăresc dorința de a bea, iar mulți dintre tineri care continuă ajung curând în faza consumului sistematic.

2. Consumul sistematic - tinerii ce consumă sistematic alcool sunt consumatori sociali. Ei știu cum se vor simți și optează de a bea cu anumite ocazii. Consumul de alcool devine un obicei, uneori chiar un exces.

3. Consumul devine o preocupare - a treia fază este preocuparea față de alcool. În cazul consumului experimental sau sistematic adolescenții consumă alcool pentru a experimenta efectele plăcute asociate cu alcoolul. În a treia fază însă, tânărul începe să bea pentru a diminua sau elimina niște sentimente neplăcute. În această fază, adolescenții încep să-și piardă controlul și beau din cauza situațiilor - problemă cu care se confruntă.

4. Dependenta chimică - este faza în care are loc pierderea totală a controlului. Pentru aceasta fază este caracteristic că atunci când o persoană chimic dependentă începe să consume alcool, nimeni nu poate prevedea durata sau rezultatele acestui episod.

Formele clinice și stadiile alcoolismului cronic.

1. Beția alcoolică obișnuită evaluează în trei stadii.

I stadiu de intoxicație alcoolică obișnuită se caracterizează prin euforie și corespunde unei alcoolemii de 0,5-1,5gr/%.

În al II-lea stadiu apare o euforie marcată de dereglări neuropsihice majore și corespunde unei alcoolemii de 2-3gr/%.

Al III-lea stadiu se caracterizează printr-o stare paralizantă și corespunde unei alcoolemii de 5-8gr/%.

2. Criza de beție patologică are următoarele forme:

- *Epileptoidă* – disforie, manie, iluzii auditive, excitație psihomotorie;
- *Delirantă* – halucinații vizuale de tip agresiv;
- *Paranoidă* – delir de urmărire și halucinații auditive imperative;
- *Maniacală* – euforie, excitație motorie neadecvată;
- *Depresivă* – tristețe, inhibiție motorie;
- *Isteroidă* – stare crepusculară isterică cu halucinații vizuale și iluzii terifiante.

3. Alcoolismul cronic: diagnosticul poate fi stabilit când sunt prezente următoarele criterii:

- dependența patologică de alcool;
- toleranța;
- pierderea autocontrolului;
- pierderea reflexului de vomă;
- starea de abstenență.

Stadiile alcoolismului cronic:

1. *Stadiul inițial*
2. *Stadiul alcoolismului narcotizat*
3. *Stadiul de demență encefalică*

Cauzalitatea alcoolismului.

Diagnosticul de alcoolism nu spune nimic despre felul, cauza și gradul afecțiunii de bază. Cercetările recente au evidențiat faptul că în cazul dependenței de alcool nu este vorba de o boală uniformă, ci de o maladie psiho-fizică complexă.

Oamenii din toate păturile sociale și cu diferite meserii sunt dependenți de alcool. Există probleme de natură psiho-somatică, sociala și ideologică, adică trebuie să existe anumite trăsături psihice și fizice într-o anumită situație creată de anturaj în corelație cu o anumită atitudine față de viață, că toxicomania alcoolică să se poată produce, dar nu în toate cazurile, sunt excepții.

Alunecarea unei persoane dintr-o situație de conflict într-o boală, în sinucidere, în dependență sau în fapte culpabile, presupune niște trăiri și un comportament anume, o tulburare a prelucrării emoțiilor ce nu corespund normei, un dezacord între formele voinței și dorința arzătoare de rezolvare a unor relații tensionate insuportabile și lipsa de capacitate de adaptare în situația respectivă. Dacă va continua să nu aibă răspundere pentru ceea ce a ajuns și pentru producerea dependenței sale și insistă asupra faptului că este victima oamenilor și a împrejurărilor, atunci ajunge într-o situație fără scăpare. Dar dacă își va asuma sarcina de a-și schimba comportamentul și atitudinea față de viață, strădaniile sale, ale prietenilor și ale altor ajutoare specializate pot fi încununuate cu succes prin luarea măsurilor necesare, plecând de la cauzele apariției dependenței.

În **cauzalitatea alcoolismului**, ca problemă controversată, se enunță prezența a trei factori probabili:

Factorii socio-culturali: se referă la rolul alcoolului în diferite contexte culturale. Se deosebesc astfel culturile permissive față de alcool (iudaismul, creștinismul) și culturile represive, care descurajează sau interzic cu desăvârșire consumul de alcool (islamismul, hinduismul, budismul). În unele culturi, alcoolul îndeplinește un rol inițiativ și normativ (abstinenții sunt stigmatizați, mai ales cei din rândul bărbaților), alții are un rol social - primirea unui oaspete sau celebrarea unui eveniment - și unul simbolic, deseori concretizat în mitul virilității masculine legate de consumul de alcool și exaltarea virtuților reconfortante ale alcoolului.

Factorii psihologici: presupun existența unor predispuneri față de alcoolism cu un prag redus de toleranță la frustrare, cu incapacitate de asumare a responsabilităților implicate în rolul social, cu predispuneri narcisiste, sentimente de nesiguranță și inferioritate. În geneza alcoolismului sunt prezenți și alți factori de risc:

- sexul: rata alcoolismului bărbaților față de femei este de 3 : 1;
- vârsta: alcoolismul apare, de obicei, între 20 și 40 de ani la bărbați, iar la vârsta de peste 65 ani alcoolismul este mai mult o raritate;
- istoricul familial: riscul copiilor ce provin din familii de alcoolici de a deveni ei însuși alcoolici este de aproximativ patru ori mai mare decât la copiii din familiile nealcoolice.

Factorul geografic: este un factor ce delimitează un anumit tip de consum al unui anumit tip de alcool, consum determinat inițial de condițiile de mediu.

Consumul băuturilor alcoolice de către tineret.

Volumul și frecvența consumului de alcool a crescut în ultimul timp, iar vârsta la care se începe băutul a scăzut. Studiile efectuate arată că obiceiul consumului de alcool începe din adolescență și debutul vârstei adulte, dar consecințele patologice nu apar decât în decursul mai multor ani.

Adolescenții sunt rareori consumatori cronici de alcool, mai degrabă au tendința de a ceda ocazional unui consum excesiv de alcool. Sub influența alcoolului au loc tulburări ale procesului de auto-percepție – adolescentul beat nu-și poate controla comportamentul. În primul rând, el își pierde controlul asupra cuvintelor și acțiunilor sale, în timp ce reține în minte în mod normal sau schimonosit cuvintele sau acțiunile altor oameni.

Din toate reacțiile obiective nefavorabile caracteristice pentru starea de ebrietate, cea mai periculoasă este starea de euforie alcoolică. Tocmai această stare constituie baza pentru dezvoltarea dorinței pătimașe de a consuma alcool.

Printre cei ce fac abuz de alcool, bărbații constituie grupul tipic. Dar consumul de alcool la copii, adolescenți are un șir de particularități, caracterizându-se ca un fenomen social periculos.

În primul rând, patima față de alcool la adolescenți se dezvoltă foarte repede. Cu cât e mai mică vârsta adolescentului, care știe deja gustul alcoolului și care a început să consume sistematic băuturi alcoolice, cu atât e mai mare probabilitatea ca el să devină alcoolic. Conform datelor narcologilor la adolescentul care a început în mod sistematic să consume băuturi la vârsta de 13-15 ani dependența psihică față de băuturile spirtoase se dezvoltă în mai puțin de un an; la persoanele care au început să consume alcool la vârsta de 15-17 ani – într-o perioadă de 2-3 ani. Dacă adolescenții încep să consume băuturi alcoolice chiar fără voia părinților (cu toate că părinții nu au nimic împotriva, considerând ca la vârsta de 13-16 ani se poate bea câte puțin, numai „cu măsură”), apoi toate cazurile de consum a băuturilor alcoolice de către copii sunt pe conștiința părinților. Sunt cunoscute cazuri, când părinții dau băuturi spirtoase copiilor „pentru poftă de mâncare”, pentru „întărirea organismului”, etc.

În literatura științifică sunt descrise cazuri de psihoze alcoolice la copii de vârsta 13-16 ani, care au consumat alcool sistematic, cât și cazuri de hepatite grave și ciroze alcoolice. Cam 30-80 % din cazurile de consum a băuturilor alcoolice de către adolescenți au avut loc sub îndemnul, în prezența sau chiar cu participarea părinților.

Consumul băuturilor alcoolice de către adolescenți este un fenomen grav. Alcoolul exercită o acțiune nefavorabilă asupra organismului tânăr din punct de vedere somatic, iar tulburările funcțiilor diferitor organe și sisteme sunt foarte stabile și ireversibile. Alcoolul distruge sănătatea copiilor și tinerilor într-o măsură mai mare, cu cât mai devreme părinții au început să consume alcool, iar cel ce sa deprins cu alcoolul mai repede parcurge toate stadiile alcoolismului, apropiindu-se tot mai mult de stadiul complicațiilor, degradării personalității.

Conform studiilor realizați, o treime dintre elevii moldoveni recunosc că uneori consumă alcool, iar 3,6 % fac abuz de băuturi spirtoase. Potrivit raportului UNICEF, în Republica Moldova au fost înregistrate 265 de cazuri noi de etilism la 100 de mii de locuitori, în rândul tinerilor de 15 ani. În același timp, 541 de adolescenți erau declarați alcoolici.

Dependenta de alcool se creează după mai mulți ani și majoritatea persoanelor care solicită asistența medicală au peste 30 ani. Se observă diferență importantă între sexe privitor la consumul de alcool și la efectele fizice produse de acestea. În țările dezvoltate tinerele consumă alcool la fel de frecvent ca tinerii, dar în cantitate mai mică. Conținutul mai redus în apă al organismului femeilor face ca acestea să fie mai vulnerabile decât bărbații la efectele alcoolului. Rezultă că prin consumarea aceleiași cantități de alcool consecințele asupra sănătății vor fi mai grave la femei. Alte diferențe între bărbați și femei pot fi de ordin socio – cultural. În numeroase știri consumul de alcool de către tineri este considerat ca o consolidare a imaginii masculine de virilitate și maturitate. Consumarea de alcool de către femei este privită diferit: femeia care bea mult este obiectul dezaprobării sociale și în consecință ea încercă să disimileze dificultățile cu care se confruntă în loc să ceară ajutor calificat.

Cele mai des numite cauze consumului de băuturi alcoolice de către tineret sunt:

- Anumite tipuri de personalitate (hiperemotivi, persoane cu complexe de inferioritate și cu instabilitate psihică). Alcoolul facilitează debarasarea de dificultăți de ordin caracterial, redă încrederea și permite afișarea unei false bunăstări.
- Terenul ereditar (transmiterea genetică a unei enzime implicate în metabolismul alcoolului).
- Tradiții pro-alcoolice.
- Presiunea grupului.
- Dorința de experimentare (pentru mulți tineri alcoolul este un simbol de maturitate).
- Exemplul idolilor.
- Conflicte cu părinții.
- Mediul social.
- Teama de obligațiile impuse de vârsta adultă (de exemplu: căutarea unei slujbe).

IV. Profilaxia alcoolismului.

Măsurile de profilaxie și combatere alcoolismului pot fi divizate în:

1.Măsuri instructiv-educative

- cea mai eficientă cale este implementarea în rândul tinerilor a unor cunoștințe temeinice despre efectele alcoolului asupra sănătății, capacității de muncă, comportamentului social; implicarea demografică și economică prin intermediul unor broșuri, pliante, panouri și conferințe la aceste teme; introducerea în programul didactic a unor prelegeri despre alcoolism și efectele sale (începând din clasele a IV și a V).

2.Măsuri social-economice

- restrângerea producției de băuturi alcoolice, mai ales a celor concentrate;
- limitarea producției ilicite;
- menținerea unor prețuri ridicate;
- realizarea unor cantități sporite și variate de băuturi nealcoolice și difuzarea largă a acestora;
- interzicerea publicității la băuturile alcoolice prin intermediul mass-media sau prin etichete și ambalaj atractiv;
- restrângerea spațiilor de expunere a băuturilor alcoolice;
- interzicerea vânzării de băuturi alcoolice la copii și adolescenți;
- reducerea numărului de unități unde se consumă în exclusivitate băuturi alcoolice și neautorizarea funcționării acestora în vecinătatea școlilor, căminelor, instituțiilor, întreprinderilor etc.

Rolul școlii și familiei în profilaxia alcoolismului.

Educarea elevilor în ceea ce privește pericolul pe care îl prezintă alcoolul și folosirea altor droguri, precum și formarea deprinderi care împiedică folosirea alcoolului și drogurilor, constituie o parte importantă din educația elevilor.

Este foarte important ca profesorii să înțeleagă că „problema drogurilor” trebuie să includă atât alcoolul cât și drogurile ilegale.

Alcoolul este un drog foarte accesibil și substanța preferată pentru abuz. Pentru a combate cât mai eficient consumul de alcool și alte droguri, trebuie să se implice întreaga societate: părinții, școala, elevii, autoritățile competente și organizațiile comunitare. Toate aceste grupuri trebuie să conlucreze pentru a transmite un mesaj consistent care să califice consumul de alcool și de droguri drept greșit și dăunător.

Școala, în special, joacă un rol important în activitatea de prevenire, deoarece tinerii își petrec marea majoritate a timpului în școală și pentru că aceasta are o influență majoră în transmiterea normelor comportamentale adecvate. Școala poate contribui la eforturile de prevenire nu numai prin prezentarea de informații exacte despre alcool și droguri, ci și prin dezvoltarea și aplicarea unor strategii ferme și consistente care să descurajeze folosirea și vânzarea lor.

Adolescenții de 13-14 ani sunt adesea nesupravegheați de adulți și de multe ori se află în contact cu elevi mai mari. Pe măsură ce se maturizează fizic, ei doresc să acționeze ca și cei mai mari. Alcoolul devine un risc din ce în ce mai mare pentru că poate fi acceptat sau încurajat de cei din anturaj și, cel puțin temporar, îi poate face să pară și să se simtă mai mari.

Educația de prevenire a consumului de alcool și droguri se va concentra asupra:

- formării unor deprinderi de viață, cum ar fi rezistența la presiunea anturajului;
- comunicării cu adulții (inclusiv cu familia);
- căutării unui sprijin în rezolvarea problemelor;
- sprijinirii altora;
- acceptării responsabilității personale și civice.

Elevii au nevoie să cunoască:

- cum să identifice alcoolul, tutunul și alte droguri;
- că folosirea alcoolului și a altor droguri este ilegală la vârsta lor;
- că legile cu privire la consumul și la vânzarea de alcool și de droguri sunt destinate să-i protejeze pe oameni;
- cum și de ce efectele alcoolului și ale drogurilor variază de la om la om, mai

ales imediat după folosire;

- cum împiedică alcoolul performanțele fizice și intelectuale.

Integrarea mesajului de prevenire a consumului de alcool și de droguri în diverse materii, are mai multe scopuri:

- *în primul rând* mesajul are mai multe șanse de a fi eficient dacă este prezentat sub mai multe forme și la diferite materii, decât dacă este prezentat, să zicem, numai la orele de educație pentru sănătate;
- *în al doilea rând* integrarea consolidează dobândirea de deprinderi școlare specifice;
- *în al treilea rând* atrage un număr variat de profesori în programele școlare de prevenire și sporește importanța formării de deprinderi de care tinerii au nevoie pentru a rezista tentației alcoolului și drogurilor.

Școala este o sursă importantă de informații despre alcool și droguri, întrucât este singurul loc în care pot fi abordați tinerii. Elevii petrec destul de mult timp în școală și prin educația formală, dar și informală pe care o oferă școala, ei pot acumula multe informații valoroase, precum și deprinderi.

Atât școala, cât și familia sunt surse însemnate de exemple pentru un comportament corespunzător și sănătos. În această privință, școala și familia pot fi parteneri în educația pentru prevenirea consumului de alcool și de droguri, fiecare consolidând informațiile și deprinderile oferite de celălalt. În manualul de educație pentru sănătate (ARC, Chișinău, 1996), cooperarea cu părinții prevede următoarele:

- Părinții au nevoie de informație despre alcool și folosirea lui.
- Părinții trebuie să fie informați despre programele de prevenire a consumului de alcool în care sunt implicați copiii lor.
- Unii părinți au nevoie să li se reamintească importanța sprijinirii eforturilor copiilor cu o judecată corespunzătoare și corectă.
- Părinții au nevoie să fie încurajați să acorde copiilor lor o libertate, rămânând totuși surse importante de valori, informații și sprijin.

- Părinții au nevoie să li se amintească că tinerii nu trebuie lăsați nesupravegheați. Aceștia au în continuare nevoie să fie sub îngrijire, înainte și după școală, atunci când părinții nu sunt acasă.
- Părinții vor fi încurajați să păstreze liniile de comunicare deschise și să permită copiilor să pună întrebări.
- Li se va aminti părinților importanța de a ști cu cine se află copiii lor în majoritatea timpului, cine răspunde de ei, cine sunt prietenii lor și chiar părinții acestora.
- Părinții ar trebui să știe că tinerii care au prieteni consumatori de alcool și droguri riscă să devină și ei consumatori foarte curând.

Pentru a majora implicarea părinților în prevenirea consumului de alcool, asistentul social trebuie să aibă în vedere următoarele:

- Să informeze părinții despre consumul de alcool, care survine atunci când copii sunt nesupravegheați acasă.
- Să încurajeze organizațiile locale de părinți și cadre didactice cu privire la dezvoltarea unui program special pentru părinți, despre educația de prevenirea consumului de alcool.
- Să invite părinții să asiste la orele de curs și să participe la activitățile școlare pentru a ști ce învață copiii lor.
- Să informeze părinții despre programele locale de tratament pentru cei care fac abuz de alcool.

Întrucât familia este cea care transmite valori copiilor, decorul familial poate deveni o scenă critică în educația în ceea ce privește alcoolul și drogurile. Este necesară pentru elevi încurajarea dobândirii unui simț al comunității. Responsabilitatea atât față de sine, cât și față de ceilalți este o componentă esențială în dezvoltarea simțului comunității. Elevii au nevoie să înțeleagă că sunt parte integrantă a comunității și că un comportament responsabil include refuzul folosirii alcoolului și drogurilor, precum și excluderea drogurilor la nivelul comunității. Tema responsabilității încurajează învățarea principiilor de cetățenie și

a idealurilor care stau la baza democrației, cum sunt și guvernarea de către popor și cooperarea pentru binele societății.

Importanța asistenței sociale în lucru cu adolescenții alcoolizați.

Asistența socială este o profesie universală. Ea cere de la asistentul social cunoștințe în diferite domenii și aplicarea lor în practică. Nu este întâmplător faptul, că statutul lui ține de un șir de funcții, obligații, norme, principii ale asistenței sociale.

Aceste obligații și principii sunt atât de importante, încât au fost incluse într-un cod comportamental specific pentru această profesie. Referindu-se la natura relației dintre asistent - client trebuie să menționăm următoarele: clienții vor să fie înțeleși de asistentul social, au nevoie de preocupare și interes pentru problema sa, ei nu vor să fie considerați un conglomerat de probleme sau balast al societății.

În această relație este important să se mizeze pe încredere și respect reciproc, mai mult ca atât, în orice intervenție asistentul social trebuie să realizeze următoarele obiective:

- să cunoască și să preîntâmpine procesele sociale negative, cum ar fi alcoolismul și de a ajuta persoana dependentă să-și găsească un rost în societate;
- să redea persoanei dependente de alcool sensul identității, încrederea în sine și în societate;
- să lucreze cu adolescenții alcoolizați pentru a le crea un mediu favorabil pentru creșterea, educarea și integrarea socială, deoarece siguranța și stabilitatea personalității copilului sunt două condiții fundamentale ale vieții normale în societate. Copiii crescuți fără dragoste și fără apropiere sufletească din partea familiei sunt de regulă pasivi, indiferenți de munca școlară, incapabili să se cunoască sau să exploreze lumea;
- să fie un mediator între copil, familie și școală. Practica asistenței sociale oferă diferite măsuri de ocrotire a adolescenților, dintre care unele cu caracter provizoriu, altele cu caracter permanent. Asistentul social trebuie să fie alături de adolescent pentru a-l ajuta să se descopere pe sine, să-și creeze o

imagine pozitivă despre sine prin valorificarea succeselor sale și prin descoperirea sentimentului de dragoste față de sine și alții.

Asistenții sociali pot sugera membrilor comunității să contribuie la eforturile de prevenire a consumului de alcool în următoarele moduri:

- Să organizeze un grup operativ care să contribuie la educația preventivă.
- Să ofere protecție în timpul zilei, inclusiv înainte și după ce copiii ies de la școală.
- Să încurajeze sectorul particular să sprijine programe speciale, excursii, resurse suplimentare, obținerea de materiale didactice.
- Să încurajeze ziarele locale, televiziunea și radioul să difuzeze știri, informații pozitive despre elevi.
- Să solicite conducătorilor comunității, cum ar fi: ofițeri de poliție, pompieri, responsabili ai bazelor de agrement și alții, să vorbească la orele de curs despre importanța de a nu consuma alcool și alte droguri și de a putea fi exemple pozitive pentru cei mai mici.
- Să obțină sprijinul sectorului particular pentru echipele sportive școlare și de performanță.
- Să aplice legile și regulamentele destinate să protejeze copiii. Să ofere posibilități de a lucra cu alte structuri (exemple: voluntariat în spitale, în grădinițe, în creșe, în tabere).
- Să-i ajute pe tineri să înțeleagă valoarea faptului de a munci pentru ceea ce primești, precum și conceptual conform căruia să obții ceva pe seama altuia nu este corect. Să dezvolte la copil sentimentul că a cere ajutor este un semn de tărie.

V. Drogurile.

Noțiuni generale, clasificarea.

Prin **drog** (cuvânt de origine olandeză „droog”) se înțelege, în sens larg, orice substanță utilizată în terapie, datorită unor proprietăți curative, dar al cărei efect este, câteodată, incert și nociv pentru organismul uman. Această definiție este însă prea vagă și poate include, în general, toate medicamentele. Definind drogul, trebuie să consemnăm și sensul clasic al termenului. Potrivit definiției date de Organizația Mondială a Sănătății, drogul este acea substanță care, odată absorbită de un organism viu, poate modifica una sau mai multe funcții ale acestuia. Din punct de vedere farmacologic, drogul este substanța utilizată sau nu în medicină, a cărei folosire abuzivă poate crea dependență fizică și psihică sau tulburări grave ale activității mintale, ale percepției și al comportamentului. Actualmente există mai multe clasificări ale drogurilor, fiecare din ele prezentând un interes particular. ***După originea lor, drogurile se clasifică în:***

Naturale - adică obținute direct din plante ori arbuști: opiul și opiaceele extrase din latexul macului opiaceu, hașișul (rašina din planta Cannabis Sativa), marijuana (frunzele ale plantei Cannabis Sativa), frunzele de coca și produse ce se pot realiza din arbustul de coca, alte plante cu proprietăți halucinogene.

Semisintetice - realizate prin procedee chimice pornind de la o substanță naturală, extrasă dintr-un produs vegetal: heroina, LSD.

Sintetice - elaborate în întregime prin sinteze chimice: hidromorfina, petidina, metadona, mescalina, psylogina.

Louis Lewin, în lucrarea sa „Fantastica” publicată în 1924, care își menține până în prezent importanța, dă următoarea clasificare a drogurilor:

Euforice - cuprinzând calmante ale activității psihice ce diminuează și suspendă emotivitatea și percepțiile, conservă, reduce ori suprimă conștiința, acordând consumatorului o stare de bunăstare, eliberându-l de afecte. Cercetătorul german include în această categorie frunzele de coca și cocaina, opiul și derivații săi opiacei ca: morfina și codeina.

Fantastice - cuprinde în general substanțe diferite din punct de vedere chimic, dar care au în comun proprietăți halucinogene (agenți de iluzii). Acestea sunt: peyotl, canabis, inclusiv plantele care conțin tropaină.

Inebrantice - substanțele îmbătătoare cum ar fi: alcoolul, cloroformul, eterul, benzina. Deși Louis Lewin nu-l menționează, în această categorie poate fi inclus fără riscul de a greși și protoxidul de azot.

Hypnoice - agenții inductivi ai somnului: chloratul, veronalul (toate barbituricele), sulfonalul, kawa-kawa, bromura de potasiu.

Excitante - stimulantele psihice, care determină, fără a altera conștiința, o excitare a activității cerebrale. Din această categorie fac parte cofeinele (cafeaua, ceaiul, cola, matiyage, khatul, guarana), cacao, camforul, tutunul, betelul.

Cea mai curent folosită este însă clasificarea drogurilor adoptată de Organizația Națiunilor Unite și de către Organizația Internațională a Poliției Criminale (Interpol):

1. Produse depresive ale sistemului nervos central (opiul cu derivații săi: morfina și heroina);

2. Produse stimulente ale sistemului nervos central (cocaina, crackul, khatul, amfetaminele);

3. Produse perturbatorii ale sistemului nervos central (cannabisul, L.S.D., mescalina, ciupercile halucinogene).

Frecvent utilizată este, de asemenea și clasificarea simplă a drogurilor în:

- droguri legale (tutunul, alcoolul, ceaiul, cafeaua...);
- droguri ilegale (cocaina, heroina, cannabisul...).

În concluzie menționăm că după efectele scontate drogurile se împart în:

- droguri care provoacă excitație psihică, veselie, sentimente de tensiune psihică și, uneori, reacții violente, *numite stimulente;*
- droguri care provoacă calm psihologic, relaxare psihică sau somnolență, *numite sedative;*
- droguri care modifică percepția, senzațiile auditive, vizuale și olfactive,

numite halucinogene;

- **droguri care tulbură rațiunea, numite delirogene.**

Prezentarea analitică a celor mai importante droguri.

Opiul și derivatele lui (opiaceele).

Opiul se extrage din macul alb, această plantă fiind o sursă de aproximativ 15 alcaloizi care formează familia opiaceelor. Varietatea „album” dă flori albe și sucul numit opiu. Macul (*papaver somniferum*) are varietățile de: *album*, *glabrum*, *negrum* și *setigerum*.

Macul se cultivă în zonele cu climă temperată din Europa și Asia (inclusiv România). În Europa se folosește, de regulă, în scopuri terapeutice și chiar ca plantă decorativă. Se folosește latexul din capsulă. Picăturile se solidifică până a doua zi, se culeg, se usucă câteva zile și apoi se aglomerează în bucăți, turte, chifle, batoane cunoscute sub aproape 100 denumiri în lume. (*opiul brut*)

Din opiu se obțin, în industria farmaceutică: morfina, papaverina, tebaina, codeina.

În traficul ilicit există:

1. ***Opiul brut.*** Cel mai valoros este cel colectat de la macul cultivat în Iran și Taiwan.
2. ***Chandu (chandoo, smoking opium, opiul rafinat).*** Foarte răspândit în Extremul Orient pentru fumatul cu pipa sau consumarea sub formă de comprimate.
3. ***Dross (cenușa opiului fumat).*** Folosit mai ales de opiomanii săraci. Dacă are forma și mărime unei țigări, are diferite denumiri în funcție de zona geografică. Nu are tăria celui rafinat, dar este suficient de puternic pentru a provoca efectele tipice ale drogului.
4. ***Morfina (derivat principal al opiului).*** Un alcaloid alb și cristalin care provoacă toxicomania într-o măsură mai mare decât opiu. Folosit mult în medicină, ca analgetic puternic. Morfina, considerată arhetipul drogurilor, este substanța de referință pentru măsurarea puterii analgetice a celorlalte droguri.

Morfina produce dependență concomitent fizică și psihică, însoțită de toleranță. La o doză mică - efecte euforizante, la doze mai ridicate dă somnolență însoțită de vise. Dependența psihică se instalează ca efect al stării euforice. Dependența fizică se manifestă la întreruperea administrării drogului, prin instalarea sindromului de abstenență. El apare la câteva ore de la ultima administrare, manifestându-se, pe termen scurt, prin deprimare, tremurături musculare, dureri, slăbiciune fizică, insomnie, agitație, greață, crampe musculare și abdominale, creșterea tensiunii, accelerarea respirației, confuzie, apatie, slăbire, sterilitate, edem pulmonar, colaps. Manifestările neuropsihice duc la psihoze grave. Consumatorii înrăiți renunță la morfină și trec la heroină, apoi la drogurile sintetice. Edith Piaf, morfinomană, se injecta chiar și pe scenă. Efecte: euforie, apoi anxietate însoțită de suferințe cumplite.

5. *Heroina (diacetylmorfina)*. Descoperită în 1898. Numită și Hong Kong Rocks, Brown Sugar, Vogelfutter („Hrană pentru păsărele”). Alcaloid opiaceu de 3 ori mai activ și de 5 ori mai nociv ca morfina, dar mai puțin hipnotic. Tipuri:

- heroina de bază (Heroina 2, față de morfina brută, socotită Heroina 1)
- heroina 3 (Brown sugar)
- heroina 4 („Alba”).

Heroina care nu a cunoscut nici un proces de purificare (***heroina brută***), este numită pur și simplu heroină, la care se poate adăuga numele țării sau al regiunii geografice de proveniență: heroina mexicană, heroina iraniană. Când această heroină este foarte diluată, pentru a fi vândută, se numește *heroina străzii* (concentrație de 3-6% heroină).

Acționează mai violent ca morfina, provocând crize de abstenență mai grave, cu anxietate respiratorie și depresii totale. Intoxicarea cronică se manifestă prin slăbiciune generală, insomnie, grețuri, convulsii, dereglări psihice, șocuri cardiace și uneori forme de precolaps. Operează rapid, obligându-și victima să se injecteze la fiecare 3 ore. Dependența instalată de heroină este atât de tiranică, încât niciodată toxicomanul respectiv nu se va întoarce la opiu.

Heroina este un narcotic ce dă o puternică adaptare și nevoia de a mări doza. Ea stimulează atât centrul plăcerii, cât și centrul care dau obișnuință și dependență fizică. Efecte: a) elimină durerea și creează sentimentul de „bine”; b) afectează sistemul imunitar natural; c) insensibilitate la foame; d) indiferență generalizată (nici un eveniment extern, social nu mai are semnificație pentru drogat). Moartea survine ca supradoză, ca simplă îmbolnăvire datorită injectărilor nesterile, ca malnutriție.

Heroina este utilizată intens pretutindeni, heroina este folosită și în medicină în unele țări din Europa Occidentală, dar total interzisă în SUA.

6. **Codeina.** Calmant al durerilor, mai puțin periculos decât morfina, dar destul de nociv. Folosită în doze mult prea exagerate, poate da și ea dependență (codeinomanie), dar fenomenul este foarte rar.
7. **Dilaudid.** (clorhidrat de dihidro-morfină). Substituent al morfinei ca analgetic și calmant.
8. **Laudanum.** Este o tinctură de opiu ce conține 1% morfină. Unul din primele medicamente pe bază de opiu, dar mai puțin utilizat astăzi.
9. **Thebaina.** Una din cele mai vechi opiacee, produce intoxicații grave, uneori mortale.
10. **Papaverina.** Are efecte mio-relaxante pe mușchiul neted al organelor, de unde utilizarea sa ca vasodilatator și sedativ al colicilor renale, biliare etc. Nu produce dependență.
11. **Eukodal.** Derivat al papaverinei cu efecte similare morfinei. Narcotic cu acțiune rapidă.

Coca și Cocaina.

Cocaina este alcaloidul principal din frunzele de *Erythroxylon coca*, arbust originar din America de Sud, zonele subtropicală și tropicală.

Arbustul de **coca**, de 2-3 m crește în Peru, Bolivia, Brazilia, Columbia, Argentina, India, Indonezia. Dă câteva recolte de frunze pe an. Legal, frunzele de

coca sunt folosite la extragerea unor substanțe aromatice sau stimulente ale sistemului nervos central.

Deși proprietățile frunzelor de coca ca stimulant și supresor al senzației de foame sunt cunoscute de multe secole, izolarea alcaloidului cocaina a fost făcută abia în anul 1855 de către chimistul german Friederich Gaedcke. Multe din cunoștințele de chimie erau insuficiente la acea vreme, coca nu creștea în Europa iar frunzele se deteriorau ușor în timpul transportului.

"O porțiune din frunzele de coca" a fost inclusă în rețeta originală a lui John Styth Pemberton din 1886 pentru Coca-Cola. Un alt produs - ceaiul peruvian Mate, conține aproximativ 5 mg de cocaină „per pliculeț”.

Frunzele de coca. Indienii sud-americani, *coqueros* (supranumiți „dinții verzi”) mestecă de câteva ori pe zi cocoloșul verde din frunze de coca (obiceiul numit cocada). Pentru aceasta le leagă în legături și le stropesc cu var ori cu anumite cenuși vegetale și după aceea le mestecă. Rareori sunt folosite ca infuzii (ceai) sau sunt fumate în țigări. La indieni totul se exprimă în funcție de tradiția cocadei: mestecatul unui cocoloș durează cam 40 minute; exprimarea distanțelor („Până la localitatea cutare e un drum de vreo câteva cocade”); ziua de lucru se împarte în cocade. În unele regiuni din America de Sud 90% din angajați sunt mestecători de coca.

În prima fază efectul este reconfortant și euforizant, se elimină senzațiile de foame și oboseală, după care urmează apatia, somnolența. Consumatorul de frunze de coca are o capacitate de muncă redusă, incapabil de concentrare și dexteritate. Incapabil să-și asume responsabilități, fiind expus accidentelor de muncă. Foarte răspândite sunt hepatitele, datorită suprasolicitării funcțiilor antitoxice ale ficatului, tulburări ale aparatului digestiv și ale sistemului nervos. Pielea se îngălbenește, apar tulburări nervoase, dureri cumplite de cap și anemie. Epuizat și așa din cauza insomniei și lipsei poftei de mâncare, bolnavul acuză suferințe complexe și în cele din urmă moare de cașexie (tulburare metabolică profundă, caracterizată prin pierderea masivă în greutate, atrofie musculară, tulburări trofice, astenie etc).

Cocaina („praful nebuniei”) este un „drog dur”, din categoria stupefiantelor (inhibă centrii nervoși, provocând o stare de inerție psihică și fizică). Alcaloid natural, constituentul chimic principal al frunzelor de coca (30-50% din alcaloizii acestei frunze). Se obține din frunzele de coca, în fazele: *pasta de coca* (sub formă solidă sau ca o pudră cu cristale ce se sparg ușor la apăsare), *cocaina-bază brută*, aceasta se purifică și se consumă ca atare sau se tratează cu acid clorhidric și se obține *clorhidratul de cocaină*, cel mai larg utilizat, deși se poate obține și nitratul de cocaină sau sulfatul de cocaină. Cocaina se produce în Bolivia, Peru, Columbia, Arhipelagul Filipine, Indonezia, Jawa, Hawaii, Sri-Lanka.

Efecte terapeutice: anestezie locală, se aplică direct pe țesuturile lezate. Dacă este injectată subcutanat are efectul amfetaminelor, dublat de unul anestezie locală.

Cocaina are cele mai variate forme de utilizare: injectarea subcutanată, masarea gingiilor cu pudră, consumarea de vin cu adaos de cocaină, masticarea pastei de coca, fumare, prizarea pudrei fiind cel mai răspândit procedeu. Prizarea provoacă leziuni ale septului nazal, până când cartilajul se necrozează, ca urmare a permanenței deficiente circulației locale. Cei bogați își înlocuiesc cartilajul distrus cu plăcuțe de argint sau de platină. La câteva minute după ce substanța activă ajunge în circuitul sanguin, aceasta inundă porțiuni ale creierului: scoarța cerebrală, responsabilă de memorie și rațiune; hipotalamusul, care controlează simțurile, apetitul și somnul; creierul mic, responsabil de activitățile motorii. Drogul dezlănțuie o adevărată furtună nervoasă, menținând în excitație continuă zone vaste ale creierului, care se comportă ca o centrală telefonică suprasolicitată: omul este supraexcitat și nu mai poate prelucra normal informațiile și impulsurile pe care le primește. Drogatul debutează cu idei aberante, dând-și frâu liber imaginației. ***Efecte imediate: excitație euforică, halucinații, logoree, intensificarea funcțiilor intelectuale, creșterea capacității funcționale musculare, plăcere, veselie, vioiciune, încredere, un mare val de energie și printr-o micșorare a senzației de oboseală.*** Cocainomanul își supraestimează capacitățile,

în realitate, randamentul muscular este mai redus, își inhibă senzațiile de foame și sete, provocându-și o subnutriție care poate duce la cașexie. El devine sau dezechilibrat psihic, suferind de persecuție, sau un paranoic agresiv. Controversat este și efectul afrodisiac: la un consum de durată crește libidoul, dar concomitent apare lent și sigur impotența. După doze mari sau la consum de durată, cocaina provoacă halucinații și duce la dezechilibru mintal grav.

În timpul utilizării se accelerează pulsul, se dilată pupilele, crește presiunea sanguină. În ultimul stadiu se produc convulsii și survine moartea. Victimele își schimbă modul de viață pentru a obține acest drog. Pierd rapid în greutate, anemiindu-se, le scade rezistența la îmbolnăviri.

Durata efectelor: 20-60-120 minute, urmată de o lungă perioadă de depresie. Când cocainomanul își revine, are fotofobie (nu suportă lumina). Nu provoacă niciodată somnul sau suprimarea totală a lucidității.

Sindromul de abținere este mai puțin dramatic la cocainoman, cocaina nu dă toleranță (nu simți nevoia să mărești doza), în schimb dă dependență psihică datorită faptului că activează centrul plăcerii.

Este considerată extrem de periculoasă. Multă vreme a fost considerată inofensivă și personalități marcante au utilizat-o. (Freud a testat-o pe el însuși, a fost încântat un timp de ea, a publicat în 1884 o broșură în care se arăta încântat, dar cu timpul și-a dat seama de eroare.)

Crackul („Pocnet, trăsnet, plesnitură”) este o nouă formă de cocaină, în formă de cristale, cu o putere mare care generează dependență. Dă o stare euforică intensă (*flash*), de doar câteva minute, determinându-l pe consumator să utilizeze, în continuare, doze crescute. Periculos pentru inimă, plămâni și sistemul nervos central. Folosită în SUA și Canada. Drog ieftin.

Crankul (numit și speedball) este un amestec de crack și heroină, care se fumează, la modă în SUA, foarte periculos.,

Croackul a apărut în 1989 în SUA: amestec între crack și amfetamină.

Cannabisul.

Cannabisul este termenul generic care cuprinde drogurile obținute din *cannabis sativa* (câneapă): hashish (rasina de cannabis) , marijuana (frunzele de cannabis). Unii afirmă că există mai multe varietăți de câneapă (*cannabis sativa*, *indica*, *ruderalis* etc). Congresul SUA a conchis că există o singură varietate, drept care se recomandă renunțarea la epitetul *indica* atunci când se vorbește de câneapă. Există, totuși, și varietăți fără proprietăți ce generează toxicomanie (câneapa de Creta ș.a.). Varietatea *cannabis sativa* crește și la noi, are vreo 2 m și este cultivată pentru fibra și semințele oleaginoase.

Hașișul este un drog care se obține din mugurii nefecundați ai plantei femele de Cannabis. Hașișul (engl. "pot", "chocolate") este rășina secretată de glandele situate la nivelul frunzelor dar mai ales mugurilor de câneapă cu proprietăți fiziologice active, care, adunată și uscată, este comercializată sub formă de tablete sau bețișoare și în diferite combinații cu opiu, tutun etc. capătă denumiri diferite: șaras, ganjia, bang (India); kif (Algeria și Maroc); takruri în Tunisia; hașiș în Siria și Liban; etc. Este arhicunoscutul *hașiș* din 1001 de noți. Ganjia este rășina de cannabis care aglutinează și fragmente de frunze tinere și flori, întregul fiind presat într-o masă compactă, lipicioasă, modelabilă. În unele țări din Asia de S-V se utilizează ca băutură tradițională bhang-ul, un amestec de cannabis și decoct de orz. Mai există și **uleiul de cannabis** (un extract de rășină, realizat cu solvent sau alcool, prin distilare repetată): se pun 1-2 picături pe țigară și se fumează, ori pe o bucățică de zahăr.

Poetul **Ch.Baudelaire** scria că există temperamente la care acest drog dezlănțuie „o nebunie gălăgioasă, violentă, ce scoate pe oameni din minți”. Efectele hașișului sunt diferite, după structura fizică și psihică a oamenilor. Dacă unii simt o ațătare efemeră a senzațiilor de voluptate, alții trec prin neliniști și anxietăți, acuzând un rău fizic insuportabil. Unii trăiesc o frenezie senzorială, multiplicându-și iluziile vizuale și auditive, alții au halucinații. Când se trezesc, ieșind de sub acțiunea stupefiantului, hașișomanii încearcă dureri de cap groaznice, urmate uneori de stări de lipotimie (leșin) sau de abulie. Oricum, pentru

un timp ei sunt inapți să presteze o muncă susținută, organizată. În doze mari duc la delir și nebunie. Obișnuința duc la abrutizare. Se spune că unii șeici arabi își exaltau supușii cu ajutorul hașișului, trimițându-i apoi în incursiuni sângeroase, de unde și numele de asasini (hașișieni).

În Mexic hașișul (numit geifa) este fumat în colectiv la anumite ceremonii rituale, în timpul cărora "cigarillos"-ul trece din gură în gură. În SUA marijuana sau Lady Hamp este și ea prizată sub formă de țigări, în comun, mai ales de hippiști.

Marijuana este asemănătoare cu un tutun verde, este obținută din frunzele și partea superioară a plantei „cannabis sativa”.

Cannabisul poate fi preparat pentru a fi mâncat, băut sau fumat, sub această ultimă formă fiind consumat mai des. Efectele sunt aproape în exclusivitate asupra sistemului nervos central, în special asupra scoarței cerebrale și, probabil, și asupra cerebelului, ținând cont de tulburările de echilibru coexistente. Efectele apar rapid, la câteva minute de la începutul fumatului sau la 30-60 minute dacă marijuana este ingerată. Stare de falsă relaxare. Ideea devine tot mai confuză, imaginile se precipită, percepția senzorială devine haotică, iar spațiul și timpul își pierd dimensiunile reale. Pot surveni halucinații, stări de transă, tulburări de coordonare și motrice, tremurături, amețeli și țuituri în urechi, comportamentul poate deveni impulsiv. Dozele toxice duc la confuzii mintale, la dezorientare, stări de excitație și anxietate. Alcoolul îi anulează efectele așteptate, motiv pentru care toxicomanii îl evită sistematic.

Adepții cannabisului luptă pentru legalizarea consumului de cannabis, din motiv că alcoolul ar avea efecte mai grave după 20 de ani de consum (hepatomegalia și ciroza), pe când o persoană care a consumat zeci de ani cannabis nu ar avea efecte grave. În realitate produsele cannabisului afectează AND-ul, și prin aceasta mecanismul diviziunii celulare, creând mari perturbări la nivelul ovulelor, spermatozoizilor, neuronilor și țesuturilor. Afectează sistemele cardio-vascular și imunitar, funcțiile endocrine și de reproducere. Se alterează capacitățile psihice: scade voința, puterea de concentrare, judecata, memoria,

persoana devine apatică, își abandonează preocupările cotidiene, își neglijează familia.

Oficializarea, permiterea consumului ar duce la un consum cu caracter epidemic, așa cum s-a întâmplat cu opiul în China, după 1858 și în Egipt cu heroina după 1920.

Khatul

Numită de unii *coca africană* datorită formei de consum (mestecatul frunzelor), a efectelor și a caracterului endemic al consumului. Științific „*Katha edulis*”, arbust din familia celastraceelor, cu proprietăți psihostimulente, este foarte cunoscut musulmanilor din Africa de Est și din S-Est. Se bănuiește că ar fi chiar „laurul sacru” al prezicătoarelor. În Etiopia se apreciază că stă la baza a 501 „cure”. Principalele elemente active ale acestui arbust sunt catina și catinona, similare amfetaminelor. Se consumă frunzele cele mai fragede și petalele florilor recoltate în dimineața zilei de desfacere. Frunzele sunt mestecate, pulverizate și înghițite, sau fumate în amestec cu tutunul, pot fi preparate ca „ceaiul etiopian” sau „ceaiul arab”.

Peyotl.

Peyotl - specie de cactus fără spini, (*Lophophora Williamsii*) care crește spontan în America Centrală, care produce mescalina, alcaloid halucinogen. Este micuț (20 cm. înălțime). Pentru a-l consuma, indienii îl usucă și îl taie apoi în bucăți. Ei îl divinizează, îl numesc Camabe, Jiculi, Hikuri, Bunami, Jo.

Halucinogen puternic suprimă foamea, setea și oboseala, produce o excitație foarte puternică și o plăcere deosebită. Subiectul se crede transportat într-o lume nouă, plină de sensibilitate și inteligență.

LSD.

Drog halucinogen descoperit din întâmplare în 1938 de către Albert Hofmann, de la firmă elvețiană Sandoz, producătoare de produse farmaceutice. Inițialele provin de la denumirea în limba germană a dietilamidei acidului lisergic - "**Lysergsäure-diethylamid**". Este al 25-lea dintr-o serie de 27 de compuși sintetizați din această familie. Lichid incolor, inodor și insipid, extrem de puternic

din punct de vedere psihoactiv, de 25-100 mai puternic decât psylocibina și de 4.000 de ori decât mescalina. Un litru ar fi suficient pentru a produce efecte halucinogene întregului Paris.

Acidul lisergic se extrage din ergotul de seară, o ciupercă ce parazitează secara, ciupercă răspunzătoare de numeroase epidemii de-a lungul istoriei, uneori cu sfârșit letal (în urma consumului cerealelor infectate cu „Claviceps purpurea”).

Recomandat în tratamentul unor psihoze, psihonevroze și frigiditate sau ca analgetic la anumite forme de cancer. În prezent, singură țară în care LSD se mai folosește în mod oficial în medicină este Elveția. Efecte imediate: viziuni halucinante și dezorientarea în timp și spațiu, după care urmează anihilarea voinței și a autocontrolului, hiper-sugestia (vecină cu hipnoza) și formele imprevizibile, ca tentativele de crimă.

Produce un „voiaj” psihedelic (uneori ireversibil): alterarea noțiunii de timp, a percepțiilor vizuale și auditive, depersonalizare, halucinații, panică, dar și o stimulare a creativității intelectuale. Efectele survin pe neașteptate, mult mai târziu, peste câteva săptămâni, luni sau chiar ani de la ultimul consum („ecou” sau „flash-back”): în timpul unei activități obișnuite persoana este cuprinsă de panică și face accidente de muncă sau de circulație.

Poate determina alterații cromozomiale. Străbătând bariera placentară, produce malformații fătului din primele luni de sarcină.

Drogurile inhalante.

Substanțe chimice care produc vapori psihoactivi și care nu au fost niciodată cunoscute sub denumirea de droguri. Sunt produse chimice banale, utilizate în gospodăria pentru curățat sau ca produse cosmetice, adezivi, carburanți pentru automobile, sunt comercializate fără restricție și folosite ca droguri în colectivitățile umane de tineri, copii dar și adulți („aurolacii”). Aceste substanțe volatile sunt o anticameră a drogurilor veritabile.

La doze mici, individul se simte ușor stimulat, iar la o cantitate mai mare, inhibat, mai puțin stăpân pe el. La doze foarte mari se poate ajunge la pierderea cunoștinței sau chiar la deces, prin stop cardiac, în timp sunt afectate SNC și

organele interne. Riscurile se multiplică atunci când, ca și în cazul drogurilor veritabile, drogurile inhalante se asociază cu tranchilizante, somnifere și alcool.

Clasificarea drogurilor în dependență de efectele medicale și psihologice.

I. Drogurile stimulative (excitante).

1. Amfetaminele. Pulbere (*sulfat de amfetamine*) sau lichid cu miros aromat. *Metamfetaminele* sunt substanțele chimice de sinteză din clasa amfetaminelor, având aceleași utilizări și efecte, (în ultimii ani a luat amploare traficul de *pemolină*, substanță psihotropă cu proprietăți similare amfetaminelor).

2. Cocaină. Cocaina a fost extrasă din frunzele de coca în anul 1880 și folosită ca remediu tonic sau pentru răceli, iar apoi ca ingredient în anumite produse ca Coca-Cola. Drog excitant, cunoscut în mediul celor care se droghează sub numele de „koks”, „zăpadă” „pudră” sau „coca”. Este inhalată pe nas, mai rar este injectată intravenos, dar de obicei se fumează.

3. Nicotină. Nicotina acționează asupra sistemului nervos periferic, astfel încât mesajele de la creier spre mușchi ajunge aici doar parțial. Efecte: a) senzația de letargie, relaxantă pentru unii, neplăcută pentru alții; b) oboseală mai rapidă, interpretată de unii ca relaxare. Persoanele care renunță la fumat se simt adesea nervoase. Explicația: nicotina nu mai blochează accesul la destinație al întregului mesaj venind de la creier, provocând un răspuns complet.

4. Cafeină. Cafeina se găsește în cafea, ceai și băuturile de tip cola. Stimulent puternic, care acționează direct asupra sistemului nervos central, mărinde nivelul alertei autonome. Utilizarea masivă și de durată poate duce la: somn agitat sau insomnie, nervozitate și chiar anxietate. La unele femei se accentuează durerea menstruală.

II. Droguri depressive.

1. Alcoolul. Drog puternic, cu efecte aparent exaltate. Efecte:

- a) sedativ, încetinește funcțiile sistemului nervos central (inhibă receptorii de noradrenalină din creier). Aceasta produce somnolență, scăderea vitezei de reacție la stimulatori (interzis șoferilor ș.a.) și scăderea tensiunii arteriale, ceea ce dă impresia falsă de exaltare, în ciuda faptului că este sedativ;
- b) amnezic: omul băut uită, ceea ce-l face să se simtă lipsit de griji și mai energic. Consumul constant de alcool poate duce la pierderea memoriei (sindromul lui Korsakoff);
- c) distruge capacitatea de judecată critică (șoferul băut crede că conduce mai bine, când, de fapt, conduce mai periculos);
- d) alcoolul activează hormonii sexuali, ceea ce ar putea mări apetitul sexual, ducând la falsa impresie a efectului stimulat (te face "să dorești mai mult, dar să poți mai puțin");
- e) dezinhibă, la modul real sau la modul așteptat, deci prin autosugestie („In vino veritas”). Efectele asupra comportamentului diferă de la o persoană la alta. Totuși, sub concentrația de 0,03% alcool în cantitatea totală de sânge al organismului, omul se simte relaxat sau frivol/amețit. La 0,1% - după trei beri - simțurile și sistemele motorii pot fi afectate atât de mult, încât șofatul (conducerea automob.) devine riscant. La 0,2% băutorul este incapabil să facă ceva, iar doza de peste 0,4% este adeseori letală.

Uzul excesiv sau renunțarea la alcool pot duce la halucinații: delirium tremens este fenomenul halucinatoriu - subiecții „vad” gândaci sau animale care se îngheșuie pe ei, fac confuzii mari și tremura din tot trupul.

2. Sedativele, tranchilizante, hipnotice (libriul sau valiul, diazepamul) sunt tranchilizante prescrise de medic împotriva durerii, a tensiunii sau anxietății. Efectul lor major constă în relaxarea mușchilor, prin afectarea sistemului nervos central.

3. Opiaceele: opium și derivatele lui, considerate de asemenea „droguri dure”: heroina, morfina și codeina (enumerare în ordinea descrescătoare a puterii) - produc somnul sau inconștiența.

4. Drogurile designer-ului „Designer drugs” constituie un nou tip de droguri apărute pe piața clandestină, prin derivarea de la diferite stupefiante. Cele mai

cunoscute tipuri sunt derivați ai fentanilului și derivați ai petidinei. Foarte periculoase, în special MPTP(1-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridine), aceasta dă imediat boala Parkinson, chiar și la tineri.

III. Droguri halucinogene.

Halucinogenele sunt droguri care produc excitația sinapselor asociate cu senzațiile. Produc modificări directe ale stării de conștiință, cauzând halucinații sau amplificând percepția senzorială: drogatul percepe sunete false, lumini etc. Efectele durează puțin. Majoritatea provin din surse naturale și sunt utilizate ilegal *ca deconectante*, ca sursă de inspirație de către scriitori și artiști plastici (în trecut).

1. **LSD-ul.** *LSD* este semisintetic (diethyl-amida acidului lizergic). Efectul LSD-ului durează câteva ore. Efecte plăcute sau neplăcute, în funcție de montajul mintal - expectanța consumatorului.
2. **PCP (fenciclidină clorhidrică)**, cunoscută sub numele de "praful îngerului" („angel dust”). Se adaugă ruperea contactului cu realitatea, agresivitatea (care poate persista câteva săptămâni). Cu trecerea timpului - apar diferite tulburări.
3. **Cannabis sau cânepa.** Pudră fumată, mestecată, adăugată în produsele de patiserie, alte alimente, în băuturi. Efectele pudrei de cannabis depind de calitatea sa, de cantitatea absorbită și de consumator. Dozele mici produc euforie și o stare de exaltare agreabilă care se termină cu somn. Nu provoacă dependență fizică ci, la unele persoane firave, dependenta psihică. Consecințele consumului sunt: scăderea activității, diminuarea atenției și memoriei, tulburări de caracter (iritabilitate, instabilitate) și de dispoziție (alternarea fazelor de depresie cu momente de exaltare). Fiind cel mai ieftin, este larg utilizat.
4. **Mescalina** a fost izolată și identificată în 1897 de către germanul Arthur Heffter) dintr-un cactus mexican *Lophophora williamsii*. Mescalina sau 3,4,5-trimetoxifeniletamină este un alcaloid psihedelic natural din clasa feniletilaminelor. Se găsește natural în cactușii *Lophophora williamsii*(Peyote), *Echinopsis pachanoi*(San Pedro), *Echinopsis peruviana* și într-o serie de alți

membri ai familiei Cactaceae. Este un alcaloid halucinogen care se prepară în formă de capsule gelatinoase și provoacă, celor ce consumă o licoare preparată din el, viziuni înspăimântătoare sau ilaritate (explozie de rîs la auzul sau la vederea unui lucru amuzant, caraghios), poate dura 2-3 zile. Localnicii o consumă în cantități considerabile. Aceasta le dă putere, îi excită la luptă, le anulează frica, îi face rezistenți la foame și sete. Când narcoticul își face efectul, după o stare de frenezie individul își pierde contactul cu realitatea, se dezorientează, cade încetul cu încetul într-o stare de transă. Funcțiile cerebrale degradează până la anulare.

5. *Psilocibina* a fost obținută prin anii 50 sec. XX. Pe platourile Americii Centrale cresc ciuperci halucinogene, cea mai reprezentativă este *Psilocibe mexicana*, cu 11 varietăți. Ciuperca magică a civilizației aztece, numită „carnea zeilor”, este folosită de indienii din America la ceremoniile religioase. Se îngerează în stare proaspătă sau uscată, sau se injectează. Între Amazon și Munții Cordelieri se cunosc multe alte specii de ciuperci și plante halucinogene, dar de uz intern. În toată lumea a început cultivarea în apartamente sau curți private a ciupercilor psilocibe. Cele mai importante laboratoare sunt în Olanda și pe coasta de Vest a SUA. Ca și mescalina, nu provoacă dependență fizică, dar poate crea dependență psihică. Astăzi a pierdut mult teren în favoarea LSD.

În 1961 Timothy Leary utilizează psilocibina experimental, în scopuri psihoterapeutice în clinica de psihiatrie a Univ. Harvard. Sancționat în 1963, profesorul de psihologie devine profetul și animatorul mișcării hippy, un fel de „papa hippy”, promotor al mișcării de legalizare a LSD-ului. El inventează termenul de psihedelic, cuvânt asociat cu drogurile halucinogene. Psihedelic - ceea ce produce modificări extreme la nivelul minții conștiente, cum sunt halucinațiile, iluziile, intensificarea conștiinței și percepției senzoriale etc.

Etiologia narcomaniei.

Teoriile și părerile psihologilor cu privire la narcomanie.

Perioada de vârstă cuprinsă între 0-3 ani este numită de psihologi „perioada paradisiacă”, deoarece în această perioadă copilul trăiește ca în paradisul Biblic: el este protejat, îngrijit, îi sunt satisfăcute necesitățile și dorințele. Fiecare zi este pentru copil plină de farmec, de mister. În această perioadă la copil apare senzația pe care psihologii o numesc senzația de „atotputernic”, când copilul se crede guvernator al întregului său mic „univers”. Treptat, însă, pe măsura creșterii și maturizării, copilul înțelege că aceasta a fost doar o iluzie și senzația de sărbătoare și miracol se diminuează. Dar, în memorie se stochează senzațiile de noutate și miracol din prima copilărie și individul fiind deja matur, inconștient tinde să resimtă, să re trăiască senzațiile din „perioada paradisiacă”.

Psihologii și narcologii consideră că anume tendința inconștientă de a retrăi senzațiile din prima copilărie îi face pe mulți adolescenți să consume droguri. Majoritatea psihoanalizatorilor contemporani lămuresc întrebuițarea drogurilor prin tendința inconștientă a individului spre autoliză. Ei asociază narcomania unui mod de perversiune sexuală, prin deplasarea scopului și obiectului pulsivității. Psihoanalizatorii consideră că trăsăturile dominante ale personalității narcomanilor sunt: oralitate, regresivitate narcisiacă, sexualitate genitală săracă, masochism cu tentative autodistructive, stare distimică și stare anxios - impulsivă, realizând o personalitate marginală în relații sociale.

În literatura de specialitate din ultimele decenii a apărut o mare varietate de lucrări dedicate etiologiei narcomaniei. Concepția de mai jos cuprinde o triplă dimensiune fiind elucidați factorii: socio-culturali, patologici și predispozanți.

1. Factori socio-culturali:

- Existența în unele culturi a unor ritualuri ce țin de obiceiurile și tradițiile colectivității date;
- Mentalitatea microgrupului, la unele asociații de tinerii consumul de droguri presupune apartenența acestora la o „clasă superioară”;

- Instabilitatea profesională și lipsa de lucru, în cazul disperării duce la narcomanie;
- Integrarea socio-familială dificilă: familii social vulnerabile (alcoolici, narcomani, prostituate, delicvenți), familii incomplete (monoparentale, divorț, deces, separare);
- Eșecuri și nerealizări în viața personală, la adolescenți se manifestă acut eșecurile pe plan sexual: retrăirile legate de impotența sexuală, primul eșec în relațiile sexuale, homosexualitatea;
- Conflictul între generații, problema eternă a copiilor și părinților, ce apare în urma adoptării unor stiluri educaționale neadecvate și duce la reacții de emancipare a adolescenților manifestate prin tendința de a se elibera de sub tutela părinților și profesorilor, de a fi liber;
- Curiozitatea, imitația și prozelitismul - tendința tinerilor de a încerca senzații tari, de a imita „moda” timpului, precum și tentația „fructului oprit”, duce la narcomania în rândul tinerilor;
- Revolta tinerilor împotriva anumitor norme sociale;
- Anumite profesii (medici, surori medicale, farmaciști) care deși cunosc efectele preparatelor ce provoacă dependență deseori devin victima propriei profesii.

2. *Factori patologici:*

- Factori patologici **somatici** sunt sindroamele de durere, condiționate de anumite patologii și boli terminale așa cum sunt: artrozele, nevralgiile, cancerul, boli care necesită analgetice puternice;
- Factori patologici **psihici** sunt: stările nevrotice sau stările depresiv-anxioase ce necesită tratament cu droguri euforizante (dynamizante), psihopatiile de origine organică, schimbarea patologică a caracterului, infecțiile cerebrale, infecțiile neurologice ce duc la sporirea riscului, inițierea bolii și fixarea dependenței, ne adaptările sociale cu refugiu în reverii, indivizii originali și marginali (snobi, prostituate, unii artiști și literați care încearcă să-și producă senzații noi și dornici de a urma moda timpului) ajung la acest „primum

movens” al curiozității și al prozelitismului la narcomanie. Adolescenții pasionați de anumite feluri ale artei motivează consumul de drog prin stimularea capacității creative.

3. Factori predispozanți

- Predispunerea genetică prin nașterea unui copil de la părinți narcomani;
- Persoane ne adaptate social;
- Personalități cu trăsături impulsive, disforie, masochiste;
- Personalități cu patologii de caracter și relații sociale;
- Persoane cu patologii ale personalității.

VI. Formarea personalității narco-dependente. Diagnostica primară a dependenței de drog.

Personalitatea dependentă de drog se formează treptat. Aceasta depinde în primul rând de caracteristicile individuale, și în al doilea rând de tipul preparatelor administrate. S-a constatat că cei mai predispuși către narcomanie sunt indivizii cu diferite patologii de caracter și personalitate.

În literatura contemporană de specialitate există mai multe teorii și concepții cu privire la formarea personalității narco-dependente.

E. A. Babaian și A. N. Sergeev susțin că în cazul personalității narco-dependente indivizii parcurg 5 trepte. Acestea sunt:

1. Experimentatorii - cu această treaptă se începe administrarea drogurilor. Este cea mai frecventă, deoarece din ea fac parte atât indivizii care fiind dornici de senzații noi și în goana de a încerca totul pe lume, încearcă și drogurile, dar în urma unor simptome psiho - somatice manifestate prin: vomă, grețuri, cefalee, vertije - renunță la această idee și nu mai revin la ea; cât și cei care în urma primei administrări au trăit senzații de beatitudine. Anume aceștia din urmă ajung la celelalte trepte a narcomaniei. Experimentatorii asociază drogarea experimentală cu cultura dansului și încep utilizarea lor cu scopul de a spori sociabilitatea. Acestea, de obicei, sunt persoanele neîncredute în sine.

2. Episodici - această se referă la indivizii care recurg la consumul drogurilor în anumite condiții sau cu anumite ocazii. De exemplu, în cercul de prieteni unde se consumă drog pentru a nu apărea în fața prietenilor, semenilor, colegilor drept „cioara albă”. Drogarea episodică este folosită de tineri din curiozitate sau pentru a-și dovedi independența prin încălcarea de liberate a normelor sociale. În afara acestor condiții nu fac uz de droguri. De cele mai multe ori aceștia sunt indivizii cu personalitate infantilă și cu subapreciere. Episodicii concep drogarea ca un lucru normal și lipsit de risc, atâta timp cât este administrată cu precauție. Drogurile cele mai frecvent

utilizate de ei sunt: cânepa, extasy, amfetaminele, LSD 25, aceste preparate administrându-se în stare pură sau în combinație cu alcoolul.

3. Sistematicii - se referă la persoanele care fac abuz de droguri din mai multe motive: fie după o anumită schemă (zile de naștere, succese personale și profesionale, o dată în lună), fie la prescripția medicilor, în anumite circumstanțe stresante (calmante, antidepresive).

4. Permanenții - această treaptă se formează după primele trei categorii. Consumatorii ce fac parte din această treaptă folosesc o varietate mare de droguri. La această treaptă deja se formează dependența psihică față de droguri. Dacă la primele trei trepte consumul se făcea prin intermediul prizelor, inhalărilor sau pe cale digestivă, la această etapă indivizii încep administrarea intravenoasă sau intramusculară. Consumatorii permanenți fac abuz de droguri haotic, necontrolat și prezintă pericole sporite pentru sănătate.

5. Narcomanii - aceasta e ultima treaptă când deja este formată personalitatea dependentă de drog atât psihic, cât și fizic. Se constată schimbarea reactivității, creșterea toleranței și în ultima instanță sevrajul. Această categorie de indivizi se caracterizează prin consumul zilnic, nediscriminatoriu al drogului, contactele sociale se îngustează și se conturează în jurul drogului. Indivizii narco-dependenți prezintă pericole pentru sine și pentru societate.

Această clasificare reprezintă un filtru la capătul căruia ajung cei mai slabi, neputincioși și neinformați. Astfel primele patru trepte în mod convențional sunt numite „comportamentale” și necesită luarea unor măsuri de tip pedagogic, pe când cei de pe ultima treaptă sunt bolnavi și necesită atât tratament medical, cât și reabilitare socială.

Semnele și simptomele consumului de droguri

Este important să rețineți că dacă un copil prezintă simptomele de mai jos, nu înseamnă obligatoriu că este un consumator de droguri. Prezența unor simptome din cele enumerate mai jos poate fi determinată și de starea de stres a adolescenților. Alte simptome pot fi semne ale unei depresii nediagnosticate sau a altor probleme de

sănătate. Oricum aceste simptome merită atenție mai ales dacă persistă sau se repetă periodic. O consultație la un psiholog, poate fi de mare folos pentru a-l ajuta pe tânăr să depășească o situație de criză și să fie ajutat pentru a-și dezvolta căi eficiente de rezolvare a problemelor din viața sa.

Cheia este schimbarea. Este important să urmăriți orice schimbare semnificativă a semnelor fizice, de personalitate, de atitudine sau de comportament.

Semne fizice:

- pierderea /creșterea poftei de mâncare, o inexplicabilă scăderea sau creșterea în greutate, orice schimbare a deprinderilor de 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 sau mai mici decât de obicei;
- palme umede și reci, mâini tremurătoare;
- fața roșie sau palidă;
- miros de substanțe la expirație, de pe corp sau de pe haine;
- foarte activ, excesiv de vorbăreț;
- secreții nazale ca la răceală, extremități reci;
- urme de înțepături pe antebrațe sau picioare;
- mereu mucos, grețuri și vome frecvente, sau transpirații excesive;
- tremurături ale mâinilor, picioarelor sau capului;
- puls neregulat.

Semne comportamentale:

- schimbare în atitudine, comportament sau personalitate 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;
- scăderea performanțelor școlare, sau de muncă, întârzieri la școală, absențări nemotivate sau abandon școlar;
- schimbarea comportamentului acasă, pierderea interesului pentru familie și activitățile de familie;
- dificultăți de concentrare, distrat, uituc;
- 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 mânie;
- stare de prostrație sau dezorientare;
- comportament excesiv de secretos;
- accidente de mașină;
- necinste cronică;
- o nevoie inexplicabilă de bani, fură bani sau obiecte pentru a fi vândute;
- schimbări ale obiceiurilor de toaletă.

Studiind personalitatea narcomanilor, **P. Vengos** distinge următoarele **trăsături caracteristice** pentru această categorie de indivizi:

- dependența afectivă;
- angoasa de separație;
- izolarea și anxietatea resimțită în relațiile cu ceilalți;
- intoleranța la frustrări;
- depresia;
- nevoia inepuizabilă de iubire, aprobare și valorizare;
- satisfacția imediată a dorințelor;
- lipsa de încredere în sine și pasivitatea;

- încăpățănare și iritabilitate;
- lipsa ambițiilor, a combativității și a competitivității;
- absența atitudinilor provocatoare și agresive;
- timiditate și hipersensibilitate.

Un ultim aspect este legat de structura familiei de origine a narcomanilor. Se notează în acest aspect carențe emoțional-afective, frustrări, relații materne represive și un tată absent ca rol.

Diagnostică primară a dependenței de drog.

Narcomania, prin efectele sale, implică un anumit grad de pericol în societate. De aceea este bine să se poată face o diagnosticare primară a acestei stări patologice.

Diagnosticarea primară presupune aprecierea unei stări în mod expres, în lipsa testelor de laborator. În cazul narcomanilor ei au unele trăsături distincte: vestimentația - este lipsită de acuratețe; exteriorul – neîngrijit; păr lung, vine sub ochi; lipsește mimica; expresivitatea ochilor; de asemenea pot fi atestate lezări sau sechele în locuri specifice, în cazul infiltratelor; comportamentul poate fi dezechilibrat, inhibitor, vulnerabil, antisocial. În familie se observă dispariția banilor, a lucrurilor prețioase, prezența prietenilor „dubioși”, fuga de acasă.

Un rol important în stabilirea diagnosticului primar îl are adoptarea de narcomani a unui limbaj specific. Limbajul este împresurat de jargoane care sunt pe înțelesul unui grup foarte restrâns în special, grupul de risc ce fac abuz de drog.

Astfel vorbitorii limbii ruse utilizează cel mai frecvent următoarele expresii:

- „prihod” - stare scurtă de plăcere ce survine nemijlocit după administrarea cantității necesare de substanță narcotică;
- „volna” - senzații plăcute de căldură în tot corpul în urma administrării intravenoase;
- „volușca”/„masca”/„caif - senzații de beatitudine ce persistă până la căderea în somn sau până la începutul stării de abținere;
- „udar” - senzații de imbold după administrarea intra-venoasă;

- „șirevo” - preparate narcotice introduse în organism intra-venos;
- „coleso” - preparate narcotice sub forma de pastile sau capsule;
- „cechi” - rețete;
- „ucoloti beluiu” - administrarea drogului intra-venos;
- „lomca” - sindromul de abstenență;
- „marocheș” - narcoman cu stagiou.

La un vorbitor de limba română marea majoritate a cuvintelor și expresiilor folosite sunt de origine engleza și exprimă o relație cu timpul, momentele de acces la spațiile rare, stiluri de muzică, stări emoționale sau de transă. Stilurile constituie o modalitate de a varia experiențele, de a accelera sau a încetini, de a schimba mediul ambiant. Lexicul cel mai des utilizat este:

- „acid” - derivat din LSD 25;
- „angel dust” - „praful îngerilor” - supranume al fenciclinei, produs anestezic utilizat de veterinari pentru mamiferele de talie mare;
- „bagman” - traficant de droguri, cel care furnizează punga cu substanțe toxice;
- „bang”, „Bhang” - cânepa indiană;
- „bassuoko” - crack indian;
- „bastonaș” - doza de canabis;
- „big D” – LSD;
- „blue” - comprimat compus din amfetamine și barbiturice;
- „Columbiana”, „cristal” - praf de amfetamine;
- „crack”, „diamante” - cocaină falsificată;
- „fix” - injecție intravenos cu drog;
- „flash” - senzație de plăcere din momentul administrării unei doze;
- „hook” – drogat;
- „Julie” – cocaină;
- „pill freak” - consumator de droguri grele;

VII. Narcomania și societatea.

Politicile antidrog.

Un rol aparte în combaterea fenomenului „Narcomanie” au politicile antidrog. Politica mondială, în domeniul abuzurilor de droguri, este determinată de Convențiile mondiale și de încheierea tratatelor la acest capitol. Statele care au semnat convențiile își asumă responsabilitatea să formeze o politică națională a controlului asupra abuzului de droguri, care să intre în vigoare în legislația țării.

Astfel, politica în ceea ce privește controlul abuzului de droguri se realizează la trei niveluri: mondial, național (de către stat), și la nivelul societății (care unifică puterea statului și a mișcărilor internaționale).

Supravegherea pe plan mondial.

La începutul secolului XX, și mai cu seamă la mijlocul secolului XX, narcomania devine un fenomen social ce scapă de sub control. Haosul dominant în această perioadă a pus în alertă întreaga comunitate internațională în vederea soluționării acestui fenomen generator de anomie (E. Durchein). Astfel, în 1909 - la Shanghai - a fost convocată „Comisia cu privire la opiu”, iar în ianuarie 1912 prin Convenția de la Haga s-a semnat și promulgat primul acord internațional cu privire la instituirea controlului asupra traficului de droguri. După aceasta pe parcursul anilor au mai fost semnate nouă convenții și acorduri cu privire la controlul efectuat asupra traficului și consumului ilicit de substanțe narcotice. Astfel, ONU a elaborat în anul 1961 „Convenția despre substanțe psihoactive”, în care a fost întocmită lista substanțelor psihoactive, pentru care se determină controlul producerii, transportului și răspândirii fiecărei substanțe. Fiecare țară-membru trebuie să prezinte un raport anual al situației drogurilor în țară, necesitatea anuală a drogurilor, legislația în vigoare privind problema

abuzului de droguri, date statistice despre producerea, utilizarea, transportul drogurilor.

O continuare a procesului controlului substanțelor psihoactive a fost ”Convenția despre substanțele psihoactive din 1971”, care repetă multe aspecte ale convenției din 1961, însă s-au adăugat încă patru liste în plus ale substanțelor psihoactive, supuse controlului. S-au introdus schimbări în restricții ce se refereau la vânzarea, reproducerea, răspândirea, utilizarea și transportul drogurilor, luându-se în considerație utilitatea terapeutică și capacitatea drogului de a crea dependență și o serie de probleme de sănătate, probleme sociale cauzate de abuzul de droguri.

Ca și în Convenția din 1961, cea din 1971, în art.36, le dă țărilor membre dreptul să-și aleagă orientarea profilaxiei și a tratamentului dependenței de droguri.

Deci, în acest domeniu nu s-a creat un program internațional, universal care ar rezolva această problemă, și anume dependența de droguri.

Un alt pas în dezvoltarea controlului substanțelor psihoactive a fost Convenția internațională din 1988 ”despre lupta împotriva traficului de droguri”. Art.3 al acestei convenții presupune reglementarea legilor ce privesc sancțiuni prin privațiune de libertate, amendă și confiscarea bunurilor materiale ale persoanelor implicate în câmpul abuzurilor de droguri.

Astfel, societatea mondială merge spre micșorarea sistemului de operații cu droguri, făcându-le din ce în ce mai stricte. Cele mai periculoase acțiuni se recunosc a fi acele care se referă la infracțiuni legate de droguri, pentru ele se aplică pedepse grave.

Utilizarea terapeutică a drogurilor este supusă unui control riguros. În urma adaptării acestei convenții, fiecare țară-membru și-a determinat poziția sa față de aceasta, elaborând programe naționale de combatere a abuzului de droguri, în SUA, de exemplu, se duce o politică de prevenire a

efectelor nocive ale abuzului de droguri, cele mai grave fiind creșterea criminalității și răspândirea virusului HIV, de aceea statul asigură consumatorii de droguri cu seringi sterile și le eliberează medicamente narcogene.

Olanda are o reputație de țară în care controlul de droguri este foarte slab. Există un mit că drogurile sunt complet legalizate și se vând fără prejudiciu de rețeaua „coffee shops”. Olanda este una din puținele țări care divizează oficial drogurile în ”ușoare” și „grele,„. În realitate, toate drogurile din Convenția internațională sunt interzise, deci transportarea, vânzarea, producerea și păstrarea drogurilor se pedepsește conform legii, ea este precedată de privațiune de libertate în termen de la o lună până la opt ani. Cu toate că sunt interzise, cofeinale constituie droguri ușoare și pot fi vândute legal. Stăpânii, însă trebuie să respecte anumite reguli: persoanelor mai tinere de 18 ani li se vinde o cantitate anumită, minimă, de droguri ușoare, în țară se interzice de a face publicitate drogurilor, nu se vând droguri grele și în „coffee shops” se permite păstrarea unei cantități limitate de droguri. În cazul nerespectării acestor reguli încăperea se închide. Permițând activitatea „Coffee shops”, organele de putere urmăresc aprovizionatorii, deoarece ei fac parte din organizații criminale. Cu toate acestea, Olanda este considerată „groapă de droguri” a Europei. Producătorilor și răspânditorilor de droguri, în diferite țări li se aplică diverse sancțiuni. În țările europene, ca Austria, Franța și Elveția, producerea și răspândirea drogurilor se sancționează cu privațiunea de libertate în termen de până la 20 de ani, în Dania, Germania - până la 15, în Suedia - până la 10, Ungaria - până la 8 ani, Polonia - până la 7 ani, Italia - 2 ani, M. Britanie - 20, Grecia - privațiune de libertate ajunge până pe toată durata vieții, în țările Asiei și Africii, sunt prevăzute termeni lungi: în India - până la 20 de ani, Sri-Lanka - 10, Cote Divoire - de la 3 luni până la 5 ani, în Japonia, Thailanda, Egipt, Nigeria - privațiunea de libertate pe toată

durata vieții, în America Latină – până la 20 de ani, în Venezuela - 15 ani, Argentina, Ecuador - până la 12 ani.

Legile unor țări pedepsesc însuși consumul de droguri. Aceste sunt Franța, Grecia și Elveția, în unele, este prevăzută pedeapsa cu moartea ca în India, Iran, Turcia, Egipt. În Norvegia ca și în Germania, Marea Britanie, nu se urmăresc oameni pentru consumul de droguri.

În prezent controlul internațional asupra producerii și desfacerii substanțelor narcotice se desfășoară sub egida ONU. Organizația internațională chemată să monitorizeze realizarea convențiilor sus numite este CCD (Comitetul Controlului asupra Drogurilor). De asemenea, pe lângă OMS funcționează Comitetul permanent Antidrog, care are drept scop descoperirea și includerea în lista specială a medicamentelor și preparatelor care produc dependență.

Supravegherea pe plan național.

Actualmente, în majoritatea țărilor dezvoltate exista un sistem de măsuri legislative, sociale și medicale care asigură reabilitarea narcomanilor și care se includ într-o puternică campanie antidrog.

În prezent, în Republica Moldova există o lege specială Nr.713-XV din 6 decembrie 2001 “Privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope”.

Conform art. 11(2,3,4) al acestei legi:

(2) *Tratamentul narcologic este benevol, la dorință anonim, cu excepția cazurilor prevăzute de prezenta lege și de alte acte normative.*

(3) *Tratamentul narcologic se organizează în conformitate cu prezenta lege și cu alte acte normative și se aplică în instituțiile narcologice ale Ministerului Sănătății, în limitele minimului de asistență medicală gratuită garantat de stat și ale poliției de asigurare obligatorie de asistență medicală.*

(4) *De servicii medicale ce depășesc volumul tratamentului narcologic prevăzut de prezenta lege bolnavii pot beneficia în conformitate cu Regulamentul*

privind *serviciile medicale cu plată* și Catalogul tarifelor la serviciile medicale, aprobate de Guvern.

Persoanele care consumă abuziv băuturi alcoolice ori consumă ilicit droguri sau alte substanțe psihotrope, sunt trimise la examinare medicală în comisia de expertize narcologice pentru obținerea unui aviz privind gradul lor de dependență alcoolică, narcotică sau de altă natură și pentru a se determina tipul instituției curative a cărei asistență le este indicată [Articolul 13].

Trimiterea la examen medical în comisia de expertize narcologice conform art.13 *se face de comisia pentru problemele sociale din raza domiciliului sau reședinței persoanei*, la solicitarea rudelor acesteia, la inițiativa instituțiilor medicale sau din oficiu [Articolul 14 (1)].

La solicitarea medicilor, persoana care refuză să se prezinte pentru examen medical poate fi adusă la comisia de expertize narcologice de către poliție, însă numai după ce a fost invitată în prealabil de lucrătorii medicali și după ce aceștia au încercat să o aducă [Articolul 14 (2)].

Persoanele menționate la art.13, dacă se confirmă dependența lor de alcool, de droguri sau de alte substanțe psihotrope, pot fi obligate să se trateze staționar sau ambulator în instituții narcologice sau instituții medicale de profil general ale Ministerului Sănătății. Acțiunea juridică este intentată la cererea comisiei pentru problemele sociale sau la cererea procurorului. La cerere se anexează documentele justificative, inclusiv avizul comisiei de expertize narcologice, în cazul când s-a efectuat o atare expertiză [Articolul 15(1,3)].

În cazul în care consideră că avizul comisiei de expertize narcologice este fondat, instanța de judecată poate emite o hotărîre privind trimiterea persoanei pentru supraveghere și tratament obligatoriu pe un termen de cel mult 43 de zile, aceasta fiind obligată să se prezinte în termen de 3 zile la instituția narcologică indicată în hotărîre. În cazuri excepționale, la cererea instituției narcologice, instanța de judecată poate prelungi termenul de tratament pînă la 3 luni [Articolul 16(1)].

Tratamentul narcologic obligatoriu încetează:

- a) la expirarea termenului stabilit de instanța de judecată;
- b) în baza unei hotărâri judecătorești privind reducerea duratei lui;
- c) în cazul unor situații care fac imposibilă continuarea tratamentului obligatoriu, fapt constatat de comisia de expertize narcologice și adus de aceasta la cunoștința instanței de judecată. [Articolul 16(8)].

Bolnavilor care se află la tratament obligatoriu în instituții narcologice li se păstrează dreptul la protecție socială prevăzut de legislație pentru bolnavii de profil general [Articolul 16(12)].

Persoanelor care se află în stare de ebrietate sau de efect al drogurilor sunt aplicate următoarele măsuri:

a) persoanele cu un grad ușor de ebrietate sau de intoxicare cu droguri rămân, după examinare medicală, în libertate sau sunt puse la dispoziția instituției (organizației) care le-a adus la examenul medical, pentru ca aceasta să le aplice în continuare măsurile prevăzute de lege;

b) persoanele cu un grad mediu de ebrietate sau de intoxicare cu droguri sunt trimise, în baza avizului comisiei indicate la alin.(2), la centrele de dezintoxicare medicală specificate la alin.(1), unde sunt transportate de instituția (organizația) care le-a adus la testare;

c) persoanele cu un grad avansat de ebrietate sau de intoxicare cu droguri sunt transferate de instituțiile de asistență medicală de urgență în instituții curative pentru a li se acorda asistență medicală de urgență [Articolul 17 (3)].

Examenul medical și întregul volum de servicii medicale prevăzute în prezentul articol se acordă contra plată, conform Catalogului tarifelor la serviciile medicale. [Articolul 17 (7)].

Persoanele care consumă abuziv băuturi alcoolice ori consumă ilicit droguri sau alte substanțe psihotrope, inclusiv persoanele în a căror privință s-a constatat că suferă de alcoolism cronic, narcomanie sau toxicomanie și că tulbură sistematic liniștea și ordinea publică, încalcă drepturile altor persoane, creează condiții de viață insuportabile membrilor de familie ori situații de conflict în familie, la locul

de trai și în locurile publice, fapte pentru care au fost avertizate, reținute sau supuse unor alte pedepse administrative prevăzute de lege de către factorii organelor de drept, însă care au refuzat să se trateze benevol, precum și persoanele cărora li s-a stabilit un tratament obligatoriu, dar au încălcat premeditat regimul din instituțiile narcologice ale Ministerului Sănătății, sunt trimise, în temeiul unei hotărâri judecătorești, la corijare prin muncă și asistență psihopedagogică și la *tratament benevol în instituțiile de adaptare socială ale Ministerului Justiției*. [Articolul 18 (1)].

Termenul de aflare în instituția de adaptare socială a Ministerului Justiției este stabilit, prin hotărâre judecătorească, astfel:

- a) de la 3 la 6 luni – persoanelor trimise pentru prima dată;
- b) de pînă la un an – persoanelor trimise repetat [Articolul 18 (5)].

Întru racordarea legislației naționale la exigențele internaționale au fost aplicate în practică Legea R.M. nr.**260-XVI** din 5.12.2008 pentru modificarea și completarea Legii nr.713-XV din 6 decembrie 2001 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope, Hotărîrea Guvernului nr.**296** din 16.04.2009 „Cu privire la aprobarea Regulamentului privind modul de testare alcoolscoptică și examinare medicală pentru stabilirea stării de ebrietate și naturii ei” și Hotărîrea Guvernului nr.**12** din 19.01.2009 „Pentru aprobarea Normelor privind examinarea medicală a conducătorilor de vehicule și a candidaților pentru obținerea permisului de conducere”. În scopul aplicării în practică a Hotărîrilor de Guvern, au fost elaborate și aprobate de Ministerul Sănătății următoarele ordine:

✓ Ordinul Ministerului Sănătății nr.**79** din 20.03.2009 „Cu privire la ordinea examinării medicale a conducătorilor de vehicule și a candidaților pentru obținerea permisului de conducere”;

✓ Ordinului Ministerului Sănătății nr.**80** din 20.03.2009 „Cu privire la recoltarea și analiza probelor biologice pentru stabilirea alcoolemiei, consumului de droguri și de alte substanțe psihotrope, de medicamente cu efecte similar acestora”, înregistrat la Ministerul Justiției nr.682 din 18.05.2009;

✓ Ordinul Ministerului Sănătății nr.155 din 1.06.2009 „Despre implementarea Hotărîrii Guvernului nr.296 din 16.04.2009 „Cu privire la aprobarea Regulamentului privind modul de testare alcoolscoptică și examinare medicală pentru stabilirea stării de ebrietate și naturii ei”, înregistrat la Ministerul Justiției nr.689 din 18.06.2009;

✓ Ordin nr. 266 din 03.08.2009 „Cu privire la aprobarea Standardelor de reducerea a riscurilor asociate consumului de droguri injectabile și de asistență psihosocială consumatorilor de droguri”.

Standard de reducere a riscurilor la utilizatorii de droguri - Anexa nr. 1 (aprobat prin Consiliul de Experți al MS, proces verbal nr.3 din 12.06.2009)

Standard de asistență psihosocială consumatorilor de droguri – Anexa nr. 2 (aprobat prin Consiliul de Experți al MS, proces verbal nr.3 din 12.06.2009).

Dimensiuni sociale ale consumului de droguri.

Consumul ilicit de droguri, ca fenomen cu dimensiuni sociale, a apărut în anii 50-60 pe parcursul mutațiilor culturale dramatice ale lumii contemporane. În anul 2000, în Statele Unite au fost confiscate 267 700 de funți [un font (l.maghiară) = 453 grame] de cocaină, 2,37 milioane de funți de marijuana, 2850 de funți de heroină; „Drug Enforcement Administration” (DEA) a confiscat droguri în valoare de 850 milioane de dolari, F.B.I. - în valoare de 64 milioane de dolari, vama - în valoare de 752 milioane de dolari; DEA a dezmembrat 904 laboratoare clandestine și a arestat 25975 persoane, iar F.B.I - 3913 persoane. În Marea Britanie au fost confiscate droguri în valoare de 262 milioane de lire sterline. În Franța, actualmente, există 980000 de toxicomani, dintre care 40 la sută au vârsta între 21 și 25 de ani, iar circa 200000 de toxicomani sunt irecuperabili. Se presupune că în mai puțin de 10 ani drogurile vor lichida statutul social - prin marginalizare, desocializare, incapacitate de integrare în viața socială al unui număr de tineri egali cu toți ostașii căzuți pe front în primul război mondial.

Nici o țară nu a fost cruțată de problemele devastatoare cauzate de consumul de droguri. Cu părere de rău, nici Republica Moldova nu a scăpat de acest fenomen devastator. Problema consumului de droguri printre tineri și narcomania în Republica Moldova ia proporții din ce în ce mai mari, devenind un factor serios ce influențează negativ dezvoltarea societății, prezentând un pericol pentru sănătatea publică.

Pentru Republica Moldova fenomenul narcomaniei a devenit o problemă odată cu începerea epidemiei de consum de droguri în 1985. La începutul epidemiei numărul bolnavilor se dubla fiecare 2 ani, în total, și o dată în doi ani la adolescenți. În ultimii ani acest fenomen s-a schimbat brusc și numărul de bolnavi se dublează fiecare an, ceea ce vorbește despre depistarea tardivă și incompletă.

În mod deosebit este răspândită narcomania în municipiile: Chișinău, Bălți, Tiraspol; raioanele: Soroca, Orhei, Rîbnița, Rîșcani, Edineț. În prezent, sub supravegherea medicală în cadrul secțiilor consultative ale instituțiilor medico-sanitare publice se află aproximativ 12000 persoane afectate de narcomanie. Majoritatea au vârsta de până la 30 de ani, aproximativ 90% din ei fiind bărbați.

La moment, grupul narcomanilor reprezintă unul din cele mai marginalizate grupuri sociale ale societății moldovenești. De obicei, consumatorii de droguri din Republica Moldova fac acest lucru fie din cauze interne – curiozitate, lipsa de maturitate, probleme personale, disperarea, singurătatea, lipsa unor preocupări interesante, fie din cauze externe – distracțiile, tovărășia cu toxicomani.

O bună parte din consumatorii de droguri pregătesc doza de droguri în condiții casnice, din paie, din moment ce macul este crescut ilegal de către o bună parte din populația din regiunile nordice ale republicii. Majoritatea consumatorilor de droguri le achiziționează de la realizatori, categorii mai mici fac rost de ele de la persoane cunoscute, le pregătesc singuri, recurg la jafuri.

Conform datelor statistice acordate de Dispensarul Narcologic din municipiul Chișinău cel mai des consumat drog este **cannabisul**, care constituie din numărul total al drogurilor consumate 55%, pe al doilea loc după consum sunt situați **opiaceele** -36%.

Tot mai frecvent sunt implicați în consumul de droguri minorii și adolescenții, numărul cărora pe parcursul ultimilor ani se menține constant.

Astfel, în municipiul Chișinău sunt la evidență 1380 de adolescenți, în Bălți - 1620, în Tighina - 980, în Tiraspol - 1005, în Edineț – 996. În prezent este foarte greu a stabili o statistică exactă a consumatorilor de drog, deoarece la estimarea lor sunt folosite diferite metode. De exemplu: dacă la evidența Centrului narcologic republican în 1999 se aflau ~ 4500 de persoane, apoi în 2009 ~ 9000, după unele estimări, numărul de narcomani este însă mult mai mare, cifrându-se la 55-65 mii de persoane, majoritatea fiind tineri în vârsta de 14-25 de ani.

Principala categorie de populație vulnerabilă la consumul de droguri o constituie, fără îndoială, tinerii. Populația tânără este mult mai deschisă la nou, la risc, mai dispusă să încerce noi experiențe. Cetățenii sunt ținta unui bombardament informațional masiv, în care consumul de droguri este deseori prezentat ca o alternativă de a face față vieții.

La întrebarea: „în ce constă pericolul narcomaniei?”, putem da următoarele răspunsuri:

- În „proliferarea” socială avansată, în caracterul „contagios”, în capacitatea de răspândire epidemică și de afectarea unor pături considerabile a populației, în special a tineretului.
- În consecințele medicale grave (se prevăd leziuni evidente ale organelor interne și ale sistemului nervos central, tulburări psihice manifestate prin psihoze acute și cronice).
- În letalitate sporită în rândurile consumatorilor de droguri, pusă în relație cu supradozarea substanței narcotice, prin accidentele produse.
- În stare de ebrietate narcotică, cu afecțiuni diverse cauzate de administrare cronică a drogurilor,
- În suicid comis frecvent de narcomani în stare de abținere chinuitoare sau în cea de depresie profundă.

- În comportamentul delicvent al consumatorilor de droguri, condiționat atât de modificarea personalității lor cât și de scopul de a obține drogurile.

Înainte ca un fenomen grav să impună adoptarea unor măsuri specifice, se dovedește a fi necesară promovarea unei politici care să urmărească evitarea unor astfel de riscuri și care să facă din rețeaua instituțiilor de tratament și reabilitare un loc unde toți, tinerii și adulții, să lucreze cu plăcere și să se simtă în siguranță. În acest context este importantă prezența a trei verigi complementare, și anume:

- 1) dezvoltarea aptitudinilor individuale;
- 2) ajutorul și alternativele oferite de prieteni;
- 3) proiectul comunitar.

VIII. Aspectul juridic și pedagogic al narcomaniei.

Aspectul juridic

Narcomania are multiple tangențe cu jurisprudența, deoarece multe fapte licite se comit sub influența drogurilor în dependență de aceasta ele se penalizează conform Codului Civil sau Penal.

Codul Civil

Articolul 25. Limitarea persoanei fizice în capacitatea de exercițiu

(1) Persoana care, în urma consumului abuziv de alcool sau consumului de droguri și de alte substanțe psihotrope, înrăutățește starea materială a familiei sale poate fi limitată de către instanța de judecată în capacitatea de exercițiu. Asupra acestei persoane se instituie curatela.

(2) Persoana indicată la alin.(1) are dreptul să încheie acte juridice cu privire la dispunerea de patrimoniu, să primească și să dispună de salariu, de pensie sau de alte tipuri de venituri doar cu acordul curatorului.

(3) Dacă au dispărut temeiurile în care persoana fizică a fost limitată în capacitatea de exercițiu, instanța de judecată anulează limitarea. În baza hotărârii judecătorești, curatela asupra ei se anulează.

Comportamentul delincvent la narcomani și toxicomani se manifestă de cel mai multe ori prin acțiuni îndreptate în vederea procurării drogurilor pe orice căi. De regulă, ei sunt considerați responsabili de faptele săvârșite și sunt trași la răspundere penală.

Iresponsabile sunt considerate persoanele cu o degradare adâncă după întrebuințarea sistematică a substanțelor narcotice (în stare de dependență asociată cu tulburări psihice, uneori intoxicația cu droguri (morfină, cocaină, hașiș) duce la declanșarea unor tulburări psihice acute ca: „delirum tremens" sau o paranoie de persecuție, otrăvire, influență. Dacă faptele criminale și actele antisociale sunt comise în aceste stări psihotice, bolnavii sunt considerați iresponsabili, dar nu exclud responsabilitate.

Narcomania duce la o serie de conflicte cu caracter socio-umanitar, familial, patrimonial, încheieri de contracte, în care sunt implicați atât narcomanii, cât și familiile lor. Dacă actele civile au fost efectuate când bolnavul de narcomanie se află într-o stare psihotică sau de o demență organică, ele se socot nevalabile, iar bolnavii iresponsabili. Dacă drogurile sunt întrebuințate de persoane ce suferă de o boală psihică, ca de ex. schizofrenia sau epilepsia, atunci capacitatea de muncă și acțiunea depinde de boala principală (defectul primar).

În prezent în Republica Moldova există o lege specială cu privire la reabilitarea socială a bolnavilor de alcoolism cronic, de narcomanie și toxicomanie.

Conform art. 1 al acestei legi, tratamentul bolnavilor se efectuează după principiul benevol (la dorință, anonim) ambulatoriu sau staționar.

Acei pacienți care se eschivează de la tratamentul benevol sau continuă administrarea substanțelor narcotice sau toxice, după cura de tratament la care au fost supuși, urmează tratamentul obligatoriu pe termen de 4 luni.

Dacă cei care suferă de narcomanie încalcă în mod sistematic ordinea publică, drepturile altor cetățeni ei sunt trimiși prin instanța de judecată la educație, muncă și tratament în instituțiile de reabilitare socială a organelor afacerilor interne.

Codul penal

Capitolul XIII

ÎNȚELESUL UNOR TERMENI SAU EXPRESII ÎN PREZENTUL COD

Articolul 134¹. Substanțe narcotice, psihotrope și precursori

(1) Prin substanță narcotică sau psihotropă se înțelege substanța de origine naturală sau sintetică și preparatul conținând o astfel de substanță, care provoacă dereglări psihice și dependență fizică la consumul lor abuziv.

(2) Prin analog al substanței narcotice sau psihotrope se înțelege substanța care, conform componenței sale și efectului pe care îl produce, se asimilează cu substanța narcotică sau psihotropă.

(3) Prin precursor se înțelege substanța de origine naturală sau sintetică utilizată ca materie primă la producerea de substanțe narcotice sau psihotrope.

(4) Listele substanțelor narcotice, psihotrope și precursorilor se aprobă de Guvern.

(5) În cazul sustragerii, însușirii, extorcării sau altor acțiuni ilegale cu substanțe narcotice, psihotrope, cu analoage ale acestora și cu plantele care conțin substanțe narcotice sau psihotrope, proporțiile mici, mari sau deosebit de mari se determină conform cantităților mici, mari sau deosebit de mari ale substanțelor narcotice, psihotrope și ale plantelor care conțin substanțe narcotice sau psihotrope.

În caz de săvârșire a unei infracțiuni de către un alcoolic sau narcoman dacă există avizul medical, instanța de judecată, la cererea organizației obștești, a colectivului de muncă, a organului de ocrotire a sănătății sau din proprie inițiativă, paralel cu pedeapsa pentru infracțiunea săvârșită, poate să aplice unei asemenea persoane tratament medical forțat.

Persoanele sus-numite, fiind condamnate la pedepse neprivative de libertate vor fi supuse unui tratament forțat în instituții medicale cu regim special de tratament și de muncă.

Dacă asemenea persoane au fost condamnate la privațiune de libertate, în timpul executării pedepsei ele vor fi supuse unui tratament forțat, iar după eliberare din locul de detenție, dacă este necesară continuarea unui astfel de tratament, ele vor fi tratate în instituții medicale cu regim special de tratament și muncă.

Încercarea tratamentului medical forțat se dispune de instanța de judecată la propunerea instituției medicale, în care se tratează persoana respectivă.

Capitolul VII

INFRAȚIUNI CONTRA FAMILIEI ȘI MINORILOR

Articolul 209. Atragerea minorilor la consumul ilegal de droguri, medicamente și alte substanțe cu efect narcotizat.

(1) Atragerea de către o persoană care a atins vârsta de 18 ani a minorilor la consumul ilegal de droguri, medicamente sau alte substanțe cu efect narcotizat

se pedepsește cu amendă în mărime de la 200 la 600 unități convenționale sau cu închisoare de până la 5 ani.

(2) Aceeași acțiune săvârșită:

b) cu aplicarea violenței sau cu amenințarea aplicării ei se pedepsește cu amendă în mărime de la 400 la 800 unități convenționale sau cu închisoare de la 3 la 6 ani.

Capitolul VIII

INFRAȚIUNI CONTRA SĂNĂTĂȚII PUBLICE ȘI CONVIEȚUIRII SOCIALE

Articolul 217. Circulația ilegală a substanțelor narcotice, psihotrope sau a analoagelor lor fără scop de înstrăinare.

(1) Semănatul sau cultivarea ilegală a plantelor care conțin substanțe narcotice sau psihotrope, prelucrarea sau utilizarea a astfel de plante, săvârșite în proporții mari și fără scop de înstrăinare, se pedepsesc cu amendă în mărime de la 200 la 400 unități convenționale sau cu muncă neremunerată în folosul comunității de până la 100 de ore, iar persoana juridică se pedepsește cu amendă în mărime de la 2000 la 4000 unități convenționale cu privarea de dreptul de a exercita o anumită activitate sau cu lichidarea persoanei juridice.

(2) Producerea, prepararea, experimentarea, extragerea, prelucrarea, transformarea, procurarea, păstrarea, expedierea, transportarea substanțelor narcotice, psihotrope sau a analoagelor lor, săvârșite în proporții mari și fără scop de înstrăinare, se pedepsesc cu amendă în mărime de la 400 la 700 unități convenționale sau cu muncă neremunerată în folosul comunității de până la 150 de ore, sau cu închisoare de până la 1 an, iar persoana juridică se pedepsește cu amendă în mărime de la 4000 la 6000 unități convenționale cu privarea de dreptul de a exercita o anumită activitate sau cu lichidarea persoanei juridice.

(3) Acțiunile prevăzute la alin (1) sau (2), săvârșite:

b) de două sau mai multe persoane;

b¹) de o persoană care a împlinit vârsta de 18 ani cu atragerea minorilor;

c) cu utilizarea substanțelor narcotice, psihotrope sau a analoagelor lor, a căror circulație în scopuri medicinale este interzisă;

d) cu folosirea situației de serviciu;

e) pe teritoriul instituțiilor de învățământ, instituțiilor de reabilitare socială, penitenciarelor, unităților militare, în locurile de agrement, în locurile de desfășurare a acțiunilor de educație, instruire a minorilor sau tineretului, a altor acțiuni culturale sau sportive ori în imediata apropiere a acestora, se pedepsesc cu închisoare de până la 4 ani cu privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de la 2 la 5 ani, iar persoana juridică se pedepsește cu amendă în mărime de la 6000 la 8000 unități convenționale cu privarea de dreptul de a exercita o anumită activitate sau cu lichidarea persoanei juridice.

(4) Acțiunile prevăzute la alin.(1), (2) sau (3), săvârșite:

b) în proporții deosebit de mari, se pedepsesc cu închisoare de la 1 la 6 ani cu privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de la 2 la 5 ani, iar persoana juridică se pedepsește cu amendă în mărime de la 6000 la 10000 unități convenționale cu privarea de dreptul de a exercita o anumită activitate sau cu lichidarea persoanei juridice.

(5) Persoana care a săvârșit acțiunile prevăzute la art.217 sau 217¹ este liberată de răspundere penală dacă a contribuit activ la descoperirea sau contracararea infracțiunii ce ține de circulația ilegală a substanțelor narcotice, psihotrope sau analoagelor lor, după caz, prin autodenunțare, predare benevolă a substanțelor narcotice, psihotrope sau a analoagelor lor, indicare a sursei de procurare a acestor substanțe, la divulgarea persoanelor care au contribuit la săvârșirea infracțiunii, la indicarea mijloacelor bănești, a bunurilor sau a veniturilor rezultate din infracțiune. Nu poate fi considerată predare benevolă a substanțelor narcotice, psihotrope sau a analoagelor lor ridicarea acestora la reținerea persoanei, precum și la efectuarea acțiunilor de urmărire penală pentru depistarea și ridicarea lor.

Articolul 217¹. Circulația ilegală a substanțelor narcotice, psihotrope sau a analoagelor lor în scop de înstrăinare

(1) Semănatul sau cultivarea de plante care conțin substanțe narcotice sau psihotrope, prelucrarea sau utilizarea a astfel de plante fără autorizație, săvârșite în

scop de înstrăinare, se pedepsesc cu amendă în mărime de la 600 la 900 unități convenționale sau cu închisoare de până la 2 ani, iar persoana juridică se pedepsește cu amendă în mărime de la 3000 la 5000 unități convenționale cu privarea de dreptul de a exercita o anumită activitate sau cu lichidarea persoanei juridice.

(2) Producerea, prepararea, experimentarea, extragerea, prelucrarea, transformarea, procurarea, păstrarea, expedierea, transportarea, distribuirea sau alte operațiuni ilegale cu substanțele narcotice, psihotrope sau cu analogele lor, săvârșite în scop de înstrăinare, ori înstrăinarea ilegală a substanțelor narcotice, psihotrope sau a analogelor lor, se pedepsesc cu închisoare de la 2 la 5 ani, iar persoana juridică se pedepsește cu amendă în mărime de la 4000 la 6000 unități convenționale cu privarea de dreptul de a exercita o anumită activitate sau cu lichidarea persoanei juridice.

(3) Acțiunile prevăzute la alin.(1) sau (2), săvârșite:

a) de o persoană care anterior a săvârșit aceleași acțiuni;

b) de două sau mai multe persoane;

b¹) de o persoană care a împlinit vârsta de 18 ani cu atragerea minorilor;

c) cu utilizarea substanțelor narcotice, psihotrope sau a analogelor lor, a căror circulație în scopuri medicinale este interzisă;

d) cu folosirea situației de serviciu;

e) pe teritoriul instituțiilor de învățământ, instituțiilor de reabilitare socială, penitenciarelor, unităților militare, în locurile de agrement, în locurile de desfășurare a acțiunilor de educație, instruire a minorilor sau tineretului, a altor acțiuni culturale sau sportive ori în imediata apropiere a acestora;

f) în proporții mari, se pedepsesc cu închisoare de la 3 la 7 ani cu privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de la 3 la 5 ani, iar persoana juridică se pedepsește cu amendă în mărime de la 6000 la 8000 unități convenționale cu privarea de dreptul de a exercita o anumită activitate sau cu lichidarea persoanei juridice.

(4) Acțiunile prevăzute la alin.(1), (2) sau (3), săvârșite:

b) de un grup criminal organizat sau de o organizație criminală ori în favoarea acestora;

d) în proporții deosebit de mari, se pedepsesc cu închisoare de la 7 la 15 de ani cu privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de la 2 la 5 ani, iar persoana juridică se pedepsește cu amendă în mărime de la 8000 la 10000 unități convenționale cu lichidarea acesteia.

Articolul 217². Circulația ilegală a precursorilor în scopul producerii sau prelucrării substanțelor narcotice, psihotrope sau a analoagelor lor

Producerea, prepararea, prelucrarea, experimentarea, procurarea, păstrarea, expedierea, transportarea, înstrăinarea sau efectuarea oricăror alte operațiuni cu precursori în scopul producerii sau prelucrării substanțelor narcotice, psihotrope sau a analoagelor lor, se pedepsesc cu amendă în mărime de la 800 la 1000 unități convenționale sau cu închisoare de până la 2 ani, în ambele cazuri cu privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de până la 5 ani, iar persoana juridică se pedepsește cu amendă în mărime de la 7000 la 10000 unități convenționale cu privarea de dreptul de a exercita o anumită activitate sau cu lichidarea persoanei juridice.

Articolul 217³. Circulația ilegală a materialelor și utilajelor destinate producerii sau prelucrării substanțelor narcotice, psihotrope sau a analoagelor lor.

(1) Producerea, fabricarea, procurarea, păstrarea, expedierea, transmiterea, transportarea sau înstrăinarea materialelor ori a utilajelor destinate producerii, preparării sau prelucrării substanțelor narcotice, psihotrope sau a analoagelor lor ori cultivării plantelor care conțin aceste substanțe se pedepsesc cu amendă în mărime de la 150 la 300 unități convenționale sau cu închisoare de până la 2 ani, în ambele cazuri cu privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de până la 5 ani, iar persoana juridică se pedepsește cu amendă de la 1000 la 3000 unități convenționale cu privarea de dreptul de a exercita o anumită activitate.

(2) Aceleași acțiuni săvârșite:

- b) de două sau mai multe persoane;
- c) cu folosirea situației de serviciu se pedepsesc cu amendă în mărime de la 500 la 1000 unități convenționale sau cu închisoare de până la 3 ani, în ambele cazuri cu privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de la 2 la 5 ani, iar persoana juridică se pedepsește cu amendă de la 2000 la 5000 unități convenționale cu privarea de dreptul de a exercita o anumită activitate.

(3) Acțiunile prevăzute la alin.(1) sau (2), săvârșite:

- a) de un grup criminal organizat sau de o organizație criminală ori în favoarea acestora;
- b) pe teritoriul instituțiilor de învățământ, instituțiilor de reabilitare socială, penitenciarelor, unităților militare, în locurile de agrement, în locurile de desfășurare a acțiunilor de educație, instruire a minorilor sau tineretului, a altor acțiuni culturale sau sportive ori în imediata apropiere a acestora, se pedepsesc cu închisoare de la 2 la 5 ani cu privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de la 2 la 5 ani, iar persoana juridică se pedepsește cu amendă în mărime de la 6000 la 8000 unități convenționale cu privarea de dreptul de a exercita o anumită activitate sau cu lichidarea persoanei juridice.

Articolul 217⁴. Sustragerea sau extorcarea substanțelor narcotice sau psihotrope.

(1) Sustragerea sau extorcarea substanțelor narcotice sau psihotrope se pedepsește cu amendă în mărime de la 300 la 2000 unități convenționale sau cu muncă neremunerată în folosul comunității de la 180 la 240 de ore, sau cu închisoare de până la 5 ani.

(2) Aceleași acțiuni săvârșite:

- b) de două sau mai multe persoane;
- c) cu folosirea situației de serviciu;
- d) prin pătrundere în încăpere, într-un alt loc pentru depozitare sau în locuință;

e) cu aplicarea violenței nepericuloase pentru viața sau sănătatea persoanei ori cu amenințarea aplicării unei asemenea violențe;

f) în proporții mari, se pedepsesc cu închisoare de la 3 la 8 ani cu (sau fără) amendă în mărime de la 500 la 3000 unități convenționale.

(3) Acțiunile prevăzute la alin.(1) sau (2), săvârșite:

a) de un grup criminal organizat sau de o organizație criminală ori în favoarea acestora;

b) cu aplicarea violenței periculoase pentru viața sau sănătatea persoanei ori cu amenințarea aplicării unei asemenea violențe;

c) în proporții deosebit de mari, se pedepsesc cu închisoare de la 7 la 15 ani cu aplicarea unei amenzi în mărime de la 1000 la 5000 unități convenționale.

Articolul 217⁵. Consumul ilegal public sau organizarea consumului ilegal de substanțe narcotice, psihotrope sau analoage ale acestora

(1) Consumul ilegal de substanțe narcotice, psihotrope sau analoage ale acestora, săvârșit în mod public sau pe teritoriul instituțiilor de învățământ, instituțiilor de reabilitare socială, penitenciarelor, unităților militare, în locurile de agrement, în locurile de desfășurare a acțiunilor de educație, instruire a minorilor sau tineretului, a altor acțiuni culturale sau sportive ori în imediata apropiere a acestora, se pedepsește cu amendă în mărime de la 400 la 700 unități convenționale sau cu muncă neremunerată în folosul comunității de la 180 la 240 de ore.

(2) Organizarea consumului ilegal de substanțe narcotice sau psihotrope se pedepsește cu amendă în mărime de la 400 la 700 unități convenționale sau cu închisoare de la 2 la 5 ani.

Articolul 217⁶. Introducerea ilegală intenționată în organismul altei persoane, împotriva voinței acesteia, a substanțelor narcotice, psihotrope sau a analoagelor acestora.

(1) Introducerea ilegală intenționată, indiferent de mod, în organismul altei persoane, împotriva voinței acesteia, a substanțelor narcotice, psihotrope sau a analoagelor acestora se pedepsește cu amendă în mărime de la 400 la 700 unități

convenționale sau cu muncă neremunerată în folosul comunității de la 150 la 200 de ore, sau cu închisoare de până la 3 ani.

(2) Aceeași acțiune săvârșită:

b) față de două sau mai multe persoane;

c) cu bună știință față de un minor sau de o femeie gravidă ori profitând de starea de neputință cunoscută sau evidentă a victimei, care se datorează vârstei înaintate, bolii, handicapului fizic sau psihic ori altui factor;

e) cu substanțe narcotice sau psihotrope a căror circulație în scopuri medicinale este interzisă se pedepsește cu închisoare de la 2 la 7 ani.

Articolul 218. Prescrierea ilegală sau încălcarea regulilor de circulație a substanțelor narcotice sau psihotrope.

(1) Prescrierea fără necesitate a preparatelor narcotice sau psihotrope se pedepsește cu amendă în mărime de la 200 la 800 unități convenționale sau cu închisoare de până la 3 ani, în ambele cazuri cu (sau fără) privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de până la 5 ani, iar persoana juridică se pedepsește cu amendă în mărime de la 1.000 la 3.000 unități convenționale cu privarea de dreptul de a exercita o anumită activitate.

(2) Falsificarea rețetei sau a altor documente care permit obținerea preparatelor și substanțelor narcotice sau psihotrope se pedepsește cu amendă în mărime de la 200 la 400 unități convenționale sau cu muncă neremunerată în folosul comunității de la 180 la 240 de ore, sau cu închisoare de până la 1 an, iar persoana juridică se pedepsește cu amendă în mărime de la 3.000 la 5.000 unități convenționale cu privarea de dreptul de a exercita o anumită activitate sau cu lichidarea persoanei juridice.

(3) Acțiunile prevăzute la alin.(1) sau (2), săvârșite:

b) de două sau mai multe persoane;

c) cu scopul de a obține preparatele ori substanțele narcotice sau psihotrope în proporții deosebit de mari, se pedepsesc cu amendă în mărime de la 500 la 1000 unități convenționale sau cu închisoare de până la 5 ani, în ambele cazuri cu (sau

fără) privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de până la 5 ani, iar persoana juridică se pedepsește cu amendă în mărime de la 5.000 la 10.000 unități convenționale cu lichidarea persoanei juridice.

(4) Încălcarea regulilor stabilite de producere, preparare, prelucrare, procurare, păstrare, evidență, eliberare, înstrăinare, distribuire, transportare, expediere, utilizare, import, export, nimicire a substanțelor narcotice sau psihotrope ori a materialelor sau utilajelor destinate producerii sau prelucrării substanțelor narcotice sau psihotrope, de cultivare a plantelor care conțin substanțe narcotice sau psihotrope, care a cauzat pierderea lor, săvârșită de către persoana în obligațiile căreia intră respectarea regulilor menționate, se pedepsește cu amendă în mărime de la 300 la 600 unități convenționale sau cu închisoare de până la 2 ani, în ambele cazuri cu privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de până la 5 ani, iar persoana juridică se pedepsește cu amendă în mărime de la 2000 la 4000 unități convenționale cu privarea de dreptul de a exercita o anumită activitate sau cu lichidarea persoanei juridice.

(5) Acțiunile prevăzute la alin.(4), săvârșite din interes material sau care au cauzat din imprudență vătămarea sănătății persoanei sau au avut alte urmări grave, se pedepsesc cu amendă în mărime de la 600 la 1000 unități convenționale sau cu închisoare de până la 5 ani, în ambele cazuri cu privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de la 3 la 5 ani, iar persoana juridică se pedepsește cu amendă în mărime de la 4000 la 6000 unități convenționale cu privarea de dreptul de a exercita o anumită activitate sau cu lichidarea persoanei juridice.

Articolul 219. Organizarea ori întreținerea speluncilor pentru consumul substanțelor narcotice sau psihotrope.

(1) Organizarea ori întreținerea speluncilor pentru consumul substanțelor narcotice sau psihotrope, precum și punerea la dispoziție a localurilor în aceste scopuri, se pedepsesc cu amendă în mărime de la 200 la 800 unități convenționale sau cu închisoare de până la 4 ani.

(2) Aceleași acțiuni săvârșite de un grup criminal organizat sau de o organizație criminală se pedepsesc cu amendă în mărime de la 500 la 1000 unități convenționale sau cu închisoare de la 3 la 7 ani.

La ora actuală, narcomania constituie fără îndoială o problemă majoră pentru întreaga societate. Ea are repercusiuni negative în: jurisprudență - prin incidența faptelor ilicite săvârșite în urma consumului de drog; medical - sărăcirea genofondului condiționat de igiena contingentului consumatorilor de drog; psihologo-pedagogic - prin degradarea moral-etică; socială - prin degradarea în ansamblu a societății.

Aspectul pedagogic al narcomaniei. Narcomania juvenilă.

Drama consumului de drog se desfășoară în primul rând din lipsa informării coerente și adaptării oricărui nivel comprehensiv. Protagonistii acestei drame sunt adolescenții, părinții, profesorii și instituțiile sociale destinate copiilor (școli, licee, colegii, universități).

Cei dintâi afectați, adolescenții, sunt lipsiți de o informare corespunzătoare în ceea ce privește pericolul consumului de droguri, dar și de un anumit ajutor psihopedagogic, specializat pentru depășirea momentelor de criză.

Părinții și profesorii, pe lângă dificultăți de adaptare între generații, determinată de criza adolescenței, se mai confruntă cu un pericol. Atitudinea lor de excludere e condiționată de aceeași lipsă de informare.

Soluțiile unei preveniri eficiente ar fi atât informarea corectă a părinților și profesorilor, precum și distrugerea „miturilor” și concepțiilor unui viciu temporar, cât și mai cu seamă modificarea relațiilor interpersonale, intra-familiale, schimbarea atitudinii față de copii și perceperea acestora ca pe o persoană integrată cu drepturi, probleme și interese ce trebuie respectate. Pedagogia colaborării este principiul educării copilului în familie și școală. Copilului, adolescentului trebuie să i se creeze motivația și interesul în familie prin încadrarea în diferite activități, și atunci este foarte puțin probabil că el se va pasiona de vizionarea „filmelor” toxico - narcomanice prin subsoluri.

Instituțiile de învățământ, din aceeași lipsă de informare și lipsa legăturilor dintre toate infrastructurile aparatului de stat, chemate să răspundă de aceste fenomene anomice, duc la o politică de excludere. Directorii de școli și profesorii îi etichetează pe narcomani juvenili ca pe „copii grei”, „copii-problemă”, îi exmatriculează și îi duc în internate și instituții speciale, adică îi exclud și îi izolează de societate.

Estimările diferitor cercetări din ultimii ani în domeniul dat au relevat prezența în societate a două tipuri de reacții cu privire la narcomania juvenilă:

1. **Narcomania juvenilă** - este privită ca un indiciu antisocial. Adepții acestei concepții tratează narcomania juvenilă ca și alcoolismul, tabagismul și chiar delincvența juvenilă. Aceasta se întâmplă, deoarece sânt acești factori favorabili declanșării ei, aceeași categorie de copii cad sub influența ei. În domeniul profilaxiei ei propun soluționarea problemei prin ajustarea programelor deja existente în domeniul profilaxiei alcoolismului și tabagismului juvenil. Părtașii acestui tip de reacție consideră că întreaga responsabilitate pentru profilaxia narcomaniei juvenile trebuie să și-o asume instituțiile de învățământ.

2. **Narcomania juvenilă** - este tratată ca o nouă patologie socială cu grave consecințe pe viitor. Adepții acestui tip de reacție văd profilaxia narcomaniei prin elaborarea și implementarea unor programe calitativ noi. Însă, în ultimii ani, în domeniul elaborării programelor profilactice s-au constatat două tendințe negative:

- a) Tendința comercializării programelor profilactice. Aceasta înseamnă că la elaborarea programelor fie nu se ține cont de populația căreia îi este destinată, fiind costisitoare programele nu pot fi implementate, fie că programele și metodică nu au bază teoretică și științifică solid argumentată.
- b) Tendința destinării incorecte a programelor - programele elaborate de psihologi, medici, biologi sunt implementate de pedagogi, fără a avea o pregătire specială în domeniu.

Soluțiile ar fi instituirea unui post, unei funcții, sau a unui organ responsabil de problemele narcomaniei juvenile, precum și conlucrarea tuturor verigilor și nivelurilor aparatului de stat în domeniul respectiv. De asemenea se solicită elaborarea și punerea în practică a programelor educative sub forma editării materialului informativ și educativ, cu conținut semantic, adaptat fiecărei categorii sociale vizate. Aceste materiale să conțină măsuri de prevenire, intervenție, descrieri ale efectelor drogurilor cu complicațiile lor.

IX. Servicii socio-medice acordate persoanelor dependente de drog.

Organizarea sistemului serviciilor socio-medice în țările europene.

Dacă analizăm structura serviciilor specializate în lucrul cu persoanele dependente de drog, putem menționa realizările pe care le-a obținut practica țărilor europene. Organizarea sistemului serviciilor socio-medice diferă de la o țară la alta.

În *Franța*, se depune un efort considerabil în crearea centrelor de supervizare a bolnavilor dependenți. O popularitate mai mare are practica reabilitării dependenților de droguri în familie, în 1987, acest subiect a fost văzut de către Ministerul Afacerilor Sociale, care a menționat că reabilitarea dependenților în familie nu este numai o formă de susținere socială, ci o alegere făcută conștient de ei, astfel, încât bolnavul face un contract cu „grupul de tratament”. Participarea familiei „primitoare” în procesul terapeutic se bazează pe caracterul individual al bolnavului. Aceste familii primesc un suport financiar din partea statului.

Programele din *Germania* accentuează nevoia de domiciliu și a unui loc de muncă pentru dependenții de droguri. De aceea a apărut nevoia în orașele mari, să se creeze locuințe speciale pentru bolnavii fără casă – locuințe de dormit, temporare, încăperi pentru acordarea ajutorului sanitar, centre consultative pentru ajutorarea dependenților de droguri – să obțină o profesie, respectiv un loc de muncă. Programele naționale au fost completate de către inițiativele organizațiilor sociale.

În *Germania* s-au format grupe mici de cooperare a diferitor specialiști, care realizează programe de ajutor a dependenților de drog. Ele au apărut din cauza neeficienței programelor naționale și se numesc „KON DROPS”. Factorul comun al acestor grupe este tendința de a stimula interesul spre un mod de viață sănătos.

Astfel, se organizează activități culturale, sportive, turistice, se formează grupuri de interes. Asistența socială este orientată spre rezolvarea diferitelor nevoi,

probleme ale pacienților, în acest fel climatul benefic, atmosfera de îngrijire devin factorii de succes în tratarea dependenților de droguri. Aceste grupe de ajutor există pe baza finanțării private, însă deseori statul le acordă ajutor.

În *Italia*, la sfârșitul anilor 70 ai secolului trecut a început deschiderea spitalelor staționare de psihiatrie pentru dependenții de drog. Bolnavii însă nu erau predispuși să apeleze la ele din cauza statutului lor de „bolnavi psihic”. De aceea în 1978, în orașul Triesta a fost fondată o cooperativă pentru dependenții de droguri, aceasta având două funcții principale:

- 1) Terapie individuală, familială și de grup;
- 2) Tratament ambulatoriu și de staționar.

Un exemplu deosebit în acordarea serviciilor speciale acordate dependenților de droguri, este SUA.

În *SUA*, există programe de spitalizare, numite „în pacient”, Centrele de Sănătate Mintală din Comunitate, Centrele specializate în reabilitarea persoanelor dependente de droguri și câteva spitale specializate în sănătatea mintală acordă programe de tratament pacienților, numite „ușile închise”. Dezintoxicarea durează de la 24 de ore până la trei săptămâni. Ea depinde de gradul de adicție a pacientului. O îngrijire adițională a pacienților durează 2-3 săptămâni, într-un anturaj unde drogurile nu sunt valabile. Aceasta este foarte costisitoare. Aceste programe sunt oferite de Centre de Sănătate Mintală din Comunitate, Centre specializate în reabilitarea persoanelor dependente de droguri și câteva spitale specializate în sănătatea mintală precum și de clinici pentru abuzul de substanțe psiho-active.

Programele „Self-help” de auto susținere, ajutor persoanelor anonime includ multe grupuri de auto susținere pentru persoanele dependente de droguri ca: Narcotic Anonims, Synon, Postsmokers Anonyms, Pills Anonims. Un rol important în reabilitarea dependenților de droguri îl au comunitățile terapeutice. Există programe rezidențiale de tratare pe termen lung, cu durata de 12-18 luni. Comunitățile terapeutice pun accentul pe schimbarea stilului de viață și pe învățarea persoanei de a primi recompense în viața de zi cu zi, așa că să nu aibă

nevoie de a mai apela la droguri. Acest proces poate fi descris astfel „Anturajul e o confruntare constantă care tinde să strice peretele, care acoperă întreaga persoană. Un individ poate, de exemplu, să apară crud, pentru a continua viața în stradă. De fapt, această imagine trebuie să fie deteriorată. Sentimentele care aduc durere, de exemplu singurătatea, frica, depresia, trebuie să fie expuse, eliberate, să fie redade, eventual permițându-i individului să fie sincer cu sine însuși, fără a purta vreo mască”. Este dificil a măsura succesele acestui program, fiindcă mulți renunță la el după o perioadă anumită, dar sunt dovezi că cei care au trecut acest program obțin succese în găsirea unui loc de muncă și nu reîncep a se droga.

Un alt program Halfway Houses asistă pe cei care au fost spitalizați și dezintoxicați ca să se reintegreze în comunitate. Aceste case oferă servicii de consiliere (atât individuală cât și de grup), pentru a-i ajuta pe rezidenți să nu consume droguri și să se concentreze asupra problemelor personale cu care se confruntă. Rezidenții de asemenea, participă la trening-uri de vocație, primesc asistență în găsirea unui loc de muncă, precum și domiciliu. Multe case „Halfway” angajează ca lucrători foști dependenți de droguri. Ei, de multe ori, sunt mai buni lucrători, deoarece cunosc această experiență și au trecut prin izolare, furie și ostilitate simțite de dependenții de droguri.

Ei, de asemenea, constituie un model de încurajare pentru persoanele dependente. Casele halfway evidențiază importanța asumării responsabilității rezidenților pentru acțiunile și comportamentul lor.

Organizarea sistemului serviciilor socio-medicale în Republica Moldova.

În Republica Moldova, există servicii sociale și medicale pentru persoanele dependente de drog care sunt prestate de Ministerul Sănătății, Ministerul Afacerilor Interne și de către Organizațiile non-guvernamentale. Unitatea structurală de bază a serviciului narcologic în sistemul de ocrotire a sănătății din Republica Moldova o constituie Dispensarul Republican de Narcologie, care reprezintă un centru metodico-organizatoric și consultativ al serviciului de narcologie.

Asistența narcologică populației, pînă a fi organizată ca sistemă independentă, s-a dezvoltat în cadrul psihiatriei. Prima secție de narcologie a fost deschisă în cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie “Costiujeni” în anul 1953. Baza serviciului narcologic a fost formată timp de 13 ani (1972 - 1985). Către 1985 asistența narcologică a devenit atît de actuală, că a apărut necesitatea de a se separa de psihiatrie, și de a forma o structură independentă a ocrotirii sănătății. Pentru coordonarea sistemului narcologic prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova a fost organizată IMSP Dispensarul Republican de Narcologie. Pentru realizarea funcțiilor sale pe deplin, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie este asigurat cu fondul necesar de paturi (300), subdiviziuni de consultație, diagnosticare și tratament. IMSP Dispensarul Republican de Narcologie acordă asistența medicală bolnavilor de alcoolism, tabagism și narcomanie, de asemenea efectuează și lucru profilactic. Scopul principal al IMSP Dispensarul Republican de Narcologie este protecția sănătății populației, profilaxie, diagnosticarea, tratamentul, reabilitarea bolnavilor de profil narcologic, promovarea modului sănătos de viață și măsuri de iluminare sanitară, acordînd o mare atenție educației populației cu privire la consumul de substanțe nocive și riscurile condiționate de acestea.

Spructura Dispensarul Republican de Narcologie

Administrația(*Chisinău, str. Ion Pruncul, 8*)

Secția ambulatorică (*serviciul ambulator primar*):

Centrul de Reabilitare nr. 1 (*pentru narcomani*)

Centrul de Reabilitare nr. 2 (*pentru narcomani*) *Str. P. Rareș 32*

Secția consultativă :

Fizioterapie, reflexoterapie, psihoterapie (cabinete de explorări funcționale: EEG, ECG, ECO-EG) , Str. Costiujeni 3 „A”.

Staționarul (4 secții cu capacitatea de 300 paturi)

Secția de internare *str. Grenoble, 147*

Secția nr. 1 *Str. Grenoble 147(70 paturi);* **Secția nr. 2-***(100 paturi);* **Secția nr. 3-***(70 paturi) str. Costiujeni 3 „A”;* **Secția nr.4** *str. Gh. Madan 86/7-(60 paturi).*

Farmacia *str. Costiujeni 3 „A”.*

Laboratorul *str. Costiujeni 3 „A”.*

Policlinica IMSP Dispensarul Republican de Narcologie este amplasată într-o clădire separată în mun. Chișinău str. P. Rareș Nr.-32, și acordă asistența medicală consultativă pacienților din tot teritoriul Republicii Moldova, ce se confruntă cu problemele narcologice, tratamentul pacienților consumatori de alcool și consumatorilor de substanțe stupefiante în cadrul staționarului de zi (anonim); examinarea în cadrul comisiei expertizei narcologice specializate; examinarea în cadrul expertizei narcologice de ambulator; examinarea în cadrul expertizei pentru stabilirea stării de ebrietate (alcoolică sau narcotică).

Servicii acordate:

- Tratament ambulator, staționar și de susținere.
- Consiliere individuală și de grup.
- Testarea psihologică după diferite metode.
- Testare HIV/SIDA și a substanțelor stupefiante.
- Activități de informare și educație în grupurile cu destinație specială asupra riscurilor legate de consumul de substanțe psihoactive, formarea unui comportament tip “inofensiv”.
- Activități de prevenție primară, bazată pe conceptele deciziei informate, în școlile și liceele Republicii Moldova.
- Informare și educația populației asupra prevenirii consumului de substanțe psihoactive.

În cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie activează **Centrul de Reabilitare Psiho-socială** pentru persoanele drog-dependente. Realizarea programului include câteva obiective strategice:

- Suportul psihologic și social.
- Însănătoșirea și menținerea abstenenței de lungă durată (abandonarea consumului de droguri).
- Integrarea socială și profesională.
- Îmbunătățirea relațiilor cu cei din jur și integrarea familială.
- Formarea intereselor ce contribuie la modul de viață sănătos.
- Accesibilitatea programului pentru beneficiari.

Realizarea acestor obiective e datorată abordării complexe în tratamentul narcomaniei. Tratamentul în procesul de reabilitare este asigurat de către echipa psihoterapeutică de profil, formată din: medici, psihologi, asistenți sociali și voluntari (foștii consumatori de droguri).

Pe lângă Dispensarul Republican de Narcologie:

- Asistența narcologică de ambulator este acordată de medicii - narcologi din cadrul secțiilor consultative ale spitalelor raionale;
- Asistența narcologică de tip staționar este reglementată de către:
 - secțiile de narcologie din cadrul spitalelor de medicină generală din orașele Ungheni - 25paturi, Ocnița -10 paturi;
 - secțiile de narcologie din cadrul spitalelor de psihiatrie din orașele Orhei - 45 paturi, Bălți - 150 paturi.

Există stereotipul că „*odată dependent – ești dependent pe viață*”. Această atitudine a stopat mult timp eforturile de a reabilita pe cei dependenți de droguri. Cei care nu mai utilizează droguri au un statut de bolnav inactiv sau care se află în perioada de abstenență, în realitate nu toate persoanele care au fost dependente de droguri se reîntorc la droguri, dar riscul la recidivă este foarte mare, și practic foarte puțini rezistă la ispita de a se droga din nou. De aceea, majoritatea bolnavilor care s-au tratat la spitale revin înapoi de mai multe ori. Este important de menționat cauzele nereușitei tratamentului:

- *Dependența psihică a bolnavului față de drog* – este cauza principală a nereușitei tratamentului. Persoanele care fac abuz de drog primesc o recompensă psihologică prin starea de euforie, astfel creând o stare de atracție permanentă spre drog;
- *Schimbarea dispoziției*. Persoana care a utilizat droguri crede în starea de euforie, simțită anterior, ca fiind normală, de bună dispoziție. De aceea, dezicerea de drog se compensează cu ne satisfacție, prin lipsă de dispoziție.
- *Neintegrarea în mediul sănătos*. Bolnavul se simte neglijat de oamenii din mediul sănătos.
- *Întâlnirea cu persoanele dependente de droguri*. Aproximativ 70% de recidive au loc din cauza întâlnirii cu persoanele dependente, chiar dacă acestea sunt inactive, ispita de a se droga domină persoana.

Activitatea organizațiilor nonguvernamentale.

Pe plan mondial activitățile ONG-urilor în contracararea răspândirii drogurilor sunt deosebit de frecvente și eficiente. În Republica Moldova aceste activități sunt la început de cale. Unele programe de profilaxie și servicii persoanelor dependente de droguri sunt prestate de următoarele organizații nonguvernamentale:

1. Liga de combatere a narcomaniei din Moldova, oferă servicii de educație pentru sănătatea populației.
2. Centrul educațional „Alcoolismul și Narcomania” – coordonează cercetările efectuate în Moldova în domeniul abuzului de droguri.
3. Asociația „Narcologia” – se ocupă cu profilaxia consumului de drog, oferă tratament bolnavilor dependenți de droguri, de asemenea contribuie la reabilitarea lor.
4. Organizația obștească „Asociația pentru Tineret Orizont” – se ocupă de preîntâmpinarea abuzului de droguri în rândurile adolescenților.
5. Centrul „SIDA” – obiectivele sunt profilaxia SIDA mai ales în rândurile consumatorilor de droguri.

6. Organizația „Tinerii pentru dreptul la viață” – oferă consultații tinerilor în ceea ce privește daunele consumului de drog (activitatea organizației depinde de proiectele înaintate spre sponsorizare).

7. Organizația de binefacere „Viața Nouă”.

Organizațiile nonguvernamentale pot influența și instituțiile guvernamentale cerându-le să abordeze cât mai direct problema narcomaniei. E știut că tragediile create de utilizarea abuzivă a drogurilor constituie uneori un element de noutate pentru aceste instituții care pot chiar nega existența fenomenului.

Cel mai dificil lucru în activitatea ONG-urilor este, desigur, obținerea de fonduri materiale atât de necesare pentru susținerea inițiativelor orientate spre stoparea producerii, traficării și distribuirii ilegale a drogurilor. Menționăm, de asemenea, și dificultățile întâlnite în alegerea celor mai adecvate tehnici, pentru realizarea obiectivelor propuse. În această ordine de idei pentru activitatea organizațiilor nonguvernamentale sunt importante:

- a) constituirea unor puncte de contact în toate organismele administrației de stat, cu preocupări în domeniu, pentru a putea fi bine informați de tendințele și caracteristicile traficului ilicit și a abuzului de droguri;
- b) stabilirea unei legături între membrii organizației nonguvernamentale, factorii legislativi și de decizie, prin distribuirea periodică a unor buletine informative, circulare etc.;
- c) organizarea unor sesiuni, conferințe anuale de comunicări etc.

Pentru eradicarea flagelului toxicomaniei este necesar să fie întreprinse măsuri de prevenire, dezintoxicare și reintegrare socială. Pentru a câștiga în eficiență, este necesară mobilizarea și implicarea tuturor actorilor sociali, e vorba de părinți sau prieteni, de cadre didactice sau de centrele de psihoterapie, de echipe spitalicești sau servicii de asistență socială, de instanțe polițienești sau judiciare. Efortul făcut trebuie să corespundă unor principii de bază:

- crearea unei relații de încredere;
- eșalonarea în timp a măsurilor luate;

- crearea unor spații de dialog susceptibile pentru a spori resursele și potențialul grupurilor de apartenență;
- acționarea în sensul unei ameliorări globale a drepturilor fundamentale: spațiu locativ, educație, loc de muncă, sănătate;
- colaborarea cu instituțiile sau organismele implicate în acest domeniu.

Terapia persoanelor dependente.

În tratamentul narcomaniei actualmente s-au stabilit mai multe modele:

- *modelul medical de reabilitare* – acest model se bazează pe teza generală că narcomania este o boală și cel mai normal este ca ea să fie tratată de medic, idee respinsă de adepții modelului social;

- *modelul de modificare a comportamentului* – acest model este centrat, în special, asupra dinamicii de condiționare implicate în dezvoltarea dependenței, tehnica de tratament fiind de fapt o terapie de modificare a comportamentului. Ea include vechile metode de condiționare a abstenenței față de drog și noile metode de menținere a comportamentului modificat. Menținerea și consolidarea comportamentului modificat se bazează pe concepția că un reflex condiționat poate fi prelungit mai ușor prin recompensare decât prin pedepsire; spre exemplu, menținerea abstenenței poate fi prelungită dacă pacientul este lăudat pentru comportamentul său matur și conștient, metoda care își găsește utilitatea atât în cadrul modelului fiziologic, cât și în cadrul celui social;

- *modelul psihologic* – se bazează parțial pe conceptul psihoanalitic al personalității narcomanului. Nucleul modelului psihologic îl constituie reabilitarea narcomanului, reintegrarea lui socială sau, cel puțin, dacă nu este capabil să învețe a conviețui activ, să obțină capacitatea de a se adapta la viața civilizată;

- *modelul social* – contribuțiile psihiatriei sociale și, în special, terapia de grup și reabilitarea prin reeducare, constituie bazele abordării psihologice în modelul social. Acest model înaintea în prim-plan rolul determinant al factorilor sociali în dezvoltarea susceptibilității și independenței psihice, ceea ce implică cunoașterea și înlăturarea acelor factori ce au determinat abuzul, în al doilea rând, acest model

consideră dependența psihică ca având un mecanism de imitare. Sunt acceptate atât metodele de recompensare pentru abținută, cât și cele de pedepsire în caz de consum de drog, aplicate individului sau în grup;

- *modelul complex* – prevede tehnici și metode proprii fiecăruia din modelele anterioare, adaptate însă fiecărui narcoman în parte, dat fiind faptul că în dezvoltarea narcomaniei persistă atât factorii psihologici, biologici, cât și cei sociali.

Paralel cu aceste modele de tratament există și alte modalități de clasificare a formelor de reintegrare a persoanelor dependente de drog. Astfel, unii autori evidențiază: psihoterapia, terapia de familie, terapia de grup etc.

Metode contemporane de tratament.

Medicina contemporană propune o serie de metode de tratament:

- *Dezintoxicarea* - eliberează organismul de la dependența fizică în totalitate, însă 90% de bolnavi reîncep drogarea după acest tratament.

- *Tratamentul medicamentos* – este o altă metodă de tratament, care constă în administrarea diferitelor preparate medicale. Această metodă se utilizează, de obicei, pentru a reduce dependența.

- *Metoda Nazaraliev* – constă în administrarea unui medicament puternic, așa cum este atropina, pentru a reduce dependența de drog. După tratamentul cu atropină se face un curs de psihoterapie. Metoda are 10% de eficacitate, întrucât atropina este un medicament de risc și poate afecta creierul.

- *Curățirea sângelui* prin hemosorbție, hemodeluție.

- *Reflexoterapia* – poate îmbunătăți starea fizică și cea psihică, însă nu reduce dependența de drog.

- *Terapia prin înlocuire* – se aplică dependenților de droguri cu o durată îndelungată de timp. Se efectuează cu scopul de a înlocui dependența de droguri ilegale prin cele legale.

- *Terapia Anterecedivă* – constă în crearea artificială a unei situații, în care utilizarea drogurilor ar duce la moarte.

○ **Chimioprotecția**- constă în introducerea unui medicament în organism, asemănător cu naltrexon, pentru o perioadă lungă de timp (1-2 luni).

(*Naltrexon* – preparat medical foarte scump, introducerea căruia în organism lipsește bolnavul de stare de euforie după drogare și-l transformă în producător de durere).

○ **Codarea** – reprezintă hipnotizarea în urma unei psihoanalize. După ea utilizarea drogurilor devine periculoasă. Nici un tip de codare nu poate fi efectiv pentru toate drogurile.

○ **Metadonul** – reprezintă folosirea substanței psiho-active, pentru o perioadă de timp în ordine descrescătoare a dozelor. Practic, se înlocuiește dependența de heroină prin cea cu metadon. Apoi, treptat, se scade doza de administrare. Majoritatea medicilor critică această metodă și nu o acceptă în practica lor profesională.

Tratarea bolnavilor dependenți de substanțe narcotice poate fi divizată în trei etape convenționale:

I. Etapa dezintoxicării fizice.

Această etapă durează aproximativ două săptămâni în condiții de staționar. La această etapă au loc:

- administrarea preparatelor antagoniste drogului consumat pentru ameliorarea sindromului abstinent și accelerarea procesului de dezintoxicare;
- tratarea complicațiilor apărute în urma abuzului (complicații ale sistemului cardiovascular, respirator, sistemului nervos);
- aplicarea unei terapii în mod individual pentru diminuarea necesității psihice de a consuma drogul.

II. Etapa de susținere a terapiei ambulatorii.

Specialiștii recomandă ca următoarele două săptămâni indivizii să nu trăiască acasă pentru a nu diminua riscul recidivei. Pacientul trebuie zilnic să frecventeze spitalul unde alături de terapia farmacologică se face și

psihoterapie individuală sau de grup, în dependență de dorința pacientului, în mod sistematic.

III. Etapa terapiei de susținere.

Această etapă este îndreptată împotriva recidivei. Ea are mai multe sarcini:

- Învățarea pacienților a unor tehnici psihologice care ar întări convingerea că se pot lipsi de drog;
- crearea unor interese pozitive și stabile cu caracter de hobby;
- crearea motivației pentru găsirea unei profesii.

După aceasta pacientul poate fi îndreptat în centrele de „Narcomani anonimi”. Aceste centre sunt de tip închis și cu personal specializat, unde se continuă cu terapia de susținere, asociată cu psihoterapie de grup, psihoterapie individuală, ședințe de ramă, ședințe de terapie ocupațională, ergoterapie. Toate acestea se efectuează cu acordul pacientului.

Metodele citate nu au mare efect dacă bolnavului nu i se oferă securitate și supraveghere permanentă. De aceasta trebuie să se ocupe asistentul social. Este important, ca asistentul social să cunoască bolnavul înainte de începerea tratamentului și să participe la tratament, în același timp, asistentul social trebuie să facă legătura cu familia bolnavului, aplicând o serie de tehnici de lucru pentru pregătirea terenului de reînțoarcere a bolnavului. Asistentul social trebuie să pregătească un alt mediu al bolnavului, căutând condiții noi de trai, favorabile.

Greșeli tipice care apar pe parcursul recuperării:

1. Lipsa unei lupte cu dependența – din lenevie, nepăsare ș.a. Lipsa dorinței de schimbare spre bine.
2. Nădăjduirea în sine: „O să mă descurc singur”, „N-am nevoie de ajutor” ș.a.m.d.
3. Nerenunțarea la tovărășia „prietenilor” dependenți de droguri, dorința de a rămâne în mijlocul lor.
4. Dorința de a obține rezultate imediate (duhovnicești, clinice, ș.a.) și dezamăgirea dacă aceasta nu se întâmplă.

5. Minciuna. Încercările de părea mai bun decât în realitate. Tăinuirea consumului de substanțe narcotice.

6. Accentul pe mijloacele medicale de tratament, în condițiile în care asistența medicală are o pondere mică în ansamblul măsurilor de recuperare și se limitează doar la îndepărtarea sindromului de abținere.

7. „Scopul scuză mijloacele”, altfel spus - tratament cu orice preț. Sub această deviză, cei suferinzi de narcomanie devin prada diferitor ocultști, sectanți sau pur și simplu schimbă o patimă cu alta (curvia, lăcomia, jocurile de noroc ș.a.m.d.).

Psihoterapia persoanelor dependente.

Motivația exterioară, falsă motivație și recăderea.

Sunt situații în care ceea ce îl determină pe narcoman să decidă renunțarea la consum și să caute ajutor este un eveniment din viața lui: supradoza de consum a unui „prieten”, lipsa banilor, părinții care nu mai vor să-i acorde adăpost sau bani, amenințarea de a fi părăsit din partea iubitei. Acestea țin, într-adevăr, de o motivație externă, dar în acest stadiu îl poate ajuta pe consumatorul de drog să se decidă să renunțe. Aceasta este o situație în care el se poate prezenta la un specialist. Poate veni însoțit de părinți, cu alte rude, cu un prieten, cu iubita sau singur. Caracteristic pentru această fază, pe care Prochaska și Di Clemente o numesc fază „de contemplare”, este acceptarea faptului că dependența a devenit o problemă. De multe ori însă, această acceptare a faptului că există o problemă în legătură cu consumul de droguri este numai un rezultat al constrângerii din exterior. De multe ori consumatorul de drog nu este convins că are o problemă. El ajunge și la dezintoxicare, dar fără să fie convins că ar avea o problemă. Desigur, în acest caz reluarea de consum bate la ușă. „Dacă ai sta singur, ai avea bani și nu te-ar bătea nimeni la cap ai consuma în continuare?”. La această întrebare mulți dintre cei care, inițial, veniseră cu ideea că trebuie să renunțe la consum

răspund afirmativ. În acest caz este vorba, așadar, de o falsă motivație. În această situație e conștient oare, părintele că renunțarea la dependență nu se poate face peste noapte? Sunt frecvente cazurile în care părintelui îi place să creadă că după o săptămână de psihoterapie sau după o săptămână de dezintoxicare dependența a dispărut. Așadar, acel lanț abinență-recădere, este întreținut de o falsă motivație. **Motivația reală nu se poate căpăta decât în momentul în care consumatorul de drog admite că dependența de drog a devenit o problemă pentru el.** Așadar, părintele ar trebui să fie conștient de faptul că o motivație reală nu se poate obține de azi pe mâine.

Momentul în care toxicomanul a admis că are o problemă este un moment-cheie. El poate ajunge să admită acest lucru după o anumită perioadă de consum sau după o anumită experiență de abinență-recădere. Apare un moment în istoria unui consumator de drog în care conflictele și disconfortul ceea ce țin de consum sunt prea mari. Acesta este momentul în care el acționează. De altfel, Prochaska și Di Clemente numesc această fază, **faza acțiunii**. El ia decizia să-și schimbe comportamentul. În perioada post dezintoxicare există o centrare pe **explorarea comportamentului de consum** (importanța ritmului în consum, importanța stilului de viață în consum, importanța sistemului de relații în consum). În această perioadă, persoana dependentă poate învăța cum să facă față situațiilor de risc crescut (situații în care ar putea relua consumul de drog), poate explora propriile nevoi și poate deveni receptiv la nevoile altora, își poate descoperi noi interese și modalități de a-și petrece timpul liber și își poate descoperi o orientare profesională. Descoperirea „lucrurilor simple” se poate întâmpla tot în această fază și familia ar putea sprijini această descoperire. Atunci când spunem „lucruri simple” ne referim la lucruri pe care părinții și alți membri ai familiei le pot face împreună cu tânărul narcoman și care ar putea reface relația între el și ceilalți membri ai familiei. Însărcinarea tânărului cu mici responsabilități care țin de gospodărie ar fi unul dintre aceste lucruri simple. Toate aceste activități pe care tânărul dependent le-ar realiza împreună cu familia ar putea cataliza refacerea relațiilor familiale. *Activitățile inițiate în faza de acțiune pot fi consolidate în faza*

de menținere (Prochasca și Di Clemente). În aceste două faze părinții trebuie să dea dovadă de o mare flexibilitate, deoarece tânărul dependent se află într-o perioadă de căutare, de explorare a noilor interese și nevoi care ar putea sta la baza modificării stilului său de viață, părintele ar putea fi o oglindă a acestuia, oferind suport, curiozitate și acceptare. Flexibilitatea se referă tocmai la această îndrumare a tânărului dependent în căutarea sa. A fi flexibil, poate fi dovada creșterii receptivității în raport cu nevoile propriului copil. Poți fi, însă, receptiv la nevoile altuia numai dacă știi să fii receptiv la nevoile tale. Din experiența noastră putem spune că puțini părinți pot face acest lucru. Psihoterapeutul poate fi „activat” și în acest caz în cadrul triunghiului: toxicoman – părinte – psihoterapeut. Părintele poate învăța împreună cu el cum să fie receptiv la propriile nevoi pentru a putea fi disponibil și la nevoile altuia.

Psihoterapia în lucrul cu persoanele consumatoare de droguri

Psihoterapia ar putea fi definită ca o experiență emoțională specifică care apare în relațiile dintre două persoane, dintre care una ajută pe cealaltă să se înțeleagă mai bine pe sine, cu obiectivitate, prin prisma experiențelor sale de viață. Metoda poate fi și este aplicată atât de psihologi, asistenți sociali, cât și de sociologi. ***Psihoterapia individuală*** - este una dintre numeroasele forme de reintegrare a narcomanilor, aplicându-se aparte sau în combinație cu alte forme de tratament.

În dependență de stadiul de intoxicație al narcomanului, psihoterapia poate fi aplicată pe parcursul a mai multor faze:

În prima fază, se acceptă că psihoterapeutul să-și asume un rol activ în construirea relațiilor cu persoana dependentă de drog; el trebuie să-i fie apropiat acesteia, fără idei preconcepute, onest, dar în același timp ferm și abil, să nu accepte compromisul. Posedând aceste calități va câștiga încrederea bolnavului. Relațiile dintre el și pacient trebuie să fie cât mai firești, de ajutorare. Principalul scop al psihoterapiei este de a-l face pe bolnav să înțeleagă necesitatea unei vieți

civilizate, să-și înțeleagă temerile, să diferențieze dorințele de realitate, impulsurile de gândire și acțiune.

Un alt scop este acela de a-l obișnui pe pacient cu abținerea. Una dintre metodele utilizate în acest context este aceea a contractului terapeutic. Natura contractelor este diferită: ele se referă la timpul de abținere, perioada de tratament și se bazează pe încredere mutuală, efort din partea ambelor părți de a realiza clauzele prevăzute, clauze care nu trebuie să fie în contradicție cu legea sau normele de conviețuire. Metoda dată are calitatea de a oferi pacientului un scop precis în cadrul efortului terapeutic, de a cultiva responsabilitatea. Fără îndoială, această metodă nu poate fi aplicată oricărui narcoman și e necesar să se țină seama de stadiul intoxicației.

Cea de-a doua fază, în psihoterapie începe când persoana dependentă de drog este abținută, iar între ea și terapeut sunt stabilite relații corespunzătoare scopului propus, cu alte cuvinte – când scopul principal al tratamentului este atins. În această etapă, psihoterapia constă în încurajarea bolnavului de a-și menține decizia și de a relua contactul cu realitatea într-o manieră matură. În faza a doua importanță mare are faptul dacă narcomanul este de tip reactiv sau este un narcoman înflăcărat.

În primul caz, psihoterapeutul îl va ajuta să înțeleagă impactul emoțional și influența lui asupra bolii, cu atât mai mult dacă această influență nu este sesizată nici de bolnav și nici de familie sau anturaj, abuzul de drog fiind pus pe seama altor factori. În al doilea caz, atenția va fi îndreptată mai ales asupra deprinderii de a consuma droguri, încercându-se crearea unor alte preocupări, reflexe sau deprinderi.

Pe parcursul acestei faze se va încerca înlăturarea stării de resemnare și izolare de care narcomanul este adesea stăpânit, arătându-i-se influențele negative pe care aceste stări (care sunt, în fond, mijloacele lui de apărare) le poate avea asupra sa. Se va încerca înlăturarea stărilor de blocaj psihic, de a-i stabili facultatea mintală și capacitatea de a raționa, tendințele de a renunța la mascarea adevăratelor

cauze ale consumului de droguri. Relațiile trebuie să fie bazate pe încredere reciprocă, terapeutul să nu apară într-o postură de „persecutor” sau „salvator”.

Ultima fază în psihoterapie presupune consolidarea realizărilor stabilite în fazele anterioare. La această fază fostul narcoman reacționează spontan „asupra activităților sale”; are potențialul de a rezolva stările conflictuale într-o manieră matură, acceptă reluarea tratamentului când devine anxios sau depresiv, încearcă să-și rezolve problemele fără ajutorul psihoterapeutului. Acesta din urmă trebuie să fie atent o lungă perioadă de timp la orice semn ce indică o recădere, iar dacă ele apar, nu trebuie dramatizate, ca să nu dăuneze rezultatelor obținute, mai ales legăturilor ce s-au stabilit între bolnav și terapeut.

Terapia de familie

Participarea familiei în integrarea narcomanului este justificată în primul rând de faptul că fiecare membru al familiei servește ca model pentru ceilalți. Terapia „de familie” a început să fie discutată în anul 1950 și recunoscută ca mijloc de combatere și terapie în narcomanie începând cu anul 1960. Au fost propuse și utilizate mai multe tehnici în așa-zisa terapie „de familie”, bazate pe unele teorii, cum sunt cea a rolului jucat de mamă sau de tată în viața familiei și educația copiilor, căsătoria cu un narcoman și rolul soției în perpetuarea acestui obicei la soț. Tratamentul are ca scop să înlăture acel mod de comportare al membrilor de familie care reprezintă substratul etiologic al consumului de droguri al unuia din membri.

Terapia de grup

O serie de metode utilizate în terapia individuală au fost aplicate la grupuri de narcomani, după modelul psihoterapiei de grup care a demonstrat avantajele unei terapii în comun a unor persoane care au probleme similare. Metodele acestei terapii variază în funcție de orientarea teoretică a celui ce le aplică. Psihoterapia de grup are la bază concepția că „anomaliile comportamentului social rezultă din dificultățile reacțiilor interpersonale” și, ca o consecință, se încearcă ameliorarea acestor dezordini printr-o terapie de grup. Un membru al acestui grup poate

descoperi felul în care propria sa imagine se abate de la normal, prin observarea comportamentului celorlalți membri ai grupului în situații similare.

Un alt avantaj al acestei terapii constă în faptul că narcomanul este în stare să depășească izolarea, el este reintegrat în viața de familie și cea socială, percepe favorurile cooperării și ale experiențelor comune de viață. Psihoterapia de grup reprezintă un procedeu relativ recent, bazat în mare parte pe înțelegerea psihanalitică a structurilor caracteriale ale narcomanului, considerat în general persoană nevrotică, imatură, cu mică toleranță la frustrare.

Una dintre cele mai reprezentative lucrări privind psihoterapia de grup (Psihoterapia grupurilor) a fost elaborată de Mullan și Sangiuliano în 1966, în care autorii descriu în amănunt principalele etape de lucru:

- selectarea pacientului, unde se ține cont de o serie de criterii (vârsta, capacitatea mintală); bolnavul recunoaște că este narcoman, acceptă o terapie adecvată, inclusiv necesitatea abstenenței;
- stabilirea unor relații corespunzătoare între narcoman și terapeut, bazate pe încredere și informare reciprocă;
- descrierea eforturilor pentru obținerea coeziunii în cadrul grupului;
- reducerea la minimum a stărilor de anxietate și a tendințelor ego-centriste ale narcomanului;
- discutarea și elucidarea unor probleme de viață ale toxicomanului.

Una dintre variantele propuse în cadrul psihoterapiei de grup este formarea unor grupuri din 3-6 persoane dependente și soții lor, condiția fiind justificată de rolul pe care el îl joacă în viața dependenței.

Terapia de grup este o formă de tratament care merită a fi luată în considerație, având o serie de avantaje ca:

- obținerea unei afecțiuni și coeziuni între membrii grupului, asemănătoare solidarității de familie;
- în cadrul grupului, membrii sunt pregătiți pentru reintegrare socială, pentru experimentarea unor forme variate de readaptare (ca dragostea, cooperarea), forme

care mai târziu pot fi utilizate în afara grupului;

- în cadrul grupului, indivizii sunt mai receptivi la măsurile educative și la asimilarea experiențelor.

În cadrul activităților de grup, sportul, pescuitul, dansul, arta sau alte activități distractive sunt privite ca mijloace adecvate de readaptare.

Terapia de grup are astfel misiunea de a face să înțeleagă fiecare membru că în viață nu predomină frustrarea, negarea și reprimările, cu alte cuvinte – de a sublinia bucuria unei vieți normale adaptate la nevoile societății; în al doilea rând, această formă de tratament se caracterizează printr-o coordonare colectivă, subiectul fiind mai mult sub controlul colectivului, decât sub controlul individual al terapeutului. În fine, putem menționa ca din punctul de vedere al terapeutului, recâștigarea independenței față de droguri este un obiectiv foarte greu de realizat și presupune aplicarea unor proceduri de „reabilitare” ce valorifică voința și simțul responsabilității.

X. Prevenirea narcomaniei. Metode de educație în domeniul drogurilor.

Noțiuni generale.

Termenul de prevenție include orice activitate care vizează modificarea, reducerea sau întârzierea începerii consumului de alcool, tutun și droguri pe o anumită perioadă de timp. Deși această definiție pare dictată de bunul simț, cercetătorii, politicienii și practicienii par a înțelege în mod diferit acest cuvânt. Profesioniștii din domeniul sănătății definesc prevenția ca fiind orice activitate de reducere a cererii menită să modifice comportamentul și astfel să reducă dorința de a fuma, bea alcool sau consuma droguri. În multe situații, această abordare se limitează doar la activitatea de prevenție primară. Scopurile ei generale sunt:

- Promovarea non-uzului sau abstenenței;
- Ajutarea tinerilor să refuze consumul de substanțe psihoactive;
- Informarea tinerilor asupra riscurilor consumului/abuzului de substanțe psihoactive;
- Întârzierea debutului consumului, în special în cazul drogurilor licite, ca alcoolul și tutunul;
- Promovarea alternativelor sănătoase - ” non-drog”.

În plus, este extrem de important de a corela activitatea de prevenție cu mediul cultural în continuă schimbare a tinerilor și cu modificările partenerilor de consum. Pe măsură ce grupul de (pre-) adolescenți înaintează în vârstă, se impune diferențierea în patru categorii:

- 1) Grupul de tineri care nu au recurs niciodată la droguri și au o atitudine predominant negativă cu privire la aceste substanțe;
- 2) Foștii consumatori, care după o perioadă de experimentări au decis să renunțe pentru totdeauna la consum și au dezvoltat și ei o astfel de atitudine negativă;
- 3) Grupul de tineri aflați într-o perioadă de tranziție: ei au recurs cândva la droguri și se gândesc să repete această experiență în viitor; atitudinea lor în ceea ce privește drogurile este una pozitivă;

4) Consumatorii curenți: ei au recurs la droguri și intenționează să continue consumul, și ei au o atitudine pozitivă asupra drogurilor.

Conform teoriei moderne, obiectivele activității de prevenție ar trebui să fie întărirea factorilor protectori și diminuarea factorilor de risc. Ambele grupuri de factori ar trebui corelate cu fondul genetic al unui individ, cu personalitatea sa, precum și cu mediul său familial, social și fizic.

Experții criminologi, politicienii și, în general, marele public înțeleg prevenția ca fiind o activitate de reducere a ofertei. Cu cât substanțele psihoactive sunt mai puțin disponibile, cu atât ar scădea probabilitatea inițierii consumului de drog. Exemple de prevenție prin reducerea ofertei sunt: controlul prețurilor și impozitarea (alcool, tutun), limitarea accesului (de exemplu, interzicerea vânzării de alcool sub vârsta de 18 ani), creșterea siguranței publice și, bineînțeles, aplicarea legilor. Acest tip de abordare poate lua forme diverse, de la amenzi pentru conducerea unui autovehicul sub influența alcoolului, până la prohibiția totală (SUA).

Alte opinii pun accent pe creșterea conștientizării pericolului și pe promovarea stilurilor de viață sănătos în rândul tinerilor și al populației în general.

În rezultatul unei investigații ample pe problemele narcomaniei juvenile au fost evidențiați factorii ce duc la inhibarea consumului de drog în Republica Moldova (efectuate în intervalul 1998-1999):

1. Factori interni ce-i împiedică pe tineri să consume droguri sunt:
 - Tăria de caracter, voința, maturitatea, conștiința
 - Teama de dependență fizică și psihică
 - Nu simt nevoia/nu sunt influențabili
 - Conștientizarea pericolului pe care îl presupune consumul
 - Dragostea de viață/frica de moarte
 - Un ideal de viață/alte preocupări
 - Respectul de sine

2. Factorii inhibitori externi ai consumului de droguri sunt:
 - Gradul de cultură și educație
 - Teama/respectul față de părinți
 - Mediul în care trăiesc
 - Suport moral al familiei/prieteni
 - Frica de Dumnezeu
3. Factori interni și externi inhibitori în ultim moment:
 - Stima de sine
 - Instinctul de conversare
 - Teama de dependență
 - Senzația de vină
 - Teama de a comite acte antisociale
 - Conștientizarea riscului
 - Gândul la Dumnezeu
 - Respectul pentru părinți
4. Factorii preventivi consumului de drog sunt:
 - Existența în școală a unor psihologi cu care adolescentul ar putea discuta
 - Pedepsirea devierilor
 - Pedepsirea consumatorilor
 - Implicarea familiei în înțelegerea și controlul tinerilor.

Aceste investigații și activități includ campanii de informare publică, suport financiar pentru activitățile de prevenție și formare a profesioniștilor în educație și care activează în organizații sociale și de sănătate.

La multitudinea de concepte se adaugă cele privind prevenția secundară și terțiară. În cazul acestora, scopul nu este prevenirea inițierii consumului de drog, ci abordarea consumului problematic de drog sau prevenirea recăderii la un individ care a urmat cu succes un tratament pentru abuzul de drog. Ambele concepte includ abordări moderne de tratament, cum ar fi intervenția precoce și prevenția recăderii.

Prevenție primară, secundară și terțiară.

Activitatea de prevenție *primară* (sau generală) implică: intervenția înainte de apariția unei probleme de sănătate, ceea ce înseamnă penetrarea rețelei de factori care contribuie la dezvoltarea unei probleme de sănătate și încercarea de destrămare a ei prin înlăturarea unei sau a mai multor verigi. Prevenția primară se concentrează, în special, asupra influențării comportamentului și atitudinilor grupului vizat, ceea ce implică motivarea indivizilor sau „influențarea” lor în sensul menținerii sau schimbării stilului lor de viață în direcția dorită (de exemplu, menținerea unui stil de viață sănătos, fără consum de droguri, prevenirea experimentării cu droguri, etc.). Educarea și informarea joacă un rol esențial în acest proces.

Prin prevenție *secundară (sau selectivă)* se înțelege: detectarea precoce a unei boli sau probleme de sănătate deja existente, dar încă nemanifestată „clinic”, astfel încât o intervenție precoce să poată rezolva problema. Acest tip de prevenție are de cele mai multe ori ca rezultat creșterea numărului de intervenții realizate de medicii generaliști și de alți profesioniști care activează în domeniul asistenței medicale și psihosociale.

În fine, activitatea de prevenție *terțiară (sau cu indicație)* implică: prevenirea recăderilor în cadrul unei boli sau limitarea efectelor nocive ale consumului de drog într-o fază precoce a acestuia. Această formă de prevenție este de obicei strâns legată de intervențiile terapeutice.

În ultimii ani, conceptul de prevenție a fost și mai mult extins, pentru a putea cuprinde și termenul de reducere a riscului, o posibilă variantă a prevenției secundare. Reducerea riscului nu vizează în principal abuzul de drog, ci consecințele unui mod periculos de abuz de drog. În acest caz, scopul este reducerea consecințelor negative pe care le implică continuarea consumului de drog.

Rezultatele specifice în activitatea de prevenție. Experții în prevenție sunt în general de acord ca abordarea de tip preventiv cea mai eficace este una multiplă, din punct de vedere strategic. Ar trebui să înceteze căutările unei abordări unice de

eficacitate maximă, de tipul campaniilor mass-media sau programelor educațional-scolare. Mai mult, ar trebui să ne abținem de la gândirea simplistă, în virtutea căreia continuăm să credem că „informațiile despre droguri vor determina schimbări pozitive în atitudinea și comportamentul tinerilor”.

Așa cum s-a întâmplat în majoritatea țărilor vest-europene în urmă cu 10-15 ani, metodele de prevenție aplicate în țările din Europa de Est constând în furnizarea de informații actuale cu o doză apreciabilă de intimidare au fost considerate ca fiind suficiente în reducerea consumului de drog. Deseori, metodele de intimidare (de exemplu, imaginile unor seringi uriașe pentru droguri sau a unor dependenți vizibil deteriorați) erau aplicate în detrimentul activității de informare sau chiar diminuau încrederea tinerilor în informațiile corecte. În prezent, ei cunosc mai mult despre droguri decât părinții și profesorii lor, astfel încât atunci când argumentele aduse în sprijinul prevenirii uzului sau abuzului de droguri nu sunt realiste, efectul preventiv va fi mult diminuat.

O astfel de abordare nu ține cont nici de tendința naturală a tinerilor de a încerca noi experiențe. Adesea, aceste experimentări sunt abandonate după o perioadă variabilă de timp. Un principiu foarte important al metodelor de prevenție recunoscut astăzi afirmă că este mult mai util și eficient de a ghida acest comportament inevitabil de experimentare în direcția corectă, fapt realizabil prin oferirea de informație onestă și completă tinerilor cu privire atât la efectele negative, cât și cele pozitive ale consumului de substanțe psihoactive.

Această informație ar trebui să fie veridică, realistă și fără exagerări. Consumul de alcool și în special de droguri trebuie să fie eliberat de condiția sa de subiect tabu și de emoțiile și senzaționalul care îl înconjoară și care, de fapt, îi crește atractivitatea în rândul tinerilor. Trebuie evitate efectele nocive de consum permanent de drog, survenit adesea ca urmare a presiunilor grupului de prieteni. Acesta este un deziderat mult mai realist al activității de prevenție decât prevenirea comportamentului experimental în întregime. Prin creșterea nivelului de cunoaștere, informarea s-a dovedit a fi eficace în schimbarea atitudinilor, dar fără a avea și o influență semnificativă asupra comportamentului.

În ansamblu, se poate concluziona că scopul activității de prevenție nu poate fi schimbarea comportamentului. Doar conștientizarea poate schimba în mod pozitiv comportamentul. Așadar, creșterea gradului de conștientizare a aspectelor caracteristice și a riscurilor apărute în urma consumului de drog, precum și formarea unei atitudini generale asupra drogurilor prin informare și educare constituie scopuri mult mai realiste. Creșterea gradului de conștientizare stă la baza formării trăsăturilor de caracter (stimă și încredere de sine, abilitatea de a lua decizii, aptitudini sociale etc.), ceea ce poate duce la atingerea scopului preventiv propus: schimbarea comportamentului de consum de substanțe psihoactive - reducere sau abandonare.

Deși nu s-a ajuns la un consens general în privința combinației optime a strategiilor preventive care s-ar solda cu cel mai bun rezultat, numeroase dovezi susțin includerea următoarelor elemente:

- Strategii preventive care vizează schimbarea normelor și așteptărilor pe care adolescenții le au cu privire la consumul de droguri;
- Strategii preventive care dezvoltă și stimulează aptitudinile sociale și de rezistență;
- Strategii preventive care încearcă să schimbe normele și valorile comunitare referitoare la consumul de substanțe;
- Strategii preventive ce vizează toate formele de abuz de drog, inclusiv cel de alcool și tutun;
- Strategii preventive adaptate aspectelor specifice ale abuzului de drog în comunitățile locale;
- Implică în mod activ familiile și persoanele cu influență la nivelul comunității;
- Îi ajută pe elevi să recunoască presiunea grupului de egali și trucurile industriei de publicitate;
- Oferă profesorilor, părinților și oficialităților locale materiale de formare și suport particularizate pe nivele de vârstă;
- Furnizează elevilor alternative consumului de drog.

- În ultimul timp au început să fie implementate și utilizate strategii preventive care susțin și cresc gradul de rezistență și influența factorilor protectori (în special în grupurile de tineri cu risc înalt). Aceasta pare a fi o abordare mult mai eficientă decât simplă concentrare asupra factorilor de risc.

Metode de educație în domeniul drogurilor

Pentru atingerea scopurilor și obiectivelor pe care și le propune educația în domeniul drogurilor pot fi aplicate unele metode și tehnici de comunicare.

În general, se face o distincție între educația care recurge la metodele de grup și educația care implică tehnici mass-media.

În primul caz, se face apel la o varietate de metode și tehnici, cum ar fi:

- Predarea la orele de curs, de exemplu, despre efectele drogurilor asupra creierului în cadrul orelor de biologie;
- Cursuri destinate părinților, de exemplu, „Consumul de droguri în rândul adolescenților”;
- Grupuri mici de discuții, de exemplu, „Ce atitudine să avem față de un membru al familiei consumator de droguri?”;
- Formarea medicilor generalişti în depistarea precoce a problemelor generate de consumul de droguri;
- Jocuri de rol, de exemplu, consilierii predau felul în care ar trebui să se comunice cu elevii;
- Discuții-forum, de exemplu, între liderii comunității și cetățeni pe teme privind planuri și politici de prevenție;
- Expoziții, de exemplu, materiale educaționale: postere, fluturași publicitari, materiale video;
- Simpozioane și conferințe vizând o gamă largă de teme specifice domeniului prevenției.

Educația prin intermediul mass-media implică o serie de metode și tehnici de comunicare în masă. De exemplu:

- Campanii mass-media la nivel național, regional, local, transmiterea unor spoturi anti-drog la televizor și/sau radio;
- Programe TV și Radio: seriale informative, educație, tratament, interviuri cu consumatori, cu foști dependenți, cu experți în domeniul drogurilor;
- Publicitate în ziare, reviste săptămânale sau lunare;
- Reviste pentru tineri care să conțină informații generale, interviuri, materiale educaționale cu rol preventiv;
- Materiale educaționale care să conțină informații privind drogurile, distribuite de la ușă la ușă;
- Postere, broșuri, autocolante, fluturași publicitari, distribuite publicului pe străzi, în stații de autobuz și magazine etc.;
- Materiale audio sau audio-vizuale (casete audio, video);
- Servicii informative prin rețeaua de telefonie publică;
- Servicii internet și site-uri specializate în domeniul drogurilor.

Decizia asupra desemnării unei anumite metode sau tehnici educaționale ca fiind cea mai adecvată depinde de scopurile pe care și le-a propus un program de prevenție sau o acțiune educativă, de grupul-țintă, precum și de fondurile disponibile. Mai mult, o astfel de alegere ar trebui să implice și serviciile educaționale și sociale/de sănătate. Ca model general, prima alegere care se impune este între metodele de grup și cele care implică tehnici mass-media și, în acest sens, o întrebare foarte importantă este ce influență dorim să exercităm asupra grupului. Ce anume dorim să schimbăm, stimulăm sau să confirmăm? Educația care utilizează metodele de grup are un impact mai mare asupra atitudinilor, normelor sociale și comportamentelor de tipul „fii liber de drog”, însușirii informațiilor despre presiunea grupului de egali și aptitudinilor de rezistență, etc. Un formator care aplică metodele de grup poate, de asemenea, să facă apel la unii factori specifici culturali și socio-psihologici presupuși va avea un mare impact asupra atitudinilor și normelor sociale care privesc abuzul de droguri. Educația care se

bazează pe mass-media are avantajul unui public-țintă mai numeros, dar relația dintre sursa (educator sau organizație cu scop educativ) și publicul vizat, este una slabă, de cele mai multe ori. Nu există un model general standard de educație în domeniul drogurilor sau vre-un program de prevenție cu aplicabilitate generală. Trebuie să distingem diferența dintre comunități și grupuri-țintă, deoarece fiecare grup de populație dintr-o țară sau comunitate locală necesită programe de prevenție specifice, cu obiective, conținut și tehnici de comunicare diferite. O altă diferență o constituie modul de abordare a diferitelor grupuri vizate în activitatea de educație preventivă, deoarece unele dintre acestea nu necesită de a fi contactate direct de educatori. Unele grupuri de intermediere - persoane-cheie în cadrul comunității sau canalele comunitare de comunicare (radio sau TV locale) au un contact frecvent cu anumite grupuri-țintă și pot juca un rol foarte important în educația preventivă. Informarea, educarea și antrenarea acestor intermediari în susținerea activităților educaționale, strategie denumită - model de comunicare în doi timpi, poate fi foarte eficientă și profitabilă. De exemplu, este posibil să oferim informații referitoare la droguri prin intermediul mass-media a anumitor categorii, cum ar fi cele cu absenteism și abandon școlar sau tinerilor șomeri. Totuși, acest tip de abordare este consumator mare de timp și fonduri, ar fi mult mai eficient să formăm persoane-cheie care să aibă relații apropiate și contacte personale, persoane care au experiență cu drogurile, foști consumatori sau alte persoane capabile să comunice, să informeze și să persuadeze(să convingă) grupurile cu risc asupra efectelor nocive ale abuzului de droguri. O altă abordare presupune formarea și educarea profesioniștilor implicați în asistența medicală primară, cum ar fi medicii de familie, narcologii, asistenții sociali și psihologii (școlari), care, având contactul zilnic cu familiile și grupurile din cadrul comunității locale, pot juca un rol important în activitatea de educare și prevenție.

Rolul școlii, familiei și societății în prevenirea consumului drogurilor.

Se poate spune despre problema drogurilor în Republica Moldova că a trecut perioada, romantică de altfel, în care existau mai multe voci ce susțineau că dependența narcomană ar fi o problemă minoră. Din păcate, această situație dezirabilă oarecum a fost tergiversată și acum ne aflăm într-un impas care încă nu se manifestă în „deplinătatea” sa, subiectul consumator de substanțe stupefiante este din ce în ce mai prezent în spațiul social. Instituțiile abilitate de control social sunt depășite, situația statistică ce arată o creștere fabuloasă de 1200% în perioada 2000-2004, a consumatorilor și dependenților de droguri ilicite. Rețeaua de intervenție este insuficientă și constă în doar câteva centre/servicii de spitalizare înființate pe lângă spitalele de psihiatrie. Specialiștii intervenției sunt încă în formare în ceea ce privește experiența profesională, literatura de specialitate este deficitară și preponderent teoretică, cercetările și studiile științifice asupra domeniului abia dacă se proiectează pentru realitatea noastră, iar soluția la problema dependenței nu este nici simplă și nici rapidă.

Dacă am concepe intoxicarea nemedicală cu droguri ca o formă de adaptare, iar drogul ca un adaptogen, rezolvarea problemei ar consta, probabil, în producerea unor substanțe care să satisfacă trebuințele subiecților umani, dar să nu prezinte nici un risc pentru individ și/sau societate. Dar, deocamdată, problema nu este privită din acest punct de vedere.

Principiul de bază atât la nivelul investigației, cât și în intervenția de asistență constă în faptul că drogurile ilicite, cu tot ceea ce presupun ele (de la obținerea pe cale naturală sau sintetică și până la rețelele de distribuție clandestine), constituie un fenomen cu risc social ridicat și, în consecință trebuie controlat, diminuat pentru că o eradicare totală nu este posibilă. Un astfel de proces implică și componenta de recuperare psiho-socială a celor dependenți. Cazurile de remisie spontană constituie o rezolvare tradițională și astăzi au o pondere anumită, dar înțelegerea modului în care acest fenomen are loc nu a suscitat un interes deosebit din partea specialiștilor. Școala este o sursă importantă de informație despre alcool

și droguri , întrucât este singurul loc în care pot fi adaptați tinerii. Elevii petrec timp destul de mult în școala și prin educația formală, dar și informală pe care o oferă școala, ei pot acumula multe informații și deprinderi valoroase.

Atât școala, cât și familia sunt surse însemnate de exemplu pentru un comportament corespunzător și sănătos. În aceasta privință, școala și familia pot fi parteneri în educația pentru prevenirea consumului de alcool și de droguri, fiecare consolidând informațiile și deprinderile oferite de celălalt.

Întrucât familia este cea care transmite valorile copiilor, decorul familial poate deveni o scenă critică în educația cu privire la alcool și droguri. Este necesară pentru elevi încurajarea dobândirii unui simț al comunității. Responsabilitatea atât față de sine, cât și față de ceilalți este o componentă esențială în dezvoltarea simțului comunității. Elevii au nevoie să înțeleagă că sunt parte integrantă a comunității și că un comportament responsabil cuprinde refuzul folosirii alcoolului și drogurilor, precum și eliminarea drogurilor la nivelul comunității. Tema responsabilității încurajează învățarea principiilor de cetățenie și a idealurilor care stau la baza democrației, cum sunt și guvernarea de către popor și cooperarea pentru binele societății.

Este important ca adulții să-i ajute pe tineri:

- să-și formeze deprinderi de a duce o viață sănătoasă și productivă;
- să dobândească o orientare pentru viitor care să includă continuarea educației și responsabilitatea față de ei înșiși și față de semenii săi.

Este important că școală:

- să învețe cum să procedeze cu anturajul și cu presiunea pe care acesta o exercită asupra lor;
- să dezvolte relații de prietenie profitabile și să încurajeze dezvoltarea individuală;
- să dezvolte strategii pentru a ști să trateze respingerea, dezamăgirea și eșecul;
- să-i învețe despre alcool și droguri individual și să ajute tinerii să-și construiască motive concrete de a zice „NU” fiecăruia din ele.

Rolul asistentului social în intervenția și prevenția dependenței.

Asistentul social este acela care va promova la nivel social atitudinea de nediscriminare, neacceptare și compasiune, iar la nivel individual – va apăra drepturile și interesele persoanelor dependente de drog.

De asemenea asistentul social va participa la crearea rețelelor interdepartamentale care vor fi responsabile de elaborarea, implementarea și eficiența programelor informative, complexe, profilactice, terapeutice și de combatere a narcomaniei. Intervenția externă rămâne calea cea mai utilizată, prin ea este distrus cercul vicios al consumatorului dependent, ceea ce presupune parcurgerea mai multor etape, principala rămânând etapa tratamentului medical, apoi reechilibrarea psihologică și reabilitarea socială.

Conceptele principale sunt „tratament” și „reabilitare”, și ele delimitează tocmai traseul devenit obligatoriu în acest tip de intervenție. În spatele acestor termeni se ascunde însă realitatea complexă a unor soluții complexe și costisitoare, cu activități și faze aproape standardizate în încercarea de a rezolva problemele narcomanilor.

Fundamentul lor se regăsește în modelele explicative privind dependența. Intervenția externă presupune realizarea concomitentă a mai multor condiții și factori, și nu doar aplicarea unor metode și tehnici de lucru direct cu clienții. De multe ori, sunt foarte importante prezența și acțiunea unor factori sociali nespecifici sau neprofesioniști; există grupuri și situații în care sunt prezenți și foști narcomani.

Asistentul social se numără printre profesioniștii implicați atât în sprijinirea acelor indivizi pentru care consumul și abuzul de droguri, direct sau indirect, a devenit problematic, cât și în evoluția formelor de reabilitare și recuperare/reintegrare socială. Statutul său în echipa de profesioniști este unul special. Dacă restul profesioniștilor se concentrează pe cunoașterea detaliată și tehnica procesului de ajutor acordat narcomanului, pentru asistentul social, activitatea cu clientul și împreună cu el, este esențială. Acest proces complex de provocare a schimbărilor

pozitive, definit și analizat în metodologia asistenței sociale, are ca momente principale:

- cunoașterea detaliată a subiectului și a problemelor sale;
- precizarea scopului și stabilirea obiectivelor intervenției;
- selectarea și aplicarea pe etape a metodelor și tehnicilor de intervenție propriu-zisă;
- evaluarea intervenției și construirea contextului pentru continuarea relației profesionale.

În ceea ce privește finalitățile și proiectarea intervenției, în orice abordare practică asupra clienților narcomani se aplică și sunt obligatorii două tipuri de obiective:

1) Finalități specifice tratamentului clientului dependent în vederea clarificării raporturilor sale cu drogul și care vor fi urmărite prin activitățile particulare ce se referă la dezintoxicare, abinență, consumul supravegheat, prevenirea recidivei. Ideal ar fi ca, în urma tratamentului, individul să devină abstinent, să înceteze orice formă de utilizare a drogului încriminat, dar și a oricărei alte substanțe ilicite, pentru tot restul vieții. Practica a dovedit însă ca o astfel de conduită rămâne în majoritatea situațiilor un simplu deziderat. Aceasta nu înseamnă că, în „cariera” lor, utilizatorii de droguri ilicite nu au perioade în care orice formă de consum este suprimată, prin dorința și voința proprie și/sau prin presiuni exterioare (detenție, îmbolnăvire, tratament). Studiile efectuate pornind de la această constatare au permis formularea unui nou obiectiv: prevenirea recidivei/recăderilor (relapse prevention) și activarea, dezvoltarea unor mecanisme care să-l ajute pe client să reziste impulsului de a relua consumul. Complementar acestui obiectiv, se impune tot mai mult obiectivul minimalizării și reducerii riscurilor cu scopul de a reduce costurile sociale și, implicit, psihologice sau medicale și a devenit o direcție tot mai vizibilă în tratamentul dependenților. Ambele obiective se dovedesc a fi mai accesibile și mai ușor de atinse de către narcomani.

2) Finalități referitoare la reabilitare și reintegrare. Scopul general al reabilitării și reintegrării consumatorului de droguri ilicite se poate cuantifica prin indicatori precum:

- reducerea și controlul dozelor;
- diminuarea și chiar dispariția conduitelor delictuale corelate;
- revenirea la o stare de sănătate fizică și mentală (relativă);
- reinstalarea/recuperarea unor comportamente acceptate social: instalarea și păstrarea prin mijloace legitime a unui stil de viață convențional, restabilirea relațiilor cu grupurile de apartenență și de referință anterioare dependenței, reintegrarea profesională, etc.

Stabilirea unor obiective clare și accesibile este un factor esențial al intervenției, dar, pentru a coordona și gestiona mai bine procesul de schimbare, este necesar să se țină seama de unele particularități metodologice. Mai întâi, trebuie acceptat că obiectivele stabilite pot fi parțial și foarte rar în totalitate îndeplinite. Prin aceasta se înțelege că, în primul caz, intervenția trebuie etapizată, iar fiecare fază are autonomia sa și trebuie continuată cu alte tipuri de activități astfel, încât succesul intervenției să nu fie unul temporar, în timp ce în a doua situație efectul benefic al intervenției subzistă și rezistă pe perioade mari de timp.

Există un set de aserțiuni cu referire la realitatea narcomană care sunt integrate sau ar trebui să fie implicite în orice model explicativ sau de rezolvare. Vom vorbi în continuare despre câteva dintre acestea.

Mai întâi, narcomanul trebuie considerat în calitatea sa de ființă socială, dotat, cu o anumită raționalitate și capacitate de autogovernare/autonomie. El nu este un monstru și nici un bolnav sau un criminal, ci este o persoană, bărbat sau femeie, care și-a construit și asumat un mod de viață, un traseu social ce nu se raportează la criteriile cotidiene, fie ele medicale sau de altă natură. Este un deviant, dar s-a demonstrat deja de mult timp că devianța este un comportament social, care face parte din societate și contribuie la socializarea semenilor, chiar dacă regulile la care se raportează nu sunt neapărat identice cu cele ale majorității.

În al doilea rând, narcomanul duce un mod de viață deloc banal. Am putea spune ca este o adaptare la una dintre diversele tentații cu care noi, ca ființe umane, ne confruntăm. Este o adaptare contradictorie, paradoxală, chiar acrobatică, dar el este singurul actor social ce apelează la acest gen de răspuns.

A treia aserțiune, vizează faptul că, fără a subestima dimensiunea tragică și periculoasă a experienței narcomane, ce se poate încheia fie cu moarte, fie cu dezorganizare și eșec total, totuși majoritatea narcomanilor reușesc să iasă din această zonă de risc major, își reorganizează viața, chiar dacă această „experiență totală” le va marca apoi întreaga existență. Aceasta nu înseamnă neapărat că vor ajunge în sfera abstenenței totale - unii se vor reorienta probabil spre consumul unor substanțe mai puțin periculoase sau se vor cantona în zona consumului controlat. Important este faptul că ei nu vor mai trăi sub presiunea tot mai mare a drogului ce trebuie procurat, indiferent de mijloace. Această soluție reprezintă o „ieșire” și acest punct de vedere este susținut de toate cercetările, statisticile și observațiile făcute asupra domeniului.

A patra aserțiune, se centrează pe modalitățile de ieșire și oportunitatea relației de ajutor. Plecând de la constatarea cotidiană că soluțiile sunt diferite, iar ajutorul la fel de divers, se pot desemna două mari clase :

- a) persoanele care „se salvează” prin propriile forțe, după ce au parcurs un anumit traseu în dependența narcomană, numărul acestora nefiind cunoscut niciodată cu exactitate tocmai pentru că mulți consumatori rămân voi în afara sistemului oficial de evidență și sprijin; în această categorie intră două tipuri de narcomani: cei care apelează la profesioniștii intervenției sociale și psihologice pentru a-și rezolva dificultățile și cei care ies din criză fără un sprijin specific din partea unor instituții specializate, chiar dacă un anumit tip de asistență și intervenție externă se manifestă;
- b) categoria narcomanilor ce sunt asistați și tratați, conform unor reglementări și proceduri legale, împotriva voinței lor și fără să li se ceară acordul în această direcție.

Trebuie făcută precizarea că foarte rar se ajunge la „vindecări” definitive și totale, problema „recidivei” și reluării consumului este foarte frecventă și face parte din specificul narcomaniei. Dar se poate spune că este un ex-narcoman despre cel ce încearcă o reconciliere cu grupurile convenționale și încearcă un mod de viață alternativ.

O ultimă aserțiune se referă la faptul că trebuie să ne obișnuim și să acceptăm că nimeni nu poate ocupa o poziție hegemonică în rețeaua resurselor, fie ele instituționale sau nu, nu există o instituție totală, așa cum nu există nici o teorie absolută cu privire la vindecarea clientului/pacientului. Se știe că, din cauza unui imperialism profesional, fiecare specialist tinde să-și supradimensioneze competența și eficiența: sociologul va exagera rolul mediului social, medicul va insista pe importanța spitalizării, psihologul va propune programe dure de psihoterapie etc.

Dar narcomanul nu este doar un bolnav de tip medical, nu are doar probleme de natură psihologică, nu este doar într-un impas de relaționare socială, ci este o persoană aflată în criză tocmai prin joncțiunea (legătura) acestor tipuri de probleme. Iar unul dintre cei mai eficienți specialiști ai intervenției de criză este asistentul social, care trebuie să se transforme în centrul de mediere a intervențiilor specializate.

În cadrul proiectelor și programelor de intervenție, diversele metode și tehnici de intervenție sunt întrebuințate secvențial sau simultan, respectându-se principiile și regulile metodei generale a asistenței sociale. Trebuie subliniat faptul că majoritatea tehnicilor de lucru provin din diverse domenii de activitate. Iată, spre exemplu, că în domeniul tratamentului medical se utilizează tehnici specifice pentru realizarea unor obiective de recuperare somato-motorii a pacientului prin diminuarea până la dispariție în organism a cantității de droguri, tratarea problemelor secundare, derivate, asociate consumului de stupefiante.

XI. Tabagismul.

Istoria tutunului. Modul de utilizare a tutunului.

De mii de ani oamenii fumează sau mestecă frunze de tutun (nicotiana tabacum). Tutunul a fost descoperit și cultivat pentru prima dată pe continentul America, chiar din anul 600 î.e.n.. Tutunul sau „tabacul” (Nicotiana) este o plantă din familia „Solanaceae” familie de care aparțin și tomatele, cartoful, și mătrăguna. Tutunul ajunge în Europa după descoperirea Americii (1492). Francezul *Jean Nicot* a contribuit la introducerea tutunului în Franța ca plantă medicinală. Încă de la început, folosirea tutunului a fost extrem de controversă. Unele persoane îi apreciau calitățile medicale. Spre exemplu se presupunea că tutunul protejează de efectele devastatoare ale ciumei. Încă din secolul XVII, oamenii au speculat că poate exista o legătură între boli, cum ar fi cancerul, și utilizarea tutunului. Metodele de cercetare moderne pun la dispoziție dovezi ale influenței nefaste a tutunului asupra sănătății. Pe de altă parte, se fac anunțuri publice prin intermediul mass-media care atrag atenția asupra riscului crescut pe care îl are tutunul asupra sănătății și despre dependența pe care o poate crea. Ce calități are tutunul pentru ai determina pe oameni să-l folosească în ciuda tuturor avertismentelor? Fumatul sau mestecatul de tutun îi face pe oameni să se simtă, ba chiar să simtă o ușoară euforie. Deși există mii de substanțe chimice în tutun (făcând abstracție de cele adăugate de producătorii de țigări), una dintre aceste substanțe și anume nicotina produce o stare de bine, care îi determină pe oameni să mai ia o țigară sau încă o priză de tutun.

Fumul de țigară conține aproximativ 4000 de substanțe chimice, din care câteva sunt cunoscute ca fiind cancerogene. Alte toxine și substanțe iritante care se găsesc în fum pot produce iritații ale ochilor, nasului și a laringelui. Oxidul de carbon, o altă componentă a fumului de țigară se combină cu hemoglobina din sânge și formează carboxihemoglobina, substanță care se opune abilității organismului de a obține și utiliza oxigenul.

Nicotina în organism

La fel ca și-n cazul celor mai multe substanțe care creează dependență, oamenii au găsit numeroase metode de a-și introduce această substanță în organism. Nicotina se răspândește rapid prin: piele, plămâni, membranele mucoase (cum ar fi mucoasa nazală sau cea a gingiilor). Nicotina se înserează direct în micile vase sanguine care înconjoară țesuturile enunțate mai sus. De acolo, nicotina trece prin fluxul sanguin în creier, iar ulterior este răspândită în restul corpului.

Metoda cea mai comună (și rapidă) de a introduce nicotina și alte droguri în fluxul sanguin este inhalarea - prin fumat. Plămânii sunt înconjurați de milioane de alveole, mici „saci” în care se găsește aer, la nivelul cărora are loc schimbul de gaze. Aceste alveole pun la dispoziție o suprafață imensă - de 90 de ori mai mare de cât cea a pielii - permițând astfel accesul nestăvilat al nicotinei și a altor compuși. După ce a pătruns în fluxul sanguin, nicotina ajunge aproape imediat la creier. În ciuda faptului că nicotina produce numeroase efecte în corp, modul în care stimulează creierul care este cel responsabil atât pentru senzațiile plăcute simțite în timpul fumatului, cât și pentru iritabilitatea resimțită în momentul în care încercați să vă lăsați de fumat. După zece până la cincisprezece secunde de la inhalare, majoritatea a fumătorilor sânt prinși în mrejele efectelor nicotinei. Nicotina nu rămâne prea multă vreme în organism. Are o „durată de viață” de aproximativ 60 de min., aceasta însemnând că la 6 ore după o țigară, doar aproximativ 0.031mg. din miligramul de nicotina inhalată rămâne în organism. Cum este eliminată nicotina din organism? Acest proces constă în următoarele: aproximativ 80% din nicotină este descompusă în cotitină de către enzimele din ficat. De asemenea, nicotina este metabolizată de plămâni în cotitină și oxid de nicotină. Cotitina și alți metaboliți sunt excretați prin urină. Cotitina are o existență de 24 ore, astfel că testele pot releva dacă o persoană a fumat în ziua sau în cele 2 zile anterioare, dacă în urma analizei urinei, se găsește cotitina.

Nicotina este metabolizată în ritm diferit, în funcție de persoană. Unii oameni au chiar un defect genetic al enzimelor din ficat, care descompun nicotina, din cauza căruia enzima mutantă este mult mai puțin eficientă decât cea normală în

procesul metabolizării nicotinei. În cazul în care o persoană are acest defect, nivelul nicotinei din sânge și creier rămâne înalt pentru mai multă vreme după fumatul unei țigări. În mod normal, oamenii continuă să fumeze țigări de-a lungul zilei pentru a-și menține un nivel constant al nicotinei din organism. Fumătorii care prezintă acest defect genetic fumează mult mai puține țigări, deoarece nu au nevoie în mod constant de mai multă nicotină. Nicotina modifică modul în care funcționează creierul și organismul. Rezultatele sunt oarecum paradoxale: poate să facă un fumător să se simte revigorat și de asemenea să-l relaxeze, în funcție de cât de mult și de des fumează. Acest efect este deseori întâlnit în 2 faze. Deși modul în care acționează nicotina și etanolul în organism este diferit, se poate întâlni același efect de dependență atunci când se consumă băuturi alcoolice. Primul pahar poate avea un efect dezinhibator și revigorant însă după câteva pahare, consumatorul devine de obicei apatic. Nicotina cauzează inițial o eliberare rapidă de adrenalină, hormonul „luptă sau fugi”, după cum este denumit în literatura de specialitate. De asemenea, adrenalina dă comandă organismului să descarce în sânge o parte din depozitele sale de glucoză. Acest fapt capătă sens în momentul în care vă amintiți că reacția „luptă sau fugi” este menită să vă ajute fie să vă apărați de un animal de pradă înfometat, fie să scăpați din situații periculoase - atât fuga cât și lupta necesită suficientă energie pentru a vă pune în mișcare mușchii.

Nicotina poate de-așemenea să blocheze eliberarea hormonului numit insulina.

Insulina ordonă celulelor să elimine excesul de glucoză din sânge. Aceasta înseamnă că nicotina determină apariția unei hiperglicemii, existând în organism un nivel al glicemiei mai ridicat decât cel normal. Unii oameni consideră că nicotina le poate modifica apetitul, urmând să mănânce mai puțin. Explicația acestui fapt o constituie chiar această hiperglicemie: organismul și creierul conștientizează excesul de glucide și reglează nivelul hormonilor și a altor semnale care sunt percepute drept foame.

Nicotina poate de asemenea accelera ușor ritmul metabolismului. Aceasta înseamnă că puteți arde mai multe calorii decât ați arde atunci când nu faceți

nimic. Totuși, pierderea în greutate obținută în urma fumatului nu poate oferi nici unul dintre beneficiile pentru sănătate pe care le-ar putea oferi slăbirea în urma executării unor exerciții fizice – practic, se întâmplă exact invers. Pe termen lung, nicotina poate spori nivelul colesterolului dăunător, care vă deteriorează arterele. Acest fapt ridică riscul producerii unui infarct miocardic sau a unui ictus cerebral.

Creierul reprezintă principalul element din cadrul acțiunii pe care o are nicotina asupra organismului. Asemenea unui computer, creierul procesează, stochează și folosește informații, este un proces binar, calculatorul aflându-se fie în stare de funcționare, fie stins. În creier, neuronii sunt celulele care transferă și integrează informațiile. Fiecare neuron primește mii de impulsuri de la alți neuroni din creier. Creierul calculează dacă aceste semnale urmează sau nu să fie transmise către alți neuroni din cadrul rețelei.

În timp ce semnalele sunt conduse de-a lungul fiecărui neuron sub formă de curent electric, comunicarea dintre neuroni este realizată prin intermediul unor mesageri chimici, numiți neurotransmițători. Aceștia traversează spațiul fizic dintre doi neuroni și se leagă de anumiți receptori de proteină, aflați pe celula post-sinaptică. Odată creată această legătură, receptorii pun în mișcare schimbări fiziologice în interiorul neuronului, schimbări care îi permit acestuia să trimită semnale de-a lungul rețelei neuronice. Fiecare neurotransmițător are o familie de receptori proprii. Nicotina își face efectul intrând în legătura cu o sub categorie de receptori, care se leagă de neurotransmițătorul numit acetylcolina. Acetylcolina este neurotransmițătorul care (depinzând în ce regiune a creierului este situat neuronul) trimite semnale de la creier către mușchi; controlează funcțiile de bază cum ar fi nivelul de energie, bătaia inimii și respirația; se comporta ca un „agent de circulație”, prevenind bombardarea cu prea multe informații a creierului; joacă un rol important în învățare și memorare. Asemenea acetylcolinei, nicotina conduce la o accentuare a activității receptorilor. Totuși, spre deosebire de acetylcolină, nicotina nu este reglată de organism. În timp ce neuronii în mod normal eliberează mici cantități de acetylcolină, într-un mod controlat, nicotina activează neuronii colinergici (care folosesc în principal acetylcolina pentru a comunica cu alți

neuroni) în mai multe regiuni diferite în creier, simultan. Această stimulare conduce la:

- O descărcare sporită de acetilcolină din neuroni, care duce la o activitate ridicată în cadrul rețelei colinergice. Această activitate colinergică împinge organismul să acționeze, aceasta fiind chemarea care îi împinge pe fumători să se energizeze de-a lungul zilei. Pe această cale, nicotina îmbunătățește timpul de reacție și abilitatea de a fi atent.
- Stimularea neuronilor colinergici stimulează eliberarea neurotransmițătorului numit dopamină în partea posterioară a creierului. Acest circuit neuronal are menirea de a asigura comportamente esențiale supraviețuirii, cum ar fi mâncatul când este foame. Stimularea neuronilor în aceste regiuni ale creierului determină apariția unor simțăminte plăcute, de fericire care încurajează să repeți respectiva activitate. Atunci când drogurile asemenea cocainei sau nicotinei activează partea posterioară a creierului, se formează dorința de a le folosi din nou, deoarece se simte atât de împăcată și fericită după utilizarea respectivelor droguri.
- Descărcarea de glutamat, un neurotransmițător cu funcții în învățare și memorare – glutamatul îmbunătățește conexiunile între grupurile de neuroni. Aceste conexiuni mai puternice pot constitui baza fizică a ceea ce cunoaștem drept memorie. Atunci când se folosește nicotina, glutamatul poate crea o buclă a memoriei cu privire la senzațiile plăcute pe care le simți și poate să te determine și mai mult să folosești nicotina.

Nicotina ridică de asemenea nivelul altor neurotransmițători și substanțe chimice care influențează modul în care funcționează creierul. De exemplu, creierul produce mai multe endorfine ca răspuns la nicotină. Endorfinele sunt mici proteine, denumite calmantul natural al organismului. Structura chimică a endorfinelor este foarte asemănătoare cu cea a calmantelor sintetice puternice, ca de exemplu morfina.

Utilizarea nicotinei în scop medical.

S-au realizat studii cu privire la efectele terapeutice pe care le poate avea nicotina în cazul anumitor boli. Printre bolile asupra cărora nicotina poate avea efect benefic, sunt:

- Boala lui Alzheimer - primii neuroni pierduți în cadrul acestei boli sunt neuroni colinergici dintr-o anumită zonă a creierului. Nicotina poate îmbunătăți funcțiile neuronilor rămași și încetini simptomele care au început să se manifeste.

- Sindromul Tourette – produce celor care suferă de această boală ticuri (mișcări necontrolate ale capului, mâinilor și altor părți ale corpului) și impulsuri violente. Plasturii cu nicotină care distribuie încet prin piele pot reduce simptomele persoanelor care suferă de acest sindrom.

Însă, pentru o persoană obișnuită, problemele de sănătate asociate cu utilizarea produselor care conțin nicotină sunt mult mai grave decât posibilele beneficii. Dintre acestea amintim: cancer, emfizem, boli ale inimii, cerebrale. Multe dintre acestea sunt de fapt cauzate de către alte substanțe chimice din fumul din țigară sau chiar produse pe bază de tutun care nu se fumează. Cea mai mare problemă a nicotinei este rapiditatea cu care produce dependența de a fuma sau mesteca tutun.

Dependența de nicotină și renunțarea la fumat.

După ce se supune unui proces de recoltare și prelucrare, nicotina este un produs disponibil într-un sistem foarte avantajos de distribuire, sub formă de țigări de foi, țigarete, tutun de mestecat sau de prizat. Francis Bacon este primul care evidențiază, în sec. al XVI-lea, faptul că nicotina creează dependență. Mult timp s-a bănuț că tutunul este un drog a cărui folosire poate duce cu ușurință la apariția exceselor și că nicotina era substanța care le provoacă. Controversa a rămas puternică până foarte de curând. Nicotina ajunge la creier mult mai rapid atunci când este inhalată, decât atunci când este administrată intravenos. Este foarte ușor absorbită prin membranele subțiri ale cavității bucale și ale nasului, și este, de aceea la fel de eficientă când este folosită sub forma de tutun mestecabil sau priză.

Ca și în cazul morfinei și heroinei aparența toleranței de către organism duce la folosirea ei crescândă, „doza” rămânând apoi stabilă pe o perioadă lungă de timp. Oprirea consumului drogului pe o scurtă perioadă de timp conduce la crearea unei stări de disconfort și la accentuarea dorinței de a-l consuma. Se abuzează adesea de droguri atunci când nu este sesizată o dependență fizică evidentă. Oricum, multe droguri provoacă neplăcere și disconfort în perioade de abținere, iar nicotina nu face excepție. Studiile atât pe subiecți umani cât și pe animale au arătat că efectul pe care îl are nicotina asupra organismului este suficient pentru a determina un consum susținut. Aceasta nu înseamnă că trebuie ignorată importanța factorilor de ordin cultural și social. Ceea ce contează cu adevărat este faptul că efectele pe care le produce, fac din nicotină o substanță ideală pentru a produce dependență și a conduce la excese, mai ales dacă avem în vedere faptul că este atât de ușor de procurat. Tot în urma studiilor s-a constatat că fumatul este o acțiune în urma căreia fumătorul devine dependent de drogul numit nicotină.

Mecanismele dependenței.

Se disting trei tipuri de dependență de nicotină:

Dependența comportamentală și socială care se asociază cu anumite momente ale zilei de lucru: așa numită „țigară la cafea”. Acest tip de fumător consumă sub 5 țigări pe zi (stoparea fumatului și reluarea este fără un efort).

Dependența psihică corespunde nevoii menținerii beneficiilor pe care le aduce nicotina fumătorului: senzația de plăcere, descărcare, satisfacție, stimulare intelectuală, stimulare generală. Nicotina este singurul drog care stimulează funcțiile cognitive pe scurt timp, fumătorul fiind tentat în mod inconștient să înceapă o nouă țigară pentru a regăsi amintirea acelor senzații. Fumătorul cu dependență psihică consumă în general 20 sau mai multe țigări pe zi. Pentru a învinge această dependență sunt necesare activități compensatorii: mișcarea în aer liber, exerciții de relaxare, suptul anumitor produse.

Fumătorul cu dependență fizică - fumează mai mult de 20 de țigări pe zi (consum constant).

Dependența de nicotină trebuie tratată ca o boală cronică. Foarte mulți pacienți eșuează de la prima tentativă de disobișnuință, trecând prin perioade de recădere și de remisie. Pentru a explica dependența de nicotină trebuie avut în vedere foarte mulți factori: genetici, farmacologici, psihologici, de mediu. Sevrăjul este fenomenul care apare la întreruperea bruscă a prizei de drog cu toate consecințele care decurg de aici. Nicotina este un drog care cauzează dependență fizică și simptome neplăcute de sevrăj atunci când este abandonată brusc, astfel apar:

- nevoia presantă de a fuma
- anxietate
- iritabilitate, neliniște, enervare
- deprimare sau depresie
- creșterea apetitului

Doar un procent de 20% dintre fumători doresc să renunțe la fumat, dar nu o pot face ușor. Anumite tratamente antitabagice pot da rezultate la unele persoane, în timp ce la altele nu. Nu există un medicament care sigur să poată suprima pofta de a fuma, dar există substituenți nicotiniци care ajută eliminarea fumatului în timpul fazei inițiale de sevrăj.

Toxicitatea nicotinei.

Cei care pledează împotriva fumatului, subliniază efectele dăunătoare, care se produc pe termen lung, ca de exemplu cancerul și emfizemul, efectele care intervin în urma unei vieți de fumat sau mestecat de tutun, dar aceste maladii apar ca rezultat a altor substanțe chimice conținute de țigări și nu a nicotinei. Din păcate, faptul că nicotina luată singură este o otravă extrem de toxică trece deseori neobservat. Nu foarte multă lume știe că nicotina este vândută în comerț și sub forma unui pesticid.

În plus, în fiecare an foarte mulți copii ajung la spital după ce mănâncă țigări sau mucuri de țigări. Șaizeci de miligrame de nicotină (aproximativ cantitatea care se conține în 3 sau 4 țigări, dacă toată nicotina ar fi absorbită) pot ucide un adult,

însă consumarea cantității de nicotină care se găsește într-o singură țigară poate îmbolnăvi grav un copil preșcolar.

Ce se întâmplă persoanelor care înghit nicotină? Intoxicarea cu nicotină provoacă stări de vomă și greață, dureri de cap, respirație greoaie, dureri stomacale și atacuri de apoplexie. Fiecare dintre aceste simptome sunt cauzate de stimularea excesivă a neuronilor colinergici. Persoanele intoxicate de insecticide pe baza de organo-fosfați resimt exact aceleași simptome. În cazul organo-fosfaților, se adună acetilcolina în jurul sinapselor și supra stimulează neuronii. Deoarece nicotina este atât de asemănătoare acetilcolinei, legându-se de receptorii colinergici, excesul de nicotină produce aceeași supra stimulare și toxicitate. Cu cât se leagă mai multă nicotină de receptorii colinergici, cu atât mai multă acetilcolină este eliberată, activând la rândul ei alte sub categorii de receptori colinergici.

Tratamentul împotriva intoxicării cu nicotină are două scopuri:

1. Să mențină respirația victimei și bătăile inimii constante până când nicotina este descompusă de organism.
2. Să prevină o altă cantitate de nicotină să ajungă în fluxul sanguin.

XII. Dependență de preparate farmacologice.

Stupefianțele prescrise, cum ar fi *sedativele, calmantele și somniferele*, au fost mult timp considerate medicamente în primul rând destinate și folosite de către femei. În anumite situații aceste droguri au o utilizare justifică și eficientă, cum ar fi în cazul unei depresii sau anxietăți puternice, pentru a-și controla comportamentul sau pentru a evita intervențiile medicale și psihiatrice mai costisitoare și atunci când sunt folosite de femei pentru a se trata independent. Este esențial să avem informație despre efectele oricărui medicament, despre interacțiunea cu alcoolul și alte droguri și capacitatea lui de a forma dependență.

Sedativele sunt folosite pentru a încetini activitatea nervoasă. Aceste sedative pot acționa la nivel cerebral unde pot acționa ca inhibitor al celulelor cerebrale dintr-o anumită arie dând (în funcție de locul de acțiune): *somnolență, stare de calm, relaxare, adormire, răspuns motor scăzut, anestezie, parestezie, paralizie*. Sedativele mai pot acționa la nivelul unor organe pe care le poate paraliza (oprirea funcției motorii) sau poate să le reducă sensibilitatea (în calmarea durerilor). Sedativele pot să fie folosite: pentru calmarea durerii, în operații pentru relaxare musculară, pentru calmarea stărilor de anxietate sau a stresului, etc. Sunt substanțe care provoacă o stare de liniște, de calm dar care luate în exces pot provoca mari daune.

Bromurile (săruri ale acidului bromhidric) *deprimă sistemul nervos central, reduc agitația și liniștesc psihicul.*

Sulfatul de magneziu, administrat parenteral, este sedativ și anticonvulsivant. Dozele toxice provoacă paralizia respirației.

Scopolamina (Mioscina), substanța greu de mînuit terapeutic, calmează anxietatea și agitația, reduce rigiditatea în boala Parkinson și este un antivomitiv.

Valeriana este un sedativ îndoielnic.

Toate aceste substanțe, singure sau în asocieră, se găsesc în următoarele preparate: Bromoval, Extraveral, Nitrazepam și Noxyron.

Reacții adverse: midriaza (dilație a pupilei), uscăciunea gurii, constipație, uneori halucinații, delir și colaps.

Consumul excesiv de substanțe cu rol **calmant** (anxioliticele, hipnoticele) se produce de regulă într-un context psihopatologic. Putem vorbi de toleranță la aceste substanțe (efectul apare după doze din ce în ce mai mari) și de dependență. Cel mai frecvent folosite sunt benzodiazepinele și barbituricele.

Benzodiazepinele (de exemplu, Diazepamul) erau deja în uz cu mulți ani înainte de a se cunoaște că folosirea lor prelungită poate duce la toleranță și dependență. Atât benzodiazepinele, cât și barbituricele sunt folosite și ca „droguri de stradă”. Consumul excesiv de *substanțe calmante* apare în numeroase afecțiuni psihiatrice, de la simple tulburări de panică, depresii până la dependențe de alcool și droguri și îl putem considera simptom secundar al acestora. Odată instalată dependența, întreruperea tratamentului cu aceste substanțe este dificilă, pacientul prezentând simptome de sevraj foarte disconfortante.

Somnifere se mai numesc și *hipnotice* sau *soporifice* și sunt medicamente folosite în tratamentul tulburărilor de somn . *Hipnoticele se clasifică în trei mari clase: I. Barbiturice*

II. Benzodiazepine

III. Hipnotice cu alta structura(rar).

Hipnoticele barbiturice.

Clasificarea barbituricelor. După durata somnului, barbiturice se împart în 4 clase: Barbiturice cu durata lungă de acțiune (8-12 ore): barbitalul, fenobarbitalul; Barbiturice cu durata intermediară de acțiune (4-8 ore): amobarbitalul (amitalul); Barbiturice cu durata scurtă de acțiune (2-4 ore): ciclobarbitalul, pentobarbitalul; Barbiturice cu durata foarte scurtă de acțiune - au un efect care apare în câteva secunde și durează 20-30 min.: tiopentalul.

Consumul de barbiturice poartă cu sine un mare risc de dependență, deoarece doza trebuie mărită deja la câteva zile, pentru a atinge efectul inițial. De asemenea, primele fenomene de sevraj - neliniște, iritabilitate și insomnie - apar deja după primele două săptămâni de consum. Barbituricele induc o tulburare severă a caracterului somnului normal, prin faptul că suprimă fazele de vis (somnul paradoxal) necesare păstrării echilibrului psihic. Consumul pe o perioadă

îndelungată induce modificări insidioase de personalitate. În baza caracterului aproape identic al dependenței de alcool și al celei de barbiturice, ambele sunt incluse de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS) în aceeași categorie de dependență.

Spre deosebire de tranchilizante, marja de siguranță dintre doza terapeutică și cea toxică este foarte redusă, fapt recunoscut și exploatat de mulți oameni. Intoxicația severă rămâne și azi o metodă răspândită de suicid. O intoxicație acută cu barbiturice va provoca paralizarea progresivă a centrului respirator și prăbușirea funcțiilor circulatorii.

Hipnotice benzodiazepinice.

Benzodiazepinele sunt medicamente complexe care se folosesc și ca *tranchilizante* sau *anxiolitice* și spre deosebire de *sedative*, nu dau somnolență la dozele obișnuite, numai la doze mari. Benzodiazepinele sunt superioare ca hipnotice pentru că produc un somn mai apropiat de cel fiziologic, în comparație cu barbituricele. Fără îndoială, consumul cronic de benzodiazepine în doze mari poate duce, în cazuri individuale, la euforie, instalarea toleranței și, în final, la dependență. Tipul de dependență corespunde celui față de alcool și barbiturice. Deoarece benzodiazepinele nu se metabolizează prin ficat, potențialul de dependență privește în special domeniul psihic. În cazul supradozării tranchilizantelor până la 1 g. este posibilă instalarea unui somn de 48 de ore. Deoarece benzodiazepinele acționează doar simptomatic și nu rezolvă cauza problemelor, acestea nu se rezolvă, conflictele nu se pot soluționa, iar frica - cu rol de semnal de alarmă - nu mai este percepută ca atare. Se ajunge la așa-numitul efect „rebound” (de recădere), manifestat prin insomnie în primele ore ale dimineții, creșterea în greutate, pierderea libidoului, stare generală de slăbiciune, buimăceală, dezinteres și mahmureală.

Abstinența de la benzodiazepine este extrem de dificilă și se realizează printr-o reducere lentă a medicamentului până la eliminare totală. Fenomene de

sevraj sunt: anxietate, insomnie, tulburări circulatorii și gastro-intestinale, crize convulsive.

O problemă specială este *poli-toxicomania*. Mulți dependenți de medicamente consumă concomitent mai multe preparate. Ei iau, de exemplu, un barbituric puternic contra tulburărilor de somn, dimineața un produs stimulant, iar între acestea un tranchilizant. Multe medicamente prezintă interacțiuni nefaste, mai ales în combinație cu alcoolul. Bunăoară, pot prelungi sau întreține timp îndelungat starea de ebrietate indusă de alcool. Alteori, pot ameliora fenomenele de sevraj. Dependenții de opiacee abuzează și ei de tranchilizante, atât pe cale orală, cât și pe cale intravenoasă, de exemplu atunci când își injectează "Rohypnol".

Fazele narcomaniei medicale se succed stereotip:

Faza euforică. Starea euforică se caracterizează prin senzația subiectivă a plăcerii fizice și psihice, a satisfacției generale. Clinica euforiei depinde de substanța narcotică.

Faza de obișnuință. Efectele scad și necesită sporirea progresivă a dozelor cu scop de a simți efectul euforic.

Faza de dependență psihosomatică. Întreruperea bruscă a drogării duce la o stare penibilă, similară foamei și setei, cu căutare pe orice cale a narcoticului.

Faza sevrajului sau privațiunii de drog din diverse motive (terapeutic, detenție, lipsă de bani) generează un sindrom neuro-vegetativ de necesitate celulară organică (cefalee, insomnie, transpirație, grețuri, vomă, diaree, astenie, palpitații, hipotensiune, colaps cardiovascular).

Faza de intoxicație cronică progresivă – este prezentată prin tulburări somato-psihice ireversibile.

XIII. Dependențele tehnologice.

Dependență de internet și de jocuri de noroc.

Dependență de internet.

Pentru unii, Internetul a devenit o dependență, afectându-le în mod advers viața și viața familiilor lor.

Dependențele tehnologice sunt dependențe non chimice, și pot fi împărțite în două categorii: **dependențe pasive** (de exemplu cea de televizor) și **dependențe active** (internet, jocuri pe computer, jocuri de noroc).

Unii autori consideră că termenul de dependență de internet este unul care acoperă o varietate de comportamente și probleme legate de controlul impulsului, și le împart în următoarele categorii:

1. Dependență de sex virtual: folosirea compulsiva a site-urilor web pentru adulți, ce includ sex/pornografie.
2. Dependență de relaționare virtuala: o supra implicare on-line.
3. Comportamente compulsive manifestate pe net: de exemplu jocuri de noroc on- line, cu caracter obsesiv.
4. Supraîncărcare informațională: navigare compulsivă pe net sau căutări compulsive de baze, de date.
5. Dependență de computer: jocurile pe computer cu caracter obsesiv (de exemplu: Doom, Myst, Solitaire).

Internetul este o rețea de calculatoare. Mai precis, o rețea de rețele, formată din mii și mii de rețele de calculatoare interconectate astfel încat se pot “vedea și gasi” unele pe altele. Bazele ei au fost puse în 1968, cand s-a construit o rețea care unea centrele de cercetare din Statele Unite ale Americii. Internetul comercial a luat naștere la mijlocul anilor "90" o data cu dezvoltarea programelor de navigare Web și cu evoluția intervenției acestora. Actualmente peste 300 de milioane de oameni folosesc Internetul.

Internetul tinde să devină infrastructura de bază a societății moderne. Unele planuri de viitor ale diverselor firme din domeniul comunicațiilor vizează crearea

unei super rețele care să înglobeze nu doar calculatoare, ci și televizoare, telefoane celulare, automate bancare, distribuitoare automate de bilete, camere de luat vederi, aparatura electrocasnică, încercându-se crearea unei rețele omniprezente. Spațiul cibernetic a devenit o nouă frontieră în cadrul relațiilor sociale. Oamenii își fac prieteni, colegi, iubiți și dușmani prin intermediul internetului.

Apariția internetului a produs schimbări importante în viața contemporană. Reușim să comunicăm cu persoane aflate peste mări și țări, să aflăm tot felul de informații în doar câteva minute. „Motoarele” de căutare „muncesc” pentru noi dându-ne în câteva secunde pagini întregi cu adrese unde putem găsi ceea ce căutam și, chiar, ce nu căutăm sau nici nu știam că există!

În plan psihologic aceste succese tehnologice au "răsturnat" comunicarea clasică, în care era nevoie să ne întâlnim pentru a ne vedea, pentru a vorbi, era nevoie să mergem la magazin pentru a cumpăra produsul de care aveam nevoie, era nevoie să cumpărăm din librărie cartea de care aveam nevoie, să mergem la cinema pentru a vedea un film.... E drept că încă nu au dispărut „cînd mergem la petrecere”, dar dincolo de aceste avantaje care ne permit să avem mai mult timp, mai multe informații, mai multă plăcere, mai multă comunicare, există și o parte întunecată. Încep să se contureze din ce în ce mai bine diferite manifestări psihologice și chiar probleme al căror caracter trece de limita normalității.

Fără îndoială, acest extraordinar mijloc de comunicare induce schimbări în modul de gândire și de percepere a lumii, în modul de raportare la realitatea înconjurătoare, în comportamentul oamenilor. Comportamentul internauților depinde de predispozițiile sale psihologice, de rolurile sociale pe care le îndeplinește, de relațiile interpersonale în care intră, de contextul social în care trăiește. Fiind un mediu interactiv, accesarea și folosirea informațiilor se face în funcție de acest context.

Pentru multe persoane, Internetul poate promova comportamente de dependență și relații interpersonale pseudo-intime. Asemenea contacte în spațiul virtual ar putea avea ca rezultat tulburări, precum relații virtuale care pot evolua în

infidelitate maritale on-line (cybersex) sau comportamente de sexualitate compulsivă „on-line”, obsesia și setea de calculator pot rezulta în neglijarea relațiilor personale reale până la punctul de divorț. Prevalența dependenței de Internet este greu de măsurat în acest moment. *Semnele și simptomele dependenței de Internet includ o desconsiderare generală pentru sănătate și aspect. Privarea de somn datorită petrecerii unui timp îndelungat „on-line”, scăderea activității fizice și a interacțiunii sociale cu alte persoane, ochii uscați, sindromul tunelului carpian și mișcări repetitive ale mâinilor și degetelor sunt de asemenea comune.* Mulți dependenți de Internet au un istoric de depresie, abuz de alcool sau droguri și anxietate.

Nevoile pe care tinde să le satisfacă utilizarea excesivă a internetului sunt următoarele:

1. **Nevoia de suport social** – internetul oferă (uneori) iluzia unei relații de prietenie, iar persoanele cu care sunt dezvoltate legături și discuții pe termen lung satisfac această nevoie de suport social, care însă duce la o relaționare mult redusă „off-line”.
2. **Nevoia de comunicare** – este mai accentuată la persoanele mai reținute, mai timide în viața reală, având ocazia, datorită caracteristicilor acestui mediu, să își exprime mult mai liber părerile.
3. **Nevoia de împlinire sexuală** – anonimitatea și individualizarea constituie mari avantaje pentru oamenii cu o stimă de sine scăzută, și o imagine de sine preponderent negativă.
4. **Nevoia de a exprima trăsături de personalitate reprimite.**
5. **Nevoia de recunoaștere și putere.**

Conform cercetărilor anterioare, ale lui Young și Goldberg (1998), s-au identificat anumite *simptome ce însoțesc utilizarea excesivă a internetului*. Acestea sunt:

1. Schimbări drastice în stilul de viață pentru a putea petrece mai mult timp pe net;
2. Scăderea activității fizice generale;

3. Nepăsare față de propria sănătate;
4. Evitarea unor importante activități din viață cu scopul de a petrece mai mult timp pe net;
5. Privare de somn sau o schimbare în paternul/ ritmul somnului, cu scopul de a petrece mai mult timp pe net;
6. O scădere în socializare, având ca rezultat pierderea/ înstrăinarea prietenilor;
7. Neglijarea familiei;
8. Refuzul în a petrece o perioadă mai mare de timp „off-line”;
9. Dorința de a petrece tot mai mult timp „on-line”;
10. Neglijarea locului de muncăși a obligațiilor personale.

Există și posibile *corelații fiziologice* cu utilizarea excesivă a internetului:

1. Un răspuns condiționat: puls crescut, presiune sangvină crescută, față de conexiunea modemului;
2. O stare modificată a conștiinței pe perioade lungi de interacțiune în diade/ grupuri mici;
3. “ Vise” ce pot apărea în timpul citirii unui text de pe ecranul calculatorului;
4. O iritabilitate extrema atunci când suntem deranjați de oameni/ lucruri din viața reala în timp ce noi suntem cufundați în spațiul virtual.

Adolescenții și tinerii sunt cei mai afectați de "viața virtuală" care ajunge să o elimine total pe cea reală. Oare de ce e mai "simplă" sau mai "tentantă" aceasta viață? Tentația de a avea orice identitate, de a fi cine ai vrea în loc de cine esti. Adolescenții se prezintă drept adulți, având altă înfățișare, alte ocupații, alte trăsături de personalitate. Este adevărat că adolescenții care se exprimă mai greu, care sunt timizi sau neîncrezători, care au o imagine negativă despre ei, însusi cad prada primii acestei tentații. Prin internet, poți flirta fără să te gândești cum te îmbraci, cum arăți, fără a alege cum să te distrezi sau unde să mergi, fără a cheltui, fără teamă că nu vei reuși să scoți câteva vorbe, că nu vei fi "la înălțime". Îi poți spune orice, cu curaj, nu se vede dacă te înroșesti, dacă îți este jenă sau te bîlbîi.

Timpul pe care adolescentul îl alocă netului devine tot mai mare până ajunge să fie exclusiv. Când nu are acces la net apar manifestări similare sevrajului de alcool sau droguri: orice îl enervează, nu-și găsește locul, nu poate face nimic altceva, nu-și mai vede rostul, este trist, deprimat, nu știe ce să facă cu el însuși și cu timpul lui, nu are plăceri, nici interese.

Dependența de internet întrunește toate criteriile pentru a fi catalogată drept boală psihică și se cere să fie introdusă în mod oficial pe lista unor astfel de tulburări. Jerald Block consideră că dependența de internet poate fi împărțită în trei subcategorii:

- excesul de pariuri „on-line”
- preocupările sexuale pe internet
- trimiterea exagerată de e-mail-uri sau mesaje text.

Dependența de internet se dovedește a fi o tulburare psihică destul de des întâlnită. Toate tipurile de dependență de internet au patru componente principale:

- utilizarea în exces
- retragerea
- creșterea toleranței la anumite tipuri de tehnologie
- repercusiunile negative

Dependenții de internet dezvoltă un tip ciudat de toleranță cu privire la noile tehnologii, ceea ce îi determină să își dorească tot ceea ce ține de soft-urile și hard-urile pe care le utilizează. Izolarea socială și oboseala cronică sunt printre cele mai frecvente exemple de „repercusiuni negative” ale dependenței de mediul „on-line”. Dacă se va ajunge la o încadrare exactă a dependenței de internet ca tulburare psihică, nu va fi la fel de simplu să fie găsite metodele prin care pacienții să fie vindecați de această boală. În majoritatea cazurilor în tratamentul dependenței de Internet sunt utilizate terapiile de comportament cognitiv, deseori combinate cu psihoterapie și medicație precum antidepressive. De asemenea sunt utile consilierea maritală, consilierea familiei, precum și suportul de grup atunci când este implicată infidelitatea maritală „on-line”. Din nefericire, dependența de internet este rezistentă la tratament, presupune riscuri ridicate și are rate mari de recădere.

În China, “dependența de internet” este văzută ca o „boală socială gravă”, care necesită tratament în clinici specializate. Alarmați de un sondaj care a arătat că 14% dintre adolescenți sunt vulnerabili de a deveni dependenți de internet, autoritățile chineze au lansat o campanie națională pentru tratarea acestui sindrom. China a fost lăudată în trecut pentru eficiența sa în tratarea dependențelor de droguri sau alcool dar și criticată pentru metodele dure folosite în acest scop. Acum se pare că autoritățile chineze vor să aplice această experiență în tratarea noii presupuse dependențe, pe seama căreia au fost puse o serie de evenimente recente precum o crimă legată de proprietăți virtuale câștigate în jocuri „on-line”, o serie de sinucideri sau probleme ale tinerilor legate de școală. China s-a alăturat Coreei de Sud, Vietnamului și Thailandei în luarea de măsuri pentru a limita timpul petrecut de către adolescenți „on-line”. Au fost adoptate legi care interzic prezența acestor în internet cafe-uri și au fost create programe de control care exclud adolescenții din jocuri de rețea când depășesc 5 ore de participare. Au fost create și 8 centre de tratament în toată țara în care sunt aduși cei considerați dependenți. Metodele de tratament variază de la discuții, hipnoză sau disciplină militară până la medicamente și șocuri electrice moderate.

Dependență de jocuri de noroc.

Jocurile de noroc sunt populare din cele mai vechi timpuri. Le găsim la vechi societăți precum cele egiptene, chineze, japoneze, hindi sau persiene, ajungând și în Lumea Nouă. Considerații religioase, morale, economice au dus la variații extreme, în diferite perioade istorice, între acceptarea și interzicerea jocurilor de noroc.

Adesea întâlnim atitudini ce variază de la admirație la dispreț. Tendința excesivă a anumitor categorii de oameni pentru jocurile de noroc a intrat în centrul atenției psihologilor și psihiatrilor, constatându-se că se poate ajunge la o dependență patologică pentru jocurile de noroc (pariuri la curse de cai, piața bursieră etc.), dependență cu efecte dezastruase atât asupra vieții personale și profesionale a celui care joacă, cât și asupra familiei acestuia. Dependența de jocurile de noroc este astăzi considerată o tulburare gravă de comportament, având drept caracteristica

esențială înclinația persistentă și repetitivă a persoanei de a participa la jocuri de noroc. Psihatrii vorbesc despre jocul de noroc patologic în situația în care acest comportament persista dincolo de efectele devastatoare în plan material, familial, social, profesional. Asemănător cu ce se întâmplă în cazul dependențelor de droguri, jocul de noroc dezvoltă fenomenul de toleranță, în sensul că apare nevoia de a crește "doza" pentru a obține aceeași stare de bine, iar încercarea de a stopa jocul se însoțește de efecte fizice și psihice asemănătoare sevrajului la o substanță psihoactivă: iritabilitate, neliniște, dificultăți de concentrare sau dispoziție depresivă. Persoana poate fi preocupată de jocurile de noroc fie prin planificarea unor jocuri în viitorul apropiat, fie pentru găsirea unor modalități de a face rost de bani pentru a juca. Mulți dintre cei diagnosticați cu această tulburare admit că nu au drept motivație principală dorința de a câștiga bani, ci că sunt în căutarea „acțiunii”, a unei stări de euforie pe care o obțin atunci, când joacă. Mizele sau pariurile pe care le fac devin cu timpul tot mai mari, la fel și riscurile pe care și le asumă, având nevoie de acestea pentru a continua să își producă nivelul dorit de „senzații tari”. Aceste persoane adesea continuă să joace în ciuda repetatelor eforturi de a se controla, de a-și stopa comportamentul. Iar când încearcă să se oprească, devin neliniștiți și iritabili. O mențiune se impune însă a fi făcută: nu pot fi etichetați cu această tulburare cei care prin natura profesiei sunt implicați în aceste activități (ex. brokeri de pe piața bursieră) și nici cei care, ocazional, participă la jocuri de noroc sociale. Etiologia acestui comportament ia în considerare, alături de trăsăturile psihologice menționate mai sus, și vulnerabilitatea biologică, studii ale ultimilor ani disputând încă jocul de noroc între comportamentele din spectrul obsesiv-compulsiv și/sau celui de dependență de substanță. Iată și criteriile diagnostice ce ar necesita ajutor specializat:

- Inabilitatea progresivă de a controla acest comportament în detrimentul pierderilor financiare și relaționale;
- Nevoia de a juca sume din ce în ce mai mari pentru a atinge aceeași stare de excitabilitate;

- Jocul aduce cu sine o stare euforică, iar imposibilitatea de a juca determină fenomene de "sevrăj";
- Existența unor preocupări persistente în ceea ce privește jocul: planificări, modalități de a găsi bani etc.;
- Eșecurile repetate în a controla jocul pe parcursul acestuia sau de a stopa acest comportament;
- Jocul, privit ca modalitate de a scăpa de probleme sau de a diminua sentimente precum vinovăția, anxietatea, depresia, descurajarea;
- Pierderea unei sume de bani este urmată de un nou joc, cu credința că "sigur de data asta voi recupera";
- Cei din jurul jucătorului sunt mințiți în legătură cu amploarea pierderilor sau lipsei controlului asupra comportamentului;
- Adesea apar comportamente ilegale, în legătură cu încercarea de a face rost de bani pentru a juca sau de a acoperi pierderile;
- În timp apar dificultăți interpersonale, eventual pierderea de oportunități profesionale sau a jobului.

Se pare că motivația principală de a juca jocuri de noroc este aceea de a evada de problemele pe care le au sau de a înlocui, ușura de anumite stări disforice, cum ar fi sentimentele de neajutorare, vină, anxietate, depresie. Când devine lipsită de resurse financiare, persoana dependentă de jocurile de noroc poate recurge la comportamente antisociale: de la minciună înșelătoare, la falsuri, fraude și furt pentru a obține bani. Ea nu mai evaluează consecințele actelor sale, riscând astfel să intre în conflict cu legea, să își piardă locul de muncă, să își pună în pericol cariera, familia, relațiile cu cei apropiați. Aceste acte sunt consecința distorsiunilor care apar în gândirea persoanei afectate: negare a anumitor aspecte ale realității, încredere exagerată în sine, sentimente accentuate de putere și control asupra a ceea ce face. *S-a constatat că cei care ajung dependenți de jocurile de noroc au anumite caracteristici de personalitate comune: sunt foarte competitivi, energici, activi, neliniștiți, persoane care se plictisesc ușor, care nu suportă rutina și*

monotonia, fiind în același timp preocupați să primească aprobarea celorlalți și să fie generoși până la extravagantă. Se pare că cei mai afectați de această tulburare sunt bărbații, femeile reprezentând doar 2-3% din totalul celor dependenți de jocurile de noroc. Conform statisticilor, ne putem imagina jucătorul că fiind bărbat, având o vârstă peste 30 ani, ce aparține cel puțin clasei sociale de mijloc. Adesea, aceștia consumă frecvent alcool și droguri. Acestea complică eventualele consecințe, în acest subgrup conflictele interpersonale și șomajul fiind mai frecvente. Această dependență începe în mod obișnuit în adolescență timpurie în cazul bărbaților și doar mai târziu la femei. Este o dependență care se instalează insidios, fără să ne dăm seama. Pot trece ani de participare la jocurile de noroc, urmați de un „atac” brusc care poate fi precipitat de o expunere mai mare la jocurile de noroc sau de către o situație de viață stresantă. Nevoia de a participa la jocurile de noroc crește progresiv și se accentuează în timpul perioadelor de stres sau depresie.

XIV. Dependență alimentară.

Neal Barnard, Președintele Comitetului medicilor terapeuți (SUA), în cartea sa „Educația alimentară: cauzele ascunse ale dependenței alimentare și șapte pași pentru învingerea lor pe cale naturală” explică cauza dezvoltării dependenței de unele produse la oameni, de exemplu, de cașcaval, carne, zahăr, ciocolată.

Dependența alimentară se explică prin întrebuințarea excesivă și în cantități mari a produselor, așa zisa voracitate sau lăcomie. Abuzul de alimente poate fi constantă sau repetată, devenind mai acută în unele situații nefavorabile din viață. Ea poate fi însoțită de obezitate, dar nu e obligatoriu. Dependența alimentară este forma cea mai civilă și social primită dependență, deși izbăvirea de ea este un proces destul de lung și complicat. Neal Barnard spune că există o cauză biochimică, care explică, de ce mulți dintre noi au senzația că nu pot exista fără doza zilnică a unui oarecare produs. Cașcavalul, spre exemplu, conține multă cazeină, proteină, după descompunerea căruia în procesul digेरării se elimină elemente de opiu, care după conținut amintesc morfina și cazomorfină.

În literatura medicală se duc dezbateri timp de câteva decenii, despre folosul sau dauna de a întrebuința cafea. Oamenii demult au apreciat gustul minunat și excitant al acestei băuturi, cauza fiind cafeina.

Este clar deja, că cafeina are o acțiune excitantă și stimulatorie nu numai asupra creierului, dar și asupra sistemului nervos în întregime. Fiind că, după o ceașcă de cafea tare, dispare somnolența, apatia, moleșeala. Se intensifică funcționarea organelor de simț – Puțin mai bună devine vederea, auzul, mirosul. Mai ușor este procesul de memorizare, prelucrarea informației, elaborarea noilor idei.

Dar cafeaua conține nu numai cafeină, dar și multe alte elemente – acizi, compuși aromatici, substanțe colorante și gustative. Anume care din aceste substanțe vor nimeri în organism, depinde de metoda de pregătire, prăjire, de concentrația și sortul de cafea. Probabil, anume datorită acestor elemente însoțitoare se efectuează influența pozitivă a cafelei asupra stomacului și a intestinelor. Cafeaua intensifică secreția sucului gastric, în aceeași măsură ca și

bulionul de carne. Dacă după un dejun bogat veți bea o ceașcă de cafea, peste 20-30 minute aciditatea în stomac va atinge linia maximă, iar prelucrarea și asimilarea hranei va fi cu mult mai rapidă și mai efektivă.

Astăzi este evident: dependența de cafea nu are nici o legătură cu dependența chimică. Americanii au dus cercetări și au stabilit că, apare nu dependența chimică la servirea cafelei, dar cea psihologică. Omul care este deprins să-și înceapă ziua de lucru cu o ceșcuță de cafea aromată, cu greu se dezice de acest obicei. Ea este destul de inofensivă, dacă știi măsura și nu neglijezi recomandările medicului.

Savurarea lentă a bucățelelor de ciocolată provoacă un adevărat entuziasm, care trece într-o stare de euforie, asemănătoare cu extazul”,- afirmă doctorul Gherv Robert în cartea sa „Proprietățile vindecătoare ale ciocolatei”. Autorul acestei cărți convinge cititorii că, ciocolata – este nu numai ceva delicios, dar și o comoară de săruri minerale, unde una din cele mai principale este magneziul, care regulează schimbul de celule în organismul uman. În afară de aceasta, în ciocolată se conțin stimulanți, care înlătură oboseala și ajută la lichidarea stresului și a depresiei. O importanță mare are și afrodisiacul – o substanță care excită dorința sexuală. Doctorul Robert, cu declarațiile sale, neagă complet multe dintre afirmațiile altor specialiști, care împiedică ca oamenii să savureze pe deplin ciocolata delicioasă. El afirmă că, acest delicatese nu provoacă alergii, dureri de cap, îmbolnăvirea danturii, dureri de ficat, creșterea masei corpului și mărirea colesterolului în sânge.

Colaboratorii institutului de neurologie din San-Diego (California), în rezultatul cercetărilor desfășurate, au ajuns la concluzia, că în compoziția ciocolatei amare intră excitatorul fenil-etil-amina și 3 tipuri de substanțe, care sunt prezente și în marijuana. Anume ele sunt capabile să influențeze procesele chimice din creier (și nu numai la femei) și să producă senzația de euforie și relaxare.

Pe lângă aceste păreri valabile există și altele. Una din ele este „starea de neliniște a gurii”. De multe ori abuzul alimentar se intensifică în situațiile de stres, sau din contra când ele lipsesc, în atmosfera de plictiseală. Să ne amintim, când omul se naște, prima necesitate este de a se lipi de pieptul mamei, de unde primește hrana necesară. Cu timpul, reflexul de a suga dispare (dar nu la toți).

Cu apariția dinților, omul capătă posibilitatea de a mesteca bucatele, de a-și înfișă dinții în hrană. Acest act mecanic aduce o satisfacție, se memorizează, de multe ori automatizându-se. În situația surplusului sau neajunsului stimulului extern, adică a stresului sau a plictiselii, acest act se intensifică, în rezultat oamenii permanent ceva mestecă.

Analogi compleți nu există, dat fiind faptul că aici, pe lângă reflexul de sugere-mestecare, este activat și unul de adâncime - instinctul nutritiv. Însă elemente separate de reducere a „stării de neliniște a gurii” există, prin metoda de a-i da o ocupație. Aceasta este roaderea unghiilor, a cuticulei din jurul unghiilor, roaderea vârfului creionului, semințelor de floarea soarelui, gumelor de mestecat sau a părții interioare a buzelor.

Neliniștea are multe manifestări externe. Acestea sunt: poziția încordată a corpului, contractarea mușchilor feței și a centurii scapulare, întorsături bruște ale capului, mișcarea involuntară a degetelor, legănarea picioarelor, clătinarea corpului ș.a. O alarmă mai evidentă poate fi exteriorizată prin nevoia de a se mișca sau de a înghiți diferite produse alimentare.

Simptomele de neliniște a picioarelor sau a gurii sunt asemănătoare, deoarece aici se observă trecerea neliniștii pasive în mișcare activă. Dar există părerea că, inhalarea produselor de multe ori este un proces de exteriorizare a depresiei. Însă în timpul unei depresii alarmante de apatie apare și scăderea poftei de mâncare, iar stupoarea depresivă gravă este însoțită de refuzul total la hrană. Se înțelege că, necesitatea înaltă în alimentație, în timpul depresiei lejere, se manifestă ca o luptă a organismului cu nivelul emoțional scăzut. Și într-adevăr, inhalarea unei mari cantități de produse, ridică dispoziția pe o durată oarecare de timp. Nu este exclus că în acest timp se elimină endorfinele - hormonii fericirii, la fel ca și la întrebuințarea alcoolului și a drogurilor.

Cu timpul se petrece dependența de hrană, are loc toleranța alimentară, adică, organismul nu este satisfăcut cu cantitatea precedentă a celor consumate și cere mai mult. La aceasta contribuie și factorul fiziologic - creșterea volumului stomacului, și prin urmare și a suprafeței de absorbție. Într-un cuvânt, se formează cercul vicios.

Reflexele care au luat viteză sunt foarte greu de oprit, iar în cazul supraalimentării apare excitarea centrului nutritiv, instinctului nutritiv. Acele preparate de slăbire, care sunt propuse într-un mare asortiment, nu au luat în considerație o condiție însemnată – pacienților le este important nu atât să-și satisfacă senzația de foame, cât aceia de a pune permanent ceva în gură.

Conștiința dă de știre, dacă cerința în a mesteca, de a mânca este puternică și aceasta aduce la un confort psihologic, ridică dispoziția, atunci este mai rațional de a mânca produse cu calorii reduse, dispersate în porțiuni mici (ex. coacăză, fruct, fileu de pește cu legume). Apropo, francezii slabi mănâncă des și beau destul de mult, dar porțiile sunt mici, produsele cu calorii reduse, iar vinul de tărie joasă.

Tratamentul des constă din metodele de stres-psihoterapie – codificarea și terapia rațională. Prin metoda codificării se pune un bloc pe centrul nutritiv prin metoda interdicției psihoterapeutice, dar nu se ia în considerație implicarea într-un proces cu mult mai primitiv – cel de a mesteca. Da, pofta de mâncare dispare, dar dorința de a mesteca ceva este! În afară de aceasta, deloc nu se ia în considerație starea pacientului, dereglările emoționale evidente sau ascunse.

Psihoterapia rațională propune căi de izbăvire de sine stătător, de această dependență, prin clarificarea cauzelor apariției abuzului alimentar. Este necesar de a forma o atracție de concurență. Este bine cunoscut că, îndrăgostiții nu au poftă de mâncare, așa ca și oamenii de creație în timpul activităților lor – atracția către hrană este neutralizată cu cea a dragostei și a creației.

XV. Dependență de muncă.

Se vorbește din ce în ce mai mult despre dependența de muncă. În general este privită ca un lucru negativ, dar pe de altă parte este singura dependență acceptată de societate, religie sau educație. Diane Fassel numea dependența de muncă, „cea mai curată dintre toate dependențele”. Orice companie are ca scop principal creșterea productivității, iar oamenii dependenți de muncă ajută foarte mult în acest sens. De-asemenea, astfel reușesc să câștige foarte bine în cele mai multe cazuri obținând pe lângă și aprecierea și respectul superiorilor. Termenul de „dependență de muncă” a fost pentru prima oară folosit la sfârșitul anilor 60. Dependența de muncă nu seamănă cu cea de droguri sau alcool deoarece presupune o serie de acțiuni și interacțiuni. Este similară, mai degrabă, dependenței de sex sau celei de jocuri de noroc.

Munca este privită drept un mijloc de implicare personală și dezvoltare psihologică. Dacă munca le oferă satisfacții de altă natură decât financiară cu atât mai repede ajung oamenii dependenți de muncă. De asemenea dacă munca în care sunt implicați se împletește cu pasiunile și hobby-urile lor este de așteptat ca timpul liber sau pentru relaxare să fie ocupat de muncă. Dependenții de muncă își iau mereu de lucru acasă și ajung astfel, fără să-și dea seama, să-și neglijeze familia și prietenii. Sunt genul de oameni care nu pot merge în concediu pentru că nu știu să se relaxeze, sau pentru că vorbesc doar despre munca lor, gândindu-se oare ce se mai întâmplă la birou în lipsa lor.

Astfel, dependenții de muncă ajung să transforme munca într-un comportament compulsiv, adăugându-și în permanență sarcini noi de făcut pentru fiecare zi. Dependenții de muncă sunt mereu grăbiți și par a fi contracronometru din dorința de a îndeplini toate sarcinile propuse pentru o zi. Se simt vinovați când nu pot realiza un obiectiv propus sau când nu pot lucra ceva și devin nervoși când lucrurile nu ies cum anticipaseră. De asemenea, nu le plac sărbătorile religioase de peste an și nici datele importante din viața lor sau a prietenilor, de care de altfel mereu uită. Ca în orice dependență, cel în cauză nu consideră că este ceva în

neregulă cu el, ba mai mult, îi consideră pe cei care nu stau peste program și care nu se implică atât că ar fi neserioși.

Cauzele dependenței de muncă ar fi multiple. Pe de-o parte poate fi vorba despre o stimă de sine scăzută, de nevoia permanentă de a face cât mai mult și cât mai bine pentru a-și demonstra că este o persoană de valoare. O altă cauză ar fi teama de eșec, teama că oricând cineva mai bun îi poate lua locul așa că trebuie să fie mereu în top. De altfel, dependența de muncă poate fi o modalitate prin care fugim de noi înșine sau de viața personală care nu ne oferă nici un fel de satisfacție. Cu atât mai mult cu cât este mai ușor să-ți gestionezi munca decât viața privată. La origine, dependenții de muncă pot fi copiii care au fost excesiv răsfățați și se trezesc într-o lume ostilă la care nu știu să se raporteze.

Astfel aleg să se refugieze în muncă. Sau sunt foști copii crescuți fără iubire și drept urmare nu cunosc și partea emoțională a vieții. Persoanele dependente de muncă pun accent pe logică și intelect mai degrabă decât pe sentimente. Le lipsește entuziasmul, fiind detașați de partea sentimentală din ei.

În timp dependența de muncă duce la absența vieții sociale și la pierderea prietenilor, dificultăți de comunicare, stări depresive, tulburări intestinale, tulburări de somn, probleme cardiace, atacuri de panică, accidente vasculare cerebrale, pierderea excesivă în greutate etc..

Primul pas spre tratare, ca și în orice dependență, este recunoașterea. Se va reduce treptat volumul de muncă, renunțând la statutul peste program și la munca din weekend.

Timpul liber va fi petrecut cu familia ori prietenii, sau având un hobby. Indiferent de modalitatea de a petrece timpul liber, scopul este de relaxare, destindere și încărcare a bateriilor. Dacă dependentul se află într-o stare gravă și nu poate renunța cel mai indicat este să apeleze la un psiholog. Dar este bine de știut că reușita depinde foarte mult și de voință.

Referințe bibliografice:

1. Ades J. "Conduites de dependance et recherches de sensations", Masson, Paris, France, 1994.
2. Andries Lucian "Internetul – aspecte psihologice", Revista "Psihologia", 6/2001, București.
3. Boroi A., Neagu N., Sultănescu R., „Combaterea traficului și consumului ilicit de droguri.”- București, 2001. Ed. Rosetti.
4. Brenner V. "The results of an on-line survey for the first thirty days" lucrare prezentata la a 105-a întrunire anuala a Asociației Psihologice Americane, August 18, 1997. Chicago, IL <http://www.netaddiction.com/articles/cyberdisorders.htm>.
5. Bulgaru M. „Aspecte teoretice și practice ale asistenței sociale” Chișinău, Centrul Ed. poligr. a USM, 2003.
6. Cooper Alvin "Study: Internet Sex Can be Harmful", revista "Professional Psychology: Research and Practice", 1998.
7. Cooper Alvin & co. "Sexual Addiction and Compulsion : The Journal of Treatment and Prevention" <http://www.apa.org/monitor/apr00/addiction.html>, 2000.
8. Convenția internațională a opiului de la Haga din anul 1912.
9. Convenția internațională privind limitarea fabricării și reglementării distribuției stupefiantelor semnată la Geneva la 13 iulie 1931.
10. Convenția internațională pentru reprimarea traficului ilicit cu droguri vătămătoare, semnată la Geneva, la 26 iunie 1936.
11. Cosmovici Andrei "Psihologie generala", Editura Polirom, Iași, 1996.
12. Dima T. „Traficul și consumul ilicit de droguri” , Ed. Lumina-Lex, București, 2001.
13. Dima T. „Din nou despre cannabisul românesc, este drog sau plantă industrială” // Revista Dreptul nr. 7/2003.
14. Drăgan J., Alecu Gh., Țipișcă M. „Dreptul Drogurilor.” Ed. Dobrogea, Constanța, 2001.

15. Drăgan J. Aproape totul despre...DROGURI., Ed. Militară, București, 1994.
16. Dumitru Ion Al. "Personalitate – atitudini si valori", Editura De Vest, Timișoara, 2001.
17. Grohol John M "Internet Addiction Guide", [http://psychentral.Com / netaddiction/](http://psychentral.Com/netaddiction/), 2003.
18. Hohn Mihai, "Elemente statistice in analiza fenomenelor psihice", Editura "Viata arădeana", Arad, 2000.
19. Ionescu George, "Tulburările personalității", Editura Asklepios, București, 1997.
20. Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A. "Synopsis of Psychiatry – Personality Disorders", Williams Wilkins, Baltimore, 1994.
21. Kraut Robert, Lundmark, Vicki "Internet Paradox – A Social Technology That Reduces Social Involvement and Psychological Well-Being?" revista "American Psychologist", 1998, vol.53, numărul 9.
22. Lieury Alain "Manual de psihologie generală", Editura Antet, Oradea, 1998.
23. Lewin L. „Les paradis artificials.” Ed. Payot, Paris, 1928, p. 40, citat după Drăgan J., Alecu Gh., Țipișcă M. - Op. cit., p. 16.
24. Macsinga Irina "Psihologia diferențială a personalității", Tipografia Universității de Vest din Timișoara, 2000.
25. Memmi Albert "La dependance – Esquisse pour un portrait du dependant", Impression S.E.P.C. Saint-Amand, France, 1993.
26. Scherer Kathleen "College life online: Healthy and unhealthy Internet use" lucrare prezentată la Conventia anuală APA, August 1997.
27. Suler John "To Get What You Need – Healty and Pathological Internet Use", revista "CyberPsychology and Behavior", 1999, vol. 2 <http://www.rider.edu/~suler/psycyber/cybdream.html>.
28. Suler John "The Online Disinhibition Effect", revista "CyberPsychology and Behavior", 2002, vol.2 www.rider.edu/suler/psycyber/psycyber.html.
29. Stancu E. „Tratat de Criminalistică.” Ed. Universul Juridic, București, 2002, pp. 619-632.

30. Statistica Dispensarului Narcologic Republican 2009-2010.
31. Suceavă I., Drăgan J. ș. a „Manual Antidrog.” Ed. Fadrom, București, 1998.
32. Young Kimberly “Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder”, publicat in “CyberPsychology and Behavior”, 1996, vol.1, nr. 3.
33. Young Kimberly “What Makes the Internet Addictive: Potential Explanations for Pathological Use”, lucrare prezentata la a 105-a intrunire anuala a Asociatiei Psihologice Americane, August 15, 1997 Chicago, IL.
34. Young Kimberly; Goldberg Ivan “Pathological Computer Use” <http://pages.prodigy.net/unohu/internetaddiction.htm> , 1998.
35. Young Kimberly “Internet Addiction: Symptoms, Evaluation And Treatment” in “Innovations in Clinical Practice: A Source Book”, Sarasota, FL: Professional Resource Press, 1999.
36. Young Kimberly, Pistner Molly, O’Mara James, Buchanan Jennifer Universitatea din Pittsburgh, “Cyber-Disorders: The Mental Health Concern for the New Millennium” in “CyberPsychology and Behavior”, 1999, volumul 2, numarul 1.
37. Young Kimberly, Rodgers Robert C. “Internet Addiction: Personality Traits Associated with Its Development”, University of Pittsburgh at Bradford, 1998.
38. Young Kimberly, Rodgers Robert “The Relation Between Depression and Internet” , 1998.
39. Вакуленко А. Международное сотрудничество в сфере борьбы с контрабандой // "Закон и право", 2005, N 2, стр.8.
40. Горбатенко А. С. и др. „Родителям и педагогам. Всё о наркомании.” из. Феникс, Ростов – На – Дону, 2003.
41. Organizația Națiunilor Unite // www.un.org/legal/library//www.usm.md/bcu/cid-onu;
42. Oficiul European de Poliție// www.uniuneauropeana.ro/europol.htm;
43. www.unodc.org/unodc/en/resolution_1957-05-01_3.html;
44. www.uniunea_europeana.ro/programe.html.
45. info@imspdrn.md.

46. www.statistica.md