



UNIVERSITATEA „ȘTEFAN CEL MARE”, SUCEAVA
FACULTATEA DE ISTORIE ȘI GEOGRAFIE
DEPARTAMENTUL DE ȘTIINȚE UMANE ȘI SOCIAL-POLITICE

ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANELOR DEPENDENTE DE ALCOOL ȘI DROG

****Suport de curs****

Lector. univ. dr. Viorica-Cristina Cormoș

CUPRINS:

INTRODUCERE

CURS 1. CONCEPTUL DE DEPENDENȚĂ. NOȚIUNI GENERALE CU PRIVIRE LA CONSUMUL DE ALCOOL ȘI DROGURI

CURS 2. ALCOOLISMUL

CURS 3. ALCOOLISMUL - CAUZĂ A DISFUNCTIVITĂȚII FAMILIALE

CURS 4. CODEPENDENȚA ÎN FAMILIILE DE ALCOOLICI

CURS 5. COPIII DE ALCOOLICI. PROBLEMELE COPIILOR DE ALCOOLICI. TIPOLOGIA COPIILOR DE ALCOOLICI

CURS 6. MODELE DE INTERVENȚIE. TIPURI DE CONSILIERE ȘI INTERVENȚIE

ÎN TRATAREA DEPENDENȚEI DE ALCOOL

CURS.7 ROLUL FAMILIEI ÎN TRATAREA DEPENDENȚEI DE ALCOOL. MODALITĂȚI DE RECUPERARE ȘI REABILITARE A PERSOANELOR CU COMPORTAMENTE ADICTIVE

CURS 8. PROGRAME ȘI SERVICII DE PREVENȚIE ÎN DOMENIUL COMPORTAMENTELOR ADICTIVE. PROFILAXIA ALCOOLISMULUI

CURS 9. DROGURILE

CURS 10. FORMAREA PERSONALITĂȚII NARCODEPENDENTE

CURS 11. ASISTENȚA MEDICALĂ, PSIHOLOGICĂ ȘI SOCIALĂ A PERSOANELOR DEPENDENTE DE DROG

CURS 12. PSIHOTERAPIA PERSOANELOR DEPENDENTE

CURS 13. PREVENIREA NARCOMANIEI

CURS 14. POLITICILE ANTIDROG

BIBLIOGRAFIE

INTRODUCERE

Cursul de **Asistență socială a persoanelor dependente de alcool și drog** are durată de un semestru și se adresează studenților de la Programul de studii Asistență socială, anul III. Lucrarea este structurată în 14 cursuri unde sunt menționate conceptele de dependență, codependență, alcoolism, toxicomanie, sunt specificate cauzele și consecințele consumului de alcool și droguri, sunt aduse în atenție profilaxia alcoolismului și tratarea dependenței de alcool, sunt specificate serviciile socio-medice acordate persoanelor dependente de drog, modalitățile de prevenire, metodele de educație în domeniul drogurilor și politicile antidrog.

Pentru o bună înțelegere a cursului, studentul are obligația să parcurgă întreg materialul, să înțeleagă și să rețină conceptele de bază din material, să identifice cauzele și efectele alcoolismului și toxicomaniei asupra individului, respectiv asupra familiei acestuia și asupra societății, să-și însușească modalitățile de intervenție și să cunoască tipurile de servicii socio-medice necesare în asemenea situații de dependență.

Obiective:

- însușirea și valorificarea conceptelor de bază;
- formarea de capacități necesare în abordarea teoretică și empirică a realității sociale;
- identificarea problemelor individuale și sociale care apar ca urmare a consumului de alcool și drog;
- identificarea metodelor și tehnicilor în asistență socială importante în intervenția individuală și de grup;
- însușirea metodelor de tratament și a programelor de prevenire;
- formarea de deprinderi și abilități practice profesionale.

Modalități de evaluare:

Evaluarea cunoștințelor se vor realiza pe parcursul activităților de seminar și de curs, fiind evaluată implicarea activă, elaborarea unor lucrări practice și a unor referate realizate pe teme date, aprecierile obținute reprezentând 50% din notă, iar verificarea pe bază de examen reprezentând 50%.

CURS 1. CONCEPTUL DE DEPENDENȚĂ. NOȚIUNI GENERALE CU PRIVIRE LA CONSUMUL DE ALCOOL ȘI DROGURI

Conceptul de dependență

Potrivit definiției Organizației Mondiale a Sănătății, folosirea excesivă continuă sau sporadică a drogurilor, incompatibilă sau fără legătură cu practica medicală, este considerată drept consum ori 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, folosire a drogurilor în formă intermitentă, fără a se ajunge pînă la dependență fizică și psihică;
- episodic, folosirea drogurilor într-o anumită împrejurare;
- sistematic, folosirea drogurilor caracterizată de apariția și instalarea dependenței.

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

Așadar, dependența este o formă de consum voluntar, abuziv, periodic sau cronic de substanțe dependogene, dăunătoare atât individului, cât și societății, fără a avea la bază o motivație medicală, spre deosebire de farmaco-dependențele clasice, legitime, care sunt prin originea lor terapeutice ori paramedicale.

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”.

Tipuri de dependență:

1. **Dependență psihică** (sinonim fiind psihodependența) – constă dintr-o stare psihică, particulară, manifestată prin dorința foarte necesară și irezistibilă a subiectului de a continua utilizarea drogului și de a înlătura și disconfortul psihic. Dependența psihică se întâlnește în toate cazurile de dependență, cu anumite particularități, pentru fiecare drog în parte, putînd fi însoțită ori 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 provocato. 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. Dependență fizică - este rezultatul administrării îndelungate a unui drog. Ea se manifestă evident în cazurile când are loc reducerea marcantă a dozelor, întreruperea completă al administrării sau amânarea acesteia peste limitele suportabile ale organismului, situații, ce generează o serie de tulburări fizice. În ansamblul lor acestea îmbracă aspectul sindromului specific toxicomanilor, cunoscut sub numele de „sindrom de abinență” (sevrăj).

4. Abinența nu ține doar de simpla întrerupere a administrării drogului.

Simptomologia abinenței 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-umoral-metabolică-moleculară exercitată de sistemele neuromediatorilor. Simptomele de abinență în toate toxicomaniile au caracterul unei hiperfuncții compensatorii hipersimpaticotonice (energotropice) care este exprimată clinic prin dilatarea pupilară, grețuri, anorexie, hiperglicemie, intensă stare de neliniște psihomotorie.

Sevrăjul, în ceea ce privește anumite droguri, este nespun de greu de suportat de organism și în această situație, pentru ai înlătura efectele neplăcute, consumatorul recurge la o nouă administrare. Modul de manifestare a dependenței fizice, respectiv al sindromului de svraj, diferă în funcție de drog, atât în ceea ce privește natura simptomelor, cat 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 preciază încă din 1973 că riscul instalării 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;

proprietățile farmacologiceale substanței în cauză, în corelație cu cantitatea consumată, fregvența utilizării și modul de utilizare (îngerare, inhalare, fumare, injectare subcutanată sau intravenoasă).

Dependența care nu este dobîndită în mod accidental pe parcursul vietii 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-nascuții. Din această cauză la ora actuală, unul din zece copii aduși pe lume riscă să decedez ori prezintă grave malformații, întrucît 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 morfinic, dependența de tip cannabis, dependența de tip cocainic, dependența de tip amfetamnic, dependența de tip solvent etc.

I. Consumul de droguri

Cauzele și factorii consumului de drog.

Cauzele interne ale consumului de droguri.

În opinia adolescenților români și modoveni, 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 consum de droguri la această vîrstă sunt:

- anturajul/grupul de prieteni „dubioși”;
- climatul familial defavorabil;
- 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 constatat în esență 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 subloturile de adolescenți, de sex feminin, preadolescenți (între 12 și 16 ani). Diferențele rural – urban la acest item nu sunt semnificative din punct de vedere statistic.

Factorii inhibitori interni ai 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 influențabil;
- conștientizarea pericolului pe care îi presupune consumul;
- un ideal de viață/alte preocupări;

Se pare că principalul factor intern frenator al 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 inhibitori externi ai 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 mai mică importanță factorului mediu în care trăiesc în comparație cu băieții. Trebuie subliniat că mass-media sunt percepute de către adolescenți ca avînd o influență minimă ca factor inhibitor extern.

Pentru adolescenții din grupul celor care au declarat că vor „încerca” unele droguri, principalul factor inhibitor extern 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 mai mare importanță 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, cind egiptenii și-au dat seama ca suc de struguri se strică repede, iar suc 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 breasla de comercianți, care aveau controlul 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 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 al 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.

Tipurile de alcool.

După procentajul de obținere a alcoolului în lichidul căpătat, alcoolul se împarte în: alcool etilic, vinuri naturale și alcool sintetic.

Alcoolul etilic se obține în majoritatea cazurilor din graminee care sunt fermentate în prezența acidului lactic și se obține o substanță specificată toxică care ajunge pînă la 96 grade.

Vinurile naturale se obțin în rezultatul fermentației pomuşoarelor, o concentrație mărită de zahăr.

Alcoolul sintetic obișnuit din zaharurile sintetice fără procesul fermentativ care foarte bine este asimilat de organismul de proveniență animală, însă este foarte otrăvitor fiindcă conține un radical al metilului.

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 stăpîni, adică nu se poate reține de la vre-o 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: stăpînirea 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 (spirtul are o cantitate de energie mare dar nu conține substanțe nutritive).

2.Acționează ca anestezic asupra SNC, încetinind lucrul și micșorându-i efectivitatea.

3.Stimulează formarea urinei. În caz de abuz de alcool organismul pierde mai multă apă decât primește și celulele se deshidratează.

4.Scoate vremelnice din funcție ficatul. După o cantitate mare de alcool până la 2/3 din ficat pot ieși din funcție, dar 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 plămâni.

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 de o dată și jumătate ori mai mare decât în alte țesuturi. Destul de mare este concentrația lui și în ficat, pentru că acesta absoarbe, și neutralizează orice substanță, aflată în sânge în concentrațiile ce întrec norma.

Alcoolul trece fără oprire bariera sistemului nervos central (locul de acțiune), bariera placentei copilului (de altfel, ca multe alte droguri), 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, în prezența unei enzime polimorfe ce conține și zinc, explicând sensibilitatea deosebită la alcool a diferitelor persoane și popoare. 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 deranjată, reflexele sunt întârziate, vorbirea tulburată; la 0,7/1000: mișcări rapide ale globilor oculari; la 1/1000: amețeală; la 1,4/1000: granița coordonărilor este depășită; la 2/1000: pierderea cunoștinței și puterii de memorizare; 4/1000: pericol de moarte precedată de comă profundă.

Alcoolismul reprezintă, din păcate, în societatea noastră actuală, o mare problemă. 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 considerabil riscul, 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 Wemicke-Korsakov este o asociere de 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 neurotransmițători sunt scoși din funcțiune, tiamina (vitamina B) nu este resorbită, apoi se produc degenerescente ale multor areale în creier cu apariția demenței alcoolice. Adesea sunt prezente fenomenele de polineuropatie (inflamație generalizată 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 nazolabială, 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 folie și alte curențe 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;
- Deces.

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;
- Scurtarea duratei de viață;
- Moartea prin accidente.

Efectele alcoolului asupra lungimii 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 vechi proverb. Acei, însă, care consumă mult alcool zilnic și fără socoteală, vor suferi din toate punctele de vedere: fizic, moral, social și financiar și trăind cu cel puțin 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 în permanență 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. Băutorul fără nici un fel de opreliște, este într-un permanent pericol, atâta timp cât nu este conștient de faptele săvârșite: decese prin provocări de incendii de la

țigară, provocări de scandal, în care poate fi omorât de alți vecini, deces în timpul iernii, căzut pe drum sau în locuri necirculate, unde nu este descoperit și tratat la timp etc.

Fiecare ratie 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 afectați centrii coordinatori ce duc la dispariția inhibițiilor. Consumarea alcoolului în cantități mari mărește riscul cancerului cavității bucale. Alcoolul poate produce sterilitate și poate să încetinească dezvoltarea fătului la fel cum o face cu funcțiile celulelor și organelor.

CURS 2. ALCOOLISMUL

Alcoolismul. Noțiuni generale.

Alcoolismul este o patimă obsedată 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 când beau 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 razgândească 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 să bea, iar mulți dintre tineri care continuă ajung curând în faza consumului regulat.

2. Consumul regulat - tinerii ce consumă regulat alcool sunt consumatori sociali. Ei știu, cum se vor simți și optează să 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 regulat adolescenții consumă alcool pentru a experimenta efectele plăcute asociate cu alcoolul. În a treia fază, însă, tînărul 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. Caracteristic pentru această fază este 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 neadevătată;
- **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 narcotizant**
- 3. Stadiul de demență encefalică**

Cauzalitatea alcoolismului

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

Oamenii din toate păturile sociale și cu diferite meserii sunt dependenți de alcool. Există probleme de natură psiho-somatică, socială și idiologică, adică trebuie să existe anumite trăsături psihice și fizice într-o anumită situație dată 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 conflictuală într-o boală, în sinucidere, în dependență sau în fapte culpabile, presupune niște trăiri și un anumit comportament, o tulburare a prelucrării trăirilor necorespunzătoare 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 aparținătorilor, ale prietenilor și ale altor ajutoare specializate pot fi încununate cu succes prin luarea măsurilor necesare, plecând de la cauzele producerii dependenței.

În **cauzalitatea alcoolismului**, ca problemă cu multe controverse, 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 rîndul bărbaților), altele 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 predispoziții față de alcoolism cu prag redus de toleranță la frustrare, cu incapacitate de asumare a responsabilităților implicate în rolul social, cu predispoziții narcisiste, sentimentele 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;
- vîrsta: alcoolismul apare, de obicei, între 20 și 40 de ani la bărbați, iar la vîrsta de peste 65 ani alcoolismul este mai mult o raritate;
- istoricul familial: riscul copiilor ce provin din familii de alcoolici de a deveni ei înșiși alcoolici este de aproximativ patru ori mai mare decît 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 de băuturi alcoolice de către tineret

Consumul de alcool a crescut în ultimul timp ca volum și frecvență, iar vîrsta la care se începe băutul a scăzut. Studiile efectuate arată că obiceiul consumului de alcool începe din adolescență și debutul vîrstei adulte, dar consecințele patologice nu apar decît 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 autopercepție – adolescentul beat nuși poate controla comportarea. În primul rînd, el își pierde controlul asupra cuvintelor și acțiunilor sale, în timp ce reține în minte în mod normal ori 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 mic de vîrstă adolescentul, care știe deja gustul alcoolului și care a început să consume sistematic băuturi alcoolice, cu atât e mai mare posibilitatea ca el să devină alcoolic. Conform datelor narcologilor la adolescentul care a început în mod regulat să consume băuturi la vîrsta 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 vîrsta 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, considerînd ca la vîrsta de 13-16 ani se poate bea cîte puțin, numai „cu măsură”), apoi toate cazurile de consum a băuturilor alcoolice de către copii cad pe conștiința părinților. Sunt cunoscute cazuri, cînd părinții dau băuturi spirtoase copiilor „pentru de mîncare”, pentru „întărirea organismului”, etc.

În literatura științifică sunt descrise cazuri de psihoze alcoolice la copii de vîrsta 13-16 ani, care au consumat alcool regulat, cît și cazuri de hepatite grave și ciroze alcoolice. Cam 30-80 % din cazurile de consum al 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 tînăr 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 cît 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.

Dependenta de alcool se instalează după mai mulți ani și majoritatea persoanelor care solicită asistența medicală au peste 30 ani. Se observă diferențe importante 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 decît 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 țări 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 enzyme implicate în metabolismul alcoolului).
- Tradiții proalcoolice.
- 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).

CURS 3. ALCOOLISMUL -CAUZĂ A DISFUNCTIIONALITĂȚII FAMILIALE

Persoana dependenta de alcool

- ins dependent, depresiv, instabil și autodistructiv, impregnat de rea credință.

Tipuri de consumatori de alcool

Intrucat suntem diferiti, avem feluri diferite de a bea. Abuzul si dependenta de alcool suferă modificari de la unul la celalalt funcție de frecvența si cantitatea care se bea, de motivatia consumului si de perioada de pauza dintre perioadele de consum.

Profesorul E. M. Jellinek, in 1960, a studiat comportamentul de consum al alcoolicilor si a descris cinci tipuri de bautori:

1. Bautorii de tip ALFA - Motivul principal al consumului: relaxare, destresare, evadarea din stari de dispozitie neplacute. Acestia consuma alcool pentru a se usura, incercand sa-si rezolve prin aceasta deferite probleme. In aceasta forma inca exista control asupra consumului de alcool dar progresiv se poate instala dependenta. Exemple: consumul unui paharel inainte de dans, inaintea unei intalniri importante, seara acasa in fata televizorului, etc.
2. Bautorii de tip BETA - Motivul principal al consumului: obisnuinta de a asocia orice situatie/eveniment cu consumul de alcool. Acestia consuma frecvent alcool, cu diferite ocazii, fara a fi inca instalata dependenta. Totusi pot aparea anumite acuze legate de complicatii organice datorate abuzului de alcool (boli de ficat, de stomac, etc.) Exemple: consuma alcool la nunti, botezuri, petreceri, sarbatori, aniversari, etc.
3. Bautorii de tip GAMA - Motivul principal al consumului: nevoia psihica si fizica de consum, in lipsa consumului apar stari psihice si fizice neplacute (depresie, iritabilitate, nervozitate, melancolie, agresivitate, agitate psiho-motorie, dureri si indispozitii fizice). Acestia sunt dependenti de alcool in primul rand psihic, dar si fizic. Nu mai pot controla cantitatea de alcool consumata (dupa primele pahare isi pierde masura, consuma in continuare, apare starea de ebrietate). Exemple: consuma pe parcursul unei zile cu diferite ocazii, mai ales dimineata pentru inlaturarea simptomelor neplacute (tremurul mainilor, greutatea vorbiri, pierderea echilibrului) si seara pentru a putea avea un somn cat de cat confortabil.
4. Bautorii de tip DELTA - Motivul principal al consumului: nevoia fizica de a consuma alcool, obisnuinta. Acestia sunt dependenti de alcool in primul rand fizic.

Pot pastra o perioada mai lunga controlul asupra cantitatii de alcool consumata (nu se imbata tare, dar nici nu pot renunta). De pilda: obiceiul zilnic, ca dupa serviciu, cu colegii sa bea 2 beri la barul din cartier.

5. Bautorii de tip EPSILON (periodici) - Motivul principal al consumului: decopensare, lipsa capacitatii de a mentine un echilibru, stare de epuizare sau de depasire a resurselor functionale fizice si psihice. Acestia sunt dependenti de alcool consumand necontrolat timp de cateva zile, avand, insa si perioade mai lungi fara consum abuziv. Ca lungime de timp pauzele dintre episoadele de consum pot varia intre cateva saptamani pana la 5-6 luni de zile. Exemplu: dupa o pauza de 6 luni de zile, de revelion se incepe consumul si tine 1-2 saptamani, persoana fiind aproape permanent in stare de ebrietate.

O alta categorisire a consumatorilor de alcool poate fi:

1. Consumatori "sclavi ai grupului" - cei care nu pot spune "NU" grupului de apartenenta; care doresc prin adoptarea acestui comportament sa fie "acceptati" sau sa isi castige o anumita pozitie in grup: "Beau fiindca si prietenii mei o fac"; „Beau fiindca altfel ceilalti vor rade de mine!”
2. Consumatori "sclavi ai propriei imagini" - persoane care recurg la acest comportament pentru a-si crea sau mentine o anumita imagine. "Beau fiindca asta fac barbatii!"; "Beau fiindca voi fi mai puternic si mai interesant!"
3. Consumatori "sclavi ai propriilor slabiciuni" - persoane care consuma alcool fiindca cred ca acesta le va rezolva problemele. "Am o groaza de probleme pe care nu stiu sa le rezolv! "; "Beau fiindca imi place!"

Familia alcoolicului

Studiile care au încercat să individualizeze principalele motivații ale consumului de alcool, au recunoscut faptul că familia este un agent optim de promovare al acestuia, într-un mod mai mult sau mai puțin conștient. În acest sens s-au descoperit și surprinzătoare analogii între familia alcoolicului și aceea în care el a fost educat.

Familia este recunoscută ca responsabilă de controlul informal asupra consumului de băuturi alcoolice, obiceiurile care se verifică în cadrul acesteia, dinamica relațiilor care se stabilesc, stigmatizează obiceiurile consumatorului, dând naștere unor procese controlabile sau nu.

În familiile în care există consumatori de alcool, se declanșează o serie de conflicte și

disfuncționalități profunde în distribuirea rolurilor, fapt care duce către diagnosticarea întregii familii ca fiind bolnavă. Nu este necesar ca, spre exemplu, ambii părinți să fie consumatori de alcool, ci, din cauza faptului că, chiar și atunci când un singur membru este consumator, boala este asimilată de ceilalți, devenind reperul în baza căruia se stabilesc dinamismele conviețuirii în acea familie.

Copiii care se nasc în familiile în care există probleme în ceea ce privește consumul de alcool se lovesc, de multe ori, de incapacitatea părinților de a se îngriji de ei în mod adecvat și chiar și de incapacitatea acestora de a gestiona chiar și cele mai simple probleme familiale. Într-un astfel de cadru, copiii dezvoltă abilități în ceea ce privește gestionarea autosuficientă a propriei existențe. Ei merg până la a-și asuma responsabilități care în mod normal ar reveni părinților, astfel sărind peste copilărie. Acești copii sunt în aparență maturi dar, în timp, ei se dovedesc a fi mereu suferinzi și neliniștiți. Totodată, părinții alcoolici devin de multe ori izolați din punct de vedere social, fiind incapabili de a-și gestiona atât propriile nevoi cât și cele ale copiilor, însă, treptat, dezvoltă expectanțe suprarealiste cu privire la aceștia.

O familie funcțională, cu responsabilități, roluri și norme bine stabilite și corect îndeplinite, poate asigura o educație corespunzătoare copiilor. Spre deosebire de aceasta, familia alcoolică este una disfuncțională, de tip anxios - nevrotic, unde funcțiile ei de bază nu sunt îndeplinite decât parțial, iar necesitățile afective și rolurile membrilor sunt perturbate.

Funcția de bază, biologică este afectată, persoana consumatoare de alcool fiind predispusă la declanșarea unor boli cum ar fi: gastrită, ulcer gastric, tulburări de absorbție a vitaminei B12, ficat de stază (ficat gras), ciroză hepatică cu varice esofagiene, polineuropatie (afectarea tuturor nervilor periferici), leziuni cerebrale toxice (modificări de caracter, scăderea performanțelor intelectuale), consumul de alcool poate să afecteze negativ fătul și poate fi asociat cu cancerul la sân la femei, cancerul cavității bucale, al esofagului, al faringelui și laringelui și lista poate continua. La rândul ei viața sexuală este afectată, ca urmare putând apare o formă gravă de gelozie între parteneri.

Funcția economică este și ea periclitată. Agravarea dependenței declanșează probleme financiare, deoarece, cheltuindu-se mulți bani pe băutură, scade venitul familiei. Poate apărea și somajul ca urmare a absenteismului, randamentului scăzut, dificultăților de adaptare la locul de muncă a celui care bea și de aici o serie de consecințe negative asupra familiei. În cazul în care unul dintre soți bea, acesta nu mai face față responsabilităților privind bugetul familiei, acestea fiind preluate de partener. Partenerul își asumă toate responsabilitățile, inclusiv cea economică, devenind în timp tensionat, hiperprotectiv, transmițând în acest fel propriile neliniști și preocupări, copiilor (cu consecințe grave asupra viitoarei personalități a acestuia).

De asemeni și funcția psiho-afectivă suferă ample modificări. Se reduce afectivitatea, înțelegerea reciprocă, protecția și atenția din partea părinților, deoarece persoana dependentă atrage

acum toate energiile membrilor familiei. Apar curențe în comunicarea între membrii familiei și, mai ales, se pierde stima și respectul reciproc între partenerii cuplului, dar și între copii și adulți. Copiii încep să aibă îndoieli față de normele morale ale părinților, sunt debusolați, nemulțumiți, frustrați și, mai ales, se simt vinovați. Relațiile tensionate în familie merg până la violență domestică și conflicte cu legea. Consumul de alcool poate declanșa și psihoze, cum ar fi: beția patologică, delirium tremens, halucinoza alcoolică, gelozia obsesivă a alcooliciului, encefalopatia Wernicke, sindromul Korsakov.

Uneori, orice discuție purtată cu persoana consumatoare de alcool este imposibilă, deoarece chiar și mimica, vocea, pot să semnaleze alcooliciului reproșuri moralizatoare sau desconsiderare din partea celui cu care discută. Și din acest motiv familia consumatorului de alcool nu suferă doar perturbări interioare, dar și exterioare. Aceștia se izolează, apar scuzele fata de prietenii mai vechi de familie, apare jena, iar contactele se întrerup. Joan K. Jackson pe parcursul a trei ani de investigații asupra acestor tip de familii, a propus un model de adaptare a familiei la crizele de alcoolism.

Acest proces presupune mai multe etape:

1. faza de negare;
2. faza izolării sociale;
3. faza dezorganizării;
4. faza de organizare în ciuda problemelor;
5. stadiul eforturilor de a scăpa de problemă;
6. reorganizarea unei părți a familiei;
7. refacerea familiei (etapă existentă doar în unele cazuri)

Toate acestea întăresc ideea că dependența de alcool nu are un efect izolat, care să afecteze un singur individ, în fiecare caz victimele sunt multiple. În afară de persoana dependentă, celelalte victime sunt soția, părinții și copiii.

Funcționalitatea familiei este direct influențată de persoana alcoolică, iar membrii ei operează într-un sistem în cadrul căruia sunt interdependenți și cooperează pentru a supraviețui și a menține armonia. Când apare stresul provocat de alcoolic, toată familia se readaptează și se rearanjează pentru a instala un simulacru de echilibru și stabilitate.

Familia persoanei dependente este un grup de oameni răniți și confuzi, care sunt victimele dependenței, fără să facă abuz de alcool. Membrii familiei suferă în spatele persoanei bolnave, dar rar sunt tratați ca și cum ar avea nevoie de ajutor, rar li se oferă un program de recuperare personalizat pentru problemele și suferințele lor. În realitate și ei au nevoie de ajutor calificat, de sprijin și înțelegere. Aceste persoane care nu consumă alcool, dar sunt victimele lui, poartă denumirea de codependenți. Codependența este o reacție normală la comportamentul anormal al unui

dependent, fiind o stare emoțională, psihologică și comportamentală ce apare ca rezultat al unor situații care împiedică exprimarea deschisă a sentimentelor, ca și discutarea directă a problemelor personale și interpersonale. Termenul de codependență se folosește pentru a descrie o persoană a cărei viață este afectată ca urmare a interacțiunii ei cu persoana dependentă. În mod obișnuit, codependentul își dezvoltă un mod nesănătos de a face față vieții și, cu toate că vrea ca alcoolicul să renunțe complet a băutura, își asumă inconștient anumite roluri defectuoase și distructive, care îi întăresc acestuia dependența.

Majoritatea greșelilor membrilor unei familii în care există un dependent nu se fac din rea voință, ci din înțelegerea greșită a îngrijirilor pe care le necesită acesta sau din cauza temerilor refulate. Membrii familiei ar trebui să evite anumite atitudini care, de cele mai multe ori, se dovedesc cele mai frecvente cauze ale necazurilor lor, și să țină seama de următoarele reguli:

- să nu facă reproșuri inutile atunci când lucrurile nu se petrec după așteptări;
- să nu arate o neîncredere exagerată sau dimpotrivă, față de capacitatea de abținere a celui în cauză;
- să nu îi fie teamă să-i ceară să-și asume unele responsabilități;
- să nu evite total evenimentele unde se consumă alcool;
- să nu arate dezinteres față de noile pasiuni și activități ale dependentului;
- să nu evite total discuțiile cu privire la reglementarea consumului de alcool;
- să nu aștepte o atitudine servilă din partea dependentului pe considerentul că acesta este dator să își repare multe greșeli din trecut.

Nu este în intenția dependentului să provoace dezamăgirea membrilor familiei sale atunci când el nu este capabil să păstreze măsura consumului. Dependentul face pauze de băut și are succese de scurtă durată. El este convins și promite că pe viitor se va controla însă, în timp, observă că se înșală, căci dependența nu poate fi controlată prin simplă voință.

Tocmai acest lucru însă este greu acceptat de alcoolici și acesta continuă să se amăgească până când nu mai poate face diferența între realitate și imaginație. Membrii familiei încearcă, atât cu bunătațe cât și cu duritate, cu amenințări și promisiuni, să-l aducă la normal. Cel în cauză reacționează și el cu promisiuni, sau cu retragere, amenințări, crize de mânie, cu minciuni intenționate sau de autoamăgire. Conștientizarea acestor reacții în momentele de luciditate adâncesc nesiguranța dependentului și îi creează o stare de însingurare.

Doar dacă aparținătorii realizează că au de-a face cu o persoană bolnavă, care crede că este în deplinătatea facultăților sale mentale, dar în realitate nu-și mai poate controla acțiunile, pot înțelege și de ce acesta îi dezamăgește. Important ar fi ca aceștia să conștientizeze faptul că sunt la fel de neputincioși în fața dependenței, ca și cel în cauză.

CURS 4. CODEPENDENȚA ÎN FAMILIILE DE ALCOOLICI

După cum spune Petru Boișteanu în lucrarea sa „Alcoolism și comportament” (Editura Moldova, Iași, 1999), „cea mai mare parte a cuplurilor afectate în care alcoolismul reprezintă un factor cauzator al dizarmoniei, sunt caracterizate prin dezvoltări discomportamentale cu exacerbarea trăsăturilor egofile, aici incluzându-se și grupul celor ce imprimă tendința de impunere a unor raporturi de control omnipotent al unui partener asupra celuilalt”. El constată că alcoolismul „intervine în viața de familie, afectând legăturile și relațiile stabilite prin căsătorie, afectând comunicarea și coabitarea în cadrul unor relații modulate de rolul pe care îl dețin membrii familiei și prin care se realizează în mod normal liantul subiectiv informațional”.

Ca o regulă, condiția financiară a alcoolicului suferă, în detrimentul partenerului și a familiei. Un mariaj satisfăcător în aceste condiții este, practic, imposibil, iar deteriorarea situației de acasă îi agravează alcoolicului necazurile, dându-i noi motive de îngrijorare.

O problemă mult discutată și deseori controversată, se referă la soțiile alcoolicilor. Unele studii relevă faptul că multe femei cu soți alcoolici au o personalitate hipocondriacă, în măsură să le ducă la dependență față de soțul bolnav, astfel încât atunci când acesta își îmbunătățește oarecum viața, soția sa se poate prăbuși.

În cazul în care soția este consumatoare de alcool, se produce o reacție socială negativă puternic emoțională, pornindu-se de la ideea că o femeie care bea nu se poate ocupa suficient de copii și nu-și poate asigura un rol stabil în familie. Rolul central de soție și mamă, care este în general expectanța societății vizavi de femeie, implică faptul că unele comportamente și abuzuri (cum ar fi alcoolismul) sunt sancționate mult mai dur decât în cazul în care dependentul ar fi soțul. Aceste sancțiuni sunt menite, în viziunea celor care le aplică, să reprime un astfel de comportament, pornindu-se de la ideea că, atunci când mama este cea care bea, copiii suferă prejudicii ireparabile, lipsa de afecțiune și neimplicarea ei suficientă provocând acestora reacții de respingere, teamă de abandon și izolare.

Deși nu este suficient de clar rolul eredității în ceea ce privește transmiterea obiceiului de a consuma alcool, se poate vorbi totuși de un alcoolism familial. Într-un număr ridicat de cazuri, factorii psihofamiliali sunt cei mai importanți în motivarea instalării consumului de alcool: neînțelegeri între partenerii conjugal, manifestări de violență și agresivitate, întreținerea permanentă a unor sentimente de culpabilitate, părăsirea (voluntară sau nu) a domiciliului conjugal, încălcări ale fidelității conjugale. La acestea se adaugă pierderi de bunuri, lipsuri materiale, prezența în familie a persoanelor cu stări grave de invaliditate fizică, separări de lungă durată, situații psihotraumatizante, decese, divorțuri, eșecuri școlare sau profesionale.

Alcoolul poate acționa ca dezinhibitor selectiv al unor tendințe agresive potențiale, favorizând un comportament impulsiv, cu un grad ridicat de periculozitate socială. Deseori alcoolul este folosit ca mijloc de a depăși inhibițiile ce împiedică manifestarea agresivă.

Deși alcoolul este aproape omniprezent în conflictele intrafamiliale, totuși momentele de impact sunt generate și de alte subiecte, cum ar fi educația copiilor, probleme financiare, sexuale etc. Conflictul conjugal are un rol major în impactul alcoolismului parental asupra copiilor, aceștia încearcă să își modeleze propriul comportament după cel al părintelui violent, ajungând să considere violența ca un mijloc eficace de a controla sau exprima un sentiment de frustrare sau ostilitate. Alți copii dezvoltă sentimente de frustrare generate de neputința de a se opune părinților agresivi sau de a proteja un părinte împotriva violenței celuilalt. În general, asocierea consumului de alcool cu un comportament violent, are urmări grave asupra copiilor.

De asemenea, divorțul sau separarea în fapt a soților sunt mai frecvente în cazul cuplurilor în care unul sau amândoi partenerii sunt consumatori de alcool, ca urmare a existenței unei relații direct proporționale între intoxicația etilică cronică și conflictul conjugal.

Schimbările de rol cu asumarea unor sarcini suplimentare de către partenerul dependentului, dublate de incapacitatea primului de a îndeplini corespunzător obligațiile rolului vacant, amplifică impactul cel are asupra familiei factorii stresanți, în speță alcoolismul.

Probleme care afectează familia dependentului

Este greșit să credem că doar cel care consumă alcool este o victimă, toți membrii familiei sunt victime, deși ele nu consumă acest drog. Aici intervine codependența, acea reacție normală la comportamentul anormal al unui dependent. *Codependentul este o persoană a cărei viață este afectată prin implicare familială.* Și dacă victimele primare ale comportamentului de dependență sunt de obicei femeile, victimele secundare, dar cu un prognostic social din ce în ce mai negativ, sunt copiii. Codependentul dezvoltă un mod specific de a face față problemelor vieții, *el reacționează în loc să acționeze.* Prin repetare continuă, comportamentul lui duce la stereotipizare. Ajunge la alienare afectivă, acționând în virtutea inerției.

Rieth Eberhard (în lucrarea „Alcoolismul – o boală”) spune că există două tipuri de reacții specifice codependențelor, și anume reacțiile emoționale și reacții comportamentale.

I. Reacții emoționale ale codependențelor:

❖ *Vina*

Reacția emoțională vizavi de dependența unui membru al familiei își are în mod frecvent rădăcina în sentimentele de vină. De multe ori, în opinia celor din jur, pentru faptul că o persoană bea prea mult, vina aparține unui membru al familiei, de cele mai multe ori cei nominalizați fiind

partenerul sau părinții. Atitudinea și părerea societății, pot duce la învinovățirea de sine („oare bea din cauza mea?”; „sunt eu nepotrivit/ă?”; „oare merită o soț/soție mai bun/bună ca mine?”). O vină de asemenea proporții nu poate fi susținută sau tolerată. Astfel, de-a lungul timpului, cei doi parteneri încep să se învinovățească unul pe celălalt și acest sentiment de vinovăție îi împiedică să mai fie conștienți de sine. Fiecare este prins în propria plasă - persoana dependentă în dependență, iar partenerul în modelul comportamental familial și repetitiv.

❖ *Durerea (măhnirea)*

Aceasta este o altă reacție emoțională a familiei la dependență, membrii ei pierzând capacitatea de a se bucura de plăcerile vieții. Ei trec printr-o perioadă lungă și dificilă, în care experimentează sentimente de pierdere și anxietate și la care nu se întrevade nici un sfârșit.

Pentru membrii familiei, durerea apare ca rezultat al mai multor feluri de pierderi — a prestigiului, a statutului social, a demnității familiale, personale și părintești, a sentimentului de dragoste, a siguranței, a cercului inițial de prieteni, a resurselor financiare — pierderi în fiecare domeniu al vieții lor. Cel mai dureros este că nu își pot împărți durerea cu membrii familiei, fiecare dintre ei suferă complet singur și într-un mod unic. Codependenții au nevoie de cineva care să-i asculte, care să înțeleagă că și ei sunt victime ale bolii dependentului, care să-i ajute să-și direcționeze sentimentele către ei înșiși și nu către persoana dependentă, acesta fiind singurul mod prin care își pot depăși durerea.

❖ *Furia*

Codependenții sunt măcinați de furie și tristețe, la început ei îndreptându-i această furie către dependent și comportamentul său neadecvat.

Pe măsură ce boala se agravează, membrii familiei realizează că nu mai pot rezolva toate problemele cauzate de dependent, ca urmare ei nu știu ce să facă, iar starea aceasta de neputință îi face și mai furioși. Dar acum furia lor nu mai are o țintă precisă, ei sunt furioși în primul rând pe ei înșiși, apoi pe partener (chiar și în perioadele când acesta nu bea), pe copii, prieteni, societate. În esență furia lor este orientată către lume în general iar tot ceea ce îi înconjoară îi nemulțumește. Chiar dacă membrii familiei sunt extrem de furioși, ei nu se descarcă, sau mai bine zis, nu arată această furie. Ostilitatea e ascunsă undeva în interior, așteptând momentul potrivit pentru a izbucni, moment care însă nu apare. Câteodată, un membru al familiei izbucnește, dar nu rezolvă niciodată nimic. De multe ori furia sa este îndreptată greșit — către copii, iar suprimarea ei duce la apariția unor probleme de ordin fizic, cum ar fi migrene, dereglări digestive etc.

În cazul membrilor unei familii, furia este, de obicei, un conflict care se desfășoară doar în mintea lor. Ei au grijă de persoana dependentă, dar urăsc experiențele dureroase pe care sunt obligați se le trăiască. Devin “îngrijitori”, cu singurul scop de a-și menține demnitatea intactă, această

atitudine neavând nici o legătură cu vreun sentiment de dragoste adevărată. Experiențele dureroase îi fac să își îndrepte furia către dependent, ajungând să nu mai poată face diferența între dependență și persoană.

❖ *Umilința*

Dacă o persoană își suprimă sentimentele de furie, acest lucru duce automat la frustrări, resentimente și umilințe. Durerea emoțională poate fi foarte profundă și distructivă, căci, pe măsură ce dependența evoluează, comportamentul neadecvat al dependentului nu mai poate fi ascuns. În fiecare moment membrii familiei se simt umiliți: le este rușine cu persoana în cauză, cu comportamentul acesteia, dar nu reușesc să facă nimic în această privință. Pentru ei este dureros să ia parte la certuri fără rost sau să fie martori la schimburi violente de replici, cu atât mai mult cu cât dependentul îi învinovățește pe ei pentru necazurile lui. Acest tip de rană emoțională adâncă se adaugă sentimentelor deja existente de vină și rușine.

❖ *Rușinea*

Majoritatea experiențelor dureroase ce apar ca urmare a dependenței, îi copleșesc de rușine pe membrii familiei. Comportamentul neadecvat al dependentului în prezența rudelor sau a prietenilor pune familia într-o situație foarte jenantă. Cu cât situația în familie se agravează, cu atât jena crește, iar codependentului începe să-i fie rușine cu toată familia — îi este rușine cu dependentul, dar și cu oricare membru al familiei, inclusiv cu el însuși. Rușinea duce la scăderea aprecierii de sine în cazul fiecărui membru al familiei. De exemplu, mama unui dependent poate refuza să îndeplinească vreo funcție socială, deoarece îi este teamă că va fi întrebată despre fiul ei și dependența lui.

❖ *Frica*

Viața într-o familie în care există un dependent de alcool duce la apariția fricii — frică în ceea ce privește viitorul, viața de familie, resursele financiare, relațiile cu ceilalți, certurile, violența domestică, sănătatea dependentului, bețiile lui, în fapt o frică permanentă că nimic nu va mai fi normal. De fapt, codependentului poate ajunge să îi fie frică de absolut orice, chiar și lucrurile mărunte îl sperie, dar nu reușește să facă ceva pentru a-și ușura această stare. Sentimentul de frică apare ca urmare a stresului emoțional interiorizat, de care suferă de altfel fiecare membru al familiei.

❖ *Starea de singurătate*

Situația stresantă din familia dependentului duce la distrugerea comunicării dintre membrii ei. Dragostea, grija și atenția se pierd în stresul, anxietatea și crizele din fiecare zi. Întotdeauna izolarea creată de lipsa de comunicare duce la o stare de singurătate dureroasă. Pentru a nu mai fi

răniți emoțional, ei încearcă să-și ascundă sentimentele și nu le dezvăluie nimănui din afară, adoptând modele comportamentale protectiv-defensive. Codependenții vorbesc mult, dar niciodată cu un scop anume, nu-și împărtășesc niciodată unul altuia sentimentele sau emoțiile, dar nici celor din jur, ei sunt întotdeauna singuri.

II. Reacții comportamentale

Sentimentele mai sus menționate duc la o serie de reacții comportamentale provocate de dependență. Cele care vor fi enumerate se numără printre multele modele comportamentale și roluri (instinctive, dar distructive), adoptate de către membrii familiei, cu buna intenție de a-l ajuta pe dependent să-și depășească problema. Pe măsură ce teama crește, și la codependenți se manifestă negarea, similară cu cea a dependentului.

Pentru a supraviețui fiecare dintre ei ajunge să fie prins într-un set de metode rigide de apărare, având nevoie de ajutor pentru a conștientiza că aceste modele comportamentale sunt autodistructive. În această fază, realitatea începe să pătrundă forțat în viața familiei și, pe măsură ce boala dependentului evoluează și se agravează, cei apropiați lui își dau seama că problema nu mai poate fi negată sau ascunsă și trebuie să facă ceva pentru a o rezolva. Instinctiv ei și asumă o serie de roluri și modele comportamentale.

❖ *Protectorul*

O astfel de poziție este adoptată de obicei de femeia aflată într-o relație cu un dependent. Ea dorește să îi demonstreze dependentului că îi pasă, că este îngrijorată și că vrea să îl scape de probleme dar, în afară de aceste motive, ea caută să-și protejeze propria demnitate. Își asumă acest rol pentru a-și înfrânge sentimentele de vină și o apreciere de sine scăzută. În aceeași idee ea ascunde și urmările vizibile ale consumului lui de alcool.

De exemplu, soția descoperă că dependentul are multe datorii și în loc să îl facă să își dea seama de problemele care apar datorită iresponsabilității sale, ea îi achită toate datoriile numai pentru a evita o situație neplăcută. Ea își asumă rolul de soție ideală, care se poate descurca fără alt sprijin, iar o astfel de atitudine îi face viața mult mai ușoară persoanei dependente, ce va continua abuzurile. Ea continuă să-l protejeze, să-l sprijine, să-și ceară scuze pentru greșelile lui, fără să își dea seama că acest rol pe care îl adoptă îi permite soțului să se comporte în continuare într-un mod iresponsabil.

❖ *Încercarea de control*

Este cazul în care codependentul face tot felul de eforturi de a controla consumul persoanei dependente, prin diverse metode, cum ar fi:

- Îi cere să bea doar acasă;
- Aruncă băutura sau o ascunde;

- O însoțește peste tot pentru a putea controla accesul la băutură.

Cu cât membrii familiei încearcă să-l controleze pe dependent, cu atât eforturile lor nu vor da rezultat. Această încercare de control de obicei provoacă furia dependentului, astfel că el își intensifică abuzul și situația se înrăutățește.

❖ *Învinovățirea*

Victima primară a acestui model comportamental este femeia. În urma relaționării cu persoana dependentă ea încearcă cu disperare să-și depășească sentimentele negative pe care le are în legătură cu propria persoană, dar ele se proiectează asupra celorlalți sub forma fricii și a furiei. Ea își ascunde sentimentele negative referitoare la ea însăși în anumite forme specifice:

- Justificare: „Bat copiii fără motiv, pentru că nu te pot „rezolva” pe tine!”
- Atac direct: „Dacă ai fi fost un bărbat cu voință, te-ai fi lăsat de băutură de mult!”
- Sarcasm: „Sunt sigură că ai venit la ora asta pentru că te-a ținut șeful tău la birou”
- Amenințare: „Te dau afară din casă dacă mai bei!”

❖ *Evitarea societății*

Pe măsură ce dependența evoluează, codependentul manifestă tulburări de dispoziție care îl fac să creadă că își pierde controlul asupra propriei persoane. Pentru a nu mai suferi și pentru a-și ascunde sentimentele, adoptă un comportament protector de apărare, evitând din ce în ce mai mult comunicarea și contactul direct cu comunitatea, ajungând să prefere singurătatea.

❖ *Atitudinea recalcitrantă*

Este un alt tip de reacție comportamentală prin care membrul familiei - de obicei copilul - distrage atenția de la principala problemă a familiei – cea a alcoolismului.

De cele mai multe ori persoana recalcitrantă atrage atenția în sens negativ - de exemplu, atunci când dependentul începe să țipe, ea pleacă de acasă fără să aibă vreun scop și nu se obosește să anunțe pe cineva. Acest tip de comportament este folosit pentru a ascunde durerea, deoarece în felul acesta se atrage atenția familiei asupra persoanei recalcitrante. Deși nu este vorba decât de o atenție într-un sens negativ, codependenții pot adopta acest tip de comportament.

❖ *Apatia*

Acesta este un comportament defensiv destul de greu de explicat, deoarece individul este o persoană pasivă, ce nu-și exprimă deloc sentimentele, el retrăgându-se liniștit din situațiile dificile. Chiar dacă are loc o criză gravă, răspunsul lui exterior va fi minim. Cauzele unui astfel de comportament se află în sentimentele lui de autocompătimire. Codependentul pare să adopte o atitudine de genul “nu-mi pasă” dar, în timp ce apaticul este calm în aparență, în realitate el nu reușește să-și domolească anxietatea interioară.

CURS 5. COPIII DE ALCOOLICI. PROBLEMELE COPIILOR DE ALCOOLICI. TIPOLOGIA COPIILOR DE ALCOOLICI

Orice copil obișnuit este o ființă inocentă, frumoasă și delicată, plină de energie, care oferă și primește dragoste cu ușurință, este obraznic, jucăuș, face anumite lucruri pentru a obține aprobare sau recompense, iar ceea ce îl caracterizează cel mai bine este faptul că este lipsit de griji. La polul opus se află copilul alcoolicului, care nu este deloc lipsit de griji, deseori este retras și nu supără pe nimeni, se ascunde într-un colț, deși nu își dorește cu adevărat să se ascundă.

Acești copii sunt supuși unui dublu risc: riscul de a fi lezați și neglijăți sau riscul de a împrumuta modelele parentale ale adulților, în ambele cazuri ei devenind, în timp “copii cu nevoi speciale”.

În general ei sunt ignorați, deoarece toată atenția este orientată spre părintele alcoolic. Comportamentul egocentrist, necooperant și distructiv al alcoolicului, atrage complet ceea ce copilul își dorește cel mai mult, și anume atenție. În același timp, copilul este dezavantajat prin aceea că adulții își pot alege perechea, deci au și posibilitatea de a-i părăsi, copiii nu pot alege sau hotărî când să termine o relație părinte - copil.

Copilul alcoolicului învață să creeze probleme pentru a atrage atenția asupra sa sau, dimpotrivă, ajunge să nu aibă dorințe sau nevoi, să nu ceară nimic.

A fi copil de alcoolic reprezintă, în mod obișnuit, o situație traumatizantă. Impactul variază în funcție de mulți factori și în particular, de vulnerabilitatea proprie fiecărui copil.

Acești factori ar putea fi grupați astfel:

- fragilitatea organică a copilului;
- condițiile materiale ale familiei;
- ambianța afectivă din familie;
- nevoia de model.

De multe ori, la descendenții alcoolicilor, s-au constatat un set de tulburări de ordin fizic și psihic cum ar fi: disformologie facială caracteristică, neliniște psihomotorie, somnambulism, reacții accentuate de opoziție, anxietate, agresivitate, enurezis nocturn și tulburări de comportament.

Se constată, în foarte multe cazuri, o dezvoltare intelectuală la nivelul debilității mintale, frecvente fiind cazurile unde dezvoltarea intelectuală se află la limita inferioară a normalității.

Este important să se rețină faptul că alcoolul are efecte inter - generaționale în mod special, în familiile în care există consumatori în stadiu avansat. Când mama este consumatorul de alcool, copilul poate suferi de „sindromul alcoolic fetal”, ce reprezintă o afecțiune din naștere a copilului,

prin expunerea intrauterină a fătului la alcool.

Cu toate acestea, factorul genetic explică doar o parte a riscului de dependență alcoolică, o parte semnificativă a riscului venind din factorii ambientali sau interpersonal, risc care include atitudini culturale, familiale, obiceiuri, filosofia vieții (Gilles Ferriol, 2000).

Repercusiunile dezvoltării unui copil într-o familie în care există un membru alcoolic pot fi foarte grave. Ele, fie reflectă neglijența în îngrijirea și educarea copiilor (stări de subnutriție, devieri de conduită), fie reflectă manifestările agresive ale părinților, ale maltratărilor ce pot merge până la cauzarea de fracturi sau chiar agresiuni sexuale.

Probleme ale copiilor de alcoolici

Trăind într-un mediu familial în care dezvoltarea sa armonioasă este pusă în pericol, copiii de alcoolici se pot confrunta cu o serie de probleme:

➤ Lipsa unui model

Nici un copil nu se naște cu anumite standarde de evaluare a comportamentului, aptitudini sociale sau valori morale, el trebuind să învețe aceste lucruri din exemplul celor din jur.

Într-o familie cu un părinte dependent de alcool, copiii nu văd decât vină, justificare, negare, agresivitate și comportamente negative repetitive, singura lui experiență limitându-se, de multe ori, la a fi certat sau lovit.

Părintele alcoolic este, uneori, iubitor și bun, jucând rolul de bun camarad și promițându-i acestuia tot ce își dorește. Alteori, vine beat, îl lovește, este agresiv verbal și nu-și respectă promisiunile. În această situație, copilul nu are un comportament coerent după care să se ghideze, devine nesigur, anxios și pasiv.

În cazul în care tatăl este dependent de alcool, comportamentul lui îi învață pe copii că violența și dragostea merg mână în mână. Copilul nu are ocazia să afle că numai tandrețea și dragostea pot fi “pereche”.

Dacă, pentru a face față situației, copilul respinge violența, lui îi este greu să găsească altceva cu ce să o înlocuiască, deoarece nu știe de existența unei alte modalități de a gestiona sentimentul de furie și respinge singura modalitatea pe care o cunoaște. Astfel, apare un gol în comportamentul lui, care, de multe ori, este umplut de pasivitate și neajutorare.

➤ Minciuna

Copiii alcoolizilor mint chiar și atunci când le-ar fi la fel de ușor să spună adevărul, minciuna fiind un element de bază în familia afectată, în care întotdeauna se neagă faptele jenante, promisiunile încălcate și inconsecvențele adulților.

Copilul aude multe promisiuni făcute de părintele alcoolic, promisiuni care se dovedesc a fi

minciuni, învățând astfel să mintă. Ca o consecință directă a acestei soluții de evitare a responsabilității, în ochii copiilor adevărul nu mai are nici o valoare.

Dacă acești copii sunt confrunțați cu adevărul, se încurcă și nu mai știu ce să spună, atât din cauza unei eventuale dezaprobări din partea părinților, cât și din cauza neînțelegerii conceptului de adevăr. Atunci când mint acești copii nu au remușcări și nu simt vreo vină, deoarece ei nu au învățat că este greșit să minți. De fapt, mai curând se simt vinovați atunci când spun adevărul, dacă acest lucru afectează pe cineva important pentru ei. Acest fapt creează pentru copii numai confuzie și nu dorință de sinceritate.

➤ Negarea

Atunci când neagă problemele existente în familie, copiii își neagă și sentimentele provocate de acestea. Când sinceritatea se învață în situații traumatice, duce deseori la disconfort. Astfel, acești copii învață să minimalizeze și să reducă problemele, deoarece le este teamă de ceea ce s-ar putea întâmpla dacă ar spune adevărul. De multe ori, se întâmplă ca atunci când copilul spune adevărul, să i se răspundă că nu are dreptate: ”tatăl tău nu este beat, este deprimat. E bolnav, are gripă”. Mânia este reprimată pentru a evita o ceartă, iar speranțele sunt reprimare pentru a evita respingerile.

➤ Pierderea respectului față de sine

Copii proveniți din familii cu un membru alcoolic au de cele mai multe ori o stimă de sine scăzută. Ei nu se simt demni de nimic, nu știu să se aprecieze și să se respecte. Pentru a putea face asta, copilul cu un părinte alcoolic, ar trebui să fie conștient de propria personalitate, pe care, din păcate nu poate să și-o dezvolte normal. El nu se percepe pe sine decât din descrierea celor apropiați lui, iar aceste mesaje, de obicei, sunt negative, iar copilul le interiorizează. Câteodată, mesajele pot fi contradictorii și copilul nu poate discerne care este cel adevărat.

Nimic din ceea ce face nu este apreciat că fiind destul de bun, deoarece se găsește mereu cineva să-l critice, să-l blameze, așadar el ajunge să creadă că nu este capabil să facă ceva bine, oricât de mult ar încerca. Ca urmare, copilul se simte absolut inutil, nedemn și neînsemnat.

➤ Depresia

Depresia poate apărea la vârste mici dar, de obicei, se manifestă în principal la vârsta adolescenței. Atunci apar sentimente precum: milă de sine, lamentare, neajutorare, ură de sine, sentiment de incompetență, toate acestea ducând la izolare sau la tulburări de comportament.

Depresia apare ca urmare a deprimării provocată de faptul că atenția părinților nu este deloc orientată către copil, ci în cu totul altă parte. El nu are pe nimeni cu care să își poată discuta problemele căci, chiar părintele nealcoolic este adesea indisponibil, prea obosit sau, la rândul lui, deprimat pentru a discuta cu el.

Pe lângă faptul că nu are pe nimeni cu care să-și discute problemele (ceea ce constituie un

lucru vital în dezvoltarea sănătoasă a unui copil), mai apare și o anxietate imensă atunci când abordează o problemă care necesită aptitudini, cunoștințe și experiență mai mare decât capacitățile sale.

Acești copii manifestă o pseudo-maturitate care acoperă nevoile neîndeplinite, dar importante ale copilăriei.

Cauzele depresiei cronice la care se poate ajunge sunt enormitatea problemei și a rezultatelor sale, imposibilitatea de a schimba lucrurile și situația familială care nu poate fi modificată.

➤ Frica

Copiii alcoolicii sunt adesea tratați cu aceeași formalitate rece cu care adulții se tratează între ei. Fără îmbrățișări și mângâieri, copilul învață să primească atingerea fizică cu suspiciune și, în același timp, să o dorească. Sub masca unui control aparent, se ascunde un copil singur, speriat, care vrea dragoste, tandrețe și afecțiune.

Tipologia copiilor de alcoolici

Copiii crescuți în familii în care se consumă alcool în exces, își asumă unul sau mai multe roluri în structura acestei familii, și anume: *copilul responsabil*, *copilul adaptabil*, *copilul conciliant* și *copilul problemă*.

1. Copilul responsabil

Acest tip de copil își asumă o parte din responsabilitățile care ar trebui să fie ale părinților, având loc o încărcare de rol. El contribuie la stabilitatea familiei, preluând, spre exemplu, responsabilitatea de a a-și îngriji frații. Aparent el este independent, capabil, matur, dar, deoarece realizările sale nu au ca punct de plecare o alegere proprie, ci nevoia de a supraviețui, el ajunge să plătească mai târziu această maturitate dobândită prea timpuriu. Lipsit de ajutorul și sfaturile de care are mare nevoie, acestui copil i se refuză propria copilărie și este forțat să realizeze lucruri mult peste puterile lui. El ajunge să confunde ideea de a fi iubit cu cea de a fi necesar, ideea de afecțiune cu cea de îngrijire.

2. Copilul adaptabil

Din pricina mediului instabil în care trăiește, un copil poate ajunge să învețe să se adapteze oricărei situații. El nu reacționează vizibil la situații noi și nu își exprimă sentimentele generate de aceste situații. A nu gândi, a nu întreba și a nu reacționa la o situație i se pare mai ușor. Pur și simplu el se adaptează, adică face ceea ce i se cere, detașându-se cât mai mult posibil din punct de vedere emoțional, fizic și social. Copilul învață că cel mai ușor mod de a menține liniștea în cadrul familiei este prin a face ceea ce i se cere, fără să pună întrebări.

Acest tip de copil se obișnuiește cu ideea că orice fel de exprimare a sentimentelor este un

greșită, că va fi întâmpinat cu dezaprobare, ostilitate sau repulsie și, pentru a evita acest fel de pedeapsă, învață să-și reprime sentimentele.

Adesea el este considerat bine adaptat și neafectat de haosul familiei sale. Dar adoptarea unui comportament artificial nu duce la o dezvoltare completă, oricât de bine ar arăta din exterior comportamentul său.

Când acești copii cresc, ajung să fie manipulați de persoanele care îi înconjoară. Nu se pot impune, chiar și atunci când devin conștienți că sunt manipulați, transformându-se în victime atât acasă, la locul de muncă, cât și în relațiile cu ceilalți.

3. *Copilul conciliant*

Acesta merge puțin mai departe decât copilul adaptabil, în sensul că anticipează problemele celor din jur și încearcă să-i ajute, fără să le pese dacă, făcând asta, suferă sau este rănit. El este mereu ocupat, având grijă de nevoile emoționale ale tuturor. Este un copil afectuos, sensibil, ascultător, care demonstrează o capacitate imensă de a-i ajuta pe ceilalți. Pentru copilul conciliant, a supraviețui înseamnă a face tot posibilul ca cei din jurul său să nu fie apăsăți de vină, frică sau tristețe.

4. *Copilul problemă*

Unii copii din familiile cu un membru alcoolic devin foarte furioși, și asta de la o vârstă foarte mică. De fapt ei sunt confuzi și speriați și se manifestă în așa fel încât să atragă atenția, însă o atrag numai în sens negativ. Au tot felul de probleme acasă, la școală și chiar în zona de locuit. Acești copii ajung să fie rebeli, se comportă ca niște delicvenți, au accese de furie și renunță la școală.

Copiii alcoolicii sunt conduși de trei legi nescrise (Hans Klein, 1999): *să nu vorbești, să nu ai încredere, să nu simți*.

○ *Să nu vorbești*

Copiii alcoolicii nu vorbesc niciodată liber despre ceea ce se întâmplă acasă. Deși i-ar putea ajuta, ei nu vorbesc cu prietenii, profesorii sau rudele despre scenele haotice la care asistă (țipete, plânsete sau chiar abuz fizic).

○ *Să nu ai încredere*

Acești copii nu ajung să cunoască vreodată termenul de încredere, și asta din pricina comportamentului contradictoriu și imprevizibil al părinților. Aud mereu numai minciuni și promisiuni deșarte și nu au nici un model pozitiv pe care să-l poată urma, iar din această cauză, pentru ei, a avea încredere înseamnă a fi dezamăgiți.

Părinții nu își susțin copiii din punct de vedere afectiv, fizic sau psihologic și de cele mai multe ori nu-și respectă promisiunile. Copilului i se spun numai minciuni și replica părinților este

întotdeauna aceeași: “Data viitoare chiar fac ce ți-am promis, dar nu acum!”. În concluzie, mesajul pe care îl primește copilul este acela de a nu crede ce i se spune și ca urmare a nu avea încredere în nimeni.

- *Să nu simți*

Copiii alcoolicii nu au un model după care să recunoască sentimentele. Părinții își reprimă simțămintele și nu le discută, din acest lucru rezultă faptul că copii lor nu au ocazia să-și dezvolte un vocabular adecvat pentru a exprima ceea ce simt.

Pe lângă lipsa unui model de la care să învețe cum se exprimă sentimentele, pentru copiii alcoolicii mai apare și dezaprobarea de către părinți atunci când, totuși, ei încearcă să arate ceea ce simt. Copiii sunt învățați să nu vorbească despre bețiile părintelui și despre problemele pe care acestea le cauzează. La început, copilul învață că nu e bine să spună ce simte, pentru a sfârși prin a crede că însăși sentimentele constituie ceva rău. În mod instinctiv, copilul se obișnuiește cu ideea că nu poate discuta despre ceea ce simte, nici cu părintele alcoolic și nici cu celălalt.

De asemenea, copiii învață că, dacă își exprimă sentimentele, va fi întâmpinat numai cu dezaprobare, ostilitate sau respingere și, pentru a evita ceea ce pentru el este o pedeapsă, își reprimă trăirile.

Mediul și caracterul copiilor de alcoolici

În familiile în care unul dintre părinți este alcoolic, în mod automat apar multe neînțelegeri și conflicte între cei doi. Copiii lor, care au o sensibilitate mai accentuată, au mult mai mult de suferit decât adulții, atunci când trebuie să asiste la materializarea acestor conflicte. La început, nu înțeleg cauzele acestor dispute și simt doar o durere profundă. Pe măsură ce cresc, înțeleg cauzele și atunci durerii i se adaugă disprețul, uneori chiar ura. Copilul ajunge să își disprețuiască părintele pentru slăbiciunea lui și neputința de a se stăpâni, îl urăște fiindcă nu este ceea ce și-ar dori el să fie, că nu este la înălțimea idealului pe care l-a creat pentru el. Cu spiritul critic ascuțit pe care copilul începe să îl aibă de la o anumită vârstă, cu imparțialitatea caracteristică, el își judecă părinții.

În momentul în care alcoolul a pus stăpânire pe unul din părinți și certurile se produc fără ca cei doi soți să facă cel mai mic efort spre a le opri, unitatea familiei este distrusă, căminul se prăbușește trăgând după sine copilul.

Lipsa de afecțiune a părinților față de copii, fie că este exteriorizată sau nu, tulbură profund raporturile dintre ei. Nervozitatea, brutalitatea, nepăsarea, ironia caracterizează aceste raporturi.

De cele mai multe ori părinții nu își cunosc îndatoririle, nu cunosc ce fel de relații trebuie să se stabilească între ei și copii. Așa se explică lipsa totală de autoritate sau, dimpotrivă o autoritate foarte puternică, dar care nu este dublată dovezi de afecțiune. Există tendința ca această autoritate excesivă să se transforme în agresivitate. Se știe însă că agresivitatea naște agresivitate și nimic nu

îndepărtează mai mult copiii de părinți decât violența fizică.

De la aprecierile jignitoare la adresa celuilalt, la acte de violență fizică, distanța nu este niciodată prea mare. Brutalitatea neutralizează efectul sancțiunii, făcând din copil un insensibil sau, dimpotrivă îi exagerează efectul, făcând din el un om lipsit de demnitate.

Violența jignește și deprimă profund la orice vârstă. Copiii sunt speriați de comportamentul părintelui alcoolic, care-și brutalizează partenerul, de verbalizările jignitoare și în general de toată atmosfera încordată de acasă.

Aceste anomalii pot genera la copii o serie de complexe caracteriale. Complexele sunt rezultatul unei acumulări îndelungate de stări afective negative, care apar în funcție de receptivitatea copilului. Ele sunt provocate, în special, de climatul familial care nu satisface cele trei mari nevoi ale copilului: dragoste, siguranță și posibilitate de afirmare.

Dacă părinții își înțeleg rolul și îndatoririle, aceste nevoi vor fi satisfăcute și nici o tulburare nu se va ivi în comportamentul copilului. Dimpotrivă, dacă părinții consumă alcool, nevoile copiilor rămân nesatisfăcute, făcându-și apariția următoarele complexe: *complexul de inferioritate*, *complexul lipsei de dragoste*, *complexul de abandon*.

Complexul de inferioritate se manifestă prin timiditate, lipsă de încredere în sine, lipsă de curaj, groaza de a nu eșua, toate acestea ducând la panică. Complexul de inferioritate poate fi declanșat de autoritatea excesivă a unui părinte alcoolic care strivește sub imperativele sale toate încercările de afirmare a personalității unui copil. De câte ori copilul devenit adult va trebui să înfrunte pe cineva, el va simți același sentiment de panică, de inferioritate avut în preajma părintelui său.

Complexul lipsei de dragoste se produce ori de câte ori copilul este privat de dragostea părinților, spre exemplu atunci când unul dintre părinți își concentrează atenția asupra soțului dependent și nu mai acordă copilului atenția necesară. La această frustrare copilul reacționează prin violență, sau prin comportamente pe care nimeni nu le poate înțelege: lăcomie, agresivitate, în general, un comportament revendicativ.

Complexul de abandon este cauzat de un abandon total sau parțial. Este cazul copiilor care, cu sensibilitatea specifică vârstei, simt că legăturile afective dintre părinți nu sunt suficient de puternice, că părintele alcoolic neglijează fie îndatoririle de soț, fie cele de părinte. Ei se simt vinovați pentru dependența părintelui și trăiesc sentimentul că vor fi abandonați.

Caracterul afectiv al mediului familial trebuie completat de un sentiment de siguranță, copilul trebuie să se simtă ocrotit.

Certitudinile oferite de universul familial sunt cea mai sigură garanție că copilul va reacționa corespunzător când se va întâlni cu situații conflictuale în afara familiei.

Fiecare societate încredințează părinților și familiei ca întreg, o sarcină importantă, cea de a transmite norme și reguli morale, de conduită și de a asigura internalizarea acestora sub formă de convingeri, atitudini, și motivații.

În situațiile în care absența realizării unor funcții ale familiei determină reacții care nu sunt în conformitate cu normele pozitive ale societății, copilul manifestă tendințe de marginalizare și devianță, care au un impact negativ asupra dezvoltării conduitei sale.

Se consideră că un copil este socializat atunci când învață să se comporte în concordanță cu modurile de gândire specifice comunității din care face parte, atunci când selectează conduite compatibile cu rolul social pe care va trebui să-l îndeplinească pe parcursul vieții sale. Dimpotrivă, se consideră un copil ca fiind deviant, atunci când el nu acceptă sau, se abate, de la normele și valorile unanim recunoscute în comunitatea din care face parte și adoptă comportamente indezirabile din punct de vedere al acelei comunități.

De la vârsta copilăriei și până la adolescență părintele este un model în formarea întregii personalități a copilului. De aceea, încă de mici, copiii tind să imite sau să își însușească comportamentele părinților, crezând că sunt cele mai bune. Se poate spune că, în cazul unei familii cu un părinte alcoolic, există riscul major ca și copilul să consume alcool mai târziu, să devină agresiv, marginalizat.

S-au emis multe ipoteze și explicații în privința creșterii consumului de alcool în rândul tinerilor, uneori folosindu-se drept explicație modelul parental deficitar. O altă posibilă explicație a instalării alcoolismului la adolescenți și la tineri este „moda“, alcoolismul devenind un mod de afirmare a tânărului în cadrul grupului său de prieteni. Deși comportamentul tânărului în formare, în general, prezintă o oarecare instabilitate și impulsivitate, un mediu familial dominat de alcool și de carențe educative, poate agrava aceste tendințe, stimulând pe adolescent să adopte moduri inadecvate de interpretare a situațiilor frustrante.

În familiile cu unul sau ambii părinți alcoolici se înregistrează la copii multe cazuri de vagabondaj și delincvență juvenilă. Pe baza exemplelor furnizate de membrii familiei, copilul se adaptează la mediul înconjurător. Imposibilitatea de a se adapta lumii fără sprijinul părinților și mai ales, afectivitatea ce-l leagă de aceștia, fac din copil un imitator al gesturilor, atitudinilor și faptelor părinților.

Modul cum părinții muncesc, cum apreciază lucrurile și oamenii, cum se comportă în familie și în societate, se imprimă în atitudinile copilului, devenind pentru acesta un mod de a acționa pe parcursul vieții.

CURS 6. MODELE DE INTERVENȚIE. TIPURI DE CONSILIERE ȘI INTERVENȚIE ÎN TRATAREA DEPENDENȚEI DE ALCOOL

Tratarea dependenței de alcool presupune munca la trei nivele: la nivel de terapie, la nivel de recuperare medicală și reabilitare psihosocială, la nivel de reinserție, reintegrare familială și socio-profesională

Deoarece avem de-a face cu o problemă complexă, dificil de abordat și anume fenomenul adicției, în materie de terapie, recuperare, reabilitare și reinserție s-au încercat o mulțime de abordări, în funcție de anumite criterii.

O clasificare analitică a modelelor de intervenție este în funcție de criteriul disciplinar:

1. Modelul de intervenție de factură medicală

2. Modelul de intervenție de factură psihologică

3. Modelul de intervenție de factură sociologico-antropologică

1. Modelul medical, promovează ideea că temelia adicțiilor ar consta în dereglarea unor mecanisme neuropsihologice, în acest model se recomandă ca în terapie să se lucreze cu aceste mecanisme neuropsihologice dereglate: alcoolul afectează și metabolismul. Această intervenție se concretizează în cure de dezintoxicare, de fortificare a organismului demineralizat și devitaminizat (întrucât alcoolul nu conține decât glucide, iar un alcoolic își obține aportul caloric în urma acestui consum dar în realitate organismul este secătuit de minerale și vitamine) și de intervenții medicamentoase asupra stărilor la nivel psihoafectiv determinat de consum/servraj.

Una dintre curele de dezintoxicare merge pe ideea de dezobșnuire a organismului la nivel fiziologic de drogul consumat prin cura de alcool și antalcool (pentru a produce o stare de aversiune asupra alcoolului: greață, vărsături etc.)

Privind intervenția în raport cu corelația psiho-fiziologică a consumului de droguri, apar probleme cu neurotransmițătorii (omul este înzestrat de la natură să-și producă singur stările plăcute, dar plăcerea este o momentală a vieții, amăgirea ei), la persoanele cu comportament adictiv sunt afectate acele mecanisme naturale de producere a stărilor de plăcere, bucurie, încredere și astfel nu-și mai produce singur, de unde rezultă ideea că o persoană adictivă nu este în stare să trăiască toate aceste sentimente în mod natural, deci își suplinește singur, iar medicina intervine pentru soluții paleative: sedative, tranchilizante (în fond se intervine asupra dependenței de droguri cu alte droguri) ce-i atenuează trăirile indezirabile: i se dă alte droguri pentru a scăpa de efectele drogului de bază și astfel nu mai este în stare să simtă durerea la nivel somatic și psihic. În plan mondial, intervenția nu se limitează doar aici la nivel somatic.

2. Modelul psihologic se pliază pe ideea că există un comportament/conduită cu risc adictiv și că există un model psihic, adică persoana cu conduită cu risc pentru adicții are caracteristici psihologice precum: *sindromul amotivațional* (absența unor scopuri, viziuni puternice în viață, absența unui țel bine conturat, prezintă un risc major pentru a face o adicție iar în mod contrar, o persoană cu un țel înalt în viață, bine conturat reprezintă un factor protectiv anti-adicții, chiar dacă aceste persoane vor bea, nu se va instala dependența deoarece munca pe care o au de realizat este mai presus decât orice), o altă caracteristică este *imaturitatea afectivă*, iar imaturitate ne duce cu gândul la o caracteristică proprie copilului (care este prin excelență imatur), ce înseamnă această imaturitate afectivă: faptul că persoana în cauză consideră că are toate drepturile dar nicio datorie, responsabilitate; cu acest lucru se luptă persoana înainte și după adicție (o persoană nu devine cu adevărat matură până când nu trece cu succes printr-o decepție afectivă), *slaba rezistență* la frustrare este o altă trăsătură a personalității cu risc major la adicții și se referă la faptul că persoana în cauză nu poate să amâne satisfacția (Mihai Ralea- eseist, filosof, psiholog, sociolog etc. afirma că: ”ceea ce-l deosebește pe om de animal, este capacitatea de amânare”), adevărul este că satisfacția vine în timp, după îndelung efort și răbdare. Iar din acest punct de vedere, recomandarea specialiștilor este intervenția în raport cu aceste trăsături de personalitate, acea modificare cognitivă (cunoașterea fiind o modalitate de adaptare, dacă înțelegi un lucru te poți adapta foarte ușor în orice situație (cea mai bună pregătire pentru o bună practică este o bună teorie)

La nivelul acestei intervenții se lucrează cu terapia rațional-emoțională, ideea de fond fiind următoarea: în structura psihologică a persoanelor există cogniția și afectele, ce depind una de cealaltă, dar totuși sunt distincte între ele, cognitiști afirmă că, de fapt totul se reduce la cogniție și că afectele sunt tot o expresie a cogniției (dar un exemplu în acest sens, ar fi că nivelul cognitiv accepta mai repede realitatea-ieșirea dintr-o decepție, în timp ce afectul ține individul în loc) așadar se impune munca la dublu nivel: de cogniție și de afecte, pentru a produce efecte la nivel motivațional. Modelul psihologic insistă foarte mult (prin tradiție) pe psihoterapie individuală și psihoterapie de grup (totuși acest model nu răspunde în suficientă măsură la considerarea adicției ca o boală de familie, de relație; dacă adicția este o boală de relație nu o poți aborda numai prin psihoterapie individuală ci este nevoie și de abordări ce implică ceilalți membrii ai familiei).

3. Modelul socio-antropologic are la bază ideea că: comportamentul adictiv este determinat de modele, cultură, valori, norme, stiluri de viață proprii unei civilizații. Ponderea manifestării unui adicții în societate depinde de factorii socio-antropologici. Modelul cultural accentuează ideea următoare: dacă o societate corelează sărbătorile cu manifestările bahice, împinge oarecum individul înspre adicția de alcool, sau dacă acest model cultural susține ideea conform căreia fericirea este

unde va înafara noastră și nu în noi înșine, oarecum societatea va trimite indivizii înspre soluții ce vizează comportamente adictive sau dacă modelele umane de succes definitive pentru o generație sunt vedetele, acest lucru poate deveni un factor de risc pentru tineri care pot prelua acest model, mai ales dacă se promovează consumul de droguri și alcool.

Ca fundal al adicțiilor dimensiunea socio-economică susține ideea următoare: în mediile sociale sărace (clasa de jos) există mai mare pericol de a apela la aceste elemente de tip surogat, precum drogurile decât la mediile mai bogate. Clasa de jos este mai predispusă la dependență de alcool și droguri decât clasa de mijloc (cantitativ bea mai mult și calitativ mai prost). Deci adicția în funcție de cele trei clase sociale, este mai răspândită la clasa de jos și la clasa de sus (doar că indivizii din aceste categorii au alte rațiuni privind comportamentul adictiv, cei din prima categorie consumă din cauza faptului că se simt privați de satisfacțiile pe care le au cei din clasa mijloc și sus, pe când cei din clasa de sus recurg la comportamente adictive în rațiunea unor deprivări relative).

Modelul socio-antropologic recomandă ca: intervenția să aibă loc la nivel: *socio-economic*, în scopul reducerii sărăciei și creșterii nivelului de educație (rațiunea fiind următoarea: toate problemele derivă din aceste două: privarea economică și educațională, dacă s-ar interveni spre îmbunătățirea acestor două dimensiuni sociale, am transforma factorii de risc în factori protectivi, care nu sunt eficienți decât alături de alți factori pentru a contribui la ”apărarea” individului împotriva comportamentului adictiv), la nivel *socio-cultural* se argumentează că valorile într-o societate se schimbă în virtuțile modei (element ce ține prin excelență de aparențe și superficialitate), bineînțeles că și acțiunile elitelor au un cuvânt de spus în acest sens, doar că în societatea contemporană, nu se mai valorizează intelectualitatea (profunditatea) ci superficialitatea (suprafața), intervenția mai este recomandată și la *nivel de politici publice respectiv măsuri legislative*, spre exemplu: moda cu fumatul este în declin tocmai datorită politicilor publice desfășurate înspre descurajarea acestui comportament, prin programe de sănătate, așadar în occident mentalitatea este următoarea: nu este la modă să fumezi ci dimpotrivă, este blamabil și penalizat din punct de vedere public.

După această clasificare analitică a modelelor de intervenție, putem observa că fiecare dintre modelele amintite, are o caracteristică reduționistă întrucât: primul accentuează dimensiunea neurofiziologică și metabolică, al doilea insistă pe structura de personalitate și cel de-al treilea se focusează asupra structurii socio-culturale și economice. Dar modelele concrete de intervenție de succes sunt cele care promovează o abordare eclectică, mixtă: pentru a face față provocării privind problematica adicțiilor: adică se lucrează din mai multe perspective, planuri de acțiune: asupra individului, relațiilor, planului somatic, planului psihic etc.

Tipuri de consiliere și intervenție în tratarea dependenței de alcool

Odată cu adoptarea poziției lui Jellinek în privința consumului de alcool (privit ca o boală nu ca un viciu) s-au dezvoltat numeroase tipuri de intervenții psihosociale și psihofarmacologice pentru tratamentul tulburărilor legate de consumul de alcool. Aceste intervenții variază ca durată, modalitate de aplicare (individual, grupuri, cupluri), conținut (psihodinamice, sistemice, cognitiv-comportamentale), intensitate (intervenții scurte, programe terapeutice de durată), focus (limitat pe problema de consum sau înglobând arii mai largi din problematica persoanei care solicită tratament), cadru de aplicare (intraspitalicesc, rezidențial, ambulator) și din punct de vedere al combinării lor (cu farmacoterapie, cu intervenții asupra partenerilor).

În timp s-a ajuns la concluzia că simpla detoxifiere care nu a fost urmată de o formă de intervenție psihosocială nu are efect decât, eventual, pe termen scurt. Din pricina naturii muncii noastre de consilieri, ne vom ocupa doar de câteva forme de intervenție psihosocială.

a) Consilierea individuală

După cum accentuează și Daniela Gîrleanu în lucrarea „Coordonate ale consilierii în asistența socială”, într-o consiliere individuală eficientă, atât terapeutul, cât și clientul sunt de acord asupra a două acțiuni:

1. înțelegerea problemelor clientului;
 2. orientarea sarcinilor în serviciul obiectivelor clientului.
- Succesul acestui proces depinde de relația stabilită între consilier și client.

În primele stadii ale procesului, consilierul se străduiește să dezvolte o relație cu clientul și să îl ajute în explorarea problemelor, într-un mod cât mai concret și clar. Apoi, clientul este ajutat să găsească mai multe soluții dintre care să selecteze viitoarele acțiuni.

În final consilierul îl încurajează pe client să își atingă scopurile, prin:

- a) dezvoltarea unei strategii de acțiune;
- b) evaluarea și selectarea activităților;
- c) formularea planurilor de acțiune;
- d) implementarea strategiilor.

Acest tip de consiliere poate fi ales din următoarele motive:

- prin natura ei, consilierea individuală antrenează clientul într-o situație de maximă confidențialitate;
- oferă oportunitatea unei relații mai strânse între consilier și client, factor care poate fi important pentru acei clienți pentru care consilierea de grup, spre exemplu, poate fi, inițial, prea înspăimântătoare;

- poate fi spațiul necesar unor alegeri ale clientului care dorește să-și exploreze opțiunile.

În consilierea individuală pot fi folosite (enumerarea nu este în nici într-un caz limitativă) următoarele tipuri de intervenții psihosociale:

- Trainingul abilităților sociale

Sub această denumire sunt cunoscute intervențiile terapeutice cognitiv-comportamentale, care pornesc de la teoriile învățării sociale și ale condiționării operante. Aceste tipuri de programe au ca puncte comune următoarele:

- pun accentul pe analiza funcțională a consumului de alcool (înțelegerea antecedentelor și consecințele consumului);
- formează abilități cu ajutorul cărora clienții devin capabili să recunoască situațiile sau stările de risc, în care sunt cel mai vulnerabili, să le evite atunci când e posibil sau să facă uz de abilități cognitive și comportamentale de coping.

- Intervențiile scurte

Sintagma de „intervenții scurte” este folosită pentru multe procedee de consiliere. Ele pot porni de la oferirea unor de sfaturi cu privire la limitele unui consum moderat de alcool și la efectele negative ale consumului abuziv, la intervenții mai complexe atât prin problematică cât și ca timp alocat.

Ele au fost împărțite în "intervenții scurte oportuniste" (acordate persoanelor care solicită tratament pentru o altă problemă decât cea legată de consumul de alcool, dar care sunt identificate la evaluarea inițială ca având o problemă și cu alcoolul) și tratamente scurte dedicate persoanelor care solicită ajutor specific pentru o problema legată de consumul de alcool. Tratamentele scurte au ca țintă clienții care sunt la un nivel de dependență mai ridicat, ele includ mai multe ședințe de terapie.

- Interviu motivațional

Interviul motivațional este un stil de relaționare cu beneficiarul care pune accentul pe un contact empatic, non-argumentativ și care formulează o serie de intervenții menite a facilita schimbarea percepțiilor pacientului asupra consumului de alcool, facilitând procesul de schimbare. El mai poate fi definit și ca o "metoda directivă, centrată pe client, care vizează creșterea motivației interioare pentru schimbare, prin explorarea și rezolvarea ambivalenței clientului”.

Metoda interviului motivațional se sprijină pe ipoteza că un stil non - confruntativ, empatic al consilierului poate să crească pentru client dorința de a urma acest tratament și să-i reducă rezistența.

- Oferirea de materiale menite a sprijini auto-controlul dependentului

Deși nu este o formă concretă de terapie, apărând sub forma a diverse cărți, broșuri, pagini de internet, este totuși o formă de sprijin ce poate fi acordată clientului în efortul său de schimbare a comportamentului. Informațiile cuprinse în aceste materiale se adresează persoanelor cu severitate redusă a problematicii de consum. În principal ele cuprind informații cu privire la efectele consumului abuziv de alcool, tehnici de stabilire a obiectivelor și de luare a unei decizii privind schimbarea precum și strategii de inițiere și menținere a schimbării.

b) Consilierea matrimonială și de grup

În ultimii ani un grad mai mare de atenție către înțelegerea persoanei dependente și a familiei sale, acest lucru fiind extrem de important, deoarece s-a ajuns la concluzia că în procesul de vindecare este necesară și cooptarea familiei, nu numai a persoanei dependente. În afara de atenția acordată relațiilor familiale în general, consilierii trebuie să se ocupe și de diferitele conflicte ce apar în cadrul relației conjugale.

Prima problemă care trebuie abordată e înțelegerea dependenței. Probabil partenerul dependentului nu a știut multă vreme cu exactitate care este cantitatea de alcool pe care acesta o consumă. În momentul în care s-a alarmat de lipsa de comunicare și schimbarea suferită de relația lor, pe fondul consumului de alcool, a încercat să rezolve această problemă, dar a eșuat. Astfel apare nevoia de o intervenție specializată, pe acest segment este necesară o consiliere matrimonială.

Un consilier profesionist și obiectiv poate ajuta cuplul să reflecteze asupra problemelor din trecut și din prezent și să se gândească la soluții pentru a îndrepta lucrurile. În esență, consilierea matrimonială constă în rezolvarea conflictelor conjugale cu ajutorul unei persoane calificate.

Sfaturi pentru consilierea matrimonială:

- un prim pas pe care consilierul trebuie să îl facă este să construiască o relație bazată pe încredere între el și cei doi parteneri;
- urmează evaluarea motivației pentru schimbare pe care o au cei doi;
- cu ajutorul consilierului, partenerii trebuie să descopere care sunt zonele problematice ale relației lor;
- se caută factorii care declanșează și întrețin situațiile conflictuale;
- se caută soluții de remediere a problemelor identificate;
- prin consimțământul reciproc al cuplului, trebuie să se adopte tipuri de comportament adecvat în locul celui problematic;
- se urmărește punerea în practică a acestor soluții, evoluția situației, discutarea greșelilor, eventual se reia ciclul de la identificarea problemelor.

Consilierul trebuie să fie cât mai explicit atunci când se identifică probleme de comportament sau când se schițează soluții pentru remediarea lor, pentru a evita confuzia sau manipularea de către unul dintre parteneri.

Înainte de consilierea matrimonială propriu – zisă consilierul trebuie să evalueze cât de mult înțelege partenerul neconsumator problemele cauzate de dependență.

Acest lucru constă în evaluarea nivelului de acceptare al partenerului - dacă poate accepta persoana dependentă din perspectiva bolii - și în educarea lui adecvată, dacă este necesar. Evaluarea este necesară deoarece, de multe ori incapacitatea de a înțelege dependența, este o piedică în consiliere, atunci când anumite dificultăți sunt abordate.

În ceea ce privește felul ședințelor de consiliere (individuale sau în cuplu), de multe ori este mai avantajos ca la început acestea să fie individuale, în special pentru a evita certurile deschise. Adesea chiar partenerii cer să fie văzuți separat. Dar, odată ce informațiile au fost adunate, iar zonele problemă identificate, soții pot fi chemați împreună la ședințe.

În afara celor menționate mai sus, partenerii trebuie să-și dezvolte două aptitudini importante, aptitudinile de comunicare și cele de rezolvare a problemelor. Acest lucru este necesar deoarece acestea sunt elementele care au fost afectate cel mai mult în relația conjugală.

Armonia conjugală poate fi mărită prin modificarea stilului de interacțiune al partenerilor. În aceasta privință consilierul monitorizează felul în care soțul și soția comunică atunci când încearcă să-și rezolve problemele.

Consilierul intervine când discuția degenerază și-i ghidează pe parteneri în legătură cu felul în care ar putea să-și îmbunătățească comunicarea.

În literatura de specialitate ni se oferă două categorii de sfaturi pentru succesul consilierii matrimoniale, ce să nu faci/accepti în timpul procesului de consiliere și ce să faci/ceri/înlesnești.

Ce să nu faci/accepti în timpul procesului de consiliere:

a) Întreruperile – pot apărea atunci când unul dintre parteneri vorbește sau când face o pauză de câteva secunde. Partenerilor trebuie să li se atragă atenția că acest lucru este inacceptabil, fiecare dintre ei are dreptul să își exprime punctul de vedere.

b) Învinovățirea reciprocă – de multe ori partenerii au tendința de a se învinovăți unul pe celălalt și încearcă să stabilească cine este vinovat. Consilierul trebuie să le arate că acest lucru este contraproductiv și să le expună alte moduri de a rezolva situația.

c) Încercarea de a afla adevărul - de multe ori cuplurile au versiuni diferite ale aceluiași eveniment, iar unul dintre parteneri va încerca să-l convingă pe celălalt că are dreptate. Consilierul trebuie să intervină în astfel de situații.

d) Abaterea de la tema discuției - se poate ca, atunci când se discută o anumită problemă, unul din parteneri să se abată de la tema discuției. Consilierul trebuie să îi facă pe parteneri să învețe să se centreze numai pe problemele care se discută în acel moment.

e) Rezolvarea problemelor multilaterale – cu ajutorul consilierului, cuplurile trebuie să învețe să se ocupe de probleme pe rând, una cate una.

f) Încercarea de a-l face pe celălalt să se simtă vinovat - de multe ori unul din parteneri va încerca să-l facă pe celălalt să se simtă vinovat. Consilierul trebuie să îi explice acestuia că răspunsul la acest lucru va fi unul de vină, dar și de supărare, și va determina o ripostă.

g) Acordarea de ultimatumuri - deseori soții au tendința de a-și da ultimatumuri unul celuilalt. Consilierul trebuie să explice că acest lucru poate duce la o reacție neașteptată și la o creștere a resentimentelor.

h) Întrebuințarea cuvintelor „mereu” și „niciodată” - partenerii au tendința de a folosi aceste cuvinte ce au un impact aproape devastator. Spre exemplu:

Soția: „Mereu vii târziu.”

Soțul: „Nu ai dreptate niciodată.”

La acest schimb de replici o reacție corectă din partea consilierului ar putea fi: „Încercați să nu mai folosiți cuvintele „mereu” și „niciodată” pentru că dau naștere la certuri fără rost. Mai lasă și impresia că nu crezi că el se va schimba vreodată și că nu ești dispusă să remarci vreo schimbare înspre bine.”

i) Acuzarea partenerului prin catalogare - soții au uneori tendința de a-și „cataloga” partenerul. Exemplu:

„Ești o persoană arogantă!”

La aceasta, reacția consilierului ar putea fi: „Tocmai i-ai atribuit partenerului tău o „calitate” care s-ar putea să îl supere. Când îți cataloghezi partenerul insinuezi că el nu se poate schimba. În loc să faci asta, ai putea pur și simplu să-i spui ce atitudine anume nu-ți place la el.”

j) Citirea gândurilor - unii soți presupun că știu ce gândesc partenerii lor și își exprimă bănuielile în mod emfatic. Consilierul trebuie să explice că atitudinea corectă este de a cere și asculta o explicație.

k) Comunicări verbale și non-verbale discrepante - de multe ori pot apărea discrepanțe între comunicările verbale și cele non-verbale ale unuia dintre parteneri. Ține de abilitățile și experiența consilierului să observe aceste discrepanțe și să discute problema.

Ce să faci/ceri/înlesnești în timpul procesului de consiliere:

a) Să vorbească unul cu celălalt - în timpul ședinței de consiliere, cu fiecare ocazie care se

ivește, partenerii trebuie încurajați să vorbească unul cu celălalt și nu numai cu consilierul.

b) Să stabilească contact vizual - contactul vizual este încurajator deoarece duce la apariția unei legături psihologice care ajută ca cei doi parteneri să lucreze împreună ca o echipă. Dacă un partener evită ochii celuilalt, poate însemna că nu este atent sau nu este interesat.

c) Să arate că e atent – spre exemplu, a da din cap înseamnă a fi un bun ascultător, deoarece e un mod non-verbal de comunicare, prin care vorbitorul află că mesajul lui a fost recepționat.

d) Să spună ce le place și de ce au nevoie - pe parcursul perioadei de rezolvare a problemei, consilierul trebuie să creeze o zonă sigură în care partenerii pot spune sincer ce le place și de ce au nevoie. Astfel, pot fi încurajați să fie deschiși în ceea ce privește nevoile lor.

Un alt element caracteristic căsnicilor în care există un partener ce consumă excesiv alcool, este incapacitatea acestora de a-și rezolva problemele. Consilierul trebuie să-i învețe pe parteneri care sunt etapele ce trebuie urmate pentru a ajunge la o soluție. Acestea ar fi următoarele:

- *Selectarea și recunoașterea unei probleme* - În primele ședințe de terapie, majoritatea partenerilor folosesc cuvinte vagi atunci când vorbesc despre problemele lor. Acest lucru se întâmplă deoarece observă că, de multe ori, partenerul are o cu totul altă perspectivă asupra lucrurilor. Consilierul trebuie să-i învețe să evite generalizările, să folosească termeni clari și descriptivi când spun că ar fi o problemă legată de comportamentul partenerului.
- *Enumerarea alternativelor posibile* - După ce cuplul a selectat o problemă și a expus-o cu toate datele ei, începe a doua etapă, cea a enumerării alternativelor posibile. Va avea loc o ședință de „brainstorming” urmărindu-se obținerea unei liste de opțiuni. Apoi, partenerii vor alege câte o variantă ce va fi discutată, evaluată și în cazul în care nu este viabilă, va fi eliminată.
- *Acordul asupra unei soluții finale* - Această etapă implică alegerea celei mai bune variante de soluție și acordul asupra aplicării ei. Varianta aleasă trebuie să întrunească acordul ambilor parteneri.
- *Evaluarea* - Este esențial ca partenerii să revadă alegerea făcută și să evalueze în ce fel și dacă i-a ajutat în abordarea problemei. Acest lucru trebuie realizat în mod sincer și deschis. Dacă în urma acestei analize reiese că soluția aleasă nu a fost cea optimă, se revine la prima etapă și procesul se reia.

Ca și în cazul consilierii matrimoniale, în cazul consilierii de grup rolul consilierului constă în crearea unui mediu sigur în care membrii grupului să se simtă confortabil, în care aceștia să poată să-și împărtășească problemele personale.

În acest sens consilierul trebuie:

- să răspundă empatic fiecărei persoane participante, în timp ce observa reacțiile altor membri;
- să observe dinamica grupului;
- să aibă abilitați necesare procesării complexității interacțiunilor din grup;
- să împărtășească informații cu privire la o comunicare eficientă.

Consilierea de grup este un proces de durată, el prezentând mai multe *stadii*:

a) Implicarea în grup.

Pe parcursul acestui stadiu consilierul va clarifica scopurile clienților, astfel încât fiecare dintre ei să fie capabili să-și identifice obiectivele și să își exploreze așteptările.

b) Tranziția de la un grup de persoane cu probleme comune la un grup de persoane capabil de a lucra împreună.

Această etapă este caracterizată de unele tensiuni și rezistențe din partea membrilor grupului.

c) Munca în grup.

Participanții își prezintă preocupările, problemele în fața grupului, primind sprijinul, înțelegerea și suportul celorlalți membrii.

d) Încheierea.

Consilierul are sarcina de a încuraja participanții în evaluarea dezvoltării datorate experiențelor din grup.

CURS.7 ROLUL FAMILIEI ÎN TRATAREA DEPENDENȚEI DE ALCOOL. MODALITĂȚI DE RECUPERARE ȘI REABILITARE A PERSOANELOR CU COMPORTAMENTE ADICTIVE

Atunci când vorbim despre tratarea dependenței de alcool trebuie să ținem seama de faptul că alcoolismul nu este o boală care se vindecă, ci una care poate intra doar în remisie. Alcoolismul este o afecțiune cronică, persoana care a renunțat la consumul de alcool trebuie să renunțe pentru totdeauna, dacă va relua consumul va avea din nou probleme. Deoarece nu s-a descoperit nici o „vindecare definitivă” pentru alcoolism, odată ce o persoană „depășește linia” către dependența de alcool nu va putea reveni niciodată la „băutul normal de alcool” (Floyd Frantz, 2007)

Tot în privința tratamentului trebuie menționat faptul că, deși dependenții resimt o serie de efecte negative în urma consumului de substanțe, ei sunt ambivalenți față de psihoterapie și, de regulă, nu doresc în mod real să-și modifice comportamentul, mai ales în cazul în care nu ajung în mod voluntar să apeleze la un consilier.

Rolul familiei în procesul de tratare a dependenței de alcool

Ca o regulă generală, familia trebuie să se implice în toate etapele terapiei persoanei dependente.

Aceasta implicare a familiei se realizează în următoarele feluri:

1. familia trebuie să transmită înțelegere pentru natura bolii;
2. membrii familiei trebuie să poată purta o discuție cu cel în cauză, pentru a analiza problemele din trecut;
3. toți trebuie să lucreze împreună pentru a elabora planuri de viitor;
4. ei trebuie să descopere cum pot să-i schimbe sentimentele de neîncredere, frică și supărare;
5. preventiv, membrii familiei trebuie să aibă și un plan de acțiune comun, în cazul unei recidive.

Consilierul trebuie să explice familiei că, dacă dorește să îl ajute pe cel bolnav, trebuie să evite să-l desconsidere sau să-l protejeze excesiv pe acesta.

Construirea unei relații de ajutorare cu bolnavul dependent poate fi împărțită în mai multe etape:

➤ *În prima etapă* are loc cooptarea sa, în acest moment dependentul se așteaptă la reproșuri și desconsiderare, familia și consilierul trebuie să-i transmită sentimentul că este acceptat.

Nici conduita sa nepotrivită, prin care vrea să se impună, nici încercările de a se autojustifica, nici distanța sau excesivul spirit de acomodare nu trebuie să constituie motivul vreunei devalorizări morale.

Relația pozitivă poate fi inițiată printr-un comportament realist și în același timp prietenos, completat de acordarea unei încrederi încă limitate, prin aceasta urmărindu-se ca dependentul să privească situația cu seriozitate, atitudine pe care el o abandonase în timp.

În acest moment este dăunător să se abordeze prea profund trecutul dependentului. Mult mai important este, înainte de toate, să se descopere posibilitățile pe care le oferă viitorul.

- După ce s-a stabilit o relație de încredere, trebuie ca, într-o *a doua etapă*, clientului să i se ceară să devină consecvent în eforturile sale, dependenței de alcool trebuie să i se stabilească limite.

Acum, este posibil ca atitudinea familiei să sporească inițial rezistența celui dependent, declanșându-i îndărătnicia și agresiunile verbale. De regulă acesta este un stadiu tranzitoriu inevitabil, spre calea către acceptarea de către dependent a terapiei.

Partenerul dependentului trebuie să fie ferm în fața rugămintelor și insistențelor alcoolicii, precum și față de tentativele sale de șantaj.

Abia atunci când persoanele din familie au ajuns la o atitudine de acceptare și înțelegere și, în același timp, consecvență, dependentul poate să înțeleagă că partenerul, care până acum l-a ocrotit, nu o va face și în continuare. Acum, el poate să vadă cât de puțin valorau promisiunile sale și să-și dea seama că nu poate avea loc o schimbare a situației lui, până când el însuși nu acceptă să se schimbe.

- În cea de *a treia etapă* are loc „punerea în libertate” a celui dependent, pentru a vedea dacă el este pregătit să renunțe la alcool, să accepte ajutor și să-și schimbe viața.

Uneori membrii familiei sau prietenii bine intenționați sunt în pericol să împiedice, tocmai prin implicarea lor, această etapă. Ei își folosesc relațiile, căutând să-l ajute imediat pe alcoolic, aducându-l pe acesta înapoi la starea inițială, de persoană protejată, căreia i se rezolvă toate problemele de către alții.

Scopul acestei etape constă, deci, în a-l face pe alcoolic să conștientizeze situația sa reală și a-l pune în poziția de a fi el însuși răspunzător de viața și acțiunile sale. Trebuie să i se arate dependentului că există deplină înțelegere pentru rezistența manifestată de el față de tratament și față de ajutorul din afară.

- Cea de *a patra etapă* trebuie să-i faciliteze celui dependent asumarea identității de alcoolic, de care se simte, cel mai adesea, amenințat. El se teme de grava criză a valorii de sine, pe care o va simți atunci când va fi încadrat în rândul alcoolicii. Până și numai gândul la așa ceva îi provoacă o stare de anxietate și sentimente de rușine și vinovăție.

Persoanele din familie trebuie să înțeleagă normalitatea acestor atitudini defensive și să nu-i dea celui dependent sentimentul că, în momentul în care va accepta că este o persoană dependentă de alcool, va înceta să le fie partener sau părinte. Alcoolicul poate ajunge la nivelul la care, chiar și

mimica, vocea, intonația pot să-l facă să creadă că, cel cu care discută, îl desconsideră, ceea ce poate face pe viitor imposibilă orice comunicare eficientă.

Doar când dependentul a ajuns în punctul în care poate să recunoască față de el însuși și față de ceilalți că este alcoolic se poate spune că a făcut prin aceasta un prim pas spre recuperare.

Cu toate acestea, în momentul în care poate recunoaște că are o problemă, poate apărea teamă că persoanele din familie sau prietenii ar putea să-l respingă sau chiar să-l părăsească. Dacă în ciuda acestei pierderi care îl amenință, el hotărăște să nu se mai mintă pe sine, înseamnă că a realizat un pas esențial spre tratarea dependenței.

Modalități de recuperare și reabilitare a persoanelor cu comportamente adictive

*Metode și instrumente: lucruri ușor configurabile de lucru;

*Strategii: modalități de a pune în lucru modelele, un model lucrează ca metodă și instrument;

*Terapie: într-o accepțiune restrictivă are sensul de tratament, dar terapia înseamnă mult mai mult pe lângă cea medicală, (terapie ocupațională, terapie psiho-socială, ludoterapie, terapie prin teatru, artterapie, chinetoterapie etc); cuprinde mai multe domenii. Putem compara alcoolul cu diabetul: este tratabil, nu vindecabil, aici tratabil în sensul de ținut sub control, alcoolicul abstinent este ca un om sănătos.

*Recuperare: revenirea la capacitățile normale de dinainte (înțelegerea cuvântului strict din punct de vedere medical); înțelegerea psiho-socială a termenului are în vedere recăpătarea unor abilități în plan psiho-socio-comportamental;

*Reabilitarea și reinserția familială și socio-profesională: reinserția socială a persoanelor prin recunoașterea celorlalți a abilităților recuperate. De exemplu, un alcoolic prin stigmatizare și izolare se dezvoltă o nerecunoaștere a abilităților sale, prin aceasta se ajunge la o anomie socială, nimic nu mai contează decât obținerea alcoolului. Reabilitarea ajută în procesul abstinencei, trebuie să te însănătoșești la nivel biologic, psihologic și social. Această parte a reabilitării este foarte greu de îndeplinit pentru că alcoolicul și-a pierdut abilitățile normale, sociale și profesionale, ceilalți trebuind să-l accepte; la acest nivel se evidențiază iarăși faptul că adicțiile sunt o boală de familie.

Modele teoretice și strategii:

Sunt clasificate în funcție de modelul de abordare:

-nivel individual: abordarea individuală utilizează instrumente proprii medicinei și psihologiei. Cuprinde modelele spitalicești și cele de psihoterapie individuală.

Modelele spitalicești sau tradiționale - se desfășoară în clinica de psihiatrie, unde există secția de închiși și de deschiși. Este o abordare nepotrivită ce are ca punct principal cura de dezintoxicare, fiind strict medicală.

Modelele de psihoterapie individuală - o abordare foarte scumpă în general pentru că înseamnă asigurarea de adăpost și un anumit tip de personal; în acest tip de clinici se face multă psihoterapie însă cu eficacitate foarte săracă. deoarece adicțiile sunt și o boală de relaționare (baza adicțiilor este defectul de relaționare a persoanelor).

-nivelul centrat pe familie (față de primul este decât în parte un model rezidențial: se realizează în familie în locuința lor. Eficacitatea este din start mai mare pentru că familia este cea mai importantă, iar consecințele pozitive se vor răsfrânge și mai departe.

-nivelul grupurilor terapeutice, grupurilor de apartenență, a grupurilor de suport mutual: o parte din grupuri sunt naturale (grupul de apartenență), altele sunt artificiale (grupul de suport- Alcoolici Anonimi, grupul terapeutic etc). Sunt grupuri artificiale deoarece sunt alcătuite din oameni aparținând unor medii diferite. Un exemplu bun în acest caz este cel al Alcoolicilor Anonimi care reprezintă unul din cele mai puternice instrumente pentru menținerea abstenenței. În timp acestea devin grupuri naturale, membrii împrietenindu-se, au contacte dese nu numai la reuniuni, ci și prin telefon, tot timpul când simt nevoia să bea. „Nașul” în cadrul Alcoolicilor Anonimi este o persoană mai veche din grup ce l-a preluat pe cel nou în grup. În principiu este frecventat toată viața de persoanele în cauză.

Termenul de ”suport mutual” evidențiază faptul că membrii își acordă sprijin cognitiv unul altuia, remarcându-se o dependență benignă, persoana devenind într-un fel dependent de grupul de suport mutual (dependența de instituții).

Grupul terapeutic este asemănător Alcoolicilor Anonimi, dar diferă deoarece nu este un grup de egali, ci este un grup coordonat și organizat de specialiști. Se lucrează la schimbarea atitudinilor, acestea odată schimbate capătă durată, fiind întărite de cei din jur prin relaționare.

-nivelul comunității (există două accepțiuni ale comunității: comunitatea naturală și comunitatea terapeutică).

În cadrul comunității naturale se organizează acele îngrijiri comunitare (într-un cartier etc.) ce deservește mai multe categorii (servicii de acompaniere, de suport instrumental etc.). Acestea se întâmplă în mediul natural al individului, achizițiile sunt mai rapide și mai eficiente, schimbarea persoanelor dependente fiind în văzul celorlalți.

Comunitatea terapeutică este o microsocietate artificială (un fel de campus în care se intră pe bază de contract). Seamănă cu o societate naturală cu diferite restricții: a ieșirilor și a consumului de

alcool și alte droguri (sunt pedepsiți dacă se încalcă acest lucru). Se obțin rezultate spectaculoase, dar riscul de dezvoltare al dependenței instituționale este mai mare decât la grupurile de suport mutual.

Grupul Alcoolicilor Anonimi

Una dintre organizațiile de sprijin a persoanelor cu probleme în ceea ce privește consumul de alcool cele mai cunoscute și apreciate este Alcoolicii Anonimi (AA). Ea a fost înființată în anul 1935 în Statele Unite ale Americii, de către doi alcoolici cronici, care au dorit să se sprijine reciproc în a-și menține abstenența. Ei au inițiat metoda grupului de suport, după ce au realizat că era mai ușor să rămână abstenenți dacă îi ajutau pe alții în această luptă. Deși AA- ul nu este în sine un program de tratament al adicțiilor, el oferă un program de recuperare, prin oferirea unui set de principii spirituale, așa cum sunt ele exprimate în cei „12 Pași”, prin urmarea cărora persoana dependentă să își obțină și păstreze abstenența.

Ce face AA?

1. Membrii AA își împărtășesc experiența oricărei persoane care solicită ajutor pentru a-și rezolva problema cu băutul. AA - ul oferă ajutor personal, îndrumare (așa numita "sponsorizare") oricărui alcoolic care dorește să înceteze băutul, indiferent de unde provine.

2. Programul AA concretizat în cei 12 Pași, oferă o șansă alcoolicului să trăiască o viață senină, fără băutură.

3. Discutarea în amănunt a acestui program are loc cu ocazia întrunirilor din cadrul fiecărui grup AA. Aceste întruniri pot fi deschise sau închise.

3.1. La o întrunire deschisă pot participa atât membrii AA cât și cei care nu sunt membrii AA. Participarea la o întrunire deschisă este cel mai bun prilej de a afla ce este AA - ul, ce face și ce nu face.

3.2. La o întrunire închisă pot participa doar membrii AA.

3.3. Membrii AA pot să țină întruniri și în spitale sau penitenciare, aceste întruniri pot fi de tip "Pasul 12" (pentru transmiterea mesajului) sau obișnuite.

3.4. Membrii AA (sau grupul AA) pot fi rugați să țină întruniri informative cu ocazia diferitelor manifestări sau în cadrul unor organizații sau instituții. Aceste întruniri au caracter de informare și la ele se vorbește despre AA, deci nu pot fi considerate întruniri de grup obișnuite.

Participarea la întrunirile AA – ului de obicei trebuie combinată cu un program de tratament, acesta având o șansă de succes mai mare atunci când există suportul comunitar oferit de organizație. Simpla participare la întâlnirile AA nu este la fel de eficientă cum este în combinație cu un tratament adecvat. Trebuie menționat că programul AA nu se potrivește oricărei persoane dependente.

Abordarea pe care acest grup o are în privința tratării alcoolismului este de natură spirituală, ceea ce face ca nu orice persoană să poată să se adapteze ideilor sale.

Cei 12 Pași AA sunt de fapt niște principii de viață care, dacă sunt urmate, pot elimina obsesia de a bea și îi conferă dependentului capacitatea de reveni la normalitate.

Cei 12 Pași ai Alcoolicilor Anonimi:

1. Am admis că eram neputincioși în fața alcoolului, că nu mai eram stăpâni pe viața noastră.
2. Am ajuns la credința că o Putere Superioară nouă înșine ne-ar putea reda sănătatea mintală.
3. Am hotărât să ne lăsăm voința și viața în grija unui Dumnezeu așa cum și - L închipuie fiecare dintre noi.

4. Am făcut fără teamă un inventar moral amănunțit al propriei persoane.
5. Am mărturisit lui Dumnezeu, nouă înșine și altei ființe umane natura exactă a greșelilor noastre.

6. Am consimțit fără rezerve ca Dumnezeu să ne scape de toate aceste defecte de caracter.
7. Cu umilință, I-am cerut sa ne îndepărteze defectele.
8. Am întocmit o lista cu toate persoanele cărora le-am făcut necazuri și am consimțit să reparăm aceste rele.

9. Ne-am reparat greșelile direct față de acele persoane, acolo unde a fost cu putință, dar nu și atunci când le-am fi putut face vreun rău lor sau altora.

10. Ne-am continuat inventarul personal și ne-am recunoscut greșelile, de îndată ce ne-am dat seama de ele.

11. Am căutat, prin rugăciune și meditație, să ne întărim contactul conștient cu Dumnezeu așa cum și-L închipuie fiecare dintre noi, cerându-i doar să ne arate voia Lui în ce ne privește și să ne dea puterea s-o împlinim.

12. După ce am trăit o trezire spirituală ca rezultat al acestor pași, am încercat să transmitem acest mesaj altor alcoolici și să punem în aplicare aceste principii în toate domeniile vieții noastre.

Sloganurile alcoolicilor anonimi

- "FIECARE ZI LA TIMPUL EI"
- "DOAR PENTRU AZI":
- "LASĂ-LE ȘI LASĂ-L PE DUMNEZEU SĂ LUCREZE"
- "FIECARE LUCRU LA TIMPUL LUI"
- "CU RĂBDAREA TRECI MAREA"
- "PRIN MILA DOMNULUI"
- "TRĂIEȘTE ȘI LASĂ-I ȘI PE ALȚII SĂ TRĂIASCĂ"

CURS 8. PROGRAME ȘI SERVICII DE PREVENȚIE ÎN DOMENIUL COMPORTAMENTELOR ADICTIVE. PROFILAXIA ALCOOLISMULUI

Abordari, metode, instrumente, tehnici folosite:

-Abordarea individuală în stradă (locul în care ei trăiesc, de exemplu în Sofia cei dependenți de heroină trăiesc în gară, în Olanda cei singuri fără familie trăiesc în parcuri sau sub poduri într-o lume a lor). Poliția este în tangență directă cu serviciile sociale care să-i plaseze într-un centru controlat, unde se administrează metadonă, beneficiind de spațiu de socializare. Singurele persoane pe care le acceptă sunt asistenții sociali și psihologii. Se lucrează cu unități terapeutice, cea mai degradantă și mai gravă stare având-o cei care au pierdut tot în viață.

-Abordarea în contexte instituționale organizate

Abordarea generală a prevenției în plan internațional cuprinde:

- programe bazate pe politici antidrog;
- programe bazate pe servicii care se adresează mecanismelor psiho-sociale de consumului și dependenței.

Programele bazate pe politici antidrog au în vedere ansamblul de măsuri de ordin legislativ care vizează monitorizarea fenomenului adicției și construirea cadrului instituțional (de acestea se ocupă legiutorii, specialiștii în drept și legislație).

Reducerea ofertei se realizează prin munca în domeniul justiției (legi care interzic comercializarea, în câteva țări fiind legalizate drogurile ușoare).

Reducerea cererii se focalizează și pe ipostaza de victimă, desfășurându-se intervenții psiho-sociale. Reducerea cererii e făcută tot de același personal care se ocupă și cu reducerea ofertei.

Adevărata prevenție cuprinde abordarea serviciilor psiho-sociale de consum și a dependenței (intervenția în raport cu acele înțelegeri: de ce consumă oamenii droguri). Programele axate pe politica drogului au o eficacitate scăzută.

Programele bazate pe înțelegerea mecanismelor psiho-sociale prin intermediul modelelor teoretice:

a) modelul interactiv al stresului: foarte cunoscut la nivel internațional, având origini în Olanda. Herman a publicat în 1988 bazele acestui model. Comportamentele adictive funcționează ca și comportamente compensatorii față de insatisfacția socială. Este normal ca în viața socială, oamenii să obțină satisfacții, dar există și indivizi ce obțin aceste lucruri în mod deficitar, deoarece le lipsesc abilitățile sociale. În fapt, inabilitatea de a-ți forma o rețea de suport social reprezintă un risc

major și fundamental pentru adicții. Practic, dacă nu ai abilități sociale, pornești în viață cu un handicap major. Omul are anumite dotări prin care să își dobândească abilități sociale.

b) modelul etapelor schimbării: Prochaska și Diclemente au încercat să clarifice comportamentul unei persoane aflate în adicție și au stabilit următoarele etape:

- 1.precontemplarea: preproblematizarea situației;
- 2.contemplarea: problematizarea ca atare a situației;
- 3.decizia: hotărârea de a produce o schimbare;
- 4.schimbarea: acțiunea de schimbare propriu-zisă;
- 5.recăderea: stabilizarea și recăderea din situația de stabilizare.

Ca specialist trebuie să aduci persoanele în etapa a doua deoarece atunci când persoana ajunge să nu mai aibă un loc în care să se întoarcă nu are decât o singură șansă, aceea de a o lua pe un singur drum. Sunt persoane care de mult timp au conștientizat că au probleme, dar nu pot să renunțe. Când se ia decizia de schimbare e nevoie de sprijin de specialitate și astfel se trece la etapa a patra. O vreme mulți controlează situația, dar de odată se poate năruși totul, apărând recăderea.

Aceste etape sunt ca un lanț circular, astfel după ultima etapă urmează iar prima. Acesta e mersul firesc, recăderea este o etapă necesară, rezultatele în timp vor apărea. În materie de prevenție ne interesează primele trei-patru etape (recăderea e la un nivel mai larg).

Programele de prevenție în domeniul comportamentelor adictive mai pot fi clasificate și în funcție de conținutul lor. Avem așadar, două mari categorii de programe de prevenție a consumului și dependenței de substanțe:

1) programe de tip „warning” , de avertizare

2) programe de comunicare și de informare publică bazate pe comunicare și prezentarea _ neutrală a faptelor

3) Programele de intervenție pentru schimbarea atitudinii , in baza asimilarii înțelegerii procesualității adicției ca fenomen

1) Programe de tip ”warning”, de avertizare (sunt cele mai simple, nu sunt așa elaborate; merg pe ideea că o prezentare dramatică a consecințelor ar fi de natură să determine indivizii să renunțe la respectiva practică; constau în mesaje publicitare, în campanii, care să scoată în evidență efecte cât mai dramatice, spre exemplu: inscripțiile de pe pachetele de țigări; de aceea trebuie schimbate mesajele relativ des pentru a nu plictisi publicul. Au efecte pe termen scurt și pentru categorii de populație slab educate, ce au o anume conștiință).

2) Programe de comunicare și informare publică bazate pe comunicare și prezentare neutrală a faptelor: insistă pe o prezentare echilibrată a consecințelor se scot atât implicațiile pozitive cât și negative (de pildă în cazul prevenției din școli le prezentăm elevilor atât efectele pozitive cât și cele negative ale consumului de droguri). Rezultatele sunt cu o probabilitate mai pronunțată, efectele fiind mai lente întrucât au natura de a-i face pe oameni să cadă pe gânduri. Însă aceste efecte sunt mai durabile, se adresează unei arii corticale ce vizează adaptarea cognitivă la realitate deoarece pentru a face față unei situații trebuie să o cunoști. Aceste programe sunt mai eficace și mai multe practicate pe plan internațional.

În programele de durată sunt combinate cele două, dar cu o insistare mai mare pe al doilea tip de programe prezentate

3) Programele de intervenție pentru schimbarea atitudinii derivă din subcategoriile bazate pe înțelegerea adicției ca fenomen (nu este vorba de comunicare publică ci necesită o cercetare de evaluare inițială, vedem de ce fumează, de ce beau, după aceea avem repere pe care le putem instrumenta pentru a derula intervenția). De pildă, facem consiliere pentru a-i învăța cum să refuze așa fel încât să-și păstreze prestigiul în gașcă. După ce se face intervenția se face o evaluare finală pentru a vedea ce a funcționat și ce nu.

PROFILAXIA ALCOOLISMULUI

***** PROFILAXIE-** *Ansamblul măsurilor medico-sanitare care se iau pentru prevenirea apariției și a răspândirii bolilor. Ramură a medicinei care se ocupă cu studierea și aplicarea măsurilor profilactice*

Măsurile de profilaxie și combatere alcoolismului pot fi divizate în:

1. Măsuri instructiv-educative

- cea mai eficientă cale fiind difuzarea în rândul tinerilor a unor cunoștințe temeinice asupra efectelor alcoolului asupra sănătății, capacității de muncă, comportamentului social, implicațiilor demografice și economice cu ajutorul unor broșuri, pliante, panouri și conferințe pe aceste teme; introducerea în programul didactic a unor prelegeri despre alcoolism și efectele sale (începând din clasele a IV și 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 reclamei care se face la băuturile alcoolice prin-mijloace mass-media sau prin etichete și ambalaje atrăgătoare;
- restrângerea spațiilor de expunere a băuturilor alcoolice;
- interzicerea vânzării de băuturi alcoolice la copii și adolescenți;
- reducerea numărului de unități în care se consumă în exclusivitate băuturi alcoolice și neautorizarea funcționării acestora în vecinătatea școlilor, căminelor, instituțiilor, întreprinderilor etc.

Rolul școlii, al familiei și societății în profilaxia alcoolismului

Educarea elevilor în privința pericolelor pe care le prezintă alcoolul și folosirea altor droguri, precum și formarea de 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 , întreaga societate trebuie să se implice . părinții, școala, elevii, autoritățile legale 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, pentru că tinerii își petrec majoritatea 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 centra asupra:

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

Elevii au nevoie să cunoască:

1. cum să identifice alcoolul, tutunul și alte droguri;
2. că folosirea alcoolului și a altor droguri este ilegală la vârsta lor;
3. că legile cu privire la consumul și la vânzarea de alcool și de droguri sunt destinate să-i protejeze pe oameni;
4. cum și de ce efectele alcoolului și ale drogurilor variază de la om la om, mai ales imediat după folosire;
5. 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 eficace dacă este prezentat sub mai multe forme și la materii diferite, 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, Chisinau, 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 crește 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 abuzează de alcool.

Întrucât familia este cea care transmite valorile copiilor, decorul familial poate deveni o scenă critică în educația cu privire la alcool și la 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 include 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.

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 cheltuiala altuia nu este corect. Să dezvolte la copil sentimental că a cere ajutor este un semn de tărie.

CURS 9. DROGURILE

Drogurile. Noțiuni generale, clasificare.

Prin **drog** (cuvânt de origine olandeză „droog”) se înțelege, în sens larg, orice substanță utilizată ca fiind terapeutică, 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 de medicină, a cărei administrare abuzivă (consum) poate crea o dependență fizică și psihică ori tulburări grave ale activității mintale, percepției, 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: cannabisul și rășina, produse ce se pot realiza din planta Cannabis Sativa, frunzele de coca și derivații lor, alte plante cu proprietăți halucinogene.

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

Sintetice - elaborate în întregime prin sinteze chimice: hidromorfina, petidina, metadona, mescalina, psylogina. Louis Lewin, în lucrarea sa „Phantastica” publicată în 1924, care își menține pînă în prezent importanța, dă următoarea clasificare a drogurilor:

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

Phantastice - cuprinde în general substanțe diferite din punct de vedere chimic, dar care au în comun proprietăți halucinogene (agenți de iluzii). Acestea sunt: peyotl, cannabis, 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 - stimulentele psihice, care determină, fără a altera conștiința, o excitare a activității cerebrale. Din această categorie fac parte cafeinicele (cafeaua, ceaiul, cola, matiyage, khatul, guarana), cacaua, camforul, tutunul, betelul.

O altă clasificare asemănătoare cu cea precedentă, dată de L.Lewin este următoarea:

- a) toxicele sedative al spiritului (euphorice): opiul și alcaloizii săi, cocaina
- b) toxicele îmbătătoare (inebrantice): alcoolul, eterul,
- c) toxicele ce iluzionează simțurile (phantastice): hașișul, mesalina.
- d) toxicele excitante (excitante): cafeaua, tutunul.

Această diferențiere după efectele fiziologice pe care le produc toxicele nu este atât de riguroasă pe cât ar părea la prima vedere, iar anumite produse sunt, urmărind fazele acțiunii lor, pe rând excitante și producătoare de ebrietate, apoi stupefiante (alcoolul, hașișul etc). Pot fi enumerate și alte clasificări ale drogurilor. 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 se menționează 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, analiza pe care o facem plecând de la senzațiile proprii, numite delirogene.

Prezentarea analitică a celor mai importante droguri.

Opiul și derivatele lui (opioacele)

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

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. Este **opiul brut**. Datorită mirosului specific, puternic, este depistat cu câinii.

Din opiu se obțin, în industria farmaceutică: morfina, papaverina, tebaina, codeina. 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 ornamentală, în traficul ilicit există:

1. **Opiul brut**. Cel mai valoros este cel colectat de la macul cultivat în Iran și Taiwan.
2. **Ciandu** (chandoo, **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 opiul. Folosit mult în medicină, ca analgezic puternic. Morfina, considerată arhetipul drogurilor, este substanța de referință pentru măsurarea puterii analgezice a celorlalte droguri. 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 abstinență. 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. **Morfina Lady M**, se obține direct din capetele de mac.
6. **Heroina (diacetilmorfină)**. 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. Descoperită în 1898. Tipuri:

- heroina de bală (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.

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

7. 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.

8. Dilaudid. (clorhidrat de dihidromorfină). înlocuitor al morfinei ca analgezic și calmant.

9. Laudanum. Este o tinctură de opiu conținând 1% morfină. Unul din primele medicamente pe bază de opiu, dar mai puțin utilizat astăzi.

10. Thebaina. Una din cele mai vechi opiacee, produce otrăviri grave, uneori mortale.

11. Papaverina. Are efecte miorelaxante pe musculatura netedă a organelor, de unde utilizarea sa ca vasodilatator și sedativ al colicilor renale, biliare etc. Nu produce obișnuință.

12. Eukodal. Derivat al papaverinei cu efecte similare morfinei. Narcotic cu acțiune rapidă.

Coca și dependența de tip cocainic

Arbustul de *coca*, de 2-3 m crește pe coastele Arizilor peruvieni, 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.

Arbustul coca nu trebuie confundat cu unele varietăți ale lui (*cola nitida*, *colax rubra* și *cola acuminato*), din pădurile tropicale, ale căror semințe cu proprietăți excitante conțin cofeină în proporție de 0,5-3%, folosite în vinurile și picăturile tonice, în coca-cola, pepsi-cola și vinul Mariani, un preparat farmaceutic tonic foarte cunoscut (a cărui producere a încetat - fusese brevetat în 1891 de Angelo Mariani).

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 a lipsei de apetit, 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* (de fapt 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: anestezic local, aplicată direct pe țesuturile lezate. Dacă este injectată subcutanat are efectul amfetaminelor, dublat de unul anestezic local.

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 circulatorii locale. Cei bogați își înlocuiesc cartilagiul distrus cu plăcuțe de argint sau de platină. La câteva minute după ce substanța activă ajunge în circuitul sanguin, aceasta inundă porțiuni din creier: scoarța cerebrală, răspunzătoare de memorie și rațiune; hipotalamusul, care controlează simțurile, apetitul și somnul; creierul mic, răspunzător de activitățile motorii. Drogul dezlănțuie o adevărată furtună nervoasă, menținând în excitație continuă largi zone 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 idei aberante, dând frâu liber imaginației. Efecte imediate: excitație euforică, halucinații, logoree, intensificarea funcțiilor intelectuale și creșterea capacității funcționale musculare, precum și printr-o diminuare a senzației de oboseală, plăcerea, înveselire, vioiciune, încredere și un mare nivel al energiei. 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 ori un dezechilibrat psihic, suferind de persecuție, ori un paranoic agresiv. Controversat este și efectul afrodisiac; la un consum de durată crește libidoul, dar concomitent se instalează lent și sigur impotența. După doze mari sau la consum de durată, cocaina provoacă halucinații și la dezechilibre mintale grave.

În timpul utilizării se accelerează pulsul, se dilată pupila, crește presiunea sanguină. Destul de rar - atac de cord. 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 abstenență 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.)

Cocaina bază se prelucrează și se fumează.

Crackul („Pocnet, trăznet, plesnitură”) este o nouă (câțiva ani) formă de cocaină, sub formă de cristale, cu o mare putere dependogenă. 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.

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

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

Cannabisul (hașișul și/sau marijuana)

Cannabisul este cânepa (sinonime: marijuana, iarbă, bhang, vangony etc). Unii afirmă că există mai multe varietăți de cânepă (*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 cânepă. Există, totuși, și varietăți fără proprietăți toxicomanogene (cânepa de Creta ș.a.). Varietatea *cannabis sativa* crește și la noi. Are vreo 2 m și este cultivată pentru fibră și semințele oleaginoase.

Hașișul se găsește însă în varietatea mai scundă, numită *cannabis indica*. Planta femelă secretă o rășină cu proprietăți fiziologice active, care, adunată și uscată, este comercializată sub formă de tăblițe sau bețișoare și în diferite combinații cu opiu, datura, tutun etc. capătă denumiri diferite: șaras, ganjia, bang (India); kif (Algeria și Maroc); takruri în Tunisia; hașiș în Siria și Liban; marijuana în America de Nord etc. etc. Este arhicunoscutul *hașiș* din 1001 de nopți. Ganja 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.

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 resimt o efemeră ațătare a senzațiilor de voluptate, alții trec prin neliniști și anxietăți, acuzând un insuportabil rău fizic. Unii trăiesc o frenezie senzorială, multiplicându-și iluziile vizuale și auditive, alții au halucinații. Când se trezesc, ieșind de sub acțiunea stupefiantului,

hașișomanii încearcă groaznice dureri de cap, urmate uneori de stări de lipotimie (leșin) sau de abulie. Oricum, pentru un timp ei sunt inapți să presteze o muncă susținută, organizată. Prin abuz, ei ajung niște decrepiți, fanteze umane ce se strecoară cu mintea rătăcită printre semenii lor. Imposibil de dezintoxicat, pentru că subiecții nu renunță, în doze mari duc la delir și nebunie. Obișnuința duce 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 acolo geifa) este fumat în colectiv la anumite ceremonii rituale, în timpul cărora "cigarillos"-ul trece din gută în gură. În SUA marijuana sau Lady Hamp este și ea prizată sub formă de țigări, în comun, mai ales de hippiști.

Marijuana: 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 ales în cele două Americi. Efectele sunt aproape exclusiv asupra sistemului nervos central, în speță asupra scoarței cerebrale și, probabil, și asupra cerebelului, ținând cont de tulburările de echilibru coexistente. Efectele se instalează 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. Stare de transă. Comportarea poate deveni impulsivă; tulburări de coordonare motrice, tremurături, amețeli, și țuitori în urechi. 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 cannabis-ului luptă pentru legalizarea consumului de cannabis, pe 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 organismul marcat, în realitate produsele cannabisului afectează AND-ul, și prin aceasta mecanismul diviziunii celulare, creind 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.

Folosirea terapeutică: în glaucom și în tratarea vomitării.

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-E peninsulei Arabe. Se bănuiește că ar fi chiar laurul sacru al prezicătoarelor din Delfi. În Etiopia se apreciază că stă la baza a 501 „cure”. Principalele elemente active ale acestui arbust sunt cătina și catinona, asimilare amfetaminilor. Se consumă frunzele cele mai fragede și petalele florilor recoltate în dimineața zilei de desfacere.

Mestecate, pulverizate și înghițite, infuzie („ceaiul etiopian” sau „ceaiul arab”), fumate în amestec cu tutunul.

Peyotl

Cactus (*Lophophora Williamsii*) care crește spontan în America Centrală. Este micuț (20 cm înălțime); pentru a-l consuma, indienii îl usucă și îl taie apoi în bucăți. Ei îl divinizează, îl denumesc Camabe, Jiculi, Hikuri, Bunami, Jo.

Halucinogen, 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.

L.S.D.

Drog halucinogen descoperit din întâmplare de dr. Hoffman, de la societatea elvețiană Sandoz, în 1943. Inițialele provin de la denumirea în limba germană a dietilamidei acidului lisergic. Este al 25-lea dintr-o serie de 27 de compuși sintetizați din această familie. Lichid incolor, inodor și insipid, extrem de puternic din p.d.v. 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 secară, o ciupercă ce parazitează secara, ciupercă răspunzătoare de numeroase epidemii de-a lungul istoriei, uneori cu sfârșit letal (în urma consumului cerealelor infestate cu „*Claviceps purpurea*”)

Recomandat în tratamentul unor psihoze, psihonevroze și frigidity sau ca analgezic în anumite forme de cancer. Efecte imediate: viziuni halucinante și dezorientarea în timp și spațiu, după care urmează anihilarea voinței și a autocontrolului, hipersugestia (vecină cu hipnoza) și formele imprevizibile, ca tentativele de crimă.

Produce un „voiaj” psihedelic (uneori fără întoarcere): 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 fătului din primele luni de sarcină malformații.

Drogurile inhalante

Substanțe chimice care produc vapori psihoactivi și care nu au fost niciodată cunoscute sub denumirea de droguri. Sunt banale produse chimice utilizate în gospodării pentru curățat sau ca produse cosmetice, adezivi, benzine pentru automobile. Ca atare, sunt comercializate fără restricție. Sunt 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 ori chiar la deces, prin stop cardiac, în timp sunt afectate s.n.c. și organele interne. Riscurile se multiplică atunci când, ca și în cazul drogurilor veritabile, drogurile inhalante se asociază cu tranchilizante, somnifere și alcool.

Droguri recente

Ditranul, care în doze de 10-15mg produce, puternice halucinații timp de câțiva ani.

ICE, obținut din amfetamina, cu efecte mai intense și mai durabile decât ale crackului, creînd 14 ore de paranoia, violență și halucinații.

Hormonii steroizi, hormoni sexuali. Aceștia mai sunt folosiți de atleți și de adolescenții aflați în căutarea euforiei.

CURS 10. FORMAREA PERSONALITATII NARCODEPENDENTE

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 narcodependente.

I.H.Babaian și A.M.Sergeev susțin că în cazul personalității narcodependente indivizii parcurg 5 trepte. Acestea sunt:

1. Experimentatorii - cu această treaptă se începe administrarea drogurilor. Este cea mai numeroasă 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, vertijuri renunță la această idee și nu mai revin la ea; cât și cei care în urma primei administrări au trait senzații de beatitudine. Anume aceștia din urmă ajung la celelalte trepte a narcomaniei. Experimentatorii asociază drogarea experimentală cu cultura dansului și încep utilizarea 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 independent prin încălcarea de liberate a normelor sociale. În afara acestor condiții nu fac uz de droguri. De cele mai multe ori acestia 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: cînepa, extasy, amfetaminele, LSD 25, aceste preparate administrîndu-se în stare pură sau în combinație cu alcoolul.

3. Sistematicii - la această treapta se referă 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 din primele trei categorii. Consumatorii din această treaptă folosesc o varietate mare de droguri. La această treaptă deja se formează dependența psihică fata de droguri. Dacă la primele trei trepte consumul se făcea prin intermediul prizelor, inhalărilor sau pe cale digestivă, la

această etapă indivizii încep administrarea intra-venos sau intra-muscular. 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 sevrăjul. Această categorie de indivizi se caracterizează prin consumul zilnic, nediscriminatoriu al drogului, contactele sociale se îngustează și se conturează în jurul drogului. Indivizii narcodependenți prezintă pericole pentru sine și pentru societate.

Această clasificare reprezintă un filtru la capătul caruia ajung cei mai slabi, neputincioși și neinformați. Astfel primele patru trepte în mod convențional sunt numite „comportamentale” și necesită luarea unor măsuri pedagogice, 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:

1. pierderea /creșterea poftei de mâncare, o inexplicabilă scăderea sau creșterea în greutate, orice schimbare a obiceiurilor alimentare;
2. schimbarea ritmului mersului, o încetinire sau o înțepenire a mersului, o slabă coordonare a mișcărilor;
3. insomnie, trezirea la ore neobișnuite, o lene neobișnuită;
4. ochii roșii și înlăcrimați, pupile mai mari sau mai mici decât de obicei, blank stare;
5. palme umede și reci, mâini tremurătoare;

6. fața roșie sau palidă;
7. miros de substanțe la expirație, din corp sau de pe haine;
8. foarte activ, excesiv de vorbăreț;
9. secreții nazale ca la răceală, extremități reci;
10. urme de înțepături pe antebrațe sau picioare;
11. mereu mucus, grețuri și vome frecvente, sau transpirații excesive;
12. tremurături ale mâinilor, picioarelor sau capului;
13. puls neregulat.

Semne comportamentale.

- a. - schimbare în atitudine, comportament sau personalitate fără o cauză aparentă
- b. - schimbarea prietenilor sau evitarea celor vechi, nu vrea să vorbească despre prietenii cei noi sau aceștia sunt cunoscuți ca și consumatori de droguri;
- c. - schimbare în activități, hobby-uri sau interese;
- d. - scăderea performanțelor școlare, sau la muncă, întârzieri la școală, absențări nemotivate sau abandon școlar;
- e. - schimbarea comportamentului acasă, pierderea interesului pentru familie și activitățile de familie;
- f. - dificultăți de concentrare, distrat, uituc;
- g. - lipsă de motivație în general, pierderea energiei, a stimei de sine, o atitudine de nepăsare;
- h. - frecvent hipersensibil, își pierde repede cumpătul, sau are resentimente puternice;
- i. - stări de iritabilitate sau mânie;
- j. - stare de prostrație sau dezorientare;
- k. - comportament excesiv de secretos;
- l. - accidente de mașină;
- m. - necinste cronică;
- n. - o nevoie inexplicabilă de bani, fură bani sau obiecte pentru a fi vândute;
- o. - schimbări ale obiceiurilor de toaletă.

Studiind personalitatea narcomanilor, se disting următoarele **trăsături caracteristice** pentru această categorie de indivizi:

1. dependența afectivă;
2. angoasa de separație;
3. izolarea și anxietatea resimțită în relațiile cu ceilalți;
4. intoleranța la frustrări;
5. depresia;
6. nevoia inepuizabilă de iubire, aprobare și valorizare;
7. satisfacția imediată a dorințelor;
8. lipsa de încredere în sine și pasivitatea;
9. încăpăținare și iritabilitate;
10. lipsa ambițiilor, a combativității și a competitivității;
11. absența atitudinilor provocatoare și agresive;
12. 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 maternale represive și un tată absent ca rol.

Diagnosticarea primară a dependenței de drog.

Narcomania, prin efectele sale, implică un anumit grad de periculozitate 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, fuga de acasă, prezența prietenilor „dubioși”.

Un rol important în stabilirea diagnosticului primar îl are adoptarea de narcomani a unui limbaj specific.

Impactul negativ al narcomaniei asupra societății.

Consumul de droguri reprezintă una din cele mai grave probleme sociale cu care se confruntă societățile contemporane. Considerat în majoritatea surselor de specialitate ca o „crimă fără victime”, care nu aduce

prejudicii societății, în ansamblul său , ci doar indivizilor implicați , consumul de droguri reprezintă un adevărat flagel care deteriorează sănătatea a milioane de oameni, sporind costurile asistenței medicale și determinând amplificarea altor probleme sociale, în acest sens, așa cum observă o serie de specialiști consumul de droguri nu este o crimă fără victime , ci un delict care are un impact deosebit de negativ asupra societății în întregime. 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 păături 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,cu accidente produse.
- În stare de ebrietate narcotică, cu afecțiuni diverse cauzate de administrare cronică a drogurilor, cu suicide frecvente comise 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.

CURS 11. ASISTENȚA MEDICALĂ, PSIHOLOGICĂ ȘI SOCIALĂ A PERSOANELOR DEPENDENTE DE DROG

Sistemul național de asistență medicală, psihologică și socială este structurat pe **trei niveluri de intervenție**, incluzând sistemul de asistență medicală ambulatorie (primară și de specialitate) și spitalicească, serviciile de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri, serviciile psihologice și serviciile sociale.

Nivelurile de asistență reprezintă cadrul instituțional sau programatic în interiorul căruia au loc intervențiile terapeutice. Complexitatea sau modul de operare al unui centru poate să corespundă unui singur nivel; altele pot include componente integrate corespunzând mai multor niveluri. Un nivel de asistență reprezintă o combinație de elemente structurale sau tipuri de centre care oferă sau coordonează servicii ca răspuns la nevoile identificate și care, va determina complexitatea serviciilor necesare unei asistențe adecvate a consumatorilor de droguri. În acest moment un continuum dezirabil de asistență se află doar în stadiul de planificare. Teoretic, de la un anumit nivel de asistență se pot aștepta rezultate mai bune în ceea ce privește economia costurilor decât de la altele. Totuși, studiile cu privire la rezultate nu au arătat convingător că reabilitarea sau dezintoxicarea în regim închis sunt mai eficiente din punct de vedere al costurilor decât reabilitarea sau dezintoxicarea în ambulatoriu. De fapt, încercarea de a demonstra că structurile de tratament mai intensive oferă pacienților rezultate mai bune decât cele mai puțin intensive a fost un eșec consecvent. Organizațiile de management al sănătății au utilizat această modalitate pentru a justifica eliminarea nivelurilor mai înalte de asistență cum ar fi dezintoxicarea intraspitalicească sau reabilitarea rezidențială. Un punct critic, totuși, este că aceste studii nu încearcă să determine care sunt pacienții care au avut cele mai bune rezultate și de la ce nivel de asistență sunt obținute acestea.

Nivelurile de asistență au fost delimitate în funcție de gradul până la care erau oferite managementul medical, structura, securitatea și intensitatea tratamentului.

Sistemul de asistență medicală, psihologică și socială, este structurat pe trei niveluri de intervenție, incluzând sistemul de asistență medicală ambulatorie (primară și de specialitate) și spitalicească, serviciile psihologice și serviciile sociale.

Sistemul include componente publice, private sau mixte acreditate/autorizate și este coordonat și monitorizat de către Agenția Națională Antidrog pe baza standardelor de calitate și în conformitate cu legislația în vigoare.

Nivelul 1 - *Primul nivel al sistemului presupune identificarea, atragerea, motivarea și trimiterea consumatorilor de droguri spre serviciile specializate, abordarea necesităților sociale și medicale de bază ale consumatorilor de droguri și coordonarea necesară cu resursele din nivelul 2 și 3.*

Obiective:

- Minimalizarea riscurilor asociate consumului de droguri, prin oferirea de material steril (seringi, dezinfectanți și apă distilată).
- Oferirea de prezervative pentru prevenirea apariției infecțiilor cu transmitere pe cale sexuală.
- Oferirea de informații specifice și consiliere psihologică pentru dezvoltarea motivației pentru schimbare și pentru promovarea accesului și/sau reluarea contactului cu resursele specializate de asistență a consumatorilor de droguri.
- Oferirea de informare și sprijin pentru schimbarea modului de administrare și/sau a tipului de drog în scopul prevenirii apariției afecțiunilor asociate consumului.
- Intervenții în criză (supradoză, crize convulsive).
- Oferirea de intervenții medicale de bază.
- Informarea și trimiterea către resursele specifice.
- Abordarea necesităților primare cu scopul facilitării dezvoltării unei atitudini favorabile față de asistența specializată.
- Acoperirea necesităților sociale de bază: alimentație, igienă, îmbrăcăminte, odihnă.
- Consilierea juridică.

Forma de acces: directă, la cererea consumatorilor.

Nivelul 2 - *Nivelul doi este constituit din unități specializate din sistemul de Sănătate Publică și din Centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog și asigură asistența specializată, monitorizarea și trimiterea spre cel de-al treilea nivel ca și coordonarea necesară între toate nivelurile de intervenție. Reprezintă nivelul central pentru întreg sistemul de asistență.*

Obiective:

- Obiectivul este oferirea unui tratament individualizat prin includerea într-un program integrat de asistență.
- Realizarea evaluării pe cele cinci arii și managementul de caz
- Realizarea planului individualizat de asistență
- Coordonarea în vederea realizării programelor integrate de asistență

- Implementarea programelor integrate de asistență în centre specifice, în sistem ambulatoriu sau în regim închis.

Forma de acces: Centrele de prevenire, consiliere și evaluare antidrog sunt centre de primire directă, cu caracter ambulatoriu, la care pot apela toate persoanele dependente de droguri, cu condiția de a avea domiciliul în aria de influență a centrului respectiv și care fac referire către centrele de asistență, conform planului individualizat de asistență, stabilit cu acordul informat al beneficiarului.

Nivelul 3 - *Cel de-al treilea nivel asigură reinserția socială prin intervenții specifice și prin servicii cu nivel crescut de specializare care sprijină nivelul . și este alcătuit din centre de zi, centre rezidențiale tip comunități terapeutice și alte tipuri de servicii.*

Obiective:

- Realizarea dezintoxicării fizice a pacienților cu tulburări datorate consumului de substanțe psihoactive, în regim spitalicesc, atunci când echipa tehnică a centrului de referință consideră imposibilă o dezintoxicare ambulatorie.

- Oferirea unui mediu sigur și de sprijin acelor subiecți care, în procesul de dezintoxicare necesită acest mediu din anumite motive.

- Realizarea intervențiilor sociale și psihologice specifice sau specializate.

- Obținerea abilităților personale necesare pentru reabilitarea ulterioară în regim ambulator.

- Facilitarea unei asistențe individualizate în populațiile care, prin caracteristicile lor, au nevoie de centre de tratament specific.

- Să distribuie metadonă populației dependente de droguri aflate în tratament în alte servicii medicale, servind ca sprijin pentru acestea.

- Să sprijine rețeaua de asistență medicală, psihologică și socială pentru consumatorii de droguri prin intervenții specifice și specializate.

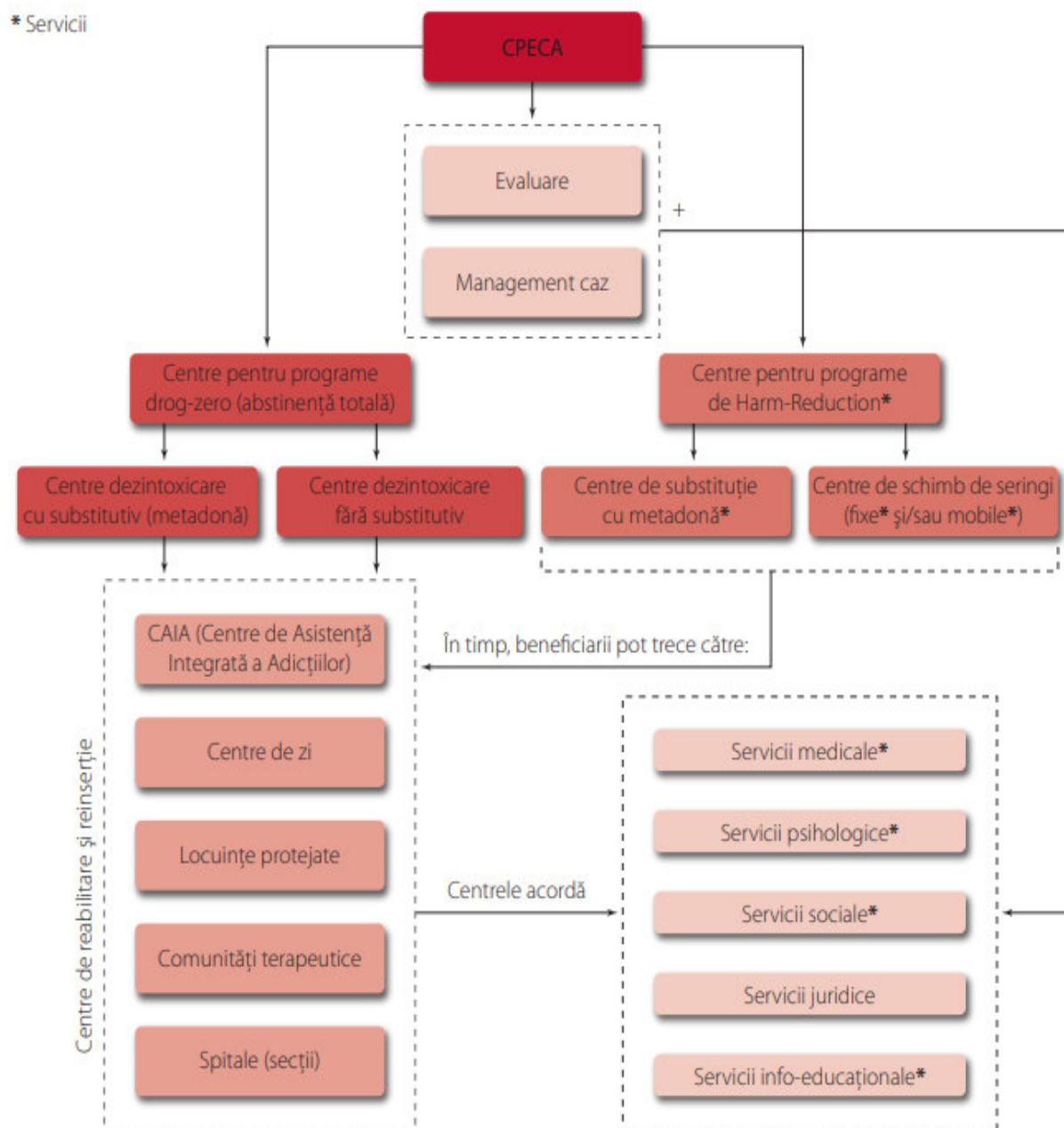
- Să ajungă în cartierele mai îndepărtate de centrele de distribuire existente în comunitate sau în acele cartiere în care acest tip de centre lipsesc.

- Să ofere tratamente specifice medicale sau psihiatrice în cazurile în care aceasta nu se poate realiza în rețelele normalizate.

- Asistență la domiciliu dintr-o perspectivă bio-psiho-socială, pentru pacienții cu patologii grave și/sau imobilizați care se află în tratament cu metadonă, sau cu indicații de includere și care nu pot să se deplaseze.

Forma de acces: În cadrul unui program integrat de asistență, prin trimitere din partea echipei de profesioniști a CPCEA.

Nivelul II al sistemului de asistență, reprezentat de centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog ale ANA, reprezintă nivelul central.



NIVELURI DE ASISTENȚĂ, FUNCȚII ȘI RESURSE ALE ACESTORA

NIVELURI	FUNCȚII	RESURSE
Primul nivel (Principală cale de acces la sistemul de asistență)	- Identificare, atragere, motivare și trimitere. - Asistența necesităților medicale și sociale de bază. - Coordonare cu resursele nivelului 2.	- Asistență medicală primară. - Servicii Sociale Generale. - Resurse care dezvoltă programe de reducere a riscului. - Servicii de urgență - Alte resurse medicale și sociale ce oferă asistență de bază. Sistem public, privat, mixt sau nonguvernamental
Nivelul doi (Centre de asistență integrată pentru adicții - centrele de referință -	- Planificarea și realizarea evaluării multidisciplinare (bio-psiho-socială) - Elaborarea și dezvoltarea de Planuri individualizate de asistență în cadrul Programelor integrate de asistență. Garantarea asistenței specializate, concomitența și continuitatea serviciilor, precum și trimiterea către servicii din nivelul 3.	- Resurse specializate cu caracter general (asistență primară, specializată sau sănătate mintală - psihiatrie). - Resurse specifice. Sistem public
Nivelul trei	- Asistență specifică și cu grad înalt de specializare - ACCES: doar prin trimitere din resurse ale nivelului 2.	- Resurse de dezintoxicare intraspitalicească. - Resurse Rezidențiale, Comunități Terapeutice etc. Sistem public, privat, mixt sau nonguvernamental

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

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 a sistemului cardiovascular, respirator, sistemului nervos.);
- aplicarea unei terapii în mod individual - se aplică 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 centre de „Narcomani anonimi”. Aceste centre sunt cu un circuit închis și 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 beneficiarului.

Greșeli tipice care apar în cursul recuperării:

1. Lipsa unei lupte cu dependența – din lenevie, nepăsare ș.a. lipsa dorinței de schimbare în bine.
2. Nădăjduirea în sine: „O să mă descurc singur”, „N-am nevoie de ajutor” ș.a.m.d.

3. Nerenunțarea la tovarășia „prietenilor” dependenți de droguri, deasă rămânere 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 narcotice.
6. Accentul pe mijloacele medicale de tratament, în condițiile în care asistența medicală are o mică pondere în ansamblul măsurilor de recuperare și se limitează doar la îndepărtarea sindromului de abținere.
7. „Scopul scuza mijloacele”, altfel spus tratament cu orice preț. Sub această deviză, cei suferinzi de narcomanie devin prada diferiților ocultişti, sectanți sau pur și simplu o patimă cu alta (curvia, lăcomia, jocurile de noroc ș.a.m.d.).

CURS 12. PSIHOTERAPIA PERSOANELOR DEPENDENTE

Motivația exterioară, falsa 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 unui „prieten” de consum, lipsa banilor, părinții care nu mai vor să-i acorde adăpost sau bani, amenințarea cu părăsirea din partea iubitei. Acestea țin, într-adevăr, de o motivație exterioară, 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, Prochasca și Di Clemente, o numesc 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 de către 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. Bineînțeles, în acest caz recăderea 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 parintelui îi place să creadă că după o săptămână de psihoterapie sau după o săptămână de dezintoxicare dependența a dispărut. Așadar, acel lanț abținere-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 abținere-recădere. Apare un moment în istoria unui consumator de drog în care conflictele și inconfortul legate de consum sunt prea mari. Acesta este momentul în care el acționează. De altfel, Prochasca 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 ritualismului 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. Redescoperirea „lucrurilor simple” se poate întâmpla tot în această fază și familia ar putea sprijini această redescoperire. 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 reformula 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 (Prohasca și Di Clemente). În aceste două faze părinții trebuie să dea dovadă de o mare flexibilitate. Fiindcă tânărul dependent este într-o perioadă de căutare, de explorare a noi 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 însoțire a tânărului dependent în căutarea lui. 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 pentru nevoile altuia.

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 psihanalitic al personalității narcomanului. Nucleul modelului psihologic îl constituie reabilitarea narcomanului, reinserta 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 abținere, 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 și reinsertie a persoanelor dependente de drog. Astfel, unii autori evidențiază: psihoterapia, terapia de familie, terapia de grup etc.

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 izolat 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 ca psihoterapeutul să-și asume un rol activ în construirea relațiilor cu persoana dependentă de drog; el trebuie să-i fie apropiat acesteia, fără idei preconcepționale, 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 privesc timpul de abținere, perioada de tratament și se bazează pe încredere mutuală, efort din partea ambelor 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 abstinentă, 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 impactele emoționale și influențele lor 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 obișnuinței de a consuma droguri, încercându-se crearea unor alte preocupări, reflexe sau obișnuințe.

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 de a gândi și capacitatea de a raționa, tendințele de a renunța la mascarea adevăratelor cauze ale consumului de droguri. Relațiile trebuie să fie de 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 într-o manieră matură stările conflictuale, 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 se dăuneze rezultatelor obținute, mai ales legăturilor ce s-au stabilit între bolnav și terapeut.

Terapia de familie

Includerea familiei în reinserția 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. Tratatamentul are ca scop să înlăture acel mod de comportare al membrilor de familie care reprezintă substratul etiologic al consumului de droguri al unuia dintre 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 având probleme similare. Metodele acestei terapii variază în funcție de orientarea teoretică a celui ce le aplică. Psihoterapia de grup are la bază concepția ca 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:

- selecționarea pacientului, la care 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 egocentriste 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, avînd o serie de avantaje ca:

- obținerea unei afecțiuni și coeziuni între membrii grupului asemănătoare solidarității de familie;
- în cadrul grupului, membrii sunt pregătiți pentru reinserție socială, pentru experimentarea unor forme variate de readaptare (ca dragostea, cooperarea), forme care mai tîrziu 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 rînd, această formă de tratament se caracterizează printr-o coordonare colectivă, subiectul fiind mai mult sub controlul colectivului decît sub controlul individual al terapeutului. În fine, putem menționa ca din punctul de vedere al terapeutului, recîștigarea independenței față de droguri este un obiectiv foarte greu de realizat și presupune aplicarea unor proceduri de „reabilitare” ce valorifică voința și simțul responsabilității.

Pt completare curs 11:

Vezi materialul din Monica Dan (coord.), et.all, ”Metodologia de lucru cu adolescenții la risc și consumatori de droguri”, Editura Alpha MDN, Buzău, 2018, pp. 9 - 29

CURS 13. PREVENIREA NARCOMANIEI

Termenul de prevenție include orice activitate care vizează modificarea, reducerea sau întârzierea inițierii consumului de alcool, tutun și droguri într-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 a corela activitatea de prevenție cu mediul cultural în continuă schimbare al tinerilor și cu modificările partenerilor de consum. Pe măsură ce grupul de (pre-)adolescenți înaintază 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 grupe 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 diverse forme, de la amenzi pentru conducerea unui autovehicul sub influența alcoolului, pînă la prohibiția totală (SUA).

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

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 destrămarea ei prin înlăturarea uneia 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 încat o intervenție precoce să rezolve 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 (pentru tineri).

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 strîns 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. Expertii 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-școlare. Mai mult, ar trebui să ne abținem de la gîndirea simplistă, în virtutea căreia (continuăm să) credem că „informațiile despre droguri vor determina schimbări pozitive în atitudinea și comportamentul tinerilor”.

Așa cum s-a întamplat în majoritatea țărilor vest-europene în urmă cu 10-15 ani, metodele de prevenție aplicate în țările din Europa de Est constînd în furnizarea de informații factuale 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 dependenti 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 decît părinții și profesorii lor, astfel încît atunci cînd 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 de timp variabilă. Un principiu foarte important al metodelor de prevenție recunoscut astăzi afirmă că este mult mai util și eficace a ghida acest comportament inevitabil de experimentare în direcția corectă, fapt realizabil prin oferirea de informație onestă și completă tinerilor cu privire atît la efectele negative, cît 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 rîndul tinerilor. Trebuie evitate efectele nocive permanente ale consumului perimental de drog survenit adesea ca urmare a presiunilor grupului de prieteni. Acesta este un deziderat mult mai realist al activității de prevenție decît 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.

Pe 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 implicate de consumul 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 trasăturilor 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 privitoare la consumul de substanțe;
- Strategii preventive care 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 vîrstă;
- Furnizează elevilor alternative la consumul 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 decît simplă concentrare asupra factorilor de risc.
- **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 transgresată 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 privința experienței profesionale, 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 în acest mod.
- Principiul de bază atât la nivelul investigației, cât și în intervenția asistențială constă în faptul că drogurile ilicite, cu tot ceea ce presupun ele (de la obținerea pe cale naturală sau sintetică și pînă 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 psihosocială a celor dependenți. Cazurile de remisie spontană constituie o rezolvare tradițională și astăzi au o anumită pondere, dar înțelegerea modului în care acest fenomen are loc nu a suscitat un interes deosebit din partea specialiștilor. Școala este o sursă importantă de informații despre alcool și droguri , întrucît este singurul loc în care pot fi abonați tinerii .Elevii petrec destul de mult timp în școala 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 sînt surse însemnate de exemple 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 consolidînd informațiile și deprinderile oferite de celălalt.
- Întrucît 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 dobîndirii 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 sînt parte integrantă a comunității și că un comportament responsabil include 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 sînt 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 dobîndească 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 dintre ele.

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 rîndul adolescenților”;
- Grupuri mici de discuții, de exemplu, „Ce atitudine să avem față de un membru al familiei consumator de droguri?”;
- Formarea medicilor generaliști în detectarea 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 vizînd 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 utilizatori, cu foști dependenți, cu experți în domeniul drogurilor;
- Reclame în ziare (sau în reviste săptămânale sau lunare);
- Reviste pentru tineri care să conțină informații generale, interviuri, materiale educaționale și 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 saituri specializate pe 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 a 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 între diversele comunități și grupuri țintă, deoarece fiecare grup populațional 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 de activitatea de educație preventivă, deoarece unele dintre acestea nu necesită 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 privind drogurile prin intermediul mass-media anumitor categorii, cum ar fi cele cu absenteism și abandon școlar sau tinerilor șomeri. Totuși, acest tip de abordare este mare consumator 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 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 contactului zilnic cu familiile și grupurile din cadrul comunității locale, pot juca un rol important în activitatea de educare și prevenție.

CURS 14. 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 abuzului de droguri, care să intre în vigoare în legislația țării. Astfel, politica în privința controlului 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 scăpat 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 Șanghai - 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 răspîndirii fiecărei substanțe. Fiecare țară-membră trebuie să prezinte un raport anual a situației drogurilor în țară, necesitatea anuală a drogurilor, legislația în vigoare privin 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, răspîndirea, utilizarea și transportul drogurilor, luînduse în considerație utilitatea terapeutică și capacitatea drogului de a crea dependența 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 privațiuni 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 atribuie pedepse grave.

Utilizarea terapeutică a drogurilor este supusă unui control riguros.În urma adaptării acestei convenții , fiecare țară-membră și-a determinat poziția sa față de aceasta ,elaborînd 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 răspîndirea 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 vînd 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, vînzarea, producerea și păstrarea drogurilor se pedepsește conform legii,ea este precedată de privațiune de libertate în termen de la o lună pînă la opt ani.Cu toate că sunt interzise,cofeinele constituie droguri ușoare și pot fi vîndute legal. Stăpînii, 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 publicita drogurile, nu se vînd droguri grele și în „coffee shops” se permite păstrarea unei cantități limitate de droguri. În cazul nerespectării acestor reguli încăperea se închide.Permițînd 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 răspînditorilor de droguri , în diferite țări li se aplică diverse sancțiuni.În țările europene, ca Austria, Franța și Elveția, producerea și răspîndirea drogurilor se sancționează cu privațiunea de libertate în termen de pînă la 20 de ani, în Dania, Germania-pînă la 15, în Suedia-pînă la 10, Ungaria-pînă la 8 ani, Polonia-7,5, Italia-2, 2M.Britanie-20, Grecia-pînă la privațiune de libertate pe toată durata vieții, în țările Asiei și Africii, sunt prevăzute termeni lungi:în India –pînă la 20 de ani, Sri Lanka-10, Cote Divore-de la 3 luni pînă la 5 ani, în

Japonia ,Thailanda, Egipt,Nigeria-pînă la privațiunea de libertate pe toată durata vieții, în America Latină – pînă la 20 de ani, în Venezuela-15 ani, Argentina, Ecuador-pină 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.

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 rămîne calea cea mai utilizată, prin ea fiind distrus cercul vicios al consumatorului dependent, ceea ce presupune parcurgerea mai multor etape, principala rămînînd 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 neprofioniști; există grupuri și situații în care sunt prezenți și foști narcomani.

Asistentul social se numără printre profesioniștii implicați atît în sprijinirea acelor indivizi pentru care consumul și abuzul de droguri, direct sau indirect, a devenit problematic, cît și în evoluția formelor de reabilitare și recuperare/reinserție 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 etapizată a metodelor și tehnicilor de intervenție propriu-zisă;
- evaluarea intervenției și construirea contextului pentru continuarea relației profesionale.

Cu privire la 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 reinserție. Scopul general al reabilitării și reinserției 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, reinserția 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 autoguvernare/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 că este o adaptare la una dintre diversele tențatii 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 prin moarte, fie prin 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 neputând fi niciodată cunoscut cu exactitate tocmai pentru că mulți consumatori rămân voiti 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 probează 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.

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.

BIBLIOGRAFIE:

1. ADES, J., *Conduites de dependance et recherches de sensations*, Masson, Paris, France, 1994
2. BERCHEANU, V., PLETEA C., *Drogurile si traficantii de droguri*, Editura Paralela 45, Pitesti, 1998
3. BOISTEANU, Petru, *Alcoolism și comportament*, Editura Moldova, Iași, 1999
4. CARATA, Dumitru, *Asistența socială a persoanelor dependente*, Editura [s.n.], Chișinău, 2010
5. CHICK, Jonathan, *Alcoolul și problemele consumului de alcool*, Editura Minerva, București, 2008
6. COSMOVICI, Andrei, *Psihologie generala*, Editura Polirom, Iasi, 1996
7. DIMA, Traian, *Traficul și consumul ilicit de stupefiante*, Editura Lumina Lex, București, 2001
8. DRAGAN, Jenica, *Dicționar de droguri*, Editura CH Beck, 2005
9. DUMITRU, Ion Al., *Personalitate – atitudini si valori*, Editura De Vest, Timisoara, 2001
10. EBERHARD, Rieth, *Alcoolismul – o boală*, Editura Hora, Sibiu, 1999
11. FERRIOL, Gilles, *Adolescenții și toxicomania*, Editura Polirom, Iași, 2000
12. FRANTZ, Floyd, *Cum tratăm alcoolismul. Manual pentru uzul preoților și medicilor*, Editura Trinitas, Iași, 2007
13. GIRLEANU, Daniela, *Coordonate ale consilierii în asistența socială*, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2001
14. HOHN, Mihai, *Elemente statistice in analiza fenomenelor psihice*, Editura “Viata aradeana”, Arad, 2000
15. HOLDEVICI, Irina, NEACȘU, Valentina, *Consiliere psihologică și psihoterapie în situațiile de criză*, Editura Dual Tech, București, 2006
16. KLEIN, Hans, *Dependența de alcool. Consilierea familiei*, Editura Hora, Sibiu, 1999
17. MACOVEI, Radu Alexandru (coord.), *Elemente de toxicologia drogurilor. Aspecte medicale, toxicologice, psihosociale, psihiatrice și juridice*, Editura Focus, București, 2006
18. MARINOV, V. (coord.), *Anorexie, adicții si fragilități narcisice*, Editura Trei, Bucuresti, 2005
19. MEMMI, Albert, *La dependance – Esquisse pour un portrait du dependant*, Impression S.E.P.C. Saint-Amand, France, 1993
20. NEAMTU, George (coord.), *Tratat de asistenta socială*, Editura Polirom, Iasi, 2011
21. NEAMȚU, George (coord.), *Enciclopedia Asistentei sociale*, Editura Polirom, Iași, 2015
22. NEAMȚU, George; STAN Dumitru, *Asistență socială. Studii și aplicații*, Editura Polirom, Iași, 2005

23. POPOVICIU, Ioan; POPOVICIU, Ana Salomea, *Strategii și politici de profilaxie și combatere a alcoolismului în societatea modernă*, „Revista de Asistență Socială”, nr. 3-4, 2005
24. PREDA, Marian, *Consumul de alcool în rândul adolescenților și tinerilor*, „Revista de Asistență Socială”, nr. 1-2, 2005
25. PRELIPCEANU, Dan, *Abuzul și dependența de substanțe psihoactive*, Editura Infomedica, București, 2004
26. RĂSCANU, Ruxandra, *Alcool și droguri : virtuți și capcane pentru tineri*, Editura Universității din București, București, 2004
27. SIMIONESCU, Elena, *Alcoolismul, o veche problemă psihosocială*, Revista „Psihologia”, nr. 2, 2001
28. VALLEUR, Marc, MATYSIAK, Jean-Claude, *Patologiile excesului. Sex, alcool, droguri, jocuri*, Editura Nemira, București, 2008
29. www.alcooliciianonimi.ro
30. www.dependenta.ro