



UNIVERSITATEA
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„VICTOR BABEȘ” DIN TIMIȘOARA

Mihai Gafencu

(coordonator)

Mariana Iridon

Mihaela Tomiță

Adela Șleam

Gabriela Doroș

Andreea Dumitrescu

Septimiu-Radu Susa

Daniel Șoavă

Norberth Varga

Cristian Neghină



GHID ANTIDROG



HIPPOCRATE

Editura „Victor Babeș”
Timișoara, 2026

Editura „Victor Babeș”
Piața Eftimie Murgu 2, 300041 Timișoara
Tel./Fax 0256 495 210
e-mail: evb@umft.ro
www.umft.ro/ro/organizare-evb/

Director general: Prof. univ. dr. Sorin Ursoniu

Colecția: HIPPOCRATE

Coordonator colecție: Prof. univ. dr. Andrei Motoc

Referent științific: Prof. univ. dr. Cătălin Marian

© 2026

Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate.

Reproducerea parțială sau integrală pe orice suport, fără acordul scris al echipei editoriale este interzisă și se va sancționa conform legilor în vigoare.

ISBN 978-606-786-614-8

CUPRINS

ARGUMENT	6
-----------------------	----------

Capitolul I. Drogurile și efectele acestora	9
--	----------

Mihai Gafencu, Cristian Neghină

1.1. Definiția drogurilor	10
1.2. Clasificarea drogurilor	11
1.2.1. Stimulante ale sistemului nervos central.....	11
1.2.2. Halucinogene	21
1.2.3. Opioide.....	28

Capitolul II. Efectele drogurilor asupra sistemului cardiovascular	41
---	-----------

Gabriela Doroș, Andreea Dumitrescu

2.1. Fiziopatologie.....	42
2.2. Tablou clinic.....	45
2.3. Pronostic pe termen lung.....	51

Capitolul III. Infecțiile virale transmise prin sânge la minorii consumatori de droguri intravenoase: HIV, virusurile hepatitice B și C	54
--	-----------

Septimiu-Radu Susa, Daniel Șoavă, Norberth Varga

Capitolul IV. Drogurile și infrafracționalitatea	62
---	-----------

Adela Șleam, Mihaela Tomiță, Cristian Neghină

4.1. Aspecte generale	62
4.2. Tipuri de comportamente deviante determinate de consumul ilicit de droguri	63

4.3. Infracțiuni generate de consumul ilicit de droguri	65
4.4. Infracțiuni la regimul drogurilor reglementate de Legea 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri.....	69
4.5. Consumul de droguri versus deținere în vederea consumului propriu	70
4.6. Dezvoltarea sistemului de sancționare neprivativă de libertate	72
4.7. Legislație internațională și internă în domeniul antidrog	80

Capitolul V. Prevenirea consumului de droguri 92

Adela Șleam, Mihaela Tomiță

5.1. Factori de risc și factori de protecție	92
5.2. Aspecte generale referitoare la prevenirea consumului de droguri	93
5.3. Principalele strategii de prevenire a consumului de droguri	99
5.4. Prevenirea consumului de droguri în școală	102
5.5. Prevenirea consumului de droguri în familie.....	106
5.6. Prevenirea consumului de droguri în comunitate .	109

Capitolul VI. Particularitățile consumatorului de droguri la nivel local116

Mihaela Tomiță, Mariana Iridon

6.1. Particularitățile consumatorului de droguri – aspecte generale	116
6.2. Particularitățile consumatorului de droguri surprins în diverse cercetări, la nivel local.....	123

6.2.1. Percepția adolescentului cu referire la relația dintre consumul de droguri și violența școlară	124
6.2.2. Diferențe de gen în percepția violenței și a consumului de droguri în mediul școlar.....	130
6.2.3. Vulnerabilitatea psihosocială a consumatorului de droguri prin prisma schemelor cognitive dezadaptative.....	137
6.2.4. „FRED GOES NET – intervenții timpurii pentru consumatorii de droguri care au fost identificați/depistați pentru prima oară” – un profil al consumatorului de droguri	144

ARGUMENT

Societatea românească contemporană se confruntă cu transformări majore în toate sferele vieții sociale, care au un impact negativ asupra membrilor societății. Aceste schimbări pot genera o insecuritate socială, suspiciune și frustrare, un sentiment de descurajare și chiar de inadaptare, în special în rândul tinerilor. Aceste percepții și atitudini se materializează uneori în comportamente deviante. În multitudinea formelor pe care le îmbracă devianța socială, un loc aparte îl ocupă consumul de droguri. Efectele negative ale stupefiantelor asupra stării individului dar și asupra relațiilor lui sociale sunt incontestabile.

Puțini sunt cei care, atunci când rostesc termenul „drog”, se gândesc la substanța în sine. Unii se gândesc la tânărul care își distruge în mod latent viitorul, drogurile schimbându-i total viața. Adicțiile implică singurătate, o viață lipsită de sens. Asemenea substanțe produc schimbări nu doar în viața consumatorului, ci afectează familia acestuia, prietenii și, nu în ultimul rând, comunitatea în ansamblul ei.

Pentru diminuarea acestui flagel, este necesară implicarea tuturor actorilor sociali cu atribuții în reducerea cererii și ofertei de droguri: cadre didactice, medici, psihologi, asistenți sociali, precum și instituții de aplicare a legii.

În acest context, ne propunem evidențierea principalelor aspecte referitoare la problematica drogurilor, utile lucrărilor Ministerului Afacerilor Interne, dar și medicilor ori altor categorii în activitatea desfășurată în domeniul prevenirii și combaterii consumului ilicit de droguri. Astfel, sunt prezentate principalele substanțe de abuz și efectele acestora, insistându-se asupra semnelor fizice și comporta- mentale care sunt asociate.

De asemenea, au fost surprinse aspecte referitoare la abuzul de droguri și infracționalitatea asociată, acordând o atenție deosebită sistemului de sancționare neprivativ de

libertate. Este importantă evitarea aplicării pedepsei cu închisoarea, prioritară fiind reabilitarea și reintegrarea consumatorilor în societate, conștientizarea de către aceștia a valorilor sociale, precum și implicarea activă a populației locale în procesul de recuperare socială a dependenților. Aplicarea sancțiunilor alternative urmărește găsirea unui echilibru între componentele esențiale ale răspunsului penal, adică protecția ordinii legale în societate, și reabilitarea și reintegrarea consumatorului.

Ghidul de față se adresează angajaților MAI dar și MS cu atribuții în prevenirea consumului de droguri, motiv pentru care acest aspect a fost abordat în cadrul unui capitol distinct, fiind evidențiați atât factorii de risc și factorii de protecție, cât și principalele modalități de prevenire a consumului de droguri în școală, familie și comunitate.

Prin intermediul acestui ghid, se urmărește și dezvoltarea unor abilități de comunicare și relaționare ale polițiștilor, jandarmilor, medicilor tineri, utile atât în munca de prevenire a consumului de droguri, cât și în activitatea desfășurată cu persoane care au săvârșit diferite fapte, ca urmare a consumului ilicit de droguri. Există o diversitate de dovezi care indică faptul că sursele de stres în munca desfășurată în acest domeniu, combinate cu caracteristicile individuale ale deținătorului postului pot cauza insatisfacția muncii, producerea unor accidente de muncă, abuzul de alcool și probleme sociale sau în familie. În acest context, capitolul referitor la stres își propune o prezentare sumară a câtorva dintre aspectele importante referitoare la acest subiect, precum și o serie de „mici” trucuri pentru o mai bună gestionare a acestuia.

Dar, după cum probabil știm cu toții, cunoașterea unor aspecte ce țin de sarcinile profesionale nu reprezintă întotdeauna și cheia succesului personal, de care avem atâta nevoie, prioritar fiind, de multe ori, maniera în care comunicăm ceea ce cunoaștem. A ști să comunici eficient și, mai ales, a înțelege și a

asculta pe cei din jurul nostru este o metodă eficientă de prevenire a stresului, stilul de comunicare, dar și modalități de îmbunătățire a acesteia fiind abordate în cadrul acestei publicații.

Mărturisesc că am menținut titlul primei ediții, cu toate că modernitatea ne arată cum să nu mai folosim cuvintele anti sau contra prin discuțiile cu tinerii, dar cartea este pentru profesionistul din domeniu. Prin intermediul acestui ghid, se urmărește și prezentarea unor particularități ale consumatorilor de droguri, surprinse de-a lungul timpului, în diverse studii și cercetări. Pe parcursul ghidului sunt prezentate date și informații de actualitate, fiind o selecție a studiilor și cercetărilor în domeniu, abordate din trei perspective: juridic, medical și psihologic. Accentul este pus pe reabilitarea și incluziunea socială a consumatorilor și nu pe sancțiuni negative, care îndepărtează persoanele dependente de instituții care oferă servicii destinate acestora. Scopul este formarea unui climat social care să împiedice stigmatizarea și marginalizarea persoanelor afectate de consumul de droguri, scop ce sper să fie atins.

Capitolul I

Drogurile și efectele acestora

Mihai Gafencu, Cristian Neghină

Consumul de droguri este, la fel ca și în celelalte țări din fostul bloc sovietic, în creștere continuă și în țara noastră. Dacă vom ține cont de particularitățile, în special economice, ale țării noastre, față de statele UE, suntem nevoiți să găsim o explicație. Aceasta poate fi legată de o istorie a comportamentului adictiv, de lipsa unor alternative condiționate de prețul prohibitiv, sau de faptul că un comportament din ce în ce mai costisitor devine tot mai extins și face din ce în ce mai mulți prozeliti, chiar în rândul elevilor. Accesul la droguri ieftine dar și de proastă calitate, pe lângă lipsa unor informații de specialitate și intervenție profilactică ar putea fi alte motive. Politicile interesate de diverse alte acțiuni de moment și fără continuitate, dar și lipsa unui program național coerent de prevenire fac ca, în momentul actual (cu toate eforturile unor organisme și a rezultatelor încă bune față de unele țări), să ne apropiem de trecerea de la o țară de tranzit pentru droguri la una de consumatori de drog și chiar producători, mai ales din categoria ce ambalează substanțele.

Drogurile așa-numite (incorect întrutotul) „tari” sunt cele din categoria heroinei, iar dintre cele „slabe” sunt unele cunoscute ca droguri (ex. cannabisul sub formă de marijuana), iar altele negate de consumatori că ar fi droguri – nicotina, alcoolul, precum și unele substanțe volatile, particulare la noi. Din studiul organizației „Salvați copiii” – una dintre primele organizații care au dedicat proiecte acestui fenomen – ***Consumul de droguri în rândul tinerilor din România din 2005***, a reieșit faptul că, excluzând unele cazuri de persoane – din „cartier” – știute drept consumatoare de droguri, drogul numit tare este destul de

îndepărtat de mediul liceal. Aceasta, după o perioadă în care informațiile despre drog nu erau decât anecdotice, după anul 2000, la nivel informativ cel puțin, efectele lor sunt actual cunoscute. „Drogatul”, fiind puternic stigmatizat, poate și cu atât mai mult cu cât este perceput ca un individ care nu mai are control asupra propriei persoane, este cel care va avea cercul lui de prieteni, dar și o „aură” de interes în lumea tinerilor. Dacă până la marijuana era vorba de distracție, copiii percep ei înșiși încheierea „distracției” odată cu intrarea în scenă a drogurilor dure, ei fiind, nu de puține ori, mai informați decât chiar cadrele medicale superioare. Astfel că, pentru noi, lucrătorii din domeniul medical precum și pentru categoriile de profesioniști ai legii – poliție, jandarmerie, juriști – este imperios necesară recunoașterea acestei probleme, dar și informarea în detaliu a celor care au contact cu acest fenomen crescând.

1.1. Definiția drogurilor

DROG = denumire bazată pe influențe culturale, sociologice și epidemiologice; o definiție relativ exactă, dar clară, pentru un grup de substanțe utilizat în ultimii ani de către tineri dar și adulți pentru a ajunge în anumite stări. Acest deziderat a fost cel care a caracterizat unele mișcări ale tineretului care au făcut istorie în SUA, dar și în Europa Vestică (Olanda fiind cea mai recunoscută), iar acum sunt o modă periculoasă prin consecințele impurificării substanțelor clasice cu unele de import estic îndepărtat, dar mai ales prin efectele utilizării pe termen lung și a sevrajului.

Aceste „**droguri**” noi (numite incorect **etnobotanice**) au câteva caracteristici comune:

1. răspândirea utilizării în țara noastră, în special în ultimii 10 de ani;
2. absența lor din rândul substanțelor controlate de lege – poliție (au fost incomplet incluse pe listele compușilor care

trebuie ținuti sub control și unele au fost interzise după ce au dobândit popularitate, mai ales în rândul tinerilor);

3. majoritatea lor sunt relativ ușor de procurat și chimic de prelucrat, chiar folosind instalații artizanale.

Drogurile sintetice sunt o clasă de substanțe care sunt asemănătoare din punct de vedere farmacologic cu drogurile ilicite, dar prezintă unele modificări structurale. Cele mai multe au fost sintetizate și studiate recent (în ultimii ani) de echipe de cercetători (dar și de unele companii farmaceutice). Astfel, modul de sinteză și datele tehnice ale acestora sunt bine descrise, dar nu și efectele clinice. De asemenea, lipsește controlul de calitate din timpul fabricării (în SUA, din 1986, sunt controlate de „Controlled Substances Analog Enforcement Act”).

1.2. Clasificarea drogurilor

Există diferite clasificări ale substanțelor numite droguri, ele putând fi grupate după mecanismul și locul lor de acțiune în:

1.2.1. Stimulante ale sistemului nervos central

Această clasă de droguri determină eliberarea de catecolamine, producând rapid tahicardie, hipertensiune, hipertermie, adică creșterea pulsului și a tensiunii arteriale, dar și a temperaturii, activarea creierului și întregului organism asemănătoare „soldatului în luptă”, midriază (pupile mărite) și agitație psihomotorie. Pacienții se pot prezenta cu o stare mentală care poate fi descrisă ca hiperexcitabilitate, până la apariția uneori și de convulsii, status apreciat ca fiind unul cu afectare nervoasă severă pe termen lung. Semnele pot avea ca și cauză hipoglicemia ori hemoragia cerebrală (sângerare la nivelul creierului).

a. Amfetaminele

Istoric și definiție

Sintetizată pentru prima dată în 1887, amfetamina a fost introdusă ca decongestionant („desfundă nasul”) nazal în 1932 (sub formă de picături), fiind retrasă de pe piață în 1959 din cauza utilizării abuzive care acum are explicații. A fost înlocuită în 1949 de Benzedrex sub formă de inhalant nazal, substanță care avea mai puține efecte psihoactive decât amfetamina, dar necesită o administrare mai frecventă. Acum utilizarea este aprobată în SUA doar pentru unele tulburări cu deficit de atenție și narcolepsie.

Termenul de „amfetamină” se aplică la ora actuală și unor grupe de compuși similari din familia feniletilaminei.

Cale de administrare și dozaj

Amfetaminele au o bună răspândire în organism pe orice cale ar fi administrate. Majoritatea lor se administrează oral, sub formă de comprimate, dar se folosesc de către unii adictivi și prin zdrobirea comprimatelor și apoi injectare intravenoasă. Ficatul este cel ce metabolizează acest compus.

Dozele toxice sunt variabile, depinzând de calea de pătrundere în organism, de expunerea persoanei la drog și de afecțiunile ei preexistente, precum și de tipul de amfetamină. Doza letală la om, pentru metamfetamină, este de 20-25 mg/kg corp.

Efecte la diferite niveluri:

- hipertensiune, tahicardie, creșterea ritmului cardiac, infarct miocardic;
- agitație, după un timp, stare de confuzie, convulsii, comă, uneori chiar psihoză, hipertermie secundară metabolismului crescut și agitației, rar deshidratare.

Tratament

- Asigurarea unei hidratări corespunzătoare și termoliză fizică (apă rece pe membre sau chiar baie rece) dacă pacientul prezintă temperatură crescută.
- Tratament farmacologic – benzodiazepine (NU haloperidol!); administrate doar de cadre medicale specializate până la apariția sedării.
- Evaluare neurologică – repetată, urmărind dispariția simptomelor.
- Administrarea de substanțe care să acidificeze urina nu e folosită.

b. Derivații amfetaminei

Metamfetamina – cunoscută sub denumirile: cristal, gheață (ice), Tina, crack, meth. „Popularitatea” a început după cel de-al Doilea Război Mondial. A fost apoi folosit în Hawaii, în anii '80, de unde utilizarea pe scară largă s-a extins în California și în tot vestul Statelor Unite, iar apoi spre est. A fost utilizată masiv de elevii din licee în SUA, decenii.

Calea principală de administrare este nazală – prizarea – sau per oral; se consumă și prin fumat, dar și injectabil. Mecanismul și complicațiile sunt similare cu cele ale celorlalte amfetamine.

Utilizatorii de cantități mari și cu „vechime” pot rezista vigili, în stare de trezire, folosind acest produs, mai multe zile, dar, în cele din urmă, adorm ca urmare a privării grave de somn.

Efectele utilizării metamfetaminei, care au dus la răspândirea utilizării sale, sunt:

- Asupra creierului acțiune mult mai puternică decât ale altor amfetamine.
- Reduce oboseala, îmbunătățește performanțele intelectuale și uneori fizice și sexuale.

- Durată lungă de până la 16 ore și, deci, nu sunt necesare doze frecvente.
- Nu dă dependență fizică în sensul clasic medical.
- Nu este extrem de scumpă și este relativ ușor de sintetizat.

Tratamentul constă în oprirea de la continuarea utilizării drogului și sedare cu benzodiazepine, iar în absența hipertermiei, haloperidolul poate reprezenta o bună alternativă.

„Tweaking” este termenul utilizat pentru a descrie un dependent de metamfetamină care dezvoltă agitație psihomotorie și simptome psihiatrice similare cu schizofrenia (paranoia, halucinații, delir); în acest moment pacientul reprezintă un mare pericol pentru el însuși. Violența și crimele raportate în SUA survin în special în acest context.

Metilendioximetamfetamina (MDMA), cunoscută sub denumirile de Ecstasy, X, XTC, Adam, M&M, reprezintă prototipul drogurilor de sinteză.

MDMA a fost sintetizată prima dată în 1914 și a fost „descoperită” ca drog în anii '70. Este o substanță din categoria amfetaminelor, care a fost utilizat inițial ca anorexigen (scade pofta de mâncare), medicament care a avut bune rezultate în scăderea poftelor de mâncare. Ecstasy a mai fost utilizat și ca medicament pentru pacienții cu probleme psihiatrice, dar și pentru facilitarea comunicării între parteneri, în cadrul ședințelor de consiliere, în țări precum Elveția și SUA. De aceea, ea a fost utilizată cu scop terapeutic în anii 1980, înainte de a fi interzisă.

Ecstasy este administrat pe cale orală, sub formă de capsule sau tablete. Sub formă de pulbere de culoare albă, poate fi aspirat sau înghițit, dar există și modalități de a-l prepara pentru a fi injectat.

În fazele de debut al consumului, după 30 până la 40 de minute de la administrarea drogului, percepțiile sunt extrem de

puternice și persoana se simte foarte energică; are un sentiment puternic de afiliere la grupul în care se află pe moment, senzație care se transformă apoi în calm și simpatie, nevoie de comunicare și de prietenie. Depinzând de cantitatea luată și concentrația drogului, aceste senzații pot dura până la 6 ore. Cei mai mulți utilizatori nu au halucinații adevărate. Halucinațiile reale pot să apară la doze foarte mari sau din cauza falsificatorilor care adaugă alte substanțe la ceea ce se consumă sub numele de Ecstasy.

Ecstasy determină creșterea temperaturii corpului. Dacă este, de pildă, consumat în cluburi, discoteci, iar persoana este antrenată într-un dans ori mișcare frenetică și un timp îndelungat, fără ca în acest răstimp să bea lichide și des transpirând abundent, aceasta poate să sufere o deshidratare gravă. Și Ecstasy este folosit în foarte multe cazuri ca drog „social”, consumat în cluburi, „în trupă”. În situații precum cea descrisă mai sus, dacă utilizatorii nu fac pauze, poate apărea lipotimia, apoi colapsul vascular și uneori chiar decesul.

Ecstasy poate cauza și anxietate, greață, tremurături. Folosirea frecventă duce la iritabilitate, paranoia, perturbarea ritmului somn-veghe și dereglări ale apetitului. Ecstasy, administrat în combinație cu medicamente cum sunt cele antiastmatice, poate determina creșterea nivelului tensiunii arteriale (TA) până la un nivel periculos. Ecstasy, este de asemenea, obiect al „falsificării”, diverse substanțe fiind vândute ca fiind Ecstasy, mai ales în țările mai sărace din centrul și estul Europei.

Nu se cunosc încă posibilele efecte pe termen lung ale consumului regulat. Deși se apreciază că nu creează dependență, studiile sugerează că poate dăuna funcțiilor ficatului și sistemului nervos. Sunt și cercetători care susțin că utilizarea pe termen lung a acestui drog poate crește riscul depresiilor grave și al altor boli psihice.

Amfetaminele au și alte efecte, multe dintre ele mai puțin cunoscute de către consumatori. Efectul de dilatare a pupilelor este ușor de remarcat de cei din jur și pe baza acestuia poți recunoaște o persoană care a consumat acest gen de droguri la prima vedere.

După încetarea efectului amfetaminei administrate, consumatorul simte o stare de oboseală extremă, de iritare, depresie și, la utilizare repetată, o insomnie gravă. Organismul tânăr poate avea nevoie de două zile pentru revenire completă chiar și după administrarea unor doze mici. Senzațiile plăcute însă îl pot determina pe consumator să sporească doza și frecvența utilizării.

În cantități mari, consumul de amfetamine generează anxietate, tremurături, paranoia, alterarea ritmului somn-veghe și modificări ale apetitului. Toate aceste efecte, cumulate în timp, scad rezistența organismului la îmbolnăviri. Consumul cronic de amfetamine duce la psihoze care, uneori, se pot manifesta sub forma halucinațiilor sau iluziilor paranoide.

Ca și în cazul altor droguri injectabile, utilizarea în comun a seringilor pentru administrarea amfetaminelor sporește riscul infectării cu HIV sau alte virusuri, în special cel al hepatitei C.

c. Cocaina

Generalități

Descoperirile arheologice din Ecuador datează de acum 5000 de ani atestând utilizarea drogului încă înainte de perioada incașilor. Imperiul incaș a folosit extensiv această substanță, plantă divină, Coca fiind declarată un dar al Zeului Soare. Frunzele de coca au ajuns și în Europa.

În 1859, alcaloidul numit mai apoi cocaină este descris pentru prima dată de Albert Niemann, fiindu-i recunoscute proprietățile anestezice. Apoi, în 1884, Freud a scris rapoarte

entuziaste despre capacitatea substanței de a înlătura depresia și de a vindeca dependența de morfină.

John M. Pemberton, farmacist din Georgia, a elaborat un sirop – „Coca Cola”, iar din 1892 s-a introdus „Coca Cola” ca tonic pentru persoanele în vârstă care oboseau ușor.

Din 1906, SUA au încercat să controleze utilizarea cocainei prin „Pure Food & Drug Act”. Compania Coca Cola a început să decocainizeze frunzele de coca înainte de prepararea băuturii. Din anul 1914 „Hamson Narcotic Act” încadrează cocaina în clasa narcoticelor iar restricțiile și penalitățile devenind aceleași ca și pentru heroină în SUA.

Anii '70, în SUA, schimbă cotația cocainei în aceea de drog scump, pentru persoane cu statut ridicat, care este prizat și nu injectat. Pe la 1980, excedentul mondial de cocaină determină reducerea prețului pentru gramul de cocaină la 100 USD în New York, ceea ce a dus la răspândirea consumului și apoi la apariția alcaloidului sub forma „crack”, mai ieftină și care poate fi fumată.

Un studiu din anul 1988 arată că 23 de milioane de americani au utilizat cocaina cel puțin o dată (populația României la acea dată!), 8 milioane au utilizat cocaina în ultimul an, 3 milioane o utilizează cu regularitate, pe lângă alt milion care au consumat „crack” în ultimul an și jumătate de milion care consumă „crack” cu regularitate.

Cocaina se obține prin prelucrarea frunzelor arbustului *Erythroxilon Coca*, plantă care fie crește în mod natural fie este cultivată în zone ale Americii de Sud, iar mai nou în diferite alte regiuni. În regiunile Americii Centrale, localnicii obișnuiesc să mestece frunzele de coca pentru a face față oboselii fizice și pentru a îndepărta pentru o vreme senzația de sete și de foame. Pe piața modernă a drogurilor, cocaina se vinde sub formă de pudră albă cristalină, care are un gust amar și degajă un miros slab de benzină. *Crack*-ul se obține prin prelucrarea chimică a cocainei împreună cu bicarbonat de sodiu sau de amoniu. Are

aspectul unor cristale semitransparente sau opace, de culoare alb-gălbuie. Consumatorii le încălzesc într-un recipient și aspiră vaporii. În momentul în care se topesc, aceste cristale trosnesc ușor și fac un zgomot care a dat numele sub care este cunoscut produsul în zilele noastre.

Doze toxice

Orice doză este potențial toxică! Chiar și doze de 20 mg au produs deces în amestec cu alte categorii de droguri!

Doza intranazală maximă de cocaină recomandată în scop medical era de 80-200 mg (1-2 mg/kg), iar o doză de 1 g cocaină intranazal este în mod obișnuit o doză letală. Cocaina clorhidrat este solubilă în apă, poate fi prizată sau injectată, dar nu fumată.

Practic, dozele toxice sunt dificil de apreciat, deoarece există diferențe sub aspectul diluanților, din cauza falsificatorilor și conținutului de cocaină „în stradă”, iar pe de altă parte există diferențe mari de toleranță individuală, variind cu vârsta și cu statusul organismului.

Simptomele apar, la administrarea i.v. și fumat, în câteva secunde sau minute, iar oral sau intranazal, în 5-15 minute.

Efecte

- Convulsii, precedate de agitație
- Euforie, activitate exagerată, creșterea temperaturii
- Pupile dilatate
- Halucinații
- Greață, vomă
- Tahicardie – creșterea bătăilor inimii
- Hipertensiune arterială (ulterior hipotensiune arterială)
- Tulburări de ritm cardiac
- Risc de hemoragie intracraniană
- Rinoree

- Afectarea rinichilor prin rabdomioliză (distrugere musculară)
- În sarcină, risc de desprindere de placentă.
- Efectul anestezic este însoțit de o intensă vasoconstricție locală. Folosirea repetată și îndelungată a cocainei prin prizare face ca mucoasa nazală să se usuce și să se distrugă împreună cu o porțiune a septului nazal. Din acest motiv, când nu sunt sub efectul drogului, cocainomani au un aspect tipic al feței, cu ochii injectați, lăcrimoși, dar mai ales cu pupilele dilatate și cu nasul care curge în permanență, precum în cazul gripei.
- Dacă cocaina este prizată pe nas, senzația de maximă intensitate apare la 5-10 minute după inhalare, dar scade rapid în intensitate, în mai puțin de jumătate de oră, ceea ce înseamnă că, pentru menținerea efectului, la fiecare 20 de minute ar trebui administrată o nouă doză.
- Consumul în doze mari și repetate frecvent duce la anxietate, tremor, iritabilitate, paranoia, somn agitat și neodihnit. Toate aceste simptome sunt asociate cu lipsa poftei de mâncare. Din acest motiv, consumatorii de cocaină și crack sunt subponderali, încercănați și suferă de o stare de oboseală cronică.

Analize de laborator

- Este nevoie de o explorare de urină pentru decelarea semnelor de rabdomioliză, dar și o analiză biochimică a sângelui. Screeningul toxicologic al urinei pentru metaboliții cocainei poate fi pozitiv 3 zile după ingerare, dar nu este util pentru conducerea tratamentului pacientului acut. Se efectuează ECG, radiografie, rar e recomandată o puncție lombară.

Tratament

Se procedează la „curățarea” tractului gastrointestinal cu administrare de cărbune activat.

În caz de afectare cardiacă sau traseu ECG sugestiv, se administrează nitroglicerină. Evaluarea creatin fosfokinazei (CPK) se repetă de cel puțin două ori; dacă ambele determinări sunt normale și pacientul este un tânăr sănătos, infarctul miocardic este foarte puțin probabil.

Hipertensiunea, care nu se rezolvă în primele ore, poate fi tratată cu Nifedipină sau alt medicament indicat de cardiolog. Benzodiazepinele sunt indicate în convulsii. Glucoza și tiamina se recomandă pentru pacienții agitați, în special alcoolicii cronici.

Monitorizare permanentă și monitorizare completă a bolnavului în primele ore de la prezentare. Consult psihiatric obligatoriu în etapa următoare. Alte manevre necesare: răcire externă pentru combaterea hipertermiei, reechilibrare hidrică și rar eficientă – dializa.

Alte circumstanțe care trebuie cunoscute în contextul traversării țării noastre de traficanții rutelor drogurilor ce au ca destinație finală Europa de Vest.

a. Body packers: persoane care transportă ilegal mari cantități de droguri sub formă de pachete ingerate; foarte periculos pentru organismul implicat, în cazul ruperii ambalajelor și eliberării rapide a unei cantități letale de drog. Radiografiile abdominale pot fi utile pentru identificarea pachetelor; scanarea prin tomografie computerizată poate fi utilă diagnosticului.

Doze repetate de cărbune activat administrate pentru a absorbi scurgerile din pachete.

Irigarea întregului intestin cu propilenglicol, la adulți, practică în Occident. Chiar îndepărtarea chirurgicală a pachetului la orice „body packer” cu simptome de intoxicație sau cu obstrucție intestinală sau tulburare de tranzit veche.

b. Body-stuffers: persoane care înghit pachete prost ambalate, de obicei pentru a evita arestarea. Posibilitatea e mai mare de a prezenta simptome decât body packerii, dar cantitatea de drog ingerată este de obicei mai mică. Identificarea radiografică a pachetelor este în general inutilă, existând, de cele mai multe ori, mărturii ale persoanelor implicate. Sunt indicate administrarea de cărbune activat, internarea; intervențiile chirurgicale sunt rar necesare.

1.2.2. Halucinogene

a. Ketamina

Definire și încadrare

Este un derivat al fenilciclidinei având și efecte asemănătoare. Similar cu Ecstasy ca simptome dar și ca utilizare în mediul cluburilor.

Ketamina comercializată stradal provine din ketamina de uz veterinar, în special din preparatul Ketalar. De obicei, lichidul este evaporat prin uscare la aer, fierbere sau în microunde și rămâne un material alb, cristalin, care este pulverizat și folosit prin prizare.

Doza este de 1-2 mg/kg corp, i.v. sau intranazal. Dozele folosite pe stradă variază în funcție de categoriile de distribuitori și utilizatori; probabil de la 20 mg până la 100 mg. Utilizarea injectabil sau per os nu sunt comune, ci excepții.

Efectele clinice se produc în câteva minute și durează 15-45 de minute. Supradozarea este atât de frecventă încât utilizatorii obișnuiți o cunosc (se numește „gaura K”). Reacțiile adverse includ stare de rău, halucinații severe, vomă și imposibilitate de a reacționa care durează de la câteva minute până la o oră.

Evenimentele delirante, de agitație maniacală, au fost mai rar descrise la consumatorii de ketamină.

b. Dextrometorfan

Definire/istoric. Ingredient uzual al preparatelor de tuse și al altor preparate care nu necesită prescripție medicală cu rețetă și se pot vinde liber în farmacii (over the counter – OTC). Este denumită de consumatorii tineri din Occident cu nume proprii, fiind folosite DM, Robo etc. Abuzul era deseori la elevii de liceu și studenți (SUA).

Este un opioid semisintetic, structura chimică fiind similară cu a fenciclidinei, testele de urină pot fi fals pozitive pentru acest produs.

Efecte clinice: produce deprimarea sistemului nervos central cu mai puține consecințe respiratorii decât cele ale altor opioide, cu excepția ingerării de doze masive. În special la copii, pot fi observate și mișcări coreoatetozice sau alte mișcări bizare.

Tratamentul este cel suportiv, sedare pentru tulburare disforică, spălătura intestinului la doze mari ori situații critice.

c. LSD – dietilamida acidului lisergic

Definire – Se obține prin prelucrarea chimică a Ergotului, o ciupercă parazită a orezului și a altor cereale, sau prin sinteză chimică. Apare ca o pudră albă amestecată cu alte substanțe, prelucrată în tablete sau capsule de dimensiuni foarte mici, cu administrare orală. Poate fi găsită și ca o soluție incoloră, absorbită pe suport de hârtie sau sub alte „ambalaje” mai atractive.

Nu s-a demonstrat că LSD-ul dă dependență fizică, dar dependența psihică apare destul de repede. Toleranța se instalează rapid, în așa fel încât este nevoie să se crească aproape zilnic dozele pentru a obține efectul căutat. După câteva zeci de doze, efectul halucinogen nu mai apare, apoi este nevoie de o pauză de câteva zile înainte ca el să poată apărea din nou.

LSD-ul este folosit în special pentru capacitatea lui de a genera halucinații. Halucinațiile pot fi diverse, de la intensificarea culorii la perceperea distorsionată a zgomotelor și obiectelor din jur. A fost raportată frecvent senzația de „desprindere”, de ieșire în afara propriului corp. Halucinațiile pot fi tulburătoare și înfricoșătoare, consumatorul devenind paranoic și extrem de speriat/ anxios. Indiferent dacă senzațiile trăite de consumatorul de LSD sunt percepute ca fiind plăcute sau neplăcute, el nu poate ieși din această stare până când drogul nu este metabolizat de către organism, ceea ce poate dura până la 12 ore. Nu există niciun tratament medical care să scurteze consumatorilor suferința psihică, dacă au ghinionul să experimenteze o „călătorie” neplăcută.

Există, pentru consumator, riscul crescut de accidente în perioada în care realitatea apare distorsionată. Folosirea frecventă poate duce uneori la rememorări târzii sau la apariția spontană a unor astfel de senzații. Acestea, împreună cu problemele de sănătate psihică sunt considerate reacțiile adverse particulare ale efectului halucinogen al LSD. Semnele fizice ale consumului de LSD sunt apariția tahicardiei, a hipertermiei, a tremurărilor și a grețurilor. Riscul de deces prin supradozare este destul de mic. La doze mari pot însă apărea: anxietatea, stările de confuzie, alterarea noțiunilor de spațiu-timp, paranoia.

d. Ciupercile halucinogene

Există două tipuri de ciuperci halucinogene care cresc în mod natural în zonele împădurite din regiunile cu climă temperată. Acestea sunt folosite frecvent în SUA, dar și în vestul Europei, în ultimii 20 de ani, ca o alternativă relativ „curată” a unui drog chimic.

Liberty cap este mică în dimensiuni și ca aspect, de culoare maro, cu o proeminență mai închisă la culoare în vârf, având un picior lung, cu un mic gulerăș la nivelul pălăriei. **Lyberty cap** pot fi mâncate crude sau uscate (20-30 fiind doza întreagă), infuzate ori gătite.

Fly agaric este o ciupercă frumoasă, cu pălăria roșie cu pete albe. Este de obicei gătită sau consumată uscată (se folosesc 1-3 pălării pentru o doză).

Efectele ciupercilor halucinogene sunt similare LSD-ului, dar efectele obținute pot fi mai intense. Consumate în cantități mici, pot genera o stare de bine, mărirea pupilelor și tahicardie. Dozele mari produc halucinații, iar dacă consumatorul nu este experimentat sau este anxios, „călătoriile” mentale pot fi extrem de neplăcute, caracterizate prin frică intensă și pot evolua chiar către un episod psihotic.

Ambele tipuri de ciuperci pot produce vertij, dureri de stomac și senzație de vomă. Există multe tipuri de ciuperci, mai ales cu pălăria de culoare roșie, ca și **Fly agaric**, care sunt asemănătoare cu ciupercile halucinogene, dar care sunt otrăvitoare, provocând moartea. Diferențierea între ciupercile halucinogene și cele otrăvitoare este dificil de realizat, chiar și de culegători cu experiență; consumată în cantitate mare, **Fly agaric** poate fi la rândul ei letală.

Ciupercile halucinogene, ca și LSD, dacă sunt folosite prea des, nu mai au efectul halucinogen scontat. Specifică pentru acest tip de substanțe chimice este instalarea rapidă a toleranței, astfel că, în timp, nici la doze foarte mari nu mai apare efectul dorit. Trebuie să treacă un interval de timp, în care persoana să nu mai consume deloc aceste droguri și de abia după aceea pot reacționa din nou la efectele lor halucinogene.

e. Solvenții

Generalități

Multe bunuri de larg consum conțin solvenți organici: sprayurile (deodorante cosmetice, dar și cele pentru încăperi), combustibili ușori, cleiurile, vopselele, acetona și multe altele care fac parte din alte clase de substanțe.

Vaporii eliberați de solvenți sunt inhalați pe nas sau pe gură. Pentru inhalare este îmbibată o bucată de material cu solvenți sau aceștia sunt introduși într-o pungă de plastic (vezi consumul de numitul – aurolac, devenit tradițional, din nefericire, în rândul copiilor de pe stradă, din România). Altă variantă – conținutul recipientelor și brichetelor este pulverizat într-o pungă sau uneori direct prin mânecă și apoi inhalat.

Este deosebit de periculoasă și inspirarea gazului butan sau de alt tip. Gazul poate determina contracția spastică a căilor respiratorii superioare cauzând moartea prin sufocare.

Efectele solvenților apar imediat după inhalare și sunt similare intoxicației alcoolice. Pe termen scurt, efectele ce pot apărea sunt: scurgeri la nivelul nasului și al ochilor; încetinirea bătăilor inimii și a ritmului respirator, diminuarea activității sistemului nervos central. Acestea pot da vorbirea incoerentă, pierderea coordonării mișcărilor, perceperea de imagini duble și apariția unor halucinații. Inhalarea de solvenți în cantități mari poate duce la pierderea stării de conștiință, convulsii, comă și chiar deces. Întrucât și-au pulverizat gazele direct în gât, unii tineri aflați la primele încercări au decedat dar cel mai des însă, folosirea experimentală a solvenților nu se soldează cu decesul persoanei. Există riscul ca cei care folosesc solvenți să-și piardă echilibrul, să cadă și să se rănească, diagnosticul diferențial al unei astfel de persoane fiind greu de făcut cu unele traume prin cădere. Folosirea solvenților de către persoane cu afecțiuni respiratorii de genul astmului este extrem de periculoasă.

Întrebuințarea repetată poate duce la leziuni ale pielii în jurul nasului și gurii. Întrucât vaporii multor solvenți sunt inflamabili există și riscul de explozii sau incendii. Dacă persoana se află într-o stare de inconștiință, apare pericolul sufocării. Utilizarea continuă și pe termen lung a solvenților produce afecțiuni grave ale aparatului respirator, ficatului și sistemului nervos.

Datele statistice obținute de Studiul organizației „Salvați copiii – România”, „Copiii străzii și drogurile” indică clar că „aurolacul” reprezintă principalul drog consumat în stradă, de zece ani. Mai mult de două treimi din tinerii de pe stradă inhalează „aurolac” aproape zilnic, în mod ostentativ, fără a exista vreo reținere față de trecători sau de oamenii legii. De regulă, vârsta la care se face inițierea în consumul de „aurolac” este cea la care se ajunge în stradă, prin renunțarea la familie, iar acest lucru se petrece în intervalul de vârstă 11-13 ani. În lotul investigat au fost cuprinși copii și tineri care trăiesc *permanent* în stradă.

Clase de inhalanți: Hidrocarburi

Cale de administrare

- hidrocarburi pot fi inhalate din produse de uz casnic ce conțin agenți propulsanți cum ar fi spray-urile de aromatizare a aerului sau cele cu vopsele;
- „inspirarea” („huffing”) = inhalarea directă a hidrocarburi propulsoare de la sursă;
- „bagging” implică pulverizarea substanței într-o pungă și inhalarea din aceasta;
- inhalarea din mediu („poppers”).

Semne clinice și complicații

- euforie sau stare asemănătoare cu cea de beție;
- comă în cazul intoxicațiilor grave;
- perioadă de anoxie completă (lipsa de oxigenare) în timpul administrării drogului.

Aspecte caracteristice fiecărui grup

- hidrocarburi halogenate – tricloretilen, triclorețan
- moarte subită la inhalare;
- sensibilizează inima, cu miocard care răspunde rapid la catecolamine (care acționează asupra cordului);

- lipsa de oxigen crește catecolaminele producând aritmie ventriculară severă sau alte tulburări de ritm cardiac;
- toluenul (din adezivi sau spray-uri cu vopsele) produce acidoză tubulară renală și acidifierea sângelui;
- nitriții (de amid sau izobutil) produc methemoglobinemie;
- oxidul nitric poate duce la pneumotorax, pneumomediastin chiar – în cazuri grave.

f. Canabisul și derivații

Generalități. Substanțele care sunt obținute din planta numita *Cannabis Sativa* au ca principiu activ delta-tetrahidrocanabinol, cunoscut ca THC. Cele mai „apreciate” substanțe extrase din aceasta sunt marijuana – cea mai utilizată din acest grup –, hașișul și canabisul.

Deoarece sunt considerate droguri ușoare și se ignoră riscurile asociate consumului, produsele din canabis sunt cele mai căutate „droguri recreaționale”. Se cunoaște consumul canabisului sub forma *marijuanei*, a „ierbii”, amestecate cu tutun și fumate. Din canabis se prepară și *hașișul*, acesta având o concentrație mai mare de drog activ (THC) față de marijuana.

Efectele consumului drogurilor pe bază de canabis apar după câteva minute și constau în senzație de relaxare, râs, logoree (vorbit mult) sau, dimpotrivă, închidere în sine, dar cu intensificarea percepțiilor vizuale și auditive, urmate uneori de foame. În funcție de modul de administrare și de doza luată, efectele pot dura de la 30 de minute până la câteva ore.

Cei care fumează canabis, mai ales dacă au consumat și alcool, pot prezenta senzații de vertij și de vomă. Consumatorii de canabis au de obicei ochii roșii, injectați. Ei se pot simți foarte dezorientați sau pot dezvolta comportamente paranoice. Folosirea canabisului poate duce și la diminuarea capacității de concentrare, incapacitatea de a exercita deprinderi mecanice,

deci șofatul poate deveni periculos, perceperea distorsionată a realității și alterarea capacității de a memora. Acest ultim fenomen se numește „pierderea memoriei pe termen scurt” și a fost semnalat de mai mulți tineri care au descoperit că nu mai au capacitatea să învețe pentru examene după ce au fumat un timp marijuana. Cel mai grav afectate psihic sunt persoane predispuse la depresie și cele cu un teren anxios.

În urma unui consum regulat de canabis, persoana respectivă își pierde motivația pentru orice fel de activitate, dezvoltând așa-numitul sindrom „voi lăsa pe mâine”. Aceste efecte tind să dispară după încetarea consumului. Fumătorii cronici de canabis amestecat cu tutun sunt, însă, mai expuși bolilor aparatului respirator.

Alte consecințe. Există dovezi clare, obținute urmare a unor studii clinice, că THC se poate utiliza pentru a ameliora unele simptome ale diferitelor boli. S-a demonstrat că acest compus combate eficient senzația de greață și vărsăturile induse de tratamentul cu citostatice la bolnavii canceroși, scade tensiunea intraoculară la cei care suferă de glaucom și poate ameliora simptomele anumitor boli ale sistemului neuromuscular, fapt pentru care, recent, a fost acceptat, la unele clinici, acest compus la tratarea bolnavilor.

1.2.3. Opioid

Definirea termenilor. Termenul „Opioid” include și derivații sintetici (ex. Fentanyl) sau semisintetici, iar cel de opiaceu se referă cel mai des la derivații naturali extrași din mac (morfina și codeina).

Agoniști și antagoniști folosiți frecvent:

- **Codeină:** agonist natural; adesea combinat cu paracetamolul; antitusiv; pentru a avea efect analgezic este metabolizat la morfină.

- **Dextrometorfan (Robitussin):** agonist semisintetic; antitusiv.
- **Difenoxilat (Lomotil):** agonist sintetic; combinat cu atropina ca agent antidiareic.
- **Fentanil:** agonist sintetic; foarte puternic și cu acțiune de scurtă durată.
- **Heroină:** agonist semisintetic; derivat din morfină = diacetilmorfină.
- **Hidromorfon (Dilaudid):** agonist semisintetic.
- **Loperamid (Imodium):** agonist sintetic; folosit ca agent antidiareic.
- **Meperidină (Demerol):** agonist sintetic; denumit și petidină;
- **Metadonă:** agonist sintetic, cu durată lungă de acțiune; folosit în terapia de substituție a dependenței de opioide.
- **Morfină:** substanță naturală; reprezintă compusul standard.
- **Naloxona (Narcan):** compus semisintetic, cu durată scurtă de acțiune.
- **Altele:** tramadol, propoxifen etc.

Efecte clinice

- Scăderea presiunii sanguine, a pulsului și a temperaturii
- Sedarea poate fi exacerbată de ingerarea concomitentă a altor substanțe ca și etanolul
- Convulsiile nu sunt frecvente, dar pot să apară la unii, după ingestia de propoxifen (Darvon), meperidină (Demerol) sau tramadol (Tramadolol)
- La nou-născuți din mame dependente de opioide pot să apară convulsii (prin sevraj)
- Deprimarea respiratorie este cauza majoră a deceselor legate de opioide. Volumul respirator poate să scadă înaintea frecvenței respiratorii; oxigenul este tratamentul

- Lezarea pulmonară acută (edem pulmonar)
- Opioidele scad motilitatea intestinală, producând constipație
- Opioidele antidiareice, cum ar fi difenoxilatul (Lomotil) și loperamida (Imodium), sunt puțin absorbite, dar pot produce toxicitate acută
- Deși frecventă, mioza (pupile mici) nu este prezentă la toți utilizatorii de opioide, de exemplu, consumul de combinații tip „speedball” – cocaină plus heroină poate produce midriază.

Sindromul de abstință la opioide are câteva caracteristici:

- Naloxona sau alt antagonist opioid, sau lipsa de acces la opioide pot precipita apariția sindromului de abstință
- Semnele clinice includ dilatarea pupilei, căscat, rinoree, crampe abdominale, vomă, agitație
- Debutul sindromului de abstință este variabil și depinde de opioid:
- sindromul de abstință la heroină apare de obicei la 12 ore de la ultima doză;
- sindromul de abstință la metadonă apare după 30 de ore sau mai mult (în special pentru analogul mai nou al metadonei, L-alfa acetil metadol – LAAM).

Teste de laborator

- determinarea glucozei;
- pulsoximetrie;
- radiografie toracică la pacienții cu hipoxie sau dispneici;
- determinarea paracetamolului în sânge, test de sarcină etc.

Tratamentul

a. Deprimarea respiratorie

- Suport respirator
- ventilație artificială sau intubație traheală: pot salva viața
 - Naloxona se administrează în doze crescânde, începând de la 0,5 mg
 - se ajustează doza pe baza răspunsului clinic, cu observarea semnelor de abținere
 - riscul major este voma atunci când pacientul este inconștient și nu pot fi protejate căile aeriene, existând riscul de aspirație
 - poate fi necesară perfuzia continuă cu naloxonă pentru a menține funcția ventilatorie
 - în mod tipic, pot fi administrate, într-o oră, două treimi din doza eficientă
 - rol redus în intoxicația acută pentru antagoniștii cu durată lungă de acțiune (ex. Naltrexonă).

b. Sindromul de abținere

- Dacă este spontan, tratamentul cu un opioid este adecvat.
- Dacă este precipitat de Naloxonă, nu se administrează un alt opioid; se așteaptă ca efectul naloxonei să dispară; des la o oră.

c. Decontaminarea gastrointestinală eficientă; cărbune activat.

d. Îndepărtarea extracorporală (ex. hemodializă) este inefficientă.

e.

Vom detalia doar intoxicația cu heroină, fiind cea mai frecventă, dar și tipică pentru opioide.

A. Heroina

Generalități: derivat semisintetic al morfinei (analgezic mult mai puternic decât morfina). Heroina este obținută prin prelucrarea chimică a latexului de mac. Opiumul crud, brut are aspectul unei plasteline maronii cu miros specific, este prelucrat chimic pentru a se obține *heroina*. Heroina pură este o pudră albă cu gust amar și miros slab de oțet. Pe piața drogurilor se poate găsi și ca o pudră galbenă sau maro deoarece procesul de prelucrare chimică nu a fost corect, sau pentru că s-a produs prin amestecarea heroinei pure cu alte substanțe chimice, pentru bani mai mulți, dar o cantitate mai mică de drog vândută clienților. Heroina poate fi prizată pe nas, injectată, fumată sau aspirată sub formă de vapori prin încălzirea prafului pe o folie de aluminiu.

Efecte: reducerea pulsului și a frecvenței respiratorii; diminuarea apetitului; pupilele contractate ajung „ca acele de gămălie”, pielea palidă. Acestea sunt semne ușor de recunoscut la persoana care a consumat heroină.

Injectarea în venă intensifică efectele și le face aproape instantanee, producând o plăcere foarte mare. Când heroina este fumată, efectele pot surveni aproape cu aceeași rapiditate ca și în cazul injectării, dar sunt mai puțin intense.

Riscul consumului regulat sau în cantitate mare constă în apariția în timp a tulburărilor respiratorii și a constipației cronice, iar la femei apare menstruația neregulată. Psihic, pot apărea anxietatea (teama), schimbările stării de spirit, paranoia și pierderea poftei de mâncare. Toate acestea, acumulate în timp, duc la pierderea în greutate și scăderea rezistenței naturale la îmbolnăviri.

Este un drog puternic și principalul stupefiant comercializat ilicit. Injectat intravenos, are timp de înjumătățire foarte scurt (5 minute).

Efecte clinice:

- Depresie respiratorie cu apnee chiar
- Cianoza (culoarea albastră) extremităților
- Tulburări de conștiență
- Somnolență
- Mioză (pupile foarte mici), cel mai des
- Hipotonie (tonus muscular scăzut)
- Convulsii, rar
- Comă profundă (din cauza asocierii cu psihotrope)
- Edem pulmonar acut (prin hipertensiune arterială pulmonară)
- Pneumopatii de aspirație – posibile după vomat.

Tratament

Măsurii imediate:

- Evaluarea funcțiilor vitale (respirație, circulație)
- Administrare de oxigen
- Susținerea funcției respiratorii
- Susținerea presiunii arteriale
- Monitorizare la spital
- Determinarea circumstanțelor de producere a intoxicației. Tabletele cu opioide sunt, în mod frecvent, combinate cu paracetamol (atenție la supradoză).
- Transfer în Secția de terapie Intensivă, cu reechilibrare hidroelectrolitică
- Vărsătură provocată sau lavaj gastric dacă bolnavul a ingerat substanța și este conștient
- Ventilație mecanică dacă este cazul
- Naloxonă, 0,2-0,5 mg (în cantitate mare produce sindrom de sevraj la dependenți) – Consult psihiatric obligatoriu.

Aspecte psiho-sociale

Injectarea de opiacee și adoptarea unui stil de viață centrat pe consumul de droguri pot avea consecințe grave. Utilizarea în comun a seringilor, acelor sau a altor echipamente de injectare sporește riscul infectării cu HIV sau alte virusuri, cum sunt cele ale hepatitelor B, C și D. Există și riscul administrării de heroină combinată de către „dealeri” cu alte substanțe, astfel de amestecuri putând fi letale dacă sunt injectate de către persoane tinere.

Este destul de dificil să prognozezi puritatea heroinei vândute pe stradă. Din acest motiv, chiar dacă o persoană își va injecta exact aceeași cantitate de drog ca de obicei, ea poate muri din cauza unei supradoze în cazul în care concentrația de drog a fost mai mare în doza cumpărată pe moment decât în dozele folosite în experiențele anterioare.

B. Metadona

Definire – metadona (metadonă hidroclohid) este un drog licit, sintetic, similar heroinei, dar există și unele diferențe. Spre deosebire de heroină, metadona nu generează acea senzație de plăcere, de detașare de realitate. Efectul ei apare mai lent și este mai puțin intens.

O parte dintre consumatorii de heroină care au participat la unele programe de administrare a metadonei în cadrul tratamentului de substituție consideră că adaptarea la noua situație necesită timp. Metadona se vinde în schimb și pe piața drogurilor, sub formă de tablete (chiar de unii pacienți) sau de soluție lichidă, în grade diferite de puritate și greu de supravegheat.

Efecte – metadona poate genera o stare onirică, mai puțin intensă, dar de durată mai lungă decât heroina. Metadona scade reacția la durere, anxietatea și produce o „senzație de bine”. Administrată în doze mari, determină somnolență sau pierderea stării de conștiință. Toleranța și dependența apar după

un consum regulat și se instalează relativ rapid. Folosirea combinată a metadonei cu alte substanțe deprimante ale sistemului nervos central are efect de supradoză, putând fi letal. În cazul unui individ alergic la una dintre aceste substanțe, intoleranța apare și la doze mai mici.

Utilizarea pe termen lung poate determina:

- absența sau rădarea ciclului menstrual;
- diminuarea libidoului;
- scăderea tensiunii arteriale;
- dificultăți de concentrare; constipație.

În România, metadona face parte, conform legislației privind abuzul de droguri, din clasa de substanțe medicamentoase disponibile numai în anumite spitale și este prescriptibilă doar cu rețetă specială. Metadona este folosită ca o modalitate de tratare a dependenței de heroină, fiind scrisă în doze care se reduc treptat. Întrebuințarea metadonei în programele de tratare a persoanelor dependente de heroină reduce riscul contactării virusului HIV, a virusurilor hepatitei B și C, în cazul utilizatorilor de droguri injectabile. Metadona se administrează oral, sub formă de tablete.

Abstinența – sevrajul

Are particularități în funcție de compusul incriminat: opiaceu, alcool etilic, sedative etc. Trebuie cunoscute, deoarece pot apărea la fiecare caz dependent de drog.

La opiacee:

- Colici abdominale
- Transpirație
- Diaree
- Insomnie
- Hipertermie (creșterea temperaturii)
- Iritabilitate
- Tremor

- Midriază (dilatarea pupilelor)
- Inapetență, anorexie
- Greață, vomă
- Rinoree, lacrimație
- Strănut
- Tahicardie (creșterea frecvenței cardiace).

La sedative hipnotice:

- Colici abdominale
- Halucinații
- Insomnie
- Tremurături
- Hipotensiune ortostatică
- Neliniște
- Convulsii, epilepsie
- Tremor – Vomă.

La etanol:

- Transpirație, tahicardie
- Tremurături ale mâinilor
- Insomnie
- Greață sau vomă
- Halucinații tranzitorii vizuale, tactile, auditive
- Agitație psihomotorie
- Anxietate
- Convulsii.

La psihostimulante:

- Apatie
- Tulburări ale somnului (somn neliniștit, agitat, prelungit)
 - Fatigabilitate/obosit des
 - Anxietate – Depresie
 - Ideatie suicidală.

Bibliografie

1. **Adams R. D., Maurice Victor, Ropper A.H.:** „Principles of neurology”, McGraw Hill, N. Y., 1997.
2. **Adams J, Whitaker TB:** Peanuts, aflatoxin and the origin certification program (2004). In Barug D, Van Egmond HP, Lopez Garcia R, van Osenbruggen, WA &Visconti A: Meeting the mycotoxin menace. Wageningen Academic Publishers, the Netherlands, p. 183-196
3. **Anil Aggrawal** (1995-05-01). „Opium: the king of narcotics”. BLTC Research. <http://opioids.com/narcotic-drugs/chapter-3.html>. Retrieved on 2008-03-21.
4. **Baud F., Barriot P., Riou B.:** „Les antidotes” Masson, Paris, 1992.
5. **Brown, D. J.** (2007), ‘Psychedelic healing?’, Scientific American Mind, December 2007/January 2008, pp. 67–71.
6. **Bryson P. D.:** „Comprehensive Review in Toxicology”, Taylor and Francis, 1996
7. **Chernow B.** (editor): „The pharmacologic approach to the critically ill patient”, William & Wilkins, Baltimore, 1994.
8. **Davoli M, Perucci CA, Forastiere F, Doyle P, Rapiti E, Zaccarelli M, et al.** Risk factors for overdose mortality: a case-control study within a cohort of intravenous drug users. Int J Epidemiol. 1993;22:273-7.
9. **Dănescu Ilenuța, M. Tudosie, R. Macovei, M, Ionică, L. Miclea, Genica Caragea** „Intoxicația acută cu metadonă”; Revista Terapeutică, Farmacologie și Toxicologie Clinică, Vol. VIII, nr. 3, septembrie 2004.
10. **Dănescu Ilenuța, M. Tudosie, R. Macovei, M. Ionică, L. Miclea** „Determinarea stresului oxidativ în intoxicația acută cu monoxid de carbon”; Revista Terapeutică, Farmacologie și Toxicologie Clinică, Vol. IX, nr. 1, martie 2005
11. **Ellenhorn M. J.:** „Ellenhorn’s medical Toxicology”, Williams and Wilkins, Baltimore, 1997;
12. **Essau Cecilia A.** – Adolescent Addiction: Epidemiology, Assessment and Treatment – First Edition 2008, Elsevier Inc.; 3-14.
13. **„Guidelines for poison Control”,** Publ. By IPCS, WHO, Unep and ILO, Geneva, 1997.

14. **Hamid A, Curtis R, McCoy K, McGuire J, Conde A, Bushell W, et al.** The heroin epidemic in New York City: current status and prognosis. *J Psychoactive Drugs*. 1997;29:375-91.
15. **Inturrisi CE, Max MB, Foley KM, Schultz M, Shin SU, Houde RW.** The pharmacokinetics of heroin in patients with chronic pain. *N Engl J Med*. 1984;310:1213-7.
16. **Irwin Richard S., Rippe James M.** – „Manual of Intensive Care Medicine” – Third Edition; LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS 2000 pag: 734)
17. **Iversen, L.** (2006), *Speed, Ecstasy, Ritalin: the Science of Amphetamines*, Oxford University Press, Oxford.
18. **Jenny Pronczuk de Garbino:** „Evaluation of antidotes: Activities of J. A. HAINES International Programme on Chemical DAG JACOBSEN Safety”. *J. Toxicol. Clin. Toxicol.*, TIM MEREDITH 1997, 35(4), 333343.
19. **Kandel E. R.:** „Principles of neural Science” Prentice- J. H. SCHWARTZ Hall Intern. Inc., 1991.TH. M. JESVELL.
20. **Klassen C. D.:** „Cassarett and Doull’s Toxicology”, Mc.Graw. Hill, new york, 1996
21. **Koob, G.F., Ahmed, S.H., Boutrel, B. et al.** (2004). Neurobiological mechanisms in the transition from drug use to drug dependence. *Neuroscience and Biobehavior Review*, 27, 739–749.
22. **Lowinson J. H.:** „Substance abuse – a comprehensive P. RUIZ Textbook”, Williams & Wilkins, R. B. MILLMAN Baltimore, 1997, J. G. Langrod (Editors)
23. **Macovei R., M. Tudosie, Ilenuta Dănescu, B. Oprea** „Intoxicația acută cu monoxid de carbon”; *Revista de Medicină de Urgență*, vol. Nr. 2, nr. 3-4, 2005.
24. **Macovei R., M. Tudosie, Ilenuta Dănescu, Rodica Ciolacu** „Intoxicația acută cu opiacee și sindromul de întrerupere la opiacee. Aspecte clinice și terapeutice comparative”; *Revista de Medicină de Urgență*, vol. Nr. 2, nr. 3-4, 2005.
25. **„Merck manual of Diagnosis and Therapy”** Res. Lab. N. J. 1992.
26. **Mulins ME, Vitkovski Irena:** Accidental overdose of N-Acetilcisteine; EAPCCT Congress Dubrovnik, 2011.

27. **Olson K. R.:** „Poisoning and drug overdose”, Appleton and Lange, Norwalk, 1994.
28. **Persson HE, Sjöberg GK, Haines JA, Pronczuk de Garbino J:** Poisoning severity score. Grading of acute poisoning. *J Toxicol Clin Toxicol.* 1998;36(3):205-13
29. **Popa C.:** *Neurologie*, Ed. Național, București, 1997.
30. **de Ridder M.** Heroin: new facts about an old myth. *J Psychoactive Drugs.* 1994;26:65-8. [Medline].
31. **Ropper A. H.:** „Acute confusional state and coma” J. B. MARTIN în „Harrison’s Principles of internal Medicine” vol. 1, 1998.
32. **Salak, Kira.** „National Geographic article about Peyote”. National Geographic Adventure.
<http://www.kirasalak.com/Peyote.html>.
33. **Skopp G, Ganssmann B, Cone EJ, Aderjan R.** Plasma concentrations of heroin and morphine-related metabolites after intranasal and intramuscular administration. *J Anal Toxicol.* 1997;21:105-11.
34. **Schwartz M.** Opiates and narcotics. In: Haddad LM, Shannon MW, Winchester JF, eds. *Clinical Management of Poisoning and Drug Overdose.* 3d ed. Philadelphia: WB Saunders; 1998:505-22.
35. **Stedman’s medical dictionary**, 1982.
36. **Tudosie M., Ilenuța Dănescu, R. Macovei, Rodica Ciolacu, L. Miclea, Genica Caragea** „Neurotoxicitatea în intoxicațiile acute”; *Revista Terapeutică, Farmacologie și Toxicologie Clinică*, Vol. VIII, nr. 3, septembrie 2004.
37. **Tudosie M., Ilenuța Dănescu, Cristina Teodorescu, R. Macovei, Genica Caragea** „Cardiotoxicitatea antidepresivelor”; *Revista Terapeutică, Farmacologie și Toxicologie Clinică*, Vol. VIII, nr. 4, decembrie 2004.
38. **Vasile D., Gheorghe M.D., Voicu V.A.** „Dependența de heroină”, Editura Amaltea, București, 2001.
39. **Viccelio P.:** „Handbook of medical Toxicology”, Little, Brown Co, Boston, 1993.
40. **Voicu V. A.:** *Toxicologie clinică*, Ed. Albatros, București, 1997.
41. **Voicu V. A., Macovei R., Miclea L.:** „Diagnostic și tratament în intoxicațiile acute” Editura Brumar, Timișoara, 2006.

42. **Voicu V. A., Macovei R., Miclea L.:** „Ghid de toxicologie clinică” Editura Amaltea, București, 1999.
43. **Voicu V.A. –** „Psihofarmacologia și toxicologia clinică a drogurilor de abuz”; 2005, Editura Academiei Române, București; pag 15-40.
44. **Voicu V.A., R. Macovei, M. Tudosie, Ileana Dănescu** „Intoxicațiile acute. Aspecte terapeutice specifice” Revista Medic.ro nr. 17, septembrie 2005.
45. **Way EL, Kemp JW, Young JM, Grassetti DR.** The pharmacologic effects of heroin in relationship to its rate of biotransformation. J Pharmacol Exp Ther. 1960;129:144-54.
46. **Way EL, Young JM, Kemp JW.** Metabolism of heroin and its pharmacologic implications. Bull Narcotics. 1965;17:25-33.
47. **Wise, R.A.** (1984). Neural mechanisms of the reinforcing action of cocaine. NIDA Research Monographs, 50, 15–33.
48. **Wise, R.A., Bozarth, M.A.** (1985). Brain mechanisms of drug reward and euphoria. Psychiatric Medicine, 3, 445–460.
49. **United Nations (2006),** Multilingual Dictionary of Narcotic Drugs and Psychotropic Substances under International Control, United Nations, New York.

Capitolul II

Efectele drogurilor asupra sistemului cardiovascular

Gabriela Doroș, Andreea Dumitrescu

Consumul de droguri reprezintă una dintre cele mai importante probleme de sănătate publică la nivel global, cu implicații medicale, sociale și economice majore. Deși efectele neuropsihice sunt frecvent în prim-planul evaluării clinice, impactul cardiovascular al drogurilor este adesea sever și uneori letal. Bolile cardiovasculare cauzate de consumul de droguri se constituie la ora actuală într-o cauză importantă de morbiditate și mortalitate, în special în rândul populației tinere (Middlekauff et al., 2022).

Din perspectivă epidemiologică, asocierea dintre consumul de droguri și patologia cardiovasculară este probabil subestimată. Acest lucru se întâmplă din cauza subraportării consumului și a dificultăților de diagnostic (Rodriguez et al., 2020). Însuși termenul încetățenit de „substanță psihoactivă” tinde să sublinieze efectele psihotrope ale acestor substanțe și să minimizeze alte efecte ale acestora asupra sănătății, inclusiv cardiovasculare. Abordarea pacientului cu suspiciune de toxicitate cardiovasculară indusă de droguri trebuie să fie multidisciplinară, integrând în aceeași echipă specialiști cardiologi, toxicologi, urgențiști, psihiatrii și neurologi.

2.1. Fiziopatologie

Sistemul cardiovascular este deosebit de vulnerabil la efectele toxice ale drogurilor, datorită interacțiunii strânse dintre reglarea neurovegetativă, funcția endotelială și metabolismul miocardic. În practică, tabloul clinic cardiovascular reprezintă expresia finală a dezechilibrului dintre cererea și oferta miocardică de oxigen, a instabilității electrice cardiace și a afectării structurale progresive a cordului și vaselor.

Activarea sistemului nervos simpatic

Stimulantele precum Cocaină și Metamfetamină cresc nivelul catecolaminelor serice prin două mecanisme determină eliberarea catecolaminelor din depozitele presinaptice și scad degradarea postsinaptică a catecolaminelor (inhibând monoaminooxidaza, enzima care inactivează neurotransmițătorii precum catecoleminele) (Frishman et al., 2003; Lange & Hillis, 2001). Astfel, aceste substanțe determină acumularea catecolaminelor la nivel synaptic (Frishman et al., 2003; Frishman et al., 2003). Consecințele cardiovasculare imediate includ: tahicardie prin stimulare β 1-adrenergică; creșterea contractilității miocardice; vasoconstricție sistemică și coronariană prin stimulare α -adrenergică; creșterea tensiunii arteriale și a postîncărcării (Middlekauff et al., 2022). Această hiperactivare simpatică determină o creștere semnificativă a consumului miocardic de oxigen și reducerea fluxului coronarian prin vasospasm (Middlekauff et al., 2022). Rezultă un dezechilibru între cererea și oferta de oxygen miocardic, cu apariția ischemiei miocardice, chiar în absența bolii coronariene obstructive (Lange & Hillis, 2001).

Disfuncția endotelială

Endoteliul vascular joacă un rol central în menținerea homeostaziei vasculare prin reglarea tonusului vascular, a agregării plachetare și a proceselor inflamatorii (Frishman et al.,

2003). Multe droguri induc disfuncție endotelială prin creșterea stresului oxidativ și reducerea biodisponibilității oxidului nitric (NO) (Middlekauff et al., 2022). Cocaina, de exemplu, stimulează producția de radicali liberi de oxigen, crește expresia moleculelor de adeziune endotelială și favorizează infiltratul inflamator vascular (Frishman et al., 2003). Dezechilibrul dintre factorii vasodilatatori (NO, prostaciclina) și cei vasoconstrictori (endotelina-1) determină vasospasm coronarian și periferic (Lange & Hillis, 2001). În timp, disfuncția endotelială contribuie la accelerarea aterogenezei prin: creșterea permeabilității endoteliale pentru lipoproteine; activarea monocitelor și transformarea lor în macrofage spumoase; proliferarea celulelor musculare netede vasculare (Frishman et al., 2003). Toate aceste procese explică apariția precoce a ateroscleozei (coronariene și nu numai) la consumatorii cronici de droguri (Middlekauff et al., 2022).

Efecte proaritmogene

Substanțele psihoactive pot interfera cu funcționarea canalelor ionice cardiace (sodiu, potasiu, calciu), modificând potențialul de acțiune și conducerea impulsului electric (Frishman et al., 2003). Metamfetamina și alte stimulante cresc automatismul nodului sinusal și excitabilitatea miocardică, favorizând tahiaritmii supraventriculare și ventriculare (Frishman et al., 2003; Lin et al., 2022). Unele substanțe pot prelungi intervalul QT prin blocarea canalelor de potasiu, crescând riscul de torsadă a vârfurilor și fibrilație ventriculară (Frishman et al., 2003). Alte mecanisme prin care crește riscul de aritmii sunt: dezechilibrele electrolitice (hipokaliemie, hipomagneziemie), hipoxia indusă de opioide, ischemia miocardică asociată vasospasmului (Frishman et al., 2003; Bazmi et al., 2017). Astfel la consumatorii de droguri se întrunește premisa necesară apariției unei aritmii ventriculare maligne, care se traduce clinic în moarte subită cardiacă (Noubiap et al., 2023).

Efecte protrombotice

Drogurile pot favoriza apariția trombilor prin activare plachetară și alterarea echilibrului dintre factorii procoagulanți și anticoagulanți (Lange & Hillis, 2001). Astfel, cocaina crește agregabilitatea plachetară, nivelurile de fibrinogen și activitatea factorului von Willebrand, favorizând formarea trombilor intracoronarieni (Lange & Hillis, 2001; Frishman et al., 2003). Acest lucru se traduce clinic în infarct miocardic acut, apărut chiar în absența factorilor de risc cardiovascular tradiționali (Middlekauff et al., 2022). Dacă ne referim la alte teritorii vasculare, statusul protrombotic poate determina accidente vasculare cerebrale ischemice sau tromboze periferice (Middlekauff et al., 2022).

Toxicitate miocardică directă

Unele substanțe exercită efecte citotoxice directe asupra celulelor miocardice. De exemplu metamfetamina determină apoptoză și necroză miocitară (Middlekauff et al., 2022; Bazmi et al., 2017). Acest lucru se obține creșterea stresului oxidativ, disfuncție mitocondrială și creșterea concentrației intracelulare de calciu, Histopatologic se observă zone de degenerescență miocitară, infiltrat inflamator și fibroză miocardică (Middlekauff et al., 2022). De aceea în cazul consumului cronic poate apărea cardiomiopatia dilatativă toxică și grade variate de insuficiență cardiac (Bazmi et al., 2017).

În cazul opioidelor (de exemplu diacetilmorfină), toxicitatea miocardică este adesea indirectă, cauzată de hipoxia severă secundară depresiei respiratorii (Frishman et al., 2003). În literatură au fost însă descrise și cazuri de miocardită toxică (Frishman et al., 2003).

2.2. Tablou clinic

În ansamblu, manifestările clinice cardiovasculare ale consumului de droguri sunt variate și pot mima aproape orice patologie cardiacă majoră. Particularitatea esențială constă în apariția acestor evenimente la pacienți tineri sau fără factori de risc tradiționali, precum și în caracterul adesea recurent în absența abstenenței. Recunoașterea promptă a etiologiei toxice este esențială pentru instituirea unui management adecvat. Tabloul clinic este influențat de tipul substanței utilizate, doza administrată, calea de administrare, asocierea cu alte droguri (policonsum), comorbidități și susceptibilitatea genetică individuală.

Infarctul miocardic acut

Acesta reprezintă una dintre cele mai severe și mai bine documentate complicații ale consumului de droguri, în special al stimulamentelor precum Cocaină și Metamfetamină (Frishman et al., 2003). După cum am descris mai sus, mecanismele fiziopatologice implicate în apariția acestuia includ: vasospasm coronarian (Lange & Hillis, 2001), creșterea necesarului miocardic de oxigen în mod acut prin suprastimulare simpatică (Frishman et al., 2003) ; tromboză intracoronariană suprapusă pe un endoteliu vascular lezat (Middlekauff et al., 2022); accelerarea aterosclerozei premature (Frishman et al., 2003).

Simptomele consumatorilor de cocaină sunt foarte variate, făcând diagnosticul de infarct miocardic acut mai dificil (Frishman et al., 2003) Clinic, pacienții pot prezenta durere toracică tipică sau atipică, frecvent în primele ore după consum, iar doar 6% dintre pacienții cu durere toracică au infarct miocardic acut (Frishman et al., 2003). Specificitatea enzimelor de citoliză miocardică pentru diagnosticul de infarct miocardic acut în contextul utilizării cronice a cocainei, este afectată. Cea mai specifică rămâne troponina I în timp ce specificitatea mioglobinei este cea mai scăzută (Frishman et al., 2003). Din

punct de vedere al modificărilor electrocardiografice la consumatorii cronici de cocaine și durere toracică aproximativ o treime au ECG normal, între 37-43% au supradenivelare de segment ST (dintre care însă până la o treime au sindrom de repolarizare precoce) și 41% au unde T inversate (Frishman et al., 2003). Particularitatea majoră constă în apariția infarctului miocardic acut la persoane tinere, sub 40 de ani (vârsta medie de apariție a infarctului miocardic acut la consumatorii cronici de cocaine este 32 de ani (Frishman et al., 2003), fără factori de risc cardiovascular tradiționali prezenți (dislipidemie, diabet zaharat sau hipertensiune arterială cunoscută). Această particularitate modifică paradigma clasică a patologiei cardiovasculare, impunând includerea screeningului toxicologic în evaluarea standard a sindroamelor coronariene acute sau a tulburărilor de ritm inexplicabile la vârste tinere.

Aritmii

Tulburările de ritm asociate consumului de droguri sunt frecvente și pot varia de la extrasistole benigne la aritmii ventriculare maligne și moarte subită cardiacă. Stimulantele cresc riscul de: tahicardie sinusală persistentă/inapropriată, tahicardii supraventriculare paroxistice, fibrilație atrială, și aritmii ventriculare. La populația adultă (>18 ani) din California consumul de metamfetamine, cocaine, opioide și cannabis s-a asociat cu un risc mai crescut de apariție a fibrilației atriale cu un hazard ratio de 1,86; 1,61; 1,74 respectiv 1,35 (Lin et al., 2022). Un studiu care a inclus 230 de pacienți care s-au prezentat în urgență pentru consum de metamfetamine a arătat că aproximativ 6% dintre ei aveau aritmii ventriculare (tahicardie ventriculară sau extrasistole ventriculare multiple) (Bazmi et al., 2017). Consumul de metamfetamine și de cocaină a fost fiecare asociat cu un risc mai mare de aritmii ventriculare (tahicardie ventriculară susținută sau fibrilație ventriculară) cu un hazard ratio de 1,9 respectiv 1,15. Acest risc a fost mai

crescut la persoanele sub 65 de ani și la femei atât pentru consumul de metamfetamine cât și pentru cel de cocaină (Noubiap et al., 2023).

Prelungirea intervalului QT, observată în cazul anumitor substanțe, poate favoriza apariția torsadei vârfurilor. Într-un studiu efectuat de Lipski et al. pe 75 de persoane asimptomatice aflate într-un program cu methadonă, administrarea acestora s-a asociat cel mai frecvent cu următoarele modificări electrocardiografice: prelungirea intervalului QT, unde U proeminente și bradiarismii (Frishman et al., 2003).

Opioidale (de exemplu Fentanil), pot induce bradicardie severă și hipotensiune, în special în supradozaj. Într-un experiment efectuat pe câini morfina și heroina au fost asociate cu efecte precum scăderea tensiunii arteriale, a frecvenței cardiace și a debitului cardiac (Frishman et al., 2003).

Moartea subită cardiacă este un eveniment dramatic, adesea determinată de o tahiaritmie ventriculară malignă (tahicardie ventriculară susținută sau fibrilație ventriculară). Se estimează că una din 6 morți subite cardiace se datorează unei supradoze nedeclarate (Rodriguez et al., 2020). Un alt studiu care a inclus 668 de cazuri de moarte subită cardiacă a concluzionat că 3,1% dintre acestea au avut legătură cu consumul de cocaină, majoritatea însă în combinație cu abuzul concomitent de alcool (Lucena et al., 2010)

Cardiomiopatii

Cel mai frecvent, consumul cronic de stimulante precum Metamfetamină este asociat cu apariția cardiomiopatiei dilatative toxice. Aceasta a apărut indiferent de forma de administrare a amfetaminei (oral, intravenos sau fumat) (Frishman et al., 2003). Pacienții se prezintă clinic cu semne și simptome de insuficiență cardiacă precum: dispnee de efort agravată progresiv; fatigabilitate; edeme periferice; episoade de edem pulmonar acut. Histopatologie există arii de fibroză și

necroză miocardică, edem interstițial, și infiltrat limfocitar (Frishman et al., 2003) Evoluția poate fi parțial reversibilă în caz de abținere susținută, însă în stadii avansate disfuncția sistolică devine permanentă.

Un mecanism particular este cardiomiopatia de stres (tip Takotsubo), descrisă în contextul excesului catecolaminergic indus de droguri, caracterizată prin disfuncție sistolică regională tranzitorie (akinezie apicală a ventriculului stâng cu preservarea contractilității normale în celelalte segmente miocardice) și aspect angiografic fără leziuni coronariene obstructive (Lopera et al., 2023)

Hipertensiune arterială

Drogurile stimulante determină creșteri acute și semnificative ale tensiunii arteriale prin descărcare de catecolamine, vasoconstricție sistemică și creșterea debitului cardiac. magnitudinea creșterii tensiunii arteriale este direct proporțională cu doza administrate (Frishman et al., 2003). Pot apărea urgențe hipertensive cu afectare de organ țintă: encefalopatie hipertensivă; edem pulmonar acut; disecție de aortă; hemoragie intracerebrală, etc. Disecția de aortă trebuie luată în considerare în diagnosticul diferențial al durerii toracice la consumatorii de cocaină, aceasta fiind raportată ca o complicație a crizelor hipertensive la acești pacienți (Lange & Hillis, 2001). De asemenea a fost descris că consumul de cocaină duce la apoptoza celulelor musculare netede din media vasculară rezultând necroza chistică a mediei, modificarea histopatologică de bază în disecția de aortă (Middlekauff et al., 2022)

Endocardită infecțioasă la consumatorii de droguri intravenoase

Administrarea intravenoasă a drogurilor este frecvent asociată cu reutilizarea acelor la același consumator sau utilizarea de ace contaminate de la alte persoane. Aceste tehnici

non-sterile reprezintă un factor major de risc pentru transmiterea diferitelor boli infecțioase precum și pentru endocardita infecțioasă. Printre consumatorii de droguri intravenoase rata anuală a endocarditei infecțioase bacteriene este de 1,5-20/100 de dependenți (de aproximativ de 20 de ori mai mare față de populația generală) (Sanaiha et al., 2020).

La consumatorii de droguri, endocardita afectează predominant valvele cordului drept (76% din cazuri), cea mai afectată fiind valva tricuspidă (40-69% din cazuri)(Sanaiha et al., 2020), datorită inoculării directe a microbilor în circulația venoasă. Clinic, pacienții prezintă: febră persistentă; suflu cardiac nou apărut; fenomene embolice pulmonare; semne de sepsis. Întrucât endocardita apare frecvent pe un teren imunodeprimat (fie prin tulburări cronice de nutriție, fie infecție HIV asociată) evoluția clinică poate fi mai puțin zgomotoasă și diagnosticul poate fi întârziat. Cel mai frecvent germene implicat în producerea endocardiei infecțioase la consumatorii de droguri intravenoase este *Stafilococul aureu* prezent în 68% din cazuri, dar pot fi implicați și germeni considerați oportuniști sau fungi (în special candida) (Sanaiha et al., 2020).

Tratamentul endocarditei infecțioase este de lungă durată, necesitând administrare prelungită de antibiotic/antifungice și uneori intervenții chirurgicale. Durata medie de spitalizare a pacienților dependenți de droguri intravenoase internați pentru endocardită acută este cu 70% mai lungă comparativ cu a pacienților neutilizatori de droguri (Sanaiha et al., 2020). Este important de recunoscut că pe lângă tratamentul bolii de bază, pacienților dependenți de droguri trebuie administrată și medicație specifică dependenței pentru a minimiza efectele sevrajului și a maximiza șansele de eliminare a adicției (Baddour et al., 2022). Este extrem de important ca acești pacienți să fie tratați de o echipă multidisciplinară care să cuprindă infecționiști, toxicologi, psihiatri pe lângă cardiologi și chirurghi cardiaci. De asemenea este important a asigura suportul

necesar după externarea din spital pentru a preveni reluarea consumului de droguri și recăderile (Baddour et al., 2022).

După orice episod de endocardită riscul de recurență este crescut, mai ales dacă consumul de droguri intravenoase continuă. Deși mortalitatea inițială nu este crescută, speranța de viață a acestor pacienți este scăzută, lucru influențat mai ales de noi episoade de endocardită infecțioasă (Straw et al., 2019) . La pacienții care au trecut printr-un episod de endocardită infecțioasă se recomandă profilaxia unui nou episod infecțios la manevre cu potențial infectant conform ghidurilor europene în vigoare.

Complicații vasculare periferice și cerebrovasculare

Asemănător teritoriului coronarian, și alte teritorii vasculare pot suferi consecințe în urma consumului de droguri. Prin efectele lor vasoconstrictoare și protrombotice, drogurile pot determina accidente vasculare cerebrale (AVC), atât ischemice, cât și hemoragice. Acestea din urmă pot apărea prin ruptura anevrismelor micotice la consumatorii de cocaină (Lange & Hillis, 2001). Utilizarea de metamfetamine este mai frecvent asociată cu apariția AVC-urilor hemoragice, acestea fiind de până la 5 ori mai frecvente decât cele ischemice (Middlekauff et al., 2022).

Pacienții pot prezenta semnele clasice ale unui accident vascular cerebral: deficit neurologic focal brusc instalat, cefalee intensă sau alterarea stării de conștiință. Ceea ce atrage atenția este vârsta tânără a pacienților și absența factorilor de risc tradiționali.

2.3. Pronostic pe termen lung

Prognosticul cardiovascular al pacienților care consumă droguri depinde de tipul și durata consumului, de doza substanței, de calea de administrare, de asocierea cu alte droguri sau medicamente și de prezența comorbidităților (Frishman et al., 2003; Middlekauff et al., 2022). Evoluția pe termen lung este determinată atât de efectele acute repetate asupra cordului și vaselor, cât și de impactul cumulativ asupra structurii și funcției cardiace, vascular-periferice și hemostatice (Lin et al., 2022; Noubiap et al., 2023). În general, consumul cronic de droguri este asociat cu un risc semnificativ crescut de mortalitate cardiovasculară prematură și morbiditate severă (Baddour et al., 2022; Straw et al., 2019).

În multe cazuri, unele efecte ale drogurilor asupra sistemului cardiovascular sunt parțial sau total reversibile după abținere prelungită (Frishman et al., 2003; Middlekauff et al., 2022):

- Tulburările de ritm tranzitorii induse de stimulante pot regresa după normalizarea funcției simpatic-adrenalinice și corectarea dezechilibrelor electrolitice.

- Vasospasmul coronarian acut și ischemia tranzitorie pot dispărea odată cu suspendarea consumului, reducând riscul de infarct repetitiv.

Cu toate acestea, efectele cumulative, precum fibroza interstițială, dilatarea ventriculară, afectarea valvulară din endocardita infecțioasă tind să nu fie reversibile, chiar după abținere și tratament corect al leziunilor (Baddour et al., 2022; Straw et al., 2019).

Polidrogul și asocierea cu factori de risc tradiționali (hipertensiune, dislipidemie, fumat) amplifică aceste riscuri, prelungind perioada de vulnerabilitate cardiovasculară (Middlekauff et al., 2022). Cert este că abținerea susținută reprezintă cel mai puternic factor favorabil în evoluția pe termen lung a pacienților.

Bibliografie

1. Baddour, L. M., Weimer, M. B., Wurcel, A. G., McElhinney, D. B., Marks, L. R., Fanucchi, L. C., Esquer Garrigos, Z., Pettersson, G. B., & DeSimone, D. C. (2022). Management of infective endocarditis in people who inject drugs: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 146(14), e187–e201. <https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000109>
2. Bazmi, E., Mousavi, F., Giahchin, L., Mokhtari, T., & Behnoush, B. (2017). Cardiovascular complications of acute amphetamine abuse: Cross-sectional study. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 17(1), e31–e37
3. Frishman, W. H., Del Vecchio, A., Sanal, S., & Ismail, A. (2003). Therapeutic update: Cardiovascular manifestations of substance abuse—Part 1: Cocaine. *Heart Disease*, 5(3), 187–201.
4. Frishman, W. H., Del Vecchio, A., Sanal, S., & Ismail, A. (2003). Therapeutic update: Cardiovascular manifestations of substance abuse—Part 2: Alcohol, amphetamines, heroin, cannabis, and caffeine. *Heart Disease*, 5(4), 253–271
5. Lange, R. A., & Hillis, L. D. (2001). Cardiovascular complications of cocaine use. *New England Journal of Medicine*, 345(5), 351–358. <https://doi.org/10.1056/NEJMr003382>
6. Lin, A. L., Nah, G., Tang, J. J., Vittinghoff, E., Dewland, T. A., & Marcus, G. M. (2022). Cannabis, cocaine, methamphetamine, and opiates increase the risk of incident atrial fibrillation. *European Heart Journal*, 43(47), 4933–4942. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac558>
7. Lopera, V., Pereañez, J. A., & Amariles, P. (2023). *Drugs as possible triggers of Takotsubo cardiomyopathy – update 2022: Systematic review. Current Vascular Pharmacology*, 21(5), 304–315. <https://doi.org/10.2174/1570161121666230517121037>
8. Lucena, J., Blanco, M., Jurado, C., Rico, A., Salguero, M., Vázquez, R., Thiene, G., & Basso, C. (2010). Cocaine-related sudden death: A prospective investigation in south-west Spain. *European Heart Journal*, 31(3), 318–329. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehp557>

9. Middlekauff, H. R., Cooper, Z. D., & Strauss, S. B. (2022). Drugs of misuse: Focus on vascular dysfunction. *Canadian Journal of Cardiology*, 38(9), 1360–1371.
<https://doi.org/10.1016/j.cjca.2022.06.018>
10. Noubiap, J. J., Dewland, T. A., Montenegro, G. C., Oo, H. H., Tseng, Z. H., & Marcus, G. M. (2023). Illicit stimulants and ventricular arrhythmias: A longitudinal cohort study. *European Heart Journal*, 44(9), 798–806.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac739>
11. Rodriguez, R. M., Montoy, J. C. C., Repplinger, D., Dave, S., Moffatt, E., & Tseng, Z. H. (2020). Occult overdose masquerading as sudden cardiac death: From the postmortem systematic investigation of sudden cardiac death study. *Annals of Internal Medicine*, 173(11), 941–944.
<https://doi.org/10.7326/M20-0977>
12. Sanaiha, Y., Lyons, R., & Benharash, P. (2020). Infective endocarditis in intravenous drug users. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(10), 1239–1240.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.12.048>
13. Straw, S., Baig, M. W., Gillott, R., Wu, J., Witte, K. K., O'Regan, D. J., & Sandoe, J. A. T. (2019). Long-term outcomes are poor in intravenous drug users following infective endocarditis, even after surgery. *Open Heart*, 6(1), e000881.
<https://doi.org/10.1136/openhrt-2018-000881>

Capitolul III

Infecțiile virale transmise prin sânge la minorii consumatori de droguri intravenoase: HIV, virusurile hepatitice B și C

*Septimiu-Radu Susa, Daniel
Șoavă, Norberth Varga*

Introducere

Consumul intravenos de droguri la minori reprezintă nu doar o problemă de sănătate mintală și comportamentală, ci și o expunere majoră la infecții virale transmise prin sânge. În rândul persoanelor care injectează droguri, riscul pentru HIV, hepatita B (HBV) și hepatita C (HCV) este semnificativ crescut, iar această asociere este bine documentată la nivel global. Organizația Mondială a Sănătății estimează că aproximativ 11 milioane de persoane injectează droguri la nivel mondial, dintre care circa una din opt trăiește cu HIV, iar aproape 40% au infecție viremică HCV. În populația pediatrică, problema este probabil subestimată, deoarece minorii sunt subreprezențați în studiile epidemiologice, iar multe serii combină adolescenții cu adulții tineri. Totuși, această limitare nu reduce relevanța clinică a fenomenului; dimpotrivă, sugerează că o parte din povara reală rămâne nediagnosticată [1,2,5].

Pentru minorii care injectează droguri, vulnerabilitatea infecțioasă rezultă din suprapunerea a două niveluri de risc. Primul este biologic: expunerea repetată la sânge prin echipamente contaminate favorizează transmiterea eficientă a virusurilor hepatitice și a HIV. Al doilea este structural și social:

stigmatizarea, criminalizarea, lipsa confidențialității reale, relațiile de dependență față de anturaj și accesul limitat la servicii medicale fac ca tinerii să fie testați târziu și să ajungă rar precoce în îngrijire. WHO subliniază că tinerii care injectează droguri sunt expuși în mod particular discriminării, violenței și barierelor de acces, ceea ce amplifică probabilitatea comportamentelor cu risc, inclusiv partajarea seringilor și sexul neprotejat [2].

Mecanisme de transmitere

Transmiterea HIV, HBV și HCV în contextul consumului intravenos nu se limitează la reutilizarea acelor și seringilor. În practică, orice element al „setului” de injectare poate deveni vehicul de transmitere: seringi, ace, recipiente de preparare, filtre, apă sau vată folosite în comun. CDC arată că utilizarea de echipamente partajate, inclusiv cookers, water și cotton, a contribuit la creșterea transmiterii virusurilor cu transmitere sanguină în rețelele de consumatori de droguri injectabile. Această observație este importantă în context pediatric, unde utilizarea „în grup” și injectarea oportunistă, în medii informale, pot favoriza expuneri repetate chiar și la minori aflați la începutul consumului [3].

Din punct de vedere epidemiologic, HCV pare să fie infecția virală cea mai strâns legată de rețelele de injectare. Într-o meta-analiză globală recentă, bazată pe studii de incidență la persoane care injectează droguri, incidența HCV a fost estimată ca fiind de aproximativ 17 ori mai mare decât incidența HIV în subsetul de studii care au permis comparația directă. În plus, persoanele tinere care injectează droguri au prezentat un risc mai mare de achiziție atât pentru HIV, cât și pentru HCV decât cele mai vârstnice. Aceste date nu pot fi extrapolate mecanic la minorii sub 18 ani, dar susțin ferm ideea că debutul precoce al injectării crește riscul cumulativ de infecție [5].

Hepatita C: principală expresie virală a riscului injectabil

În majoritatea contextelor clinice și epidemiologice, HCV este infecția virală cel mai frecvent asociată injectării de droguri. WHO estimează că 39,4% dintre persoanele care injectează droguri au infecție HCV viremică, iar o proporție semnificativă a noilor infecții HCV la nivel global apare în această populație. Pentru clinicianul care evaluează un minor cu istoric de injectare, HCV trebuie privită ca o infecție-sentinelă: prezența ei sugerează nu doar expunere anterioară, ci și apartenența la un context de risc în care pot circula simultan HIV și HBV [1,5].

Importanța HCV în adolescență este accentuată de faptul că infecția este adesea asimptomatică. Din acest motiv, strategiile bazate exclusiv pe declararea comportamentului de risc pot rata un număr relevant de cazuri. Un articol recent din *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society* argumentează că adolescenții fac parte din actualul val epidemiologic de HCV și că inițierea screeningului abia la 18 ani poate ignora exact grupul care ar beneficia de identificare precoce. Autorii subliniază atât slaba performanță a screeningului bazat pe risc, cât și fezabilitatea integrării testării HCV în vizitele medicale de rutină ale adolescenților [6]. Această observație este foarte utilă în practica pediatrică, unde istoricul de consum este adesea incomplet sau deliberat ascuns.

Din perspectiva managementului, diagnosticul de HCV la copil sau adolescent nu mai trebuie privit ca o constatare pasivă. Ghidul NIH pentru infecțiile oportuniste pediatrice precizează că orice copil cu vârsta de 3 ani sau mai mare, cu infecție HCV, ar trebui evaluat pentru tratament cu regimuri antivirale directe pangenotipice, iar în coinfecția HIV-HCV trebuie luate în calcul interacțiunile medicamentoase dintre antiviralele anti-HCV și terapia antiretrovirală. Prin urmare, depistarea precoce la adolescenții cu risc nu are doar valoare epidemiologică, ci și implicații terapeutice directe [7].

HIV: risc disproporționat și potențial epidemic

HIV rămâne o amenințare majoră în rețelele de consum intravenos, chiar dacă, în multe populații, HCV este mai frecvent. UNAIDS raportează că, în 2022, riscul de dobândire a HIV a fost de 14 ori mai mare la persoanele care injectează droguri decât în populația adultă generală. Această disproporție exprimă nu doar riscul biologic al expunerii percutane, ci și insuficiența intervențiilor preventive: acoperire redusă cu programe de schimb de seringi, acces limitat la terapie de substituție opioidă și bariere structurale persistente [4]. Pentru minori, aceste bariere sunt de regulă și mai mari, deoarece serviciile dedicate adolescenților consumatori sunt puține, iar prezentarea la medic este întârziată de frica de consecințe familiale, sociale sau legale [2,4].

Istoria recentă a focarelor asociate consumului injectabil arată că transmiterea HIV poate deveni rapid explozivă atunci când se combină injectarea în rețea, sărăcia, accesul insuficient la testare și lipsa măsurilor de reducere a riscurilor. Ghidul CDC privind focarele HIV/HCV la persoanele care injectează droguri descrie modul în care partajarea echipamentelor și lipsa resurselor medicale pot accelera răspândirea HIV într-o comunitate aparent cu prevalență anterioară redusă. Din acest motiv, la un minor care injectează droguri, evaluarea riscului HIV nu ar trebui făcută doar în funcție de prevalența „medie” regională, ci și în funcție de apartenența la o rețea de sharing și de absența serviciilor preventive locale [3].

Hepatita B: risc prevenibil, dar adesea neglijat

Deși HCV și HIV domină de obicei discuția, HBV rămâne o componentă importantă a riscului infecțios la minorii consumatori de droguri intravenoase. HBV este un patogen transmis prin sânge și alte fluide biologice, iar CDC precizează explicit că persoanele care folosesc sau injectează droguri se pot infecta prin partajarea seringilor și a altor echipamente utilizate

pentru prepararea și injectarea drogurilor [3]. Diferența esențială față de HCV este că pentru HBV există vaccin eficient. Din punct de vedere pediatric, aceasta face din hepatita B cea mai clar prevenibilă dintre cele trei infecții discutate aici.

Relevanța clinică a HBV este dublă. În primul rând, statusul vaccinal al adolescentului trebuie verificat activ, deoarece existența unui program național de vaccinare nu exclude restanțele, schemele incomplete sau lipsa răspunsului imun documentat la anumiți pacienți vulnerabili. În al doilea rând, CDC recomandă vaccinarea anti-HBV la toți copiii nevaccinați sub 19 ani, precum și vaccinarea persoanelor cu factori de risc, indiferent de vârstă. În populația de minori care injectează droguri, această recomandare are o aplicabilitate imediată și ar trebui integrată în orice algoritm de evaluare infecțioasă [9].

Coinfecția și implicațiile clinice

Coinfecțiile HIV-HCV și HIV-HBV sunt deosebit de relevante în practica infecționistului, deoarece indică expuneri repetate și complică managementul ulterior. WHO estimează că mai mult de jumătate dintre coinfecțiile HIV-HCV la nivel global apar la persoanele care injectează droguri [1]. La nivel individual, coinfecția poate accelera progresia bolii hepatice, poate îngreuna alegerea tratamentului antiviral și impune o evaluare atentă a interacțiunilor medicamentoase, a aderenței și a accesului real la îngrijire. În cazul adolescentului, aceste dificultăți se suprapun frecvent peste instabilitate familială, tulburări psihiatrice și continuitate redusă a urmăririi medicale [1,7].

Screening, vaccinare și prevenție

Abordarea clinică a minorului cu consum intravenos de droguri trebuie să fie proactivă. Screeningul ar trebui să includă HIV, HBsAg/markerii serologici pentru HBV și testarea pentru

HCV, repetată periodic dacă riscul persistă. CDC precizează că orice persoană care a injectat vreodată droguri trebuie testată pentru HCV, indiferent de vârstă, iar persoanele care folosesc sau injectează droguri trebuie evaluate pentru hepatitele virale și vaccinate împotriva hepatitei B atunci când sunt susceptibile [3,9]. În același timp, la o expunere recentă cu risc semnificativ pentru HIV, nonoccupational PEP trebuie inițiat cât mai repede, ideal în primele 24 de ore și nu mai târziu de 72 de ore de la expunere [8].

Prevenția eficientă nu se reduce însă la testare. Programele de schimb de seringi, vaccinarea, accesul la tratamentul dependenței și integrarea serviciilor de boli infecțioase în îngrijirea adolescenților sunt componente esențiale ale reducerii transmiterii. CDC arată că programele de tip syringe services sunt asociate cu o reducere estimată de aproximativ 50% a incidenței HIV și HCV, iar WHO insistă asupra rolului intervențiilor de harm reduction în controlul epidemiilor de HIV și hepatite virale la persoanele care injectează droguri [1,3]. Pentru minori, eficiența acestor măsuri depinde de existența unor servicii adaptate vârstei, confidențiale și nejudicative.

Concluzii

La minorii consumatori de droguri intravenoase, HIV, HBV și mai ales HCV reprezintă consecințe previzibile ale expunerii repetate la sânge prin echipamente de injectare partajate. Totuși, povara acestor infecții nu este determinată exclusiv de mecanismul biologic al transmiterii, ci și de vulnerabilitățile specifice vârstei: debut precoce al consumului, acces precar la servicii, stigmatizare și întârzierea diagnosticului. Dintre aceste infecții, HCV apare frecvent ca expresia cea mai sensibilă a riscului injectabil, HIV marchează potențialul epidemic al rețelelor de sharing, iar HBV rămâne componenta cel mai clar prevenibilă prin vaccinare. Din această

perspectivă, contribuția infecționistului nu ar trebui să se limiteze la diagnosticul tardiv al unei coinfecții, ci să includă screening activ, vaccinare, profilaxie postexpunere când este indicată și integrarea minorului într-un traseu real de prevenție și îngrijire.

Bibliografie

1. World Health Organization. People who inject drugs [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>
2. World Health Organization. HIV and young people who inject drugs: a technical brief [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.10-eng>
3. Centers for Disease Control and Prevention. Viral hepatitis among people who use or inject drugs [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2025 [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/hepatitis/hcp/populations-settings/pwid.html>
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). HIV and people who inject drugs: thematic briefing note. Global AIDS update 2024 [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2024 [cited 2026 Mar 12]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-people-who-inject-drugs_en.pdf
5. Artenie AA, Stone J, Fraser H, Lim AG, Miltz A, DeBeck K, et al. Incidence of HIV and hepatitis C virus among people who inject drugs, and associations with age and sex or gender: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2023;8(6):533-552.
6. Mangarelli C, et al. Integrating universal hepatitis C screening into adolescent well visits is a “win-win” scenario: rationale and demonstration of real-world feasibility and implementation. *J Pediatric Infect Dis Soc*. 2024;13(Suppl 5):S166-S170.

7. Panel on Opportunistic Infections in Children With and Exposed to HIV. Hepatitis C virus infection. In: *Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in children with and exposed to HIV* [Internet]. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2026 [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://clinicalinfo.hiv.gov>
8. Tanner MR, O'Shea JG, Byrd KM, et al. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV: CDC recommendations—United States, 2025. *MMWR Recomm Rep*. 2025;74(1):1-56.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Hepatitis B vaccine administration [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2025 [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/hepatitis-b/hcp/vaccine-administration/index.html>

Capitolul IV

Drogurile și infracționalitatea

*Adela Șleam, Mihaela Tomiță,
Cristian Neghină*

4.1. Aspecte generale

Una dintre problemele actuale ale societății românești o constituie creșterea consumului de droguri în rândul populației generale și, îndeosebi, în rândul tinerilor. Fenomenul a crescut rapid în ultimii ani, pe măsură ce România s-a transformat din țară de tranzit în țară de destinație a transporturilor de droguri. Este vorba despre un fenomen social de mare complexitate, cauzator de prejudicii în plan valoric, psihosocial, individual, dar și la nivelul colectivității.

Puțini sunt cei care, atunci când rostesc termenul „drog” se gândesc la substanță în sine. Majoritatea se gândesc la tânărul care își distruge în mod latent viitorul, drogurile schimbându-i total viața, căci ele aduc singurătate, o viață lipsită de sens.

La început, drogurile sunt consumate pentru a crea o senzație de plăcere, însă, treptat, ea se estompează, lăsând locul unei senzații de lipsă. Această plăcere este simțită doar la început, deoarece, în final, viața consumatorului devine un coșmar, reducându-se la procurarea dozei zilnice. Dacă abuzul de droguri începe cu efecte plăcute, acesta se sfârșește cu efecte fizice, psihice și sociale dezastruoase. Niciun individ, atunci când începe să consume droguri, nu are intenția de a deveni dependent, supraestimând puterea sa de autocontrol. El conștientizează că nu se poate opune acestui flagel mult prea târziu, când încearcă să se împotrivească impulsurilor, dar se simte lipsit de forță și pierde controlul asupra propriului destin.

Odată instaurată dependența, nevoia de a înlătura efectele generate de lipsa drogului devine prioritară în viața consumatorului.

Persoana dependentă devine atât de preocupată de obținerea dozelor zilnice, încât își ruinează viața de familie, își periclitează viața profesională, săvârșește fapte antisociale.

Drogul scoate individul dintr-o stare de normalitate, introducându-l în lumea falsei bucurii, într-un mediu social aflat sub incidența legii. În analiza acestui flagel al drogurilor, se impune a se ține seama de caracteristicile vârstei adolescente, această categorie reprezentând grupa de vârstă cea mai vulnerabilă în ceea ce privește consumul unor asemenea substanțe.

S-a remarcat faptul că, pe măsura trecerii timpului, scade îngrijorător vârsta celor care săvârșesc fapte ilicite din cauza consumului de droguri. Tinerii reprezintă categoria cea mai vulnerabilă, aceștia fiind dispuși mereu să încerce noi experiențe. Ei sunt gata să facă orice pentru a-și înlătura inhibițiile, pentru a-și amplifica senzația de calm sau de îndrăzneală.

4.2. Tipuri de comportamente deviante determinate de consumul ilicit de droguri

Tipurile de comportament deviant determinate de consumul de droguri sunt:

- comportamente psihotice, uneori în forme grave. Consumatorul percepe realitatea în mod deformat, auzind voci, având impresia că oamenii vorbesc despre el sau că este urmărit. Asemenea împrejurări induc, persoanelor care consumă anumite substanțe, panica, o stare psihotică acută, care este deosebit de periculoasă, întrucât poate genera fapte de o violență extremă. Această stare persistă uneori zile întregi, după administrarea ultimei doze;

– comportamente labile. Persoanele aflate sub influența drogurilor devin agitate și imprevizibile, putând trece, fără motiv, de la momente de calmitate și prietenie la momente de furie;

– comportamente confuze. Abuzul de substanțe generează stări de confuzie și dezorientare, scade echilibrul și coordonarea, prelungește timpul de reacție și diminuează memoria recentă. În asemenea condiții, este recomandabil ca un consumator să nu conducă autovehicule în momentul în care se află sub influența substanțelor, încât pune în primejdie nu numai propria lui viață, ci și a celor din jur. Acesta nu mai este în deplinătatea facultăților sale fizice și psihice, devenind inapt să reacționeze corespunzător la recepționarea unui semnal.

Și pietonii aflați sub influența drogurilor prezintă un pericol pentru circulația rutieră, mulți dintre ei devenind victime ale accidentelor pe care le provoacă.

– comportamente suicidare. Neavând banii necesari pentru procurarea dozelor zilnice, tinerii sunt încorsetați de dureri fizice și psihice, ceea ce îi determină uneori să se gândească la sinucidere, uneori chiar apelând la această măsură extremă. Starea depresivă a consumatorului se poate amplifica într-o asemenea măsură, încât acesta își pierde dorința de a mai trăi și comite acte sau tentative suicidare.

– consumul de droguri afectează în mod serios comportamentul afectiv. Există situații în care, aflați sub influența drogurilor, toxicomanii sunt lipsiți de sentimente. Indiferența afectivă redă stările de inhibare și dezorganizare emoțională. De obicei, individul care consumă asemenea substanțe nu este conștient de propria-i stare de inhibare emoțională, ceea ce explică atât calmul, cât și sângele rece cu care sunt comise o serie de infracțiuni de o violență extremă.

– vagabondajul – fuga de acasă se constituie ca o deteriorare comportamentală cu o evoluție spectaculoasă. Consumatorii pot fi observați pe stradă, în locuri obscure, în

gară, la metrou, fiind ruși de realitate. În ceea ce îi privește pe adolescenți, vagabondajul este precedat de abateri repetate cărora nu li se acordă o atenție prea mare la început, precum absențe școlare, rezultate slabe la învățătură, sustragerea de la activități extrașcolare, dar care, prin caracterul lor repetitiv, angajează conduite ce agravează comportamentul tânărului. Vagabondajul duce la sustragerea tânărului de la influențele educative familiale și la posibila lui încadrare în bande de infractori.

- comportamentul depresiv. Cuprinși de tristețe, apatie, letargie, consumatorii de droguri sunt incapabili să trăiască în mod normal. Se pot observa înstrăinarea de sine, dezinteresul față de altul, sentimentul de absurditate și zădărnici în raport cu lumea exterioară.

- comportament paranoic, drogurile generând halucinații de gelozie, grandoare sau inferioritate. Asemenea halucinații reprezintă factori de risc în ceea ce privește săvârșirea unor fapte prin care sunt periclitate valorile ocrotite din punct de vedere social.

Realitatea „morții albe” a devenit tot mai amenințătoare. Drogurile distrug vieți și comunități, subminează dezvoltarea umană și generează criminalitate. Persoana care consumă asemenea substanțe periclitează siguranța indivizilor și afectează ordinea socială și normativă.

4.3. Infracțiuni generate de consumul ilicit de droguri

Actele care nu aduc prejudicii valorilor sociale, ci afectează doar normativul moral, sunt denumite devianțe morale și sunt considerate manifestări predelincente numai atunci când se poate prevedea că subiecții trăiesc într-un climat care îi va determina, treptat, să comită delikte. Abuzul de droguri se

încadrează în această categorie, dacă avem în vedere faptul că persoanele care consumă stupefiante trăiesc într-o lume marginală. O asemenea marginalizare situează consumatorul de droguri într-un context de minus de responsabilități, de atribuții sociale, în care se află în imposibilitatea de afirmare și participare la deciziile sociale, ceea ce determină profunde sentimente de frustrare socială.

Pentru a se încadra, însă, în sfera penalului, faptele respective trebuie să întrunească, cumulativ, următoarele condiții:

- caracterul ilicit – fapta constituie o acțiune cu caracter ilicit, imoral, ilegitim, ilegal, prin care sunt prejudiciate anumite valori și relații sociale;
- caracterul de vinovăție – acțiunea este comisă de o anumită persoană care acționează deliberat, conștient și responsabil – are răspundere penală;
- incriminare – fapta comisă este incriminată și sancționată de legea penală.

Doar în situația îndeplinirii tuturor caracteristicilor enumerate mai sus, o faptă antisocială săvârșită de o persoană responsabilă poate fi incriminată de legea penală. Inexistența chiar a unei singure trăsături duce la scoaterea faptei respective de sub incidența penalului.

Referitor la consumul de droguri, acesta poate conduce la săvârșirea unor fapte care cad sub incidența legii penale. În acest context, avem în vedere următoarele aspecte:

- Cultivarea, producerea, fabricarea, experimentarea, extragerea, prepararea, transformarea, cumpărarea sau deținerea de droguri, pentru consum propriu, fără drept, constituie infracțiune;
- Infracțiuni săvârșite ca urmare a reducerii inhibițiilor comportamentale generate de consumul de droguri;
- Infracțiuni săvârșite într-o stare de irealitate generată de consumul de droguri;

– Consumatorul are tendința de a percepe realitatea într-un mod deformat. Drogurile, în special cele halucinogene, îi modifică unei persoane percepția asupra lucrurilor înconjurătoare, omul acționând în funcție de noua percepție. Din cauza acestei stări, se ajunge uneori la agresiune corporală și verbală, violență greu reprimată împotriva celor din jur. În acest fel, este periclitată integritatea fizică și psihică a celorlalți membri ai comunității;

– Instaurarea sevrăului, generat de oprirea administrării drogului sau de reducerea dozei. Acesta generează simptome fizice și psihice care periclitează siguranța consumatorului însuși și a celor din jur;

– Infrațiuni săvârșite pentru a procura banii necesari cumpărării drogurilor. Pentru că nevoia de drog este mai puternică decât orice, consumatorii săvârșesc diverse infracțiuni pentru procurarea acestora: furturi, tâlhării, prostituție, trafic de persoane, uneori chiar omoruri;

– De multe ori, traficanții le oferă consumatorilor dozele zilnice în schimbul unor servicii, precum transportul unor anumite cantități de droguri, vânzarea unor asemenea substanțe, oferirea, punerea în vânzare, distribuirea, livrarea, trimiterea, procurarea ori alte operațiuni privind circulația drogurilor, fără drept. Astfel, conform Legii 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, ei săvârșesc infracțiunea de trafic de droguri.

Sintetizând cele menționate mai sus, putem afirma că relația drog-criminalitate este explicată teoretic prin următoarele modele:

- modelul farmacologic: intoxicația induce violență;
- modelul sistemic: mediul consumatorilor și traficanților de droguri este un mediu cu potențial delictual;
- modelul economic: drogurile sunt scumpe, iar consumatorul are nevoie de bani pentru procurarea acestora;
- modelul integrativ: reunește cele trei modele precedente;

- modelul psihopatologic: tulburările de personalitate ale toxicomanului generează consumul de droguri și delincvență;
- modelul psihosocial: factorii psihosociali determină un „sindrom de devianță” care este responsabil de toxicomanie și delincvență.

Se poate observa că drogul provoacă violența împotriva toxicomanului însuși, apoi împotriva familiei și, în cele din urmă, împotriva întregii societăți.

Studiile și cercetările efectuate în acest domeniu relevă faptul că infracțiunile comise cu violență prezintă anumite particularități:

- factorii de personalitate sunt implicați cu precădere, comportamentul violent fiind, adesea, consecința unor stări de frustrare individuală, manifestate la anumiți indivizi care consumă substanțe interzise prin lege;
- consumatorii care săvârșesc fapte cu violență cedează, de regulă, unor impulsuri de moment sau unor stări explozive, neavând capacitatea de a-și stabili și controla echilibrul emoțional necesar;
- comiterea unor fapte cu violență este potențată de o integrare deficitară în familie, profesie, comunitate;
- printre factorii favorizanți ai acestor fapte se numără consecințele stării de dezorganizare personală și marginalizarea unor indivizi, ca urmare a creșterii demografice, urbanizării, mobilității teritoriale. Uneori, în căutarea unei vieți mai bune, tinerii se îndreaptă către marile orașe, dar unii dintre ei nu se pot adapta, motiv pentru care pot recurge la droguri. Acomodarea poate fi foarte dificilă, despărțirea de valorile tradiționale putând genera sentimente de singurătate, care constituie factori de risc în ceea ce privește abuzul de substanțe.

În funcție de formele de manifestare, de actorii sociali implicați în săvârșirea unor asemenea fapte și de mobilurile urmărite, pot fi identificate următoarele tipuri de violență:

- violența primitivă, de regulă ocazională, accidentală, întâmplătoare, caracterizată prin reacții necontrolate și explozive ale unor consumatori de droguri;

- violența pasională, generată de mobiluri de răzbunare, gelozie, umilire, caracteristică indivizilor ce manifestă sentimente egocentriste sau care dovedesc o instabilitate emoțională și o diminuare sensibilă a mecanismelor voluntare de autocontrol și autoreglare;

- violența utilitară, generată de mobiluri ce urmăresc interese materiale, știut fiind faptul că persoanele consumatoare de droguri săvârșesc fapte pentru a obține banii necesari pentru procurarea dozelor zilnice;

- violența rațională, caracteristică crimei organizate și activităților desfășurate de organizațiile criminale, având ca finalitate obținerea de profituri ilicite, la cote deosebit de ridicate. Traficanții de droguri câștigă sume fabuloase de pe urma persoanelor dependente, deținând mari imperii financiare. De aici apare problema spălării banilor, care, ulterior, vor fi utilizați pentru săvârșirea altor operațiuni de acest gen sau a unora asociate.

În acest context, analizând determinările profunde și consecințele induse, faptele generate de consumul de droguri depășesc limita socialului și intră în sfera juridicului.

4.4. Infrațiuni la regimul drogurilor reglementate de Legea 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri

Infrațiunea de trafic de droguri este definită la art. 2 din Legea 143/2000, ca fiind cultivarea, producerea, fabricarea, experimentarea, extragerea, prepararea, transformarea, oferirea, punerea în vânzare, vânzarea, distribuirea, livrarea cu orice titlu,

trimiterea, transportul, procurarea, cumpărarea, deținerea ori alte operațiuni privind circulația drogurilor, toate acestea fără drept.

Potrivit aceleiași legi, este calificată ca infracțiune prescrierea drogurilor de mare risc, de către medic, fără ca aceasta să fie necesară din punct de vedere medical. De asemenea, se sancționează și eliberarea sau obținerea, cu intenție, de droguri de mare risc, pe baza unei rețete medicale prescrise în condițiile mai sus menționate sau a unei rețete medicale falsificate.

Punerea la dispoziție, cu știință, cu orice titlu, a unui local, a unei locuințe sau a oricărui alt loc amenajat, în care are acces publicul, pentru consumul ilicit de droguri ori tolerarea consumului ilicit în asemenea locuri constituie infracțiune.

4.5. Consumul de droguri versus deținere în vederea consumului propriu

Potrivit Legii 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare, consumul de droguri aflate sub control național, fără prescripție medicală, este interzis pe teritoriul României.

Cu toate acestea, potrivit normelor juridice române, este sancționată deținerea de droguri pentru consum propriu, fără drept; nu este pedepsit consumul propriu-zis.

Referitor la deosebirea dintre consumul de droguri și deținerea acestora pentru consum propriu, sunt importante următoarele precizări:

- în cazul în care consumatorul nu are droguri asupra sa, dar în urma analizelor de sânge, urină, salivă se constată că în trecut a consumat astfel de substanțe, este vorba despre consum de droguri, care, potrivit legii, nu este pedepsit;

– în schimb, în situația în care consumatorul de droguri are asupra sa o cantitate de drog pentru consumul propriu, este vorba despre deținere pentru consum propriu, care, potrivit legii, se pedepsește.

Totuși, conform Legii 522/2004, în cazul infracțiunii de deținere de droguri pentru consum propriu, procurorul dispune evaluarea consumatorului, în scopul includerii acestuia în circuitul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri. După primirea raportului de evaluare, procurorul dispune, cu acordul învinuitului sau inculpatului, includerea acestuia în programul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri.

Dacă, până în momentul pronunțării hotărârii, inculpatul respectă protocolul programului integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri, instanța de judecată poate să nu aplice nicio pedeapsă acestuia sau să amâne aplicarea pedepsei. În cazul în care amână aplicarea pedepsei, instanța stabilește în cuprinsul hotărârii data la care urmează să se pronunțe asupra pedepsei, interval de timp care nu poate fi mai mare de 2 ani.

Dacă în perioada de probă, inculpatul a respectat programul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri, instanța poate să nu aplice nicio pedeapsă.

În situația în care inculpatul nu respectă programul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri, instanța poate să amâne încă o dată aplicarea pedepsei, pentru același termen, și reincluderea în circuitul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri sau să aplice pedeapsa prevăzută de lege.

Pentru învinuitul sau inculpatul care refuză includerea într-un program integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri, se aplică pedeapsa prevăzută de lege.

4.6. Dezvoltarea sistemului de sancționare neprivativă de libertate

Reprezintă o realitate faptul că, de mii de ani, de la o etapă la alta a evoluției societății, drogurile au fost folosite legal sau ilegal. Dincolo de acceptarea sau respingerea lor de către societate, sunt de necontestat efectele pe care asemenea substanțe le produc asupra sănătății individului și asupra relațiilor sale sociale.

Într-un asemenea context, flagelul drogurilor trebuie abordat într-o manieră complementară, atât în domeniul prevenirii și combaterii traficului și consumului ilicit de droguri, cât și în domeniul asistenței acordate consumatorilor. Abuzul de droguri este un fenomen complex, multidimensional, dinamic.

Considerând incontestabilă valoarea socială a serviciilor de asistență a persoanelor dependente de droguri, societatea românească se află în construcție instituțională și legislativă de natură a permite abordarea consumului de droguri din perspectiva necesității furnizării unui tratament medical adecvat, a unei asistențe psihologice și sociale de calitate, de o manieră integrată, finalizată prin reabilitarea și reinserta socială. Astfel, un rol important revine Agenției Naționale pentru Politici și Coordonare în Domeniul Drogurilor și al Adicțiilor, care are atribuții la nivel central începând din anul 2025, precum și Centrelor de Sănătate Mintală și pentru Prevenirea Adicțiilor, înființate în același an și care au atribuții la nivel județean. Instituțiile menționate realizează demersurile necesare în vederea organizării unui sistem de asistență adecvat consumatorilor de droguri. Acest sistem reprezintă o combinație de intervenții terapeutice, sub forma unui continuum, acoperind întregul spectru de servicii (centre, programe, tipuri de asistență disponibile pentru consumatorul de droguri în concordanță cu nevoile acestuia și într-o perioadă de timp dată), precum și totalitatea serviciilor oferite subsecvent pe parcursul evoluției

tulburării, ca parte a procesului de recuperare a tulburării din cauza consumului.

Integrarea consumatorului de droguri într-un astfel de sistem este mult mai eficientă decât aplicarea pedepsei închisorii. Această idee a fost conștientizată și de legiuitorul român care, prin Legea 143/2000 completată și modificată prin Legea 522/2004, a reglementat faptul că nu se sancționează penal consumul de droguri, ci doar deținerea, cumpărarea, cultivarea etc. în vederea propriului consum. Pentru această din urmă infracțiune, a fost prevăzută pedeapsa închisorii sau amenzii, dar și posibilitatea aplicării unei pedepse alternative. Astfel, persoana care consumă ilicit droguri aflate sub control național poate fi inclusă, cu acordul său, într-un program integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri. Manifestarea acordului de includere în circuitul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri se face prin semnarea unui document.

Stabilirea programului psihologic și social individualizat se face de către Centrul de de Sănătate Mintală și pentru Prevenirea Adicțiilor, pe baza evaluării medicale, psihologice și sociale.

Programul terapeutic și programul psihologic și social se desfășoară integrat, astfel încât consumatorul și consumatorul dependent să poată beneficia de asistență medicală, psihologică și socială, concomitentă și continuă, cu respectarea drepturilor omului și a drepturilor pacientului, potrivit legii.

Prin excepție, se sancționează consumul de droguri în conformitate cu Codul rutier, Codul naval, respectiv Codul aerian, în situația în care consumatorul conduce un autovehicul, o navă sau aeronavă sub influența unor asemenea substanțe.

Se poate remarca o transferare a mentalității, prin deplasarea atenției pe tratarea „bolii individului” prin asistență, tratament, consiliere și reintegrare socială și numai în subsidiar pe tratarea „bolii societății” prin aplicarea pedepselor și izolarea de comunitate a celor care au încălcat ordinea de drept.

Probațiunea. Aspecte generale

Introducerea sancțiunilor alternative, respectiv a probațiunii, constituie un pas important în direcția armonizării legislației penale românești cu acquis-ul comunitar.

Dezvoltarea parteneriatului cu instituții guvernamentale și asociații non-guvernamentale, naționale și internaționale, a creat României cadrul necesar pentru dezvoltarea sistemului de probațiune, în acord cu principiile și valorile cuprinse în recomandările Consiliului Europei.

Instituția probațiunii a început să se dezvolte în țara noastră relativ recent. Începând din anul 1992, în legislația românească s-au regăsit primele forme ale probațiunii, prin reglementarea instituției suspendării executării pedepsei sub supraveghere, iar mai apoi, din 1996, prin reglementarea, în cadrul măsurilor educative, a libertății supravegheate. Instituțiile menționate au devenit eficiente odată cu implementarea primelor elemente de probațiune în cadrul centrelor experimentale. Un asemenea program de aplicare experimentală a elementelor de probațiune a fost pus în practică la Arad, începând cu anul 1996.

Inițiativa menționată a fost urmată de o perioadă de dezvoltare a activității experimentale de probațiune în centrele – pilot înființate prin ordinul Ministerului Justiției, de implementare a unor programe internaționale de asistență tehnică și financiară în domeniu. Într-un asemenea context, se impunea adoptarea unui cadru legal care să permită continuarea procesului de extindere la nivel național a sistemului de probațiune și recunoașterea autorității serviciilor ca organe de supraveghere a executării sancțiunilor neprivative de libertate. În aceste condiții, a fost elaborată Ordonanța de urgență nr. 92 din 2000, privind organizarea și funcționarea serviciilor de reintegrare socială a infractorilor și de supraveghere a executării sancțiunilor neprivative de libertate.

Elaborarea proiectului de lege privind probațiunea a reprezentat un proces îndelungat de modificări și completări. Singurele aspecte care au fost menținute în toate formele proiectului sunt reprezentate de independența serviciilor de probațiune față de instanțele de judecată, parchete, penitenciare și apartenența lor la Ministerul Justiției, precum și colaborarea cu societatea civilă.

A da o definiție juridică a probațiunii, larg acceptată în toate țările și sistemele penale, este extrem de dificil, deoarece, în plan teoretic, generează multiple controverse referitoare la conceptualizarea sa. Pornind de la ideea că probațiunea este considerată întotdeauna o sancțiune și, totodată, o modalitate de asistare a unui individ-delinvent, în vederea reintegrării acestuia în societate, există discuții în literatura de specialitate referitoare la faptul că două aspecte fundamental diferite coexistă în cadrul aceluiași concept:

- primul aspect – a sancționa, a pedepsi – plasează probațiunea în contextul reacției organizate a societății față de nerespectarea normelor penale scrise;
- al doilea aspect – a ajuta, a asista – plasează probațiunea în contextul solidarității umanitare a societății, vizavi de membrii săi care se găsesc în dificultate.

Astfel, un asemenea concept generează ambiguitate între a pedepsi și a ajuta un delinvent. Cu toate acestea, deosebit de important este faptul că, prin apariția normelor juridice referitoare la probațiune, societatea românească a acceptat ideea că pedepsirea infractorilor se poate realiza și în alte condiții decât cele tradiționale.

Prin urmare, probațiunea are ca finalitate creșterea siguranței publice prin supravegherea și asistarea persoanelor care au săvârșit fapte penale, pe care instanțele de judecată le-au menținut în stare de libertate, dar le-au impus să respecte anumite măsuri și obligații. Menținerea în libertate a persoanelor care au intrat în conflict cu legea penală are ca scop reducerea ratei

infracționalității, scăderea riscului de recidivă și creșterea gradului de siguranță publică. Prin adoptarea unei asemenea măsuri se urmărește schimbarea comportamentului indezirabil al celor care au încălcat legea, astfel încât să își poată asuma rolul social într-o manieră acceptabilă pentru comunitatea în care trăiesc.

Scopul probațiunii constă în:

- promovarea unor soluții pertinente pentru descongestionarea penitenciarelor românești;
- evitarea unor efecte negative pe care închisoarea le are asupra unor categorii speciale, cum sunt consumatorii de droguri;
- implicarea responsabilă a instituțiilor publice și a societății civile în reintegrarea socială a infractorilor.

Dacă inițial, executarea sancțiunilor și a pedepselor era exclusiv apanajul organelor de stat, prin reglementarea probațiunii se realizează către societate un transfer a responsabilității și posibilității de acțiune. Practica a demonstrat că justiția nu poate fi administrată eficient în afara comunității pe care o slujește, organele de executare neputând să se ocupe singure de toate nevoile infractorului. Mai mult, infractorul face parte din comunitate, existența sa în afara acesteia fiind imposibilă.

Reglementarea instituției probațiunii constituie o soluție în contextul în care se remarcă faptul că, după absolvirea „școlii criminalității”, se înregistrează o rată înaltă de recidivă, comiterea unor infracțiuni din ce în ce mai grave, existând dificultăți de reintegrare socială a celor care și-au executat pedeapsa. Astfel, înăsprirea regimului sancționator nu constituie o soluție eficientă pentru diminuarea fenomenului infracțional și al delincvenței juvenile. Sistemul tradițional al justiției punitive funcționează în mod ineficient, fără a produce rezultatele scontate. Prin aplicarea pedepselor alternative, pot fi menținute

legăturile pozitive cu familia, școala și comunitatea, asemenea legături fiind benefice și mărinđ șansele de resocializare.

În prezent, se fac eforturi pentru implementarea unor astfel de sancțiuni neprivative de libertate, recomandate în majoritatea reglementărilor internaționale.

Probațiunea în contextul consumului ilicit de droguri

Punctul de pornire în activitatea cu persoanele care consumă droguri îl constituie apelul la simțul responsabilității, precum și la disponibilitatea acestora de a-și asuma responsabilități. Toate formele de asistență care sunt oferite consumatorului trebuie să aibă ca scop dezvoltarea capacității sale de a opta și a acționa în mod responsabil. Fără voința acestuia de a-și schimba comportamentul, nicio altă acțiune nu va duce la atingerea unui asemenea obiectiv. Astfel, aplicarea unei pedepse privative de libertate nu va determina adoptarea, de către persoana respectivă, a unui comportament sănătos, în acord cu normele sociale.

Pornind de la ideea conform căreia majoritatea consumatorilor de droguri sunt tineri, adolescenți chiar, aplicarea pedepsei cu închisoarea nu este eficientă, privarea de libertate în mediul penitenciar având ample rezonanțe asupra stilului lor de viață, atât pe durata detenției, cât și ulterior, în libertate.

De asemenea, sunt cunoscute costurile crescute care apar pe termen lung ca urmare a aplicării sancțiunii privative de libertate unei persoane consumatoare de droguri:

- închisoarea este un mediu deosebit de dăunător, o „școală a infracționalității” pentru consumatorii de substanțe, întrucât se rupe relația afectivă de suport între aceștia și persoanele care le sunt apropiate înainte de executarea acestei pedepse. Intrând într-un astfel de mediu, consumatorii se distanțează de familie, intră în contact cu stiluri de viață și mentalități care își pun amprenta în mod negativ asupra personalității acestora. Ei se află la vârsta la care sunt ușor

influențabili, învățarea comportamentelor infracționale fiind foarte facilă;

- reinserția scăzută în comunitate și pe piața muncii a unor asemenea persoane. Întemnițarea generează ruperea legăturilor cu societatea și împiedică reintegrarea în comunitate. Detenția slăbește simțul de responsabilitate al celor asupra cărora a fost aplicată o asemenea pedeapsă și capacitatea lor de a lua decizii cu privire la propria viață. Totodată, executarea unei pedepse privative de libertate, de către adolescenții consumatori de droguri, are dezavantajul unui regim de viață excesiv de sever pentru o personalitate în formare;

- gradul crescut de recidivă. S-a constatat că, uneori, în cazul tinerilor care execută o pedeapsă privativă de libertate, intervine procesul de obișnuință cu detenția, ceea ce îi determină să nu mai perceapă efectele privării de libertate ca pe ceva rău și insuportabil. Într-un asemenea context, pedeapsa închisorii își pierde funcția preventivă în ceea ce privește săvârșirea de noi infracțiuni;

- supraaglomerarea instituției penitenciare, persoanele private de libertate neavând minima distanță intimă sau posibilitatea de a-și personaliza spațiul de locuit, de a avea inițiative. Această situație generează sentimente de anomie, frustrare și anxietate;

- faptul că sancțiunea judiciară este preluată de fapt de comunitate, prin alocările bugetare suplimentare oferite sistemelor de administrare a justiției.

Deseori, se poate observa inadaptabilitatea tinerilor consumatori de droguri la stilul de viață din penitenciar, evidențiată prin imposibilitatea de a răspunde eficient la stimuli educaționali. Această situație este generată de condițiile în care mediul anterior a suferit hiatusuri structurale sau formale (familii dezorganizate, părinți alcoolici, părinți infractori, frecvență școlară redusă etc.). De asemenea, se remarcă caracteristici specifice vârstei consumatorilor de droguri aflați în detenție, precum nevoia permanentă de a căuta satisfacții noi,

care, de cele mai multe ori, constau în încălcarea regulilor din mediul penitenciar.

Închisoarea nu reprezintă un mediu propice în care personalitatea tinerilor să se dezvolte armonios, experiențele acumulate în detenție constituind noi traume care se adaugă celorlalte acumulate în viață.

Referitor la asistența acordată consumatorilor de droguri aflați în stare privativă de libertate, aceasta este superficială din cauza numărului mare de deținuți comparativ cu numărul redus al personalului care își desfășoară activitatea în mediul penitenciar.

Într-un asemenea context, se recomandă evitarea măsurilor privative de libertate, prioritare fiind reabilitarea și reintegrarea consumatorilor în societate, conștientizarea de către aceștia a valorilor sociale, precum și implicarea activă a populației locale în procesul de recuperare socială a dependenților.

Aplicând principiul cooperării profesioniștilor din cadrul instituțiilor locale de aplicare a legii, instituțiilor/organizațiilor privind tratamentul drogurilor și sistemul instanțelor, consumatorii de droguri vor avea șansa de a-și depăși comportamentul adictiv. Astfel, devine posibilă exercitarea controlului asupra comportamentului consumatorului, permițându-i, în același timp, să se dezvolte în condiții naturale. Totodată, se dezvoltă simțul responsabilității acestor persoane, reducând probabilitatea de a comite noi delikte și ajutându-i să devină cetățeni responsabili, utili societății.

Pentru ca aceste deziderate să fie realizate, se impune un parteneriat viabil între structurile sistemului de justiție și serviciile de asistență medicală, psihologică și socială. Prin colaborarea acestora, se urmărește includerea consumatorilor într-un program integrat de asistență (PIT). Acest program implică un set comprehensiv de programe terapeutice, psihologice și sociale, complementare, simultane sau

secvențiale, care se concretizează într-un plan individualizat de asistență (PIA). Planul individualizat de asistență reprezintă componentele funcționale, intervențiile terapeutice, psihologice și sociale individualizate din cadrul unui PIT, pe două componente: terapeutică și psiho-socială.

Se impune ca asemenea servicii să fie accesibile nu doar consumatorilor de droguri aflați în stare de libertate, ci și celor aflați în detenție.

4.7. Legislație internațională și internă în domeniul antidrog

Introducere

Problematica drogurilor constituie una dintre cele mai complexe provocări contemporane, situându-se la intersecția dintre drept penal, sănătate publică și politici sociale. Evoluția consumului de substanțe psihoactive și diversificarea pieței drogurilor au determinat statele să adopte cadre legislative din ce în ce mai sofisticate, adaptate realităților sociale și economice. În acest context, atât Uniunea Europeană cât și România au dezvoltat politici și reglementări specifice, care au suferit transformări semnificative în timp.

Anul 2012 reprezintă un moment de referință în evoluția acestor politici, marcând trecerea de la o abordare predominant represivă la una mai echilibrată, care include dimensiunea medicală și socială a fenomenului consumului de droguri.

O analiză comparativă asupra legislației antidrog la nivel european și național, înainte și după acest moment, poate evidenția principalele diferențe de abordare și direcțiile de evoluție.

Legislația antidrog înainte de 2012

În perioada anterioară anului 2012, legislația antidrog la nivel european era puternic influențată de convențiile internaționale adoptate sub egida Organizației Națiunilor Unite, în special Convenția unică asupra stupefiantelor din 1961, Convenția asupra substanțelor psihotrope din 1971 și Convenția împotriva traficului ilicit de droguri din 1988. Aceste instrumente juridice au stabilit cadrul general pentru controlul drogurilor, punând accent pe incriminarea producției, traficului și distribuției ilegale.

În cadrul Uniunii Europene, strategiile antidrog din această perioadă, precum Strategia UE în materie de droguri 2005–2012, reflectau o orientare predominant securitară, iar accentul era pus pe reducerea ofertei de droguri, prin consolidarea cooperării polițienești și judiciare între statele membre. Deși existau inițiative privind prevenirea consumului și tratamentul dependenței, acestea ocupau un loc secundar în raport cu măsurile represive.

În România, cadrul legislativ era dominat de Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, aceasta instituind un regim juridic strict, caracterizat prin incriminarea severă a faptelor legate de droguri, inclusiv deținerea pentru consum propriu. Legea făcea distincția între drogurile de risc și droguri de mare risc, stabilind sancțiuni penale diferențiate, dar și mai aspre în general.

Abordarea românească din această perioadă era în mod evident una punitivă, consumatorul fiind tratat în primul rând ca infractor, deși existau prevederi privind includerea acestuia în programe de asistență, iar accentul era pus pe sancțiune, nu pe reintegrare socială. Comparativ cu alte state membre ale Uniunii Europene, România adopta o poziție mai rigidă, cu un nivel ridicat al pedepselor și o flexibilitate redusă în aplicarea alternativelor la sancțiunea penală.

Evoluții după anul 2012

După anul 2012, atât la nivelul Uniunii Europene, cât și în România, se poate observa o schimbare de paradigmă în abordarea fenomenului drogurilor. La nivel european, Strategia UE în materie de droguri 2013–2020 introduce o viziune echilibrată, bazată pe două direcții principale: reducerea cererii și reducerea ofertei, astfel că spre deosebire de perioada anterioară, accentul pe sănătatea publică devine mult mai pronunțat. Consumatorul de droguri începe să fie perceput nu doar ca infractor, ci și ca pacient, care necesită intervenții medicale și suport psihosocial, iar politicile de reducere a riscurilor (harm reduction), sunt promovate și integrate în strategiile naționale ale statelor membre. De asemenea, legislația după 2012 încurajează utilizarea alternativelor la pedeapsa cu închisoarea, în special pentru consumatorii fără antecedente penale grave.

În România, influența acestor orientări europene devine vizibilă după 2012, odată cu modificările aduse cadrului legislativ și implementarea unor noi strategii naționale antidrog. Deși Legea nr. 143/2000 rămâne actul normativ principal, aceasta este completată și reinterpretată în contextul noilor politici publice, iar intrarea în vigoare a noului Cod penal și a legislației conexe contribuie la o mai bună integrare a măsurilor de asistență în procesul penal.

Un element important îl reprezintă dezvoltarea programelor de prevenire și tratament, precum și implicarea instituțiilor specializate în gestionarea consumului de droguri, în situații specifice consumatorii putând beneficia de măsuri alternative, cum ar fi includerea în programe terapeutice, în locul aplicării unor sancțiuni penale stricte.

Cu toate acestea, România păstrează un caracter relativ sever al legislației antidrog, pedepsele pentru trafic rămân ridicate, iar deținerea de droguri pentru consum propriu continuă să fie incriminată. Astfel, deși se observă o apropiere de modelul

european, diferențele persistă, în special în ceea ce privește gradul de flexibilitate al sistemului.

Analiza comparativă a celor două perioade evidențiază o evoluție diferită ca ritm și intensitate între Uniunea Europeană și România. Înainte de 2012, ambele sisteme erau orientate spre combaterea traficului de droguri, însă România adopta o abordare mai rigidă și mai punitivă, pe când Uniunea Europeană, deși influențată de aceleași convenții internaționale, începea deja să integreze elemente de sănătate publică în politicile sale.

După 2012, diferențele devin și mai evidente, Uniunea Europeană dezvoltând un model centrat pe echilibru, în care consumatorul este tratat ca beneficiar al serviciilor medicale și sociale, iar sancțiunile penale sunt aplicate cu mai multă proporționalitate în timp ce România menține o orientare predominant penală, chiar dacă introduce elemente de prevenire și tratament. Se poate observa, așadar, că legislația românească este influențată de tendințele europene, dar adaptarea este parțială și lentă, sistemul juridic românesc continuând să acorde prioritate sancțiunii penale, în timp ce dimensiunea socială și medicală este încă în curs de consolidare.

Modificări legislative și instituționale aferente anului 2025

Având în vedere faptul că problema consumului de droguri este considerată o chestiune de sănătate publică care impune promovarea unor politici publice ce țin de fenomenul drogurilor care să se raporteze la consumul de substanțe drept o problemă de sănătate publică, și nu una de ordine publică, în anul 2025 a fost înființată Agenția Națională pentru Politici și Coordonare în Domeniul Drogurilor și al Adicțiilor. Aceasta s-a înființat prin preluarea atribuțiilor privind prevenirea consumului ilicit de droguri și de concepție și coordonare, evaluare și monitorizare, la nivel național, a politicilor în domeniul prevenirii consumului ilicit de droguri, a atribuțiilor

privind coordonarea asistenței integrate multidisciplinare și intersectoriale în domeniul consumului de droguri ale Agenției Naționale Antidrog.

De asemenea, la nivel județean au fost înființate centre de sănătate mintală și pentru prevenirea adicțiilor.

La baza acestor modificări instituționale și legislative au stat Ordonanța de urgență nr. 147/2024 privind înființarea, organizarea și funcționarea Agenției Naționale pentru Politici și Coordonare în Domeniul Drogurilor și al Adicțiilor, a centrelor de sănătate mintală și pentru prevenirea adicțiilor, precum și pentru modificarea unor acte normative, precum și Hotărârea nr. 186/2025 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale pentru Politici și Coordonare în Domeniul Drogurilor și al Adicțiilor.

Concluzii

Per general, evoluția legislației antidrog în Uniunea Europeană și în România reflectă schimbările de paradigmă în înțelegerea fenomenului consumului de droguri mai ales după anul 2012, respectiv 2025. Dacă înainte de 2012 accentul era pus aproape exclusiv pe combaterea traficului și sancționarea consumului, perioada ulterioară marchează o orientare către politici mai echilibrate, care includ prevenirea, tratamentul și reintegrarea socială.

Uniunea Europeană se remarcă prin adoptarea unei abordări moderne, centrate pe sănătatea publică și drepturile omului, iar România, deși a făcut pași importanți în această direcție, rămâne caracterizată de un nivel mai ridicat de severitate legislativă. În perspectivă, este de dorit o continuare a procesului de armonizare a legislației românești cu cea europeană, în sensul adoptării unor politici mai flexibile și mai orientate spre nevoile concrete ale consumatorilor.

Legislație internațională în domeniul antidrog:

- *Convenția unică asupra stupefiantelor din 1961*, astfel cum a fost modificată prin protocolul din 1972 ratificată prin **Decretul nr. 626 din 1973** pentru aderarea României la *Convenția unică asupra stupefiantelor din 1961* și la protocolul privind modificarea acesteia;

- *Convenția Națiunilor Unite din 1971 asupra substanțelor psihotrope*;

- *Convenția din 1988 contra traficului ilicit de stupefiant și substanțe psihotrope ratificată prin **Legea nr. 118 din 15 decembrie 1992*** pentru aderarea României la *Convenția asupra substanțelor psihotrope din 1971 și la Convenția contra traficului ilicit de stupefiant și substanțe psihotrope din 1988*;

- *Convenția cadru WHO* pentru controlul tutunului, adoptată la Geneva, la 21 mai 2003 ratificată prin **Legea 322/2005** de aderare a României la *Convenția cadru WHO* pentru controlul tutunului (M.Of. nr. 1088/02.12.2005);

- *Convenția de cooperare polițienească pentru Europa de Sud-Est*, adoptată la Viena, în data de 5 mai 2006 ratificată prin **Legea nr. 214/02.07.2007** de aderare a României la *Convenția de cooperare polițienească pentru Europa de Sud-Est* (M.Of. nr. 475/16.07.2007).

- *Legea nr. 118 din 15 decembrie 1992* pentru aderarea României la *Convenția asupra substanțelor psihotrope din 1971 și la Convenția contra traficului ilicit de stupefiant și substanțe psihotrope din 1988*;

- *Regulamentul (CE) nr. 273/2004 – Reglementează comerțul intern (în interiorul UE) cu precursorii de droguri*, publicat în Jurnalul Oficial nr. L47/2004

- *Regulamentul CE nr. 111/2005 privind supravegherea comerțului cu precursorii de droguri între Comunitate și statele terțe*, publicat în Jurnalul Oficial L22/2005

- Regulamentul CE nr. 1277/2005 privind aplicarea regulamentelor CE privind supravegherea comerțului cu precursori, publicat în Jurnalul Oficial nr. L202/2005
- Convenția Consiliului Europei privind contrafacerea produselor medicale și infracțiunile similare care implică amenințări la adresa sănătății publice (Convenția MEDICRIME), STCE nr. 211, Moscova, 28 octombrie 2011
- Regulamentul (UE) nr. 98/2013 al Parlamentului European și al Consiliului din 15 ianuarie 2013 privind comercializarea și utilizarea precursorilor de explozivi, publicat în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, seria L, nr. 39 din 9 februarie 2013
- Regulamentul de punere în aplicare nr. 2015/1013 al Comisiei Europene din 25 iunie 2015 de stabilire a normelor privind Regulamentul CE nr. 273/2004 și 111/2005;
- Regulamentul (UE) 2023/1322 privind Agenția Uniunii Europene privind Drogurile (EUDA)
- Regulamentul delegat (UE) 2025/1475 (actualizare 2025) – Adoptat în mai 2025, privind extinderea controalelor pentru a include noi substanțe, inclusiv doi precursori utilizați în sinteza ilicită a fentanilului.

Legislație națională în domeniul antidrog

- Legea nr. 143 din 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri;
- Legea nr. 522 din 2004 pentru modificarea și completarea Legii nr. 143 din 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri;
- Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 6 din 2010 pentru modificarea și completarea Legii nr. 143 din 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri și pentru completarea Legii nr. 339 din 2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope;

- Hotărârea nr. 860 din 2005 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143 din 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 339 din 2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope;
- Hotărârea Guvernului nr. 282 din 2008 pentru completarea tabelului I din anexa la Legea nr. 339 din 2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope;
- Hotărârea nr. 575 din 2010 pentru actualizarea anexei la Legea nr. 339 din 2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, precum și a anexei la Legea nr. 143 din 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri;
- Hotărârea nr. 1915 din 2006 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 339 din 2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare; Legea nr. 381 din 2004 privind unele măsuri financiare în domeniul prevenirii și combaterii traficului și consumului ilicit de droguri;
- Legea nr. 64 din 2005 privind participarea României ca membru cu drepturi depline la Grupul de cooperare pentru combaterea consumului și traficului ilicit de droguri (Grupul Pompidou) din cadrul Consiliului Europei;
- Hotărâre nr. 461 din 2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog;
- Legea nr. 194 din 2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare;
- Ordinul nr. 103 din 2012 privind aprobarea procedurii de autorizare a operațiunilor cu produse susceptibile de a avea

efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, și a cuantumului tarifelor de autorizare și evaluare.

- LEGE nr. 51 din 17 aprilie 2014 pentru modificarea și completarea Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, precum și pentru completarea anexei la Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 322 din 5 mai 2014

- Legea 322/2015 pentru modificarea Legii 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri;

- LEGE nr. 142 din 18 iunie 2018 privind precursorii de droguri, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 519 din 25 iunie 2018

- LEGE nr. 248 din 5 noiembrie 2018 pentru completarea Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 937 din 6 noiembrie 2018

- REGULAMENT din 18 aprilie 2019 de aplicare a Legii nr. 142/2018 privind precursorii de droguri, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 360 din 9 mai 2019

- LEGE nr. 4 din 6 ianuarie 2020 pentru completarea anexei la Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 5 din 7 ianuarie 2020

- LEGE nr. 245 din 11 octombrie 2021 pentru completarea tabelului-anexă nr. I la Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 969 din 11 octombrie 2021

- LEGE nr. 80 din 11 aprilie 2022 pentru completarea tabelelor-anexă nr. I, II și III la Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de

droguri, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 362 din 12 aprilie 2022

- Legea 45/2023 pentru modificarea și completarea Legii nr. 143/2000 privind presenile și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri și pentru modificarea Legii nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 178 din 2 martie 2023

- Legea nr 77/2023 pentru completarea tabelelor anexă nr I și II la Legea nr 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr 281 din 4 aprilie 2023

- LEGE nr. 58 din 20 martie 2024 pentru completarea Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, pentru modificarea Legii nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, precum și pentru completarea art. 91 alin. (3) din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 243 din 21 martie 2024

- LEGE nr. 61 din 25 martie 2024 privind Registrul național automatizat cu privire la persoanele care au comis infracțiuni din sfera traficului de droguri, precum și pentru completarea Legii nr. 76/2008 privind organizarea și funcționarea Sistemului Național de Date Genetice Judiciare, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 259 din 26 martie 2024

- LEGE nr. 171 din 31 mai 2024 pentru completarea tabelelor-anexă nr. I și II la Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 510 din 31 mai 2024

- LEGE nr. 172 din 31 mai 2024 pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul prevenirii și combaterii traficului și consumului ilicit de droguri și alte substanțe susceptibile de a avea efecte psihoactive, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 510 din 31 mai 2024

- Legea nr. 234/2024 pentru completarea art. 22 din Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 713 din 22 iulie 2024

- ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ nr. 147 din 12 decembrie 2024 privind înființarea, organizarea și funcționarea Agenției Naționale pentru Politici și Coordonare în Domeniul Drogurilor și al Adicțiilor, a centrelor de sănătate mintală pentru prevenirea și tratarea adicțiilor, precum și pentru modificarea unor acte normative, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1262 din 13 decembrie 2024

- LEGE nr. 30 din 25 martie 2025 pentru completarea tabelelor-anexă nr. I-III la Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 265 din 26 martie 2025

- ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 147/2024 privind înființarea, organizarea și funcționarea Agenției Naționale pentru Politici și Coordonare în Domeniul Drogurilor și al Adicțiilor, a centrelor de sănătate mintală și pentru prevenirea adicțiilor, precum și pentru modificarea unor acte normative

- HOTĂRÂREA nr. 186/2025 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale pentru Politici și Coordonare în Domeniul Drogurilor și al Adicțiilor

Bibliografie

1. Abraham, Pavel, Nicolăescu, Victor, Iașnic, Bogdan, *Introducere în probațiune*, Editura Național, București, 2001;
2. Abraham, Pavel, *Introducere în probațiune. Supraveghere, asistență și consiliere a infractorilor condamnați la sancțiuni neprivative de libertate*, Editura Național, București, 2001;
3. Abraham, Pavel, Nicolăescu, Daniela, *Justiția Terapeutică. O nouă abordare în tratamentul consumatorului de droguri*, Editura Concordia, Arad, 2006;
4. Abraham, Pavel, Rus, Vasile Toma, Crăciun, Adriana, *Drogurile, reglementări internaționale și interne*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 2004;
5. Banciu, Dan, *Control social și sancțiuni sociale*, Editura Hyperion XXI, București, 1992;
6. Ceccaria, Cesare, *Despre infracțiuni și pedepse*, Editura Rosetti, București, 2001;
7. Crișu, Anastasiu, *Tratamentul infractorului minor în materie penală. Aspecte de drept comparat*, Editura C.H. Beck, București, 2006;
8. Dumitrașcu, Hanibal, *Teoria și practica consilierii antidrog – suport de curs*, București, 2005;
9. Findlay, Mark, *Problems for the Criminal Law*, Oxford: University Press, 1996;
10. Neagu, Olimpia, Tarba, Camelia (coordonatori), *Administrarea justiției penale în România din perspectiva alternativelor la pedeapsa închisorii în cazul consumatorilor de droguri. Ghid de bune practici*, Satu Mare, 2008;
11. Pitulescu, Ion, *Criminalitatea Juvenilă*, Editura Național, București, 2000;
12. Preda, Vasile, *Profilaxia delincvenței și reintegrarea socială*, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1981;
13. Rădulescu, M. Sorin, *Devianță, criminalitate și patologie socială*, București, Editura Lumina Lex, 1999;
14. *Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri*, Agenția Națională Antidrog, București, 2005.

Capitolul V

Prevenirea consumului de droguri

Adela Șleam, Mihaela Tomiță

5.1. Factori de risc și factori de protecție

Factorii de risc se referă la caracteristicile, variabilele sau circumstanțele care contribuie la creșterea probabilității ca o persoană să dezvolte o problemă de comportament, în comparație cu orice altă persoană din populația generală, selecționată la întâmplare.

În domeniul prevenirii consumului ilicit de droguri, au fost realizate cercetări științifice centrate pe explicarea relației dintre consumul de droguri și interacțiunea factorilor de risc de ordin personal, familial, social. Concluziile cercetărilor menționate evidențiază faptul că dezvoltarea unor modele de consum nu este direct proporțională cu forța acestor factori. Factorii de risc sunt circumstanțele prezente înainte de inițierea consumului, abuzului sau consumului problematic de droguri.

Au fost identificate două mari categorii de factori de risc:

- Factori de risc cu caracter individual și interpersonal: factori genetici, factori psihologici, atitudini și comportamente familiale permissive față de consumul de droguri, disfuncții educative ale familiei, absența unor legături familiale de tip emoțional-suportiv, eșecul școlar, anturajul.
- Factori de risc sociali și culturali de amploare (contextuali): legile și normele sociale favorabile comportamentelor de consum și abuz, disponibilitatea drogurilor, extrema deprivare socială, dezorganizare în mediul social imediat.

Au fost identificați, însă, și factori care întăresc rezistența persoanelor supuse situațiilor de risc, acționând ca elemente de protecție față de potențiale răspunsuri problematice. Asemenea factori sunt denumiți **factori de protecție**. Dintre aceștia, amintim canalizarea pozitivă a curiozității, stimularea stimei de sine, dezvoltarea rezistenței la presiunea grupului, oferirea alternativelor sănătoase de petrecere a timpului liber, dezvoltarea abilităților sociale care să-i ajute pe tineri să se comporte autonom, rațional, reducerea prezenței drogurilor în mediile sociale frecventate de aceștia.

Factorii de risc și factorii de protecție reprezintă două realități distincte care interacționează între ele, aceștia din urmă nefiind, în mod necesar, factori opuși celor dintâi. Factorii de protecție reprezintă circumstanțe sau condiții care pot media sau modera efectele expunerii la situații de risc, reducând în acest fel vulnerabilitatea indivizilor în fața problemelor relaționate cu drogurile.

5.2. Aspecte generale referitoare la prevenirea consumului de droguri

Politicile sociale trebuie să se adreseze în mod coerent tuturor factorilor care favorizează sau determină drogodependența, acționându-se atât în domeniul prevenirii consumului, cât și în cel al evaluării, tratamentului și prevenirii recăderilor; atât asupra familiei și grupului de prieteni, cât și asupra sistemului de educație, comunităților locale și sistemului social global. Este necesar ca fenomenul drogurilor să fie **abordat global, unitar, multidisciplinar și echilibrat**.

Totodată, în momentul în care este vorba despre implementarea unor proiecte preventive, este necesară o **abordare locală**, întrucât fiecare regiune se caracterizează prin anumite particularități, iar activitățile desfășurate trebuie să

corespundă nevoilor zonei respective. Programele de prevenire a consumului de droguri trebuie elaborate și implementate în arii regionale de interes, diferențiate în raport de numărul consumatorilor, preferințele de consum, statutul ocupațional, caracteristicile grupurilor de risc, particularități ale dezvoltării economice, turistice, de infrastructură etc. De asemenea, este recomandabilă reducerea accentului de pe latura de combatere și centrarea pe problematica prevenirii și asistenței.

Pentru ca actorii sociali cu atribuții în prevenirea consumului de droguri să deruleze activități cât mai eficiente, este important să se realizeze demersurile necesare pentru atingerea următoarelor obiective:

- Implicarea societății civile în evaluarea problemelor și stabilirea priorităților și măsurilor concrete. Pentru a avea rezultate în lupta împotriva drogurilor, un rol important revine și autorităților administrației publice, prin stimularea și sprijinirea inițiativelor organizațiilor neguvernamentale care derulează activități în domeniu, parteneriatul dintre acestea fiind esențial;

- Se impune inițierea și dezvoltarea unor proiecte și programe adecvate, în scopul formării unui climat social care să împiedice stigmatizarea și marginalizarea persoanelor afectate de consumul de droguri. Accentul trebuie pus pe reabilitarea și incluziunea socială a consumatorilor și nu pe sancțiuni negative, care îndepărtează persoanele dependente de instituții care oferă servicii destinate acestora; o importanță majoră revine alternativelor la pedeapsa închisorii. Urmărindu-se găsirea unor alternative la sancțiunile penale tradiționale privative de libertate, măsurile alternative au ca scop reducerea fenomenului drogurilor și creșterea gradului de siguranță socială

- Menținerea în școală a cât mai multor elevi și pentru o perioadă cât mai îndelungată, școala reprezentând un mediu mult mai sigur decât strada, barurile, grupul de prieteni. În prezent, mai mult ca oricând, instituțiile de învățământ trebuie să coopereze într-o mai mare măsură cu familia, organizațiile

comunitare și toți factorii implicați în sistemul educativ al societății. Învățământul trebuie să răspundă unităților socioprofesionale actuale și de perspectivă, astfel încât toți tinerii să aibă posibilitatea de a se încadra în muncă;

- Crearea unor locuri de muncă pentru cei care au împlinit vârsta de 16 ani și au abandonat școala, reducându-se astfel perioada de timp petrecută în stradă, în grupul de prieteni, în baruri;

- Sensibilizarea, conștientizarea și motivarea părinților, astfel încât aceștia să devină activi în prevenirea consumului de droguri. Familia este mediul de socializare cel mai important, dar unii părinți nu sunt capabili să-și exercite rolurile în mod adecvat. În asemenea situații, un program de educație a părinților, elaborat și implementat de specialiști, poate fi extrem de util;

- Alături de părinți, profesorii, psihologii și consilierii școlari au o influență și un control semnificativ asupra adolescenților. Ei pot contribui la dezvoltarea unor atitudini și practici la nivelul întregii populații aflate într-o formă de învățământ, prin intermediul programelor școlare și de petrecere a timpului liber, în scopul adoptării unui stil de viață sănătos, fără droguri. Din astfel de considerente, sunt bine-venite sesiuni de formare a acestora cu privire la modalitățile de derulare a unor acțiuni cu scop preventiv;

- ONG-urile, centrele de zi etc. ar trebui să substituie familia atunci când aceasta nu obține rezultate pozitive în domeniul socializării tinerilor. Astfel, trebuie încurajate inițierea și derularea, de către autoritățile administrației publice, a unor proiecte în parteneriat public-privat, de interes local, pentru protecția antidrog a comunităților proprii;

- Oferirea alternativelor de petrecere a timpului liber, care reprezintă factori de protecție pentru evitarea sau cel puțin întârzierea debutului consumului de droguri;

- Sensibilizarea, informarea și responsabilizarea tuturor mediilor de comunicare în masă, în vederea transmiterii unor mesaje cu caracter preventiv, bazate pe evidențe științifice. Se recomandă crearea oportunităților și stimularea participării mass-media la susținerea, prin mijloace specifice, a programelor și proiectelor antidrog, întrucât aceasta reprezintă un fel de „agendă a realității”, stabilind ordinea de priorități sau ordinea importanței problemelor sociale prin interesul pe care-l focalizează asupra lor;

- Completarea și modificarea normelor legislative, în sensul reglementării alternativelor la pedeapsa privativă de libertate. Astfel de prevederi juridice sunt necesare, întrucât, din punct de vedere psihosocial, libertatea constituie pentru om o necesitate fundamentală. Ca posibilitate de a alege între mai multe alternative, libertatea umană reprezintă o trebuință de prim ordin, a cărei satisfacere condiționează formarea și manifestarea echilibrată a personalității. Efectele limitării libertății perturbă evoluția normală a personalității, creează condiții pentru apariția și amplificarea unor tulburări psihice și psihosociale. Afectând întreaga personalitate, punându-și amprenta asupra întregului comportament, privarea de libertate afectează profund viața persoanei și relațiile ei sociale;

- Includerea într-un program integrat de asistență, care structurează modalitatea de acordare a serviciilor medicale, psihologice și sociale într-o manieră integrată și continuă.

Pentru a diminua abuzul unor astfel de substanțe în rândul tinerei generații, un rol deosebit de important revine activităților de prevenire, activități care presupun un răspuns anticipat față de un eveniment care se consideră a fi nociv.

Prevenirea cuprinde totalitatea măsurilor profilactice, îndreptate asupra individului sau comunității sociale, în vederea prevenirii conduitelor deviante, a cauzelor, condițiilor și circumstanțelor care le pot genera.

În această categorie, distingem trei grupe principale:

- Măsurile socio-psihologice (inserție socio-familială pozitivă, relații interpersonale pozitive, măsuri de securitate psihosocială de natură protectoare), care se opun cauzelor acțiunii de ordin comunitar, sociale ale comportamentului de consum de droguri, vizând remedierea precoce a condițiilor nefavorabile de microclimat social. Aplicarea unor asemenea măsuri se impune printr-o depistare activă, de către organele de asistență socială, a focarelor necorespunzătoare de microclimat familial sau de grup, înainte de conturarea unei dezvoltări dizarmonice precoce a personalității adolescentului;

- Măsurile socio-profesionale (psihopedagogice) au rolul de a preveni alegerea necorespunzătoare a unei profesii, în dezacord cu înclinațiile, aptitudinile, preferințele individului. Pentru ca aceste măsuri să fie cât mai eficiente, este recomandabilă o orientare profesională încă din primii ani de școlarizare;

- Măsurile psihoprofilactice (educație sanitară, depistare precoce a tulburărilor psihice) urmăresc depistarea precoce a tulburărilor de comportament, prin măsuri de asistență preventivă medico-socială, înainte ca aceste tulburări să dobândească un caracter sistematizat. Asemenea măsuri se opun acțiunii cauzelor de ordin individual, organogene sau neuropsihogene, care pot genera consumul de droguri.

În prevenirea consumului de droguri, se conturează trei tipuri de programe, în funcție de caracteristica grupului țintă de a fi sau de a nu fi expus comportamentului de risc:

- Prevenirea primară, care are drept grup țintă persoane care nu au fost expuse consumului de droguri;

- Prevenirea secundară, care se adresează celor care prezintă un risc crescut în ceea ce privește consumul de droguri, fie prin faptul că au experimentat deja astfel de substanțe, fie prin faptul că sunt mai expuși fenomenului, din cauza particularităților socio-economice și culturale ale mediului (ex. copiii consumatorilor de droguri);

- Prevenirea terțiară, care are ca destinatari consumatori de droguri, iar ca scop, diminuarea riscurilor asociate consumului, precum infectarea cu HIV, hepatita B, C și alte asemenea boli.

În funcție de particularitățile mai sus enunțate ale grupului țintă, pot fi elaborate diferite tipuri de programe de prevenire:

- Programe universale, adresate întregii populații, în scopul prevenirii primare a consumului de droguri;

- Programe selective, adresate unei categorii de populație ce prezintă caracteristici similare și un grad de vulnerabilitate crescut;

- Programe indicate, adresate unor grupuri mici, delimitate prin aceleași caracteristici (ex. consumatorii de droguri, foștii consumatori de droguri etc.).

Prevenirea consumului de droguri reprezintă un răspuns la incidența și prevalența crescută a abuzului de substanțe în țara noastră. Pentru reducerea acestui fenomen, se impune ca programele de prevenire să îndeplinească trei principii:

- Existența unei evaluări prealabile a necesităților, pentru a putea fi realizată o corelare adecvată cu caracteristicile specifice ale problemei în comunitatea în care se dezvoltă programul;

- Îndeplinirea unor exigențe metodologice referitoare la planificare, implementare, evaluare;

- Fundamentarea pe teorii demonstrate, ceea ce implică considerarea lor ca arii de cercetare științifică.

Pe parcursul activităților de planificare și elaborare a programelor de prevenire în drogodependență, este necesar a fi utilizate strategii adecvate de evaluare care să includă atât procesul, cât și rezultatele. Acestea sunt necesare pentru verificarea corelării existente între analiza necesităților depistate, implementarea programului și rezultatele obținute.

Programele de prevenire trebuie să aibă o continuitate în timp, evitându-se intervențiile sporadice. De aceea, este necesar ca instituțiile publice și societatea civilă să coopereze, astfel încât să fie stimulată, inclusiv financiar, implementarea unor asemenea programe.

De asemenea, este necesar ca programele de prevenire a consumului de droguri să fie elaborate, planificate și implementate din perspectiva principiului coordonării interinstituționale, dezvoltându-se cooperarea dintre instituțiile de aplicare a legii, serviciile sociale, de sănătate publică și organizațiile neguvernamentale.

Numai prin implicarea tuturor actorilor sociali responsabili pot fi realizate demersuri în vederea adoptării, de către tineri, a unui stil de viață sănătos, fără droguri.

5.3. Principalele strategii de prevenire a consumului de droguri

Principalele strategii de prevenire a consumului de droguri sunt:

Reducerea cererii de droguri

Această strategie este orientată către dezvoltarea unui stil de viață pozitiv, sănătos și autonom, care să faciliteze consolidarea propriei identități psihosociale, ceea ce reprezintă un factor de protecție în consumul de droguri. Putem include în această categorie transmiterea unor informații corecte referitoare la droguri, creșterea stimei de sine, clarificarea valorilor, modalități de luare a deciziilor, oferirea unor alternative sănătoase de petrecere a timpului liber etc.

Scopul final al acestei strategii constă în crearea unei asemenea situații în care, independent de potențialul cu care piața va pune la dispoziție diverse substanțe susceptibile de abuz, tinerii să opteze pentru adoptarea unui stil de viață sănătos, fără droguri.

Reducerea ofertei de droguri

În mod repetat, s-a demonstrat relația existentă între creșterea disponibilității drogurilor pe piață și creșterea consumului unor asemenea substanțe.

O acțiune susținută și coordonată de reducere a cererii de droguri va avea un succes mult mai mare în acele circumstanțe sociale în care oferta va fi diminuată.

Dintre măsurile reglementate în cadrul strategiei, pot fi menționate limitarea publicității, elaborarea unor reglementări juridice stricte cu privire la traficul de droguri, derularea unor acțiuni intense ale organelor abilitate în zonele de risc în ceea ce privește traficul și consumul ilicit de droguri etc.

Reducerea ofertei presupune colaborarea dintre diferiți actori ai vieții sociale (instituții de aplicare a legii, ONG-uri, profesori, părinți etc.), încât să se diminueze cantitatea de droguri în stradă și, astfel, să se limiteze inițierea consumului.

Reducerea riscurilor asociate consumului de droguri

În cadrul strategiei de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri, accentul este pus pe scopuri pragmatice, pe termen scurt, considerându-se că prevenirea și reducerea riscurilor pentru sănătate sunt prioritare față de abstenență și reabilitare, care pot urma într-o perioadă viitoare.

Obiectivul acestei strategii constă în limitarea și/sau reducerea proporțiilor consecințelor negative de ordin medical, social, economic, legal care apar ca rezultat al consumului de substanțe.

Dintre măsurile de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri, pot fi enumerate răspândirea bolilor cu transmitere parenterală (HIV, hepatita B, C) și a altor boli cu transmitere sexuală, criminalitatea asociată consumului, stigmatizarea consumatorilor, creșterea cheltuielilor publice pentru tratamentul consumatorilor etc.

Activități de depistare și orientare precoce

Dintre activitățile incluse în cadrul acestei strategii pot fi evidențiate activitățile de identificare a grupurilor de risc crescut din structurile educaționale, în scopul reorientării acestora. De asemenea, prin liniile telefonice de ajutor se încearcă facilitarea accesului utilizatorilor săi la consultații care se presupune că s-ar efectua mult mai târziu dacă unica modalitate oferită ar fi consultația într-un centru specializat.

O formulare alternativă a strategiilor utile în activitatea de prevenire a fost propusă de către experții Fundației de Cercetare cu privire la Dependență (ARF) din Ontario, Canada (Tordjiman, 1986). Martin evidențiază trei factori cheie prin intermediul cărora se pot formula categoriile de obiective în prevenire: drogurile (control), persoana (influență, dezvoltarea competențelor), mediul (profilul ambiental). Astfel, pot fi evidențiate:

Strategia controlului urmărește reducerea cererii și ofertei de droguri, prin promulgarea unor norme și prin luarea unor măsuri de respectare a acestora. În general, controlul se exercită asupra comportamentelor evidente, prin administrarea de pedepse. Astfel, dintre aplicațiile strategiei de control, pot fi exemplificate interzicerea cultivării și fabricării de substanțe, eliberarea rețetelor speciale pentru substanțele stupefiante, dar și stabilirea unor norme în relația părinți-copii.

Strategia influenței abordează nivelurile cognitive și atitudinale, fiind vorba despre activități persuasive, educaționale. Poate fi evidențiată, în această categorie, influența mediilor de comunicare în masă.

Strategia dezvoltării de competențe (sau abilități) cuprinde activități de tip educațional, dar se deosebește de cea anterioară, întrucât nu este vorba despre activități persuasive, ci despre dezvoltarea unor abilități și competențe în luarea deciziilor, astfel încât individul să poată înfrunta diferite situații.

Strategia profilului ambiental urmărește configurarea unor medii care să nu faciliteze consumul de droguri. Astfel, interzicerea amplasării punctelor de vânzare a drogurilor legale (alcool, tutun) în școli și în împrejurimile acestora duce la limitarea disponibilității lor pentru potențialii clienți noi. O parte din profilul ambiental constă în generarea de medii și activități alternative consumului de droguri.

Se poate observa că o intervenție preventivă presupune, ca și construirea unui imobil, un proces logic care include metaforic un studiu de teren, stabilirea unor planuri, alegerea unor materiale, supravegherea executării lucrării și o serie de verificări ulterioare. În cazul nerespectării acestor etape, se ajunge la situația unor „colibe de construcție proprie”, realizate de amatori, fără respectarea unor cerințe metodologice minime.

5.4. Prevenirea consumului de droguri în școală

Adolescența este caracterizată, frecvent, ca fiind o perioadă a schimbărilor fizice și psihologice. În timpul acesteia, adolescenții experimentează o gamă variată de comportamente și tipare de viață. Această situație reprezintă o consecință a dezvoltării sentimentului de autonomie și independență, adolescenții devenind nerăbdători în a-și asuma rolul de adulți. Ei se angajează în consumul de droguri ca o metodă de stabilire a solidarității cu un grup, de împotrivire la autoritatea familială, de stabilire a propriei lor identități. Adolescenții au senzația de invulnerabilitate, motiv pentru care tind să minimalizeze riscurile asociate consumului de droguri și să supraestimeze abilitatea proprie de a evita personal consecințele negative ale unui asemenea comportament.

Într-un astfel de context, un rol deosebit de important revine școlii, care este un mediu formativ prin excelență.

Educația formală constituie baza de transmitere a valorilor, atitudinilor, modelelor de comportament dezirabile la nivelul comunității.

Școala reprezintă un actor important în viața psihosocială a elevului, deoarece contribuie la formarea abilităților sale multilaterale.

Din aceste considerente, se impune o abordare educativă a prevenirii consumului de droguri. Cu cât elevii sunt mai formați în cadrul activităților școlare, cu atât vor avea mai multe posibilități de a se descurca în diferitele situații cu care se confruntă de-a lungul vieții, într-o societate din ce în ce mai complexă.

În evoluția fiecărui individ, există situații de risc inevitabile, momente de disfuncționalitate proprie, pe care este nevoit să le depășească. De aceea, este necesară implementarea unui proces de dezvoltare educativă, prin care se urmărește să se faciliteze maturizarea indivizilor, ca factor de protecție a consumului de droguri.

De-a lungul timpului, prin Strategiile Naționale Antidrog s-au urmărit următoarele obiective specifice prevenirii consumului de droguri în școală:

- Creșterea nivelului de informare, educare și conștientizare a populației școlare în vederea neînceperii sau întârzierii debutului consumului de droguri, în cadrul programelor școlare, extrașcolare și de petrecere a timpului liber;

- Creșterea nivelului de informare, sensibilizare și conștientizare a populației școlare în vederea evitării transformării consumului experimental și ocazional în consum regulat, în cadrul programelor școlare, extrașcolare și de petrecere a timpului liber.

În consecință, activitățile de prevenire în școală a consumului de droguri sunt destinate minimalizării influenței factorilor de risc, dar și maximalizării influenței factorilor de

protecție. Dezvoltarea competenței individuale pentru interacțiune, promovarea valorilor, implicarea în activități curriculare sau extracurriculare sunt factori care contribuie la protejarea elevilor față de posibila influență negativă a factorilor de risc.

Psihologul american David Hopkins a studiat posibilitățile de reformare a sistemului școlar, prin „a construi o nouă școală ce ar deveni un nucleu al acțiunilor comunitare de prevenire a comportamentelor deviante”.

Într-un astfel de context, Hopkins oferă următoarele propuneri:

- Promovarea, de către profesori, a unor modele pozitive de comportament, astfel încât fiecare elev să găsească ceva impresionant la aceștia, să-i identifice ca lideri, nu numai în baza cunoștințelor profesionale, dar și în baza identității acestora;

- Dezvoltarea activităților didactice și extracurriculare care vor oferi o motivație pentru adoptarea unui stil de viață sănătos;

- Promovarea comunicării continue și deschise între profesori și elevi, astfel încât să nu existe subiecte interzise între aceștia;

- Implicarea continuă a părinților în proiecte educaționale extracurriculare ale școlii.

Pentru a valida aceste propuneri, este necesară derularea unor activități în școală de către psiholog și asistentul social. Aceștia vor lucra cu elevii care prezintă risc în ceea ce privește adoptarea unui comportament de consum de droguri, utilizând metode și tehnici care valorifică potențialul familiei, al comunității și al mediului neformal al elevului.

Rolul psihologului, al asistentului social și al cadrelor didactice este extrem de important, întrucât elevul poate fi ușor manipulat, îndreptat spre o anumită direcție, pozitivă sau negativă.

Școala însumează factori pozitivi de socializare, dar și negativi. Astfel, școala este instituția care joacă un rol important

în formarea unei personalități deschise, tolerante, care respectă normele morale și de drept, dar, pe de altă parte, este locul unde se manifestă factorii care generează consumul de substanțe. Școala poate favoriza consumul de droguri prin faptul că reprezintă locul în care se întâlnesc elevi cu personalități foarte diferite, putându-se lega prietenii nepotrivite. De asemenea, atitudinea cadrelor didactice are un rol decisiv. În cazul în care elevul nu este luat în serios de către profesor, este umilit, ironizat, atitudinea cadrului didactic poate constitui un factor de risc în debutul consumului de droguri.

Dimpotrivă, cadrele didactice trebuie să adopte o atitudine pozitivă, adaptată caracteristicilor grupului țintă.

Experiența și cercetările au evidențiat faptul că, pentru o prevenire eficientă a consumului de droguri, este necesară desfășurarea unei activități continue încă din primii ani de viață ai copilului, realizându-se dezvoltarea sa afectivă, cognitivă și socială adecvată.

Este oportună derularea unor activități care, de la începutul educației preșcolare, să permită profesorului constituirea bazei formative pe care se vor sprijini, pe măsura trecerii timpului, alte informații legate de consumul de droguri.

În ceea ce privește **intervenția în educația preșcolară**, un accent deosebit se pune pe dezvoltarea empatiei și autoexprimării emoționale, a capacităților esențiale pentru dezvoltarea socială, a stimei de sine, a autocontrolului, a atitudinilor adecvate cu privire la igienă, alimentație echilibrată, somn și repaus, sport și distracție, toate acestea constituind factori de protecție în consumul de droguri.

Intervenția în educația primară se concentrează pe empatie, capacitatea de recunoaștere și exprimare a emoțiilor, capacitatea de a controla, într-o manieră autonomă, propriul comportament, precum și pe întărirea atitudinilor pozitive față de sănătate. Doar la finalul acestei etape, vor fi introduse activități de dobândire a unor abilități direct relaționate cu

capacitatea de a înfrunta oferta de droguri, cum sunt luarea deciziilor și abilitățile de opoziție.

Intervenția în educația secundară se fundamentează pe activitățile realizate în cadrul etapelor educative anterioare, orientându-se intensiv asupra variabilelor relaționate direct cu abuzul de substanțe. Totuși, se menține atenția asupra dezvoltării stimei de sine necesară în orice moment evolutiv. De asemenea, o atenție majoră se acordă abilităților de autoafirmare. Acestea, coroborate cu dobândirea unor abilități sociale generale care facilitează crearea și menținerea rețelei de suport social, vor genera condițiile care permit sustragerea de la presiunea externă cu privire la consumul de droguri.

Se poate observa faptul că poziția privilegiată pe care școala o are în structura socială permite exercitarea unui rol central în ansamblul intervențiilor cu scop educativ. Însă, acțiunile școlare nu pot fi considerate acțiuni izolate, ci acțiuni care necesită concursul celorlalte intervenții (familie, comunitate). Se impune ca întreaga societate să se implice în prevenirea consumului de droguri și, în special, acele instituții care au cea mai mare capacitate de a acționa într-o manieră organizată.

5.5. Prevenirea consumului de droguri în familie

Mediul în care trăiește individul are o influență deosebită asupra dezvoltării personalității acestuia, mediul extern fiind principala sursă din care individul se inspiră în procesul de dezvoltare. El reprezintă un agent de vârf în socializare, precum și un element negativ în cazul nerespectării normelor sociale.

Copilul trăiește primele experiențe sociale în mediul său familial, unde acumulează primele acte de conduită morală. În cazul în care acest mediu nu este prielnic, în psihicul copilului

se pot produce conflicte emotive care să influențeze în mod nefavorabil conduita sa socială.

În cadrul mediului familial, copilul dobândește credințe, atitudini și valori sociale, își internalizează normele, valorile și obiceiurile societății în care trăiește. Din aceste considerente, familia reprezintă unul dintre principalii agenți în cadrul procesului de socializare.

Părinții contribuie la procesul de socializare prin intermediul următoarelor mecanisme:

- Oferă dragoste și protecție – principalele responsabilități ale părinților, încă din primele luni ale copiilor, constau în satisfacerea necesităților de dragoste și protecție ale copiilor;

- Sunt modele sau figuri cu care se identifică copilul – acesta încearcă să imite comportamentul părinților, interiorizându-și normele și atitudinile acestora;

- Sunt agenți activi de socializare – părinții au rolul de a oferi gratificații și pedepse pentru a forma, a corecta sau a modifica comportamentul copiilor;

- Administrarea experiențelor – experiențele pe care le va avea copilul sunt stabilite de părinți. Astfel, aceștia hotărăsc regulile de bază pentru socializarea copilului, care extrage concluzii cu privire la natura lumii și a oamenilor, plecând de la ceea ce observă și experimentează.

Prin intermediul campaniilor de prevenire în familie, un accent deosebit se pune pe întărirea legăturilor familiale, creșterea calității relațiilor familiale, îmbunătățirea comunicării în familie. Acestea sunt necesare întrucât familia reprezintă un spațiu al satisfacerii nevoilor existențiale ale tuturor membrilor ei. În acest context, se observă nevoia unei morale bazate pe cunoaștere și dragoste, care să regleze relațiile dintre membrii familiei.

De asemenea, o atenție deosebită este acordată creșterii capacității părinților în stabilirea unor norme de comportament clare și coerente în creșterea copiilor, precum și creșterii

utilizării strategiilor de rezolvare a problemelor în educația copiilor.

Prin Strategiile Naționale Antidrog s-a urmărit, de-a lungul timpului, îndeplinirea următoarelor obiective ale prevenirii în familie:

- Creșterea nivelului de sensibilizare și responsabilizare a familiilor în vederea oferirii de modele pozitive copiilor, în cadrul programelor de informare, educare și conștientizare cu privire la efectele consumului de droguri;

- Dezvoltarea rolului proactiv al familiilor în viața copiilor în vederea formării sau întăririi abilităților pentru creșterea influenței factorilor de protecție.

Se impune, totodată, derularea unor campanii de prevenire a violenței domestice, care reprezintă un important factor de risc în consumul de droguri. Într-o familie violentă, copiii cresc într-o atmosferă în care sunt lipsiți de nevoile lor de bază: nevoia de siguranță, de viață ordonată, de dragoste.

În caz contrar, copiii se vor confrunta cu o serie de probleme care constituie factori de risc în consumul de droguri:

- Probleme emoționale și mentale: sentiment de culpabilitate, frică de abandon, izolare;

- Probleme psihologice: neîncredere în sine, depresie, comparare cu viața mai fericită a celorlalți;

- Probleme de comportament: agresivitate sau pasivitate la agresiunile celorlalți, probleme cu somnul, fuga de acasă, comportament defensiv cu minciună;

- Probleme școlare: schimbări bruște în performanțele școlare, lipsa de concentrare, absenteism școlar, abandon școlar.

În concluzie, dezvoltarea unui program eficace de prevenire în cadrul familiei se bazează pe modificarea cunoștințelor, atitudinilor și abilităților părinților, cu scopul de a diminua factorii de risc și de a crește influența factorilor de protecție în ceea ce privește consumul de droguri al copiilor acestora.

5.6. Prevenirea consumului de droguri în comunitate

În funcție de caracteristicile sale socio-demografice și culturale, o comunitate se poate confrunta cu diverse probleme, printre care se numără și consumul ilicit de droguri. Copiii din mediile socio-economice defavorizate sunt mai expuși flagelului drogurilor și infraționalității asociate, deoarece există riscul interiorizării unor norme, valori și atitudini favorabile consumului unor astfel de substanțe. De aici apare necesitatea elaborării unor programe derulate la nivelul comunității, menite să reducă presiunea socială care constituie un factor de risc în abuzul de substanțe. În cadrul unui program prin care se dorește reducerea fenomenului drogurilor, se impune a se lua în considerare date statistice și demografice ale grupului țintă, istoric, valori, norme, tradiții, cutume.

Pentru ca astfel de programe să fie cât mai eficiente, este necesar ca la elaborarea și aplicarea lor să participe toate instanțele sociale care au atribuții în acest domeniu.

În general, instanțele sociale implicate în programe de prevenire a consumului de droguri sunt administrația locală, organizațiile guvernamentale și non-guvernamentale, mass-media, asociații profesionale și de sprijin, reprezentanți ai direcțiilor medicale, poliției și justiției. Cu cât se implică mai mulți factori sociali, cu atât programul de prevenire devine mai eficient.

De asemenea, pentru ca programul să fie eficace, este necesar să atingă unul sau mai multe dintre următoarele obiective:

- Autoritățile publice locale să inițieze și să deruleze proiecte în parteneriat public-privat, de interes local, pentru protecția antidrog a comunităților proprii, cu sprijinul centrelor județene de prevenire, evaluare și consiliere antidrog;

- Autoritățile publice locale să stimuleze și să sprijine, inclusiv financiar, inițiativele organizațiilor neguvernamentale ce desfășoară activități de prevenire a consumului de droguri în comunitățile locale;

- Programele pentru prevenirea consumului de droguri, finanțate de la bugetul de stat, să fie derulate în arii regionale de interes, diferențiate în raport de numărul consumatorilor, preferințele de consum, statutul ocupațional, caracteristicile grupurilor de risc, particularități ale dezvoltării economice, turistice, de infrastructură, mediu etc.;

- Să fie inițiate și dezvoltate proiecte și programe adecvate în folosul comunităților locale, pentru consolidarea educației civice, culturale și spirituale, ce se constituie în alternativa de viață sănătoasă, cultivarea abstenenței la consumul de droguri, încurajarea formării unui climat social care să împiedice stigmatizarea și marginalizarea persoanelor afectate de consumul de astfel de substanțe;

- Să fie create oportunități și să fie stimulată participarea mass-media la susținerea programelor, proiectelor și campaniilor antidrog, prin mijloace specifice;

- Să fie dezvoltate programe de informare și conștientizare a întregii populații pentru ca aceasta să dobândească o atitudine de toleranță, în scopul diminuării marginalizării și stigmatizării consumatorilor de droguri, precum și o atitudine de responsabilitate în pre venirea consumului;

- Să se dezvolte un sistem de evaluare și monitorizare, integrat și individualizat, al copiilor și tinerilor aflați în situații de risc, sistem care să favorizeze procesul de maturizare, integrare socială, educație și formare profesională;

- Mediile de comunicare în masă să fie sensibilizate, informate și responsabilizate în vederea transmiterii unor mesaje cu caracter preventiv, bazate pe evidențe științifice;

- Să fie dezvoltate programe de informare și educare antidrog adresate tuturor persoanelor aflate în serviciul militar,

precum și altor categorii profesionale ce implică responsabilitate și risc public;

- Programele de educație pentru promovarea unui stil de viață sănătos și pentru prevenirea consumului de droguri să se extindă în rândul tuturor persoanelor aflate în penitenciare;

- Prevederile legislative pentru implementarea măsurilor de protecție antidrog și antidoping a sportivilor să fie îmbunătățite;

- Să se creeze și să se dezvolte un sistem național integrat de servicii specializate de prevenire a consumului de droguri, precum și un sistem național de formare profesională în domeniu; de asemenea, să se elaboreze și să se valideze standardele minime de calitate a serviciilor de prevenire.

Se poate observa necesitatea colaborării tuturor instanțelor care au atribuții în domeniul reducerii cererii și ofertei de droguri. Un rol deosebit de important revine administrației publice locale, care trebuie să se implice în rezolvarea problemelor sociale ale comunității prin derularea unor programe adecvate sau finanțarea celor implementate în acest sens de asociații și fundații.

Intervențiile administrației publice locale în ariile de competență, prin intermediul serviciilor specializate, au ca scop dezvoltarea capacităților pentru diminuarea consumului de droguri, combaterea marginalizării sociale a consumatorilor, asigurarea pentru aceștia a unui suport pentru o viață autonomă.

În cadrul unei comunități, un rol deosebit de important revine mediilor de comunicare, care reprezintă canalul principal de transmitere a cunoștințelor pe care le primește populația generală, în competiție cu familia și sistemul educațional.

Pentru ca o campanie antidrog prin mass-media să fie eficientă, este necesar ca aceasta să aibă ca obiective creșterea sensibilității populației cu privire la flagelul drogurilor, furnizarea informațiilor referitoare la problemele asociate

consumului, schimbarea de atitudine și schimbarea de comportament față de consumul de substanțe.

Mass-media poate fi un aliat deosebit de puternic în lupta antidrog, dar și un adversar de temut. Se poate interpune între interesele societății și interesele individuale. Astfel se poate întâmpla în situația în care tânărul primește în mod pasiv informația, neavând abilitatea pentru a o analiza și a-și forma un punct de vedere propriu.

Din motive de ordin economic, presa este acaparată, deseori, de subiecte senzaționale. Astfel, fenomenul apare ca fiind un subiect mediatizat, reunind diferite caracteristici care îi conferă atractivitate: clandestinitate, mister, marginalizare, faptul că reprezintă o amenințare pentru cea mai valoroasă parte a societății (copii, tineri), elemente de teamă, fiind o amenințare la adresa sănătății publice. Deseori, în mass-media, dependentul de droguri este prezentat ca fiind un delincvent. Discursul este ofensiv și adesea agresiv față de persoana dependentă. Ideea care transpare uneori este aceea că destinul dependenților de droguri este fără scăpare. Cercetările sociologice au demonstrat, însă, că această idee nu este fundamentată științific. Informațiile sunt oferite într-o manieră scoasă din context, motivele, sănătatea sau prevenirea fiind uneori teme lipsite de interes pentru mass-media.

Există, însă, și situații în care mass-media prezintă cazul unor consumatori de droguri în așa fel încât creează impresia că dependența de substanțe nu este foarte gravă, consumatorul rezolvând această problemă destul de ușor. Astfel, mesajul transmis constituie mai mult o promovare a consumului de droguri.

Fenomenul drogurilor reprezintă, pentru mediile de comunicare, un subiect important, spectaculos și valoros, dar, totodată, un fenomen complex și dificil de explicat din cauza multifactorialității care îl caracterizează. Din aceste considerente, fenomenul a fost simplificat sub forma

stereotipului, ceea ce duce uneori, la marginalizarea și stigmatizarea consumatorului de droguri.

Într-un astfel de context, colaborarea solidă dintre specialiștii din promovarea sănătății și cei din mediile de comunicare este indispensabilă. Mass-media are un rol extraordinar de important în sensibilizarea cu privire la problemele societății contemporane.

Societatea românească se află într-un proces de schimbare, de dezvoltare, cu valori și norme noi. În acest cadru, există riscul ca tinerii să nu fie pregătiți să primească cantități mari de informații sau să nu le poată interpreta în mod corect. Informațiile transmise pot reliefa părerile personale ale jurnaliștilor, care, la rândul lor, pot influența opinii și atitudini.

Este evident faptul că, în prevenirea consumului de droguri, este necesară cooperarea tuturor agenților sociali. Aceasta nu înseamnă, însă, că toți trebuie să acționeze în același mod. Este recomandabil ca munca din domeniul prevenirii să fie distribuită în funcție de particularitățile și caracteristicile fiecărui agent social, astfel încât fiecare dintre ei să își asume acea parte din acțiune pe care o poate desfășura mai bine. Nu trebuie, însă, să fie omisă globalitatea ființei umane și nici să se creeze compartimente închise în cadrul acțiunii preventive. Atribuțiile fiecărui agent social se repartizează doar pe baza criteriilor de eficiență, dar ansamblul activităților de prevenire trebuie perceput de destinatarii acestuia, ca unitate. Astfel, se admite că activitatea educațională afectează individul în ansamblul său, indiferent de instanța socială care o exercită, însă este mai ușor să se desfășoare asemenea activități prin intermediul familiei sau școlii, decât prin intermediul acțiunii comunitare. De asemenea, acțiunile, care au ca obiectiv reducerea presiunii sociale orientate spre consumul de droguri, vor fi mai eficiente dacă vor fi derulate de profesioniști calificați din spectrul comunitar, decât de către cei care își desfășoară munca în mediul școlar.

Complexitatea factorilor identificați ca fiind cauze ale consumului de droguri și amplitudinea intervențiilor necesare pentru diminuarea acestui fenomen au generat necesitatea dezvoltării politicilor antidrog, prin colaborarea tuturor actorilor sociali cu atribuții în reducerea cererii și ofertei de stupefiante.

Bibliografie

1. Abraham, Pavel (coord.), *Ghid de prevenire a consumului de droguri în rândul adolescenților și tinerilor*, Editura Detectiv, București, 2007;
2. Abraham, Pavel, *Prevenire și consiliere antidrog*, Editura Ministerului Administrației și Internelor, București, 2004;
3. Baci, Dan, *Crimă și criminalitate. Tendințe, evoluții, prevenire*, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, București, 2005;
4. Banciu, Dan, Voicu M., Rădulescu S., *Adolescenții și familia*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1981;
5. Buzducea Doru, *Riscuri la tineri*, Editura Universității București, 2007;
6. Campbell, Ross, *Copiii noștri și drogurile*, Editura Curtea Veche, București, 2001;
7. Chopra, Deepak, *Comportamente dependente*, Editura Curtea Veche, București, 2003, p. 88;
8. Ferreol, Gilles, *Adolescenții și toxicomania*, Editura Polirom, București, 2000;
9. Hopkins, David, Ainscow M., West M., *Perfecționarea școlii într-o eră a schimbării*, Editura Prut Internațional, Chișinău, 1998;
10. Mihai, Luminița Sanda, *14 pași în lumea drogurilor*, București, 2005;
11. Petcu, Marioara, *Delincvența – repere psiho-sociale*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1999;
12. Pop, Octavian, *Teorii și modele explicative în domeniul delincvenței juvenile*, Editura Mirton, Timișoara, 2002;
13. Porot, Antoine, Porot Maurice, *Toxicomaniile*, Editura Științifică, București, 1999;

14. Preda, Marian, Jderu Gabriel, Mihai Ioana-Alexandra, *Consumul de droguri în rândul tinerilor din România. Raport de cercetare*, București, 2005;
15. Roibu, Ioan, Mircea Alexandru, *Flagelul drogurilor la nivel mondial și național*, Editura Mirton, Timișoara, 1997;
16. *Info-Drog. Buletin de informare și documentare*, nr. 1 (7)/2008, Editura Ministerului Internelor și Reformei Administrative, 2008.

Capitolul VI

Particularitățile consumatorului de droguri la nivel local

Mihaela Tomiță, Mariana Iridon

6.1. Particularitățile consumatorului de droguri – aspecte generale

Personalitatea dependentă a făcut obiectul multor studii și a multor controverse. Deși nu s-a ajuns încă la un punct de vedere unanim acceptat, este cert că există un set de caracteristici specifice profilului psihologic al dependenței, care se manifestă în mod particular la consumatorii de droguri.

Lucrările în domeniu arată faptul că aceștia prezintă structuri psihice fragile și un profil de personalitate tipic conduitei dependente. Lipsa de încredere în sine, cu accentuate note depresive este prezentă la consumatorii de droguri, care trăiesc un sentiment de insecuritate, fără repere valorice certe și cu o mare nevoie de siguranță, de valorizare și de confirmare a propriei identități. Impulsivitatea și intoleranța la frustrare sunt o parte importantă a profilului lor psihologic.

Cercetările recente au conturat ideea prezenței în personalitatea toxicomanului a unui set general de pattern-uri de copiere și reluare permanentă a conduitei dependente de droguri. Acestea acaparează structurile personalității și determină structurarea unor pattern-uri comportamentale ce copiază aceste opțiuni comportamentale. Ele ajung să fie asociate astfel cu frecvențele probleme ale adolescenților referitoare la propria imagine, la identitatea și stima de sine, plictiseala, conflictele cu autoritatea și mentalitățile familiei de origine.

Convingerile consumatorilor de droguri nu sunt convenabile structurii și sistemului social, fiind identificate, controlate, reprimare și stigmatizate de societate. Prin consumul de droguri se manifestă scepticismul, îndoiala și dezorientarea indivizilor care nu se pot acomoda și nu se conformează unor modele convenționale generalizate. Toxicomania este reprezentată de obișnuința unei persoane de a consuma una sau mai multe substanțe susceptibile de a produce o stare de dependență fizică sau psihică.

Toxicomania poate să fie reprezentată de un comportament patologic, care constă în apetența anormală, prelungită până la crearea unei dependențe, manifestată de o persoană, care consumă substanțe toxice sau droguri, în mod accidental sau prin consumarea voluntară a acestora, pentru a se obține efectul de ușurare fizică și psihică, euforia și dinamismul. Această apetență devine cu rapiditate o stare acaparatoare prin nevoia inevitabilă de a mări doza de droguri.

Motivația consumatorului de droguri constă în evitarea sau depășirea eșecurilor, nevoia evadării rapide din condițiile existenței concrete, devenind o compensație fizică pentru uitarea greutăților vieții. Dependența de droguri, ca stare a unei persoane, constă în atașamentul constant, imposibil de înlăturat de către individ, de a consuma droguri, pentru a-și modifica activitatea psihică, puterea de înțelegere a realității și modul de acțiune în raporturile intersociale.

În esență, toxicomania creează dependență psihică de droguri, prin consumul excesiv de substanțe psihotrope, precum și prin adaptarea organismului la efectele drogurilor.

Capacitatea emoțională a persoanei este afectată, ajungându-se la situația când nu se face distincție între virtute și viciu, sfidându-se înțelegerea simplă a atitudinii morale.

Drogurile alterează capacitatea psihică a persoanei și rupe legătura acesteia cu realitatea. În cadrul dependenței de droguri se constată că individul urmărește să consume cantități

din ce în ce mai mari, pentru a ajunge la starea de detașare de realitatea concretă.

Abuzul de consum face și mai evidentă prezența clivajelor socio-afective, care indică indiferența consumatorului de droguri față de criteriile socio-morale, preocuparea pentru dobândirea substanței, abandonul școlar sau profesional, implicarea în activități contraindicate, conduita agresivă. Individul devine incapabil să-și controleze reacțiile, expansivitatea sa comportamentală îndepărtându-l de intimitatea sau de mondenitatea specifică unui comportament normal, competitiv.

Utilizarea unor cantități tot mai mari de droguri determină starea de intoxicație a individului, care se manifestă prin trecerea bruscă de la starea de indiferență, de apatie, la starea de ostilitate față de mediul ambiental.

Toxicomanul este *dependent de altul* și manifestă *teamă de abandon*. Persoanele foarte apropiate îi pot oferi aprobare și confirmare, aspecte căutate în mod constant de către cei care nu au un sens al identității de sine

Atitudinea individului se distanțează psiho-afectiv de normalitate, acesta devenind iritat în permanență, lipsit de orientare, cu judecata alterată de conflicte și legături afective primare, prezentând perturbări grave ale percepției.

Instabilitatea în plan psihic este dublată, pe măsura creșterii frecvenței consumului de drog, de o instabilitate în plan comportamental. Trecerile de la o stare de disconfort la una de satisfacție sunt condiționate sau asociate cu trecerile de la abținerea la consumul de drog.

Odată cu permanentizarea comportamentului de consum exagerat de drog crește și toleranța la frustrare.

Toxicomanul consideră că dependența de drog este cauzată de societate, el atribuie „vina“, rând pe rând, cauzelor psihologice, factorului economic, condițiilor precare ale existenței. Nimeni nu consumă droguri pentru a ajunge dependent de

ele. Uneori, începutul poate fi făcut prin prescrierea, în scop terapeutic, a unui somnifer sau a unei substanțe psihotrope.

Presiunea grupului, curiozitatea, urbanizarea, șomajul, ignoranța, alienarea, modificarea structurilor sociale sunt factori care pot declanșa irepetabilul. Pentru un individ care se simte izolat în familie, într-un grup sau comunitate, drogul poate constitui un refugiu temporar sau tragic. Dacă se modifică structurile sociale care au constituit sprijinul unor membri ai societății, unii dintre ei vor fi incapabili să se adapteze și vor căuta un liman, fie și în droguri.

Contextul social, grupul de prieteni pot fi factori importanți în debutul consumului de drog, pentru ca ulterior *drogul să devină prietenul cel mai bun* sau să facă obiectul preocupărilor comune al mai multor indivizi. Chiar dacă toxicomanul are și prieteni care nu consumă droguri, aceștia din urmă îi vor induce sentimente de culpabilitate sau de rușine, care vor accentua cercul vicios al consumului de drog.

Se poate realiza însă o disociere între motivele care determină primul consum și cele care determină perpetuarea consumului. În acest caz, frecvent invocatele curiozitate și tendință de imitație pot fi atribuite numai primului contact cu drogul. Ulterior, recidiva poate fi pusă pe seama particularităților farmacologice ale substanței respective, a personalității toxicomanului, dar și a factorului social.

Contextul social al consumatorului de drog este un factor semnificativ al recidivei toxicomaniei. Drogul consumat inițial din curiozitate, din teribilism, sau din dorința de a experimenta senzații tari, îi va induce toxicomanului o stare de tensiune, conflicte interioare și va determina renunțarea la alte activități. Degradarea evidentă a vieții profesionale și sociale a vieții toxicomanului va fi un argument în plus pentru identificarea sa cu rolul social de dependent. Acest rol implică creșterea nevoii de drog. La rândul ei, nevoia de drog va conduce la căutarea acelor cercuri de indivizi în care este disponibil drogul.

Toxicomania își are sorgintea în factorii socio-economici, în condițiile familiale, de educație, în structura psiho-fizică a individului. Drogul amplifică agresivitatea individului în raporturile cu familia și cu societatea. Detașarea de conflictele apărute este prelungită de euforia oferită de droguri, precum și de manifestări iresponsabile. Mediul socio-cultural impune condiții diferențiate de viață pentru indivizi, însă consumul de droguri nu este dependent de gradul de cultură al individului. Cauzele toxicomaniei sunt impuse de dinamica grupurilor sociale, de opoziția ideilor dintre generații, de refugiu în plăceri necontrolabile, de zona de habitat.

Unitatea de viață socială dispare, deoarece individul simte nevoia de a consuma droguri în permanență (dependența psihologică), pentru a-și procura o plăcere prelungită față de produsul toxic consumat. În cazul dependenței fizice, individul prezintă tulburări grave fiziologice și psihologice, în faza în care se procedează la sistarea consumării drogurilor, iar dependența psihică este susținută de plăcerea consumării repetate a drogurilor, astfel că, în cazul sistării, se induce individului o stare de depresie și de neliniște permanentă.

Răspunsul emoțional al persoanei dependente de droguri este depreciat, în sensul că structura personalității se modifică, rezistența psiho-fizică la stimulii externi se deteriorează, instabilitatea comportamentală degenerând în inadaptare socială.

Deteriorarea mentală și fizică generează dezechilibrul mintal (uneori chiar patologic). Dependența față de drog îndeamnă la independența față de orice autoritate, la fluctuații atitudinale, la opoziția față de cei apropiați, la fuga de acasă, alcoolism, vagabondaj, la infracționalitate. Dezechilibrul comportamental produs de droguri (atitudinal și psihic) nu este de natură biologică, originea acestuia regăsindu-se în absența instruirii educaționale, în dezbinarea familiei.

Vârsta în scădere a debutului consumului de droguri, pretutindeni în lume, ne obligă să analizăm particularitățile acestei conduite deviante de tip evazionist la adolescenți și la tineri. Un “portret robot” al consumatorului tânăr de droguri, ar cuprinde câteva particularități: provine din familii dezorganizate sau are părinți cu studii superioare și venituri mari, se află în conflict cu profesorii și colegii, având, în general, repetate sancțiuni școlare; consumă droguri în special cu prietenii și mai puțin singur; băieții sunt slabi sau cel mult mediocri la învățătură, pe când fetele sunt bune sau foarte bune la învățătură.

Tinerii, între 18 și 26 de ani, sunt mai vulnerabili decât persoanele în vârstă, bărbații sunt mai vulnerabili decât femeile, persoanele necăsătorite mai mult decât cele căsătorite, iar cei din mediul urban mai mult decât cei din mediul rural, la fel și persoanele aparținând familiilor destrămate sau disfuncționale, iar persoanele aparținând unor grupuri marginale (copiii străzii, deținuții) sunt mai expuse decât alte categorii de indivizi.

Din punct de vedere psihologic, portretul (tânărului) toxicoman poate include trăsături psihice precum: insuficienta dezvoltare a sentimentului de a fi, de a exista, insuficienta valorizare de sine ca urmare a lipsei aprecierii celorlalți, iubirea de sine redusă în condițiile lipsei căldurii și iubirii parentale, lipsa autonomiei psihice, decăderea morală, atitudinea imatură atât pe plan emoțional, cât și intelectual, așteptările prea mari, dincolo de posibilități, generatoare de frustrare.

Stările afective sunt perturbate la consumatorii-dependenți de droguri, din cauza acțiunii nocive pe care o au aceste substanțe asupra creierului. Se știe că, pe de o parte, folosirea drogurilor pe o perioadă mare de timp afectează atât fizicul, cât și psihicul persoanei, iar pe de alta, că tinerii caută senzații intense prin consumul de droguri tocmai pentru a compensa lipsa lor de reactivitate afectivă la stimulii banali. Spiritul autocritic îi face pe consumatori să aibă un sentiment de inferioritate în raport cu alte persoane.

Anxietatea mai accentuată a consumatorilor este o caracteristică importantă a portretului lor psihologic. anxietatea se instalează la consumatori încă de la debutul consumului, pentru ca, mai apoi, persoana să încerce să scape de această stare tot prin apelul la drog. Starea de anxietate poate apărea ca răspuns la dificultățile existențiale generate de statutul de consumator de drog. Ea este de obicei efectul unor eșecuri repetate în renunțarea la drog, alături de reacția de îndepărtare a toxicomanului de către cei din jur, a senzației de descurajare, de disperare, simptome ale unei veritabile stări depresive majore. În aceste condiții, toxicomanul recurge la drog pentru a-și anula tensiunea internă, secundară unei frustrări, unei decepții, unei anxietăți, depresii, în mod general, pentru a-și anula o senzație dezagreabilă.

Dependenții prezintă și o structură nevrotică, comparativ cu non consumatorii. Acest lucru este explicabil, pe de o parte, prin particularitățile vârstei adolescente – vârsta tensiunilor interne, ale cărei particularități tind să fie prelungite tot mai mult, până la 25-26 de ani, iar pe de alta, prin apelul la drog ca la o modalitate dereglare intrapsihică și prin contactul „adevărat” cu lumea toxico-dependentă. Deși nu a rezultat existența unor tendințe agresive semnificativ mai mari la consumatorii dependenți comparativ cu non consumatorii, în urma studierii interacțiunii unor variabile, am constatat că vârsta adolescenților influențează considerabil rezultatele.

Într-o anchetă realizată asupra unui eșantion larg de adolescenți din România și Republica Moldova, A. Stoica-Constantin și Ticu Constantin (2000, pp. 49-54) au analizat percepția acestora cu privire la numeroasele aspecte ale consumului de droguri, dintre care am selectat câteva:

- cauzele interne ale consumului de droguri: curiozitatea, tentația „fructului oprit”, dorința de senzații tari, lipsa de maturitate/responsabilitate, problemele personale, necazurile, disperaarea, singurătatea, lipsa de prieteni, plictiseala, lipsa unor preocupări interesante, teribilismul și nevoia de a ieși în evidență;

- cauzele externe ale consumului de droguri: anturajul, climatul familial nefavorabil, nivelul cultural-educativ redus, lipsa cunoștințelor sau falsele informații cu privire la droguri, imitarea modelelor din filme;
- împrejurările favorabile: tovrășia toxicomanilor, distracțiile, frecventarea anumitor grupuri și locuri ascunse, secrete;
- factorii inhibitori interni ai consumului de droguri: tăria de caracter, voința, maturitatea, teama de dependență, conștientizarea pericolului, nu simt nevoia, nu sunt influențabili, prezența idealului sau planului de viață;
- factorii inhibitori externi ai consumului de droguri: gradul de cultură și educație, teama sau respectul față de părinți și mediul în care trăiesc.

Toxicomanul nu aparține unui singur tip de personalitate, de aceea diagnosticul unic poate fi ineficient. Consumul abuziv de droguri poate fi favorizat de o multitudine de factori de risc, precum: comportamentul pasiv-agresiv, depresie, disfuncții de învățare, de tulburarea afectivă bipolară sau tulburarea de personalitate „borderline”. Firesc, la vârsta adolescenței, comportamentul pasiv-agresiv este explicat de mânia reprimată ce dă naștere unui comportament negativ, constând în: indolență, îmbufnare, uitare, încăpățănare, ineficiență intenționată.

6.2. Particularitățile consumatorului de droguri surprins în diverse cercetări, la nivel local

Analiza de față se bazează pe o serie de studii și cercetări locale și încearcă să creioneze un profil, un specific al consumatorului de droguri la nivel local. Cercetările au fost realizate în perioada 2011-2013, la nivel local. Atunci când vorbim de un profil al consumatorului de droguri ar trebui să

facem referire la percepția adolescentului, la diferențele de gen, dar și la resursele personale de care acesta dispune. Nu trebuie neglijat nici tipul de intervenție adresat celor care se află în etapa de consum de droguri.

6.2.1. Percepția adolescentului cu referire la relația dintre consumul de droguri și violența școlară

Cele mai multe lucrări de analiză a fenomenului violenței școlare susțin ideea că manifestările conflictuale dintre elevi reprezintă cea mai răspândită formă de violență școlară, dar consideră acest tip de violență ca unul nespecific spațiului școlii, deoarece se poate manifesta și în afara acestuia, în orice grup de copii și tineri.

De cele mai multe ori, manifestările violente dintre elevi (în special formele „ușoare” de agresivitate) sunt percepute ca atitudini și comportamente prezente în orice școală, „obraznicii” tolerate și specifice vârstei și oricărui mediu școlar, dar mai ales nu sunt văzute ca factori de risc în debutul timpuriu al consumului de droguri (legale sau ilegale).

Școlile fac, în puține cazuri, distincția între activitățile de prevenție și activitățile de asistență acordată elevilor cu manifestări de violență și nu dezvoltă programe coerente anti-violență, pornind de la cunoașterea problemelor cu care se confruntă. Chiar acolo unde există acțiuni destinate problemei violenței, acestea nu contează pe implicarea efectivă a celor vizați, sunt puțin popularizate în rândul celor care ar trebui cu prioritate să le cunoască (autori, victime, elevi cu potențial agresiv, părinți), nu sunt organizate în forme atractive pentru elevi și se limitează la expuneri de documente sau de situații-problemă. Nu se recunoaște existența unei relații între agresivitate – insecuritate – consum de droguri, și de cele mai

multe ori, cauzele care duc la debutul consumului timpuriu de droguri sunt „pasate” în afara instituției școlare.

Percepția adolescentului cu referire la fenomenul violenței școlare, dar și la alternativa consumului de droguri în școală, devine esențială în stabilirea și implementarea unor proiecte viabile de prevenire.

Scopul studiului realizat la nivel local, în 2012, a fost unul constatativ și a vizează investigarea științifică a fenomenului psihosocial al violenței, manifestat atât în mediul școlar, cât și în mediul extrașcolar, dar și identificarea relației care există între consumul de droguri și violența școlară.

În investigația amintită, au completat un chestionar pentru exprimarea atitudinilor și opiniilor, elevii din clasa a X-a, de la nivelul celor 31 de unități școlare de pe raza municipiului Timișoara. Chestionarul a cuprins 25 de itemi.

În eșantionul selecționat s-a pornit de la premisa maximizării reprezentativității și reducerii costurilor legate de strângerea datelor. Întrucât timpul afectat cercetării nu a permis efectuarea unei preanchete, menite să aproximeze reprezentativitatea necesară în raport cu principalele variabile asociate violenței, s-a recurs la o reproducere a structurii populației școlare pe mai multe dimensiuni: sex, vîrstă, număr de unități școlare, număr de clase. Cadrul de eșantionare l-a constituit baza de date oferită de către Inspectoratul Școlar al Județului Timiș. Principiul după care a fost construit eșantionul a avut la bază selectarea primei clase de a X-a din fiecare liceu.

În urma aplicării chestionarelor la nivelul celor 31 de unități școlare/ respectiv a celor 31 de clase a X-a cuprinse în eșantion, au fost aplicate concret și prelucrate 684 de chestionare.

Structura eșantionului se prezintă astfel: 348 de gen masculin și 336 de gen feminin, cu media vârstei 16 ani. Mediul de proveniență al respondenților se prezintă astfel: 482 provin din mediu urban, iar 202 din mediu rural.

În ceea ce privește structura familiei de proveniență, din cei 684 de subiecți chestionați, 488 locuiesc cu ambii părinți, 11 locuiesc singuri, 44 locuiesc cu bunicii sau alte rude, iar 141 provin din familii monoparentale (divorț, deces sau alte situații).

Interpretarea rezultatelor, în această etapă a analizei, s-a axat pe întrebările care au solicitat din partea respondenților evidențierea relației dintre agresivitate – consum de droguri legale și ilegale și a celor care identifică agresivitatea ca pe un factor de risc în debutul consumului de droguri. În același timp au fost analizate rezultatele ținând cont de structura eșantionului pe sex.

Majoritatea respondenților (601 subiecți) apreciază că există manifestări agresive în școală (523 – uneori, 50 – des și 29 – foarte des), în vreme ce doar 83 dintre elevii chestionați apreciază că nu există deloc manifestări agresive în mediul școlar din care fac parte.

Agresivitatea evidențiată în școală de către respondenți este înțeleasă diferit de către aceștia. Astfel doar 27 de băieți și 23 de fete consideră că agresivitatea presupune consum de droguri legale (tutun și alcool), respectiv 29 de băieți și 22 de fete asociază agresivitatea cu drogurile ilegale. Majoritatea percep agresivitatea ca fiind o formă de amenințare / intimidare (249 de băieți și 242 de fete), dar și de lovire (296 de băieți și 310 fete).

Diferențe de percepție între respondenți există și cu privire la riscurile asociate noțiunii de agresivitate. 80 de băieți, respectiv 73 de fete apreciază că există riscul de a asista la consumul de droguri, legale și ilegale, în mediul școlar, față de 339 de băieți și 353 fete care evidențiază riscul de a fi umilit, jignit sau lovit în același spațiu școlar. Nici problema furtului unor bunuri în mediul școlar nu este neglijată de respondenți, 115 băieți și 112 fete optând pentru această variantă de răspuns.

În acest context se ridică problema siguranței în mediul școlar care este apreciată și trăită diferit de către respondenți.

154 de elevi dintre cei chestionați nu au sentimentul de siguranță în școală. Această idee este susținută și de răspunsul celor 117 băieți și 101 fete care au afirmat că au fost victime ale comportamentelor agresive din școală.

Întrebați fiind care sunt modalitățile de manifestare a agresivității, se poate observa că cele mai frecvente sunt cele care constă în utilizarea unor expresii jignitoare între elevi, referitoare la diferite trăsături fizice sau psihice, precum și cele referitoare la situația materială/financiară (333 de băieți, respectiv 392 de fete au optat pentru aceste variante de răspuns). Expresiile jignitoare referitoare la apartenența etnică sau religioasă sunt mai puține (114 băieți, respectiv 111 fete au optat pentru aceste variante de răspuns). De remarcat este faptul că injuriile, certurile și conflictele se manifestă frecvent în unitățile de învățământ. Astfel, 472 de băieți, respectiv 505 fete au afirmat că în școală sunt întâlnite frecvent asemenea situații. În ceea ce privește consumul de droguri legale și ilegale, numărul cazurilor întâlnite în școli este redus comparativ cu cel al celorlalte situații de agresivitate. În consecință, doar 112 băieți, respectiv 132 de fete au optat pentru aceste variante de răspuns. Totuși, considerăm că există riscul ca tot mai mulți elevi să adopte un comportament de consum, întrucât, potrivit răspunsurilor lor, ei cunosc adolescenți (colegi de clasă sau școală, prieteni din anturaj etc.) care consumă diferite substanțe: 505 – alcool, 640 – tutun, 205 – substanțe numite generic etnobotanice, 76 – medicamente fără recomandarea medicului. Făcând parte dintr-un asemenea anturaj, riscul de a consuma este ridicat.

Cauzele comportamentelor violente/agresive în rândul elevilor sunt multiple: invidia (201 – băieți, 229 – fete), neînțelegerile între colegi (191 – băieți, 193 – fete), influența anturajului (175 – băieți, 227 – fete), teribilismul specific vârstei (98 – băieți, 80 – fete), lipsa de educație, de cultură (158 – băieți, 204 – fete), televiziunea și filmele care prezintă și induc violență (51 – băieți, 65 – fete), lipsa dragostei părintești (72 – băieți,

130– fete), dorința de a fi în centrul atenției (180 – băieți, 225 – fete), diverse frustrări personale (69 – băieți, 121 – fete), consumul de băuturi alcoolice (80 – băieți, 109 – fete), consumul de droguri ilegale (80 – băieți, 106 – fete), certurile și agresiunile la care sunt supuși în familie (75 – băieți, 136 – fete), influența mass-media (50 – băieți, 62 – fete).

Elevii victime ale comportamentelor agresive sunt conștienți, în mare parte, că, apelând la consumul de substanțe, problemele nu se rezolvă, ci, dimpotrivă, ele se agravează. În consecință, sunt foarte puțini cei care adoptă un comportament de consum ca urmare a faptului că au fost victimele unei agresiuni (18 respondenți). O parte a elevilor victime ale unor agresiuni în școală încearcă să aplaneze conflictul (183 de respondenți), în vreme ce o parte dintre elevi cer sprijinul persoanelor pe care le consideră îndreptățite să rezolve astfel de probleme (dirigintele – 229 de respondenți, conducerea școlii – 128 de respondenți, părinții – 155 de respondenți, poliția – 61 de respondenți). Însă, 197 elevi au răspuns cu agresivitate la agresivitate.

Agresivitatea manifestată în mediul școlar reprezintă o provocare majoră cu care se confruntă societatea contemporană românească, un fenomen demn de luat în calcul în cadrul politicilor sociale din România.

Din întreaga cercetare se desprinde ideea că există agresivitate în unitățile de învățământ, iar victime ale acesteia sunt elevii, deopotrivă de gen feminin și masculin, neexistând diferențe semnificative din punct de vedere sociologic în acest sens. Astfel de deosebiri nu există nici în ceea ce privește definirea conceptului de „agresivitate”, percepția fetelor și a băieților asupra frecvenței agresivității în școală, asupra formelor de manifestare a agresivității, asupra cauzelor comportamentelor agresive, asupra riscului de a deveni victimă a unui astfel de comportament, precum și asupra modalității de a reacționa la comportamente agresive, fiind asemănătoare.

Totuși, se remarcă faptul că fetele sunt mai ușor influențabile. Astfel, anturajul, televiziunea și filmele care prezintă și induc violență, mass-media (Tv, internet, reviste) influențează într-o mai mare măsură comportamentul elevilor de gen feminin comparativ cu cel de gen masculin. Această situație este explicabilă prin faptul că persoanele de sex feminin pun accent pe imagine, pe impresia pe care o lasă asupra celor din anturaj, într-o măsură mai mare decât persoanele de gen masculin. Abilitatea redusă de a rezista la presiunea celor din jur, dorința de a impresiona, de a fi în centrul atenției reprezintă factori de risc în ceea ce privește consumul de droguri. Astfel se explică procentul mai ridicat al respondenților de gen feminin, comparativ cu cel al respondenților de gen masculin, care consideră că există o legătură directă între agresivitate și consumul de substanțe.

De asemenea, elevii de gen feminin pun un accent mai ridicat pe rolul familiei în prevenirea consumului de droguri legale sau ilegale. Lipsa de supraveghere a copiilor de către părinți, comunicare neadecvată, o insuficientă stabilire a normelor și așteptărilor cu privire la comportamentul copilului, stilul educativ inconsecvent sunt recunoscuți ca fiind factori de risc în ceea ce privește consumul de substanțe, într-o măsură mai ridicată de către subiecții de gen feminin, comparativ cu cei de gen masculin.

Se poate remarca că respondenții de gen masculin au tendința de a nu privi consumul de droguri ca o cauză sau o consecință a agresivității. Totuși, trebuie avut în vedere faptul că problema abuzului de substanțe nu apare ca un fenomen izolat, ci este în strânsă legătură cu problemele sociale sesizabile la nivel comunitar. Este necesar ca acest aspect să fie evidențiat în cadrul campaniilor de prevenire care au ca beneficiari elevi din liceele timișorene. (Tomiță, M., Iridon, M., Șleam, A., Gavrilă, V., Zamoșteanu, A., 2012)

6.2.2. Diferențe de gen în percepția violenței și a consumului de droguri în mediul școlar

Violența în școli este, din păcate, un adevăr al societății noastre. Se manifestă în diferite forme, iar școala devine spațiul în care conflictele dintre elevi sau dintre elevi și adulți evoluează. Acest tip de violență se poate manifesta verbal, psihic sau fizic. În mod „tradițional”, ne-am obișnuit să considerăm violența la școală – ca și „bătăile” dintre elevi – normale, fiecare generație având „bătăușii” ei.

Există, totuși, diferențe semnificative între trecut și prezent, atât în ceea ce privește frecvența acestor situații cât și percepția asupra acestor manifestări: au devenit obișnuite, sunt tolerate, sunt motiv de glumă iar cei implicați, autorii, devin „mici eroi” ai claselor sau ai școlilor respective. Mai mult apar diferențe între fete și băieți, și mitul că doar băieții sunt agresivi pare să se spulbere. „Bătălia” pentru un loc bun în grup, pentru respect și autoritate a impus și o tendință de afirmare din partea fetelor, de creștere și diversificare a modalităților de exteriorizare a reacțiilor agresive. Proverbul „Mâța blândă zgârie rău” pare să-și justifice semnificația în realitatea școlară din zilele noastre.

În dicționarul ENCARTA (1999), violența este definită ca fiind: folosirea forței fizice pentru a produce răni sau a distruge ceva; sau folosirea ilegală a forței nejustificate sau efectul creat prin amenințare.

E. Debarbieux (1996), specialist în problematica violenței în mediul școlar, surprinde fenomenul violenței în ansamblu: „violența este dezorganizarea brutală sau continuă a unui sistem personal, colectiv sau social, și care se traduce printr-o pierdere a integrității ce poate fi fizică, psihică sau materială. Această dezorganizare poate să se manifeste prin agresiune, prin folosirea forței, conștient sau inconștient, însă poate exista și violență doar din punctul de vedere al victimei, fără ca agresorul să aibă intenția de a face rău”.

Însă, atunci când vorbim despre violența școlară, nu putem să ne limităm la actele de violență care cad sub incidența legii. Violența școlară este un fenomen mult mai larg, ce trebuie evaluat și cu ajutorul altor indicatori. Sunt amintite de către specialiști în domeniu două tipuri de violență în mediul școlar: violențele obiective, care sunt de ordinul penalului (crime, delikte) și asupra cărora se poate interveni frontal, și violențele subiective, care sunt mai subtile, țin de atitudine și afectează climatul școlar; sunt incluse aici atitudinile ostile, disprețul, umilirea, jignirea, sfidarea, lipsa de politețe, absențele de la ore, refuzul de a răspunde la ore și de a participa la activități sau ceea ce unii autori numesc atitudini antișcolare. O formă de violență extrem de răspândită în mediile școlare este violența verbală.

Violența școlară trebuie, deci, determinată luând în calcul contextul și cultura școlară. Profesorii dintr-o școală pot propune grile de lectură a violenței în funcție de referințele lor culturale, dar și de normele interne de funcționare a instituției școlare.

În România există foarte puține date statistice care să releve prevalența hărțuirii și violenței în mediul școlar, cu toate că, la nivel empiric, se cunoaște că acest fenomen este în continuă creștere, existând numeroase cazuri de violență în școli, mediatizate prin presa scrisă și audio-vizual. Violența în școli este, de asemenea, considerată ca fiind un comportament învățat, fiind tangențial identificată, în special, în legătură cu violența adulților față de copii, făcându-se asocierea între familia disfuncțională și comportamentul potențial violent al copiilor proveniți din aceste tipuri de familii.

Studiul realizat în 2013 a fost unul constatativ și vizează investigarea științifică a fenomenului psihosocial al violenței, manifestat atât în mediul școlar, cât și în mediul extrașcolar, dar și identificarea relației care există între consumul de droguri și violența școlară, toate acestea din perspectiva diferențelor dintre băieți și fete, pe același eșantion ca în cercetarea anterioară, cea

care face referire la percepția adolescentului cu referire la relația dintre consumul de droguri și violența școlară.

Primul aspect vizat în cadrul cercetării a fost măsura în care noțiunea de violență/ agresivitate este percepută / înțeleasă asemănător sau diferit de către băieți și fete, iar realitatea este că 85% dintre băieți asociază agresivitatea cu loviri și 54% cu injurii, în cazul fetelor procentul este semnificativ mai mare, 92%, respectiv 59% .

Diferențe apar și cu referire la cel mai frecvent tip de agresivitate întâlnit în școală, unde fetele apreciază că cel mai frecvent apare violența de limbaj (injurii, expresii verbale neplăcute), respectiv violență emoțională (umiliri, inducerea fricii, șantaj emoțional etc.), față de băieți care apreciază că cel mai frecvent apare violența fizică (loviri, vătămări, distrugerii de obiecte etc.). În acest context, când fiecare „vede” altceva, este firesc ca și frecvența apariției violenței în școală să fie percepută diferit de către fete față de băieți.

Atunci când percepi diferit un lucru, este normal ca și reacția sau mai precis tipul de reacție, atitudinea față de respectivul aspect să difere. Astfel, 20% dintre băieți, dacă ar asista la un act agresiv, s-ar implica direct, față de doar 7% dintre fete care ar avea o intervenție directă, în schimb 45% dintre fete ar anunța un cadru didactic față de doar 24% dintre băieți care ar proceda astfel.

Lucrurile sunt văzute diferit de către fete și băieți, și în cazul în care s-ar pune problema de a fi personal victima unui comportament agresiv, unde 39% dintre băieți ar răspunde și ei cu agresivitate față de doar 18% fete, sau cer ajutorul colegilor 25% dintre băieți, față de doar 10% fete.

Atitudinea fetelor ar merge spre a anunța dirigintele (43%), conducerea școlii (21%) sau părinții (34%), în timp ce procentele băieților sunt semnificativ mai mici în această direcție, respectiv ar anunța dirigintele (25%), conducerea școlii (16%) sau părinții (12%).

Cele mai eficiente măsuri pentru reducerea comportamentelor violente în școală și, implicit, a eliminării riscului de a intra în contact cu drogurile ar fi, din partea fetelor, consilierea psihologică (68%), față de băieți (48%), dar și mai multă supraveghere din partea părinților (44%), față de băieți (25%). Fetele văd într-un fel măsurile față de băieți, ceea ce ar impune pe viitor individualizarea măsurilor și procedeele de intervenție și în funcție de sexul beneficiarului.

Atunci când se face analiza cauzelor care ar duce la apariția comportamentelor agresive în mediul școlar, diferențele de percepție între băieți și fete sunt foarte evidente. Cele mai importante cauze identificate fac referire la factorul familial și factorul social, dar nu este de neglijat și factorul individual.

În ceea ce privește implicarea factorului familial în comportamentul agresiv, se confirmă faptul că adolescenții agresivi provin, de regulă, din familii în care părinții înșiși sunt agresivi, și metodele disciplinare sunt neadecvate, fie vorbim de familii hiperprotective, în care părinții sunt cei care îndeplinesc toate nevoile copiilor, îi controlează, nu-i lasă să-și creeze propriul lor grup de prieteni, familia ținând locul colegilor de la școală, al prietenilor din fața blocului, al prietenului celui mai bun și așa mai departe.

Dar și mediul social conține numeroase surse de influență de natură să inducă, să stimuleze și să întrețină violența școlară: situația economică, inegalitățile sociale, criza valorilor morale, mass-media, disfuncționalitățile la nivelul factorilor responsabili cu educația tinerilor, lipsa de cooperare a instituțiilor implicate în educație. Conjunctura economică și socială provoacă anumite confuzii în rândul tinerilor, care încep să se îndoiască de eficacitatea școlii. Valorile tradiționale promovate în școală – munca, meritul, efortul – cunosc o degradare vizibilă.

Rămâne în analiză și problema factorului individual care ține de personalitatea adolescentului. Și aici, percepția fetelor diferă de cea a băieților.

Un factor important al comportamentelor agresive este intoleranța la frustrare. Starea de frustrare se manifestă printr-o emotivitate mărită, și în funcție de temperamentul individului, de structura sa afectivă, se poate ajunge la un comportament violent, individul nemaiținând seama de normele și valorile fixate de societate. Frustrarea afectivă este una din cauzele cele mai frecvente ale problemelor de comportament. Factorii individuali ce țin de personalitatea victimei fac referire la tipurile de interacțiuni cu ceilalți; persoanele care pot deveni ușor ținta hărțuirii și agresiunii sunt persoane retrase, izolate social, anxioase, cu slabe abilități de comunicare, nu au deprinderi sociale bine dezvoltate, sunt submisive. În același timp, persoanele dispuse spre a fi ținta agresorilor trăiesc sentimente de inferioritate în relație cu ceilalți, stimă de sine scăzută, imagine de sine negativă.

La întrebarea ce anume ar determina o reacție agresivă din partea ta, adolescenții au făcut referire la deficiențele de comunicare, ca o sursă fundamentală a hărțuirii și violenței în școli (fie la școală, dar și acasă). Cei mai mulți elevi investigați argumentează comportamentul violent prin faptul ca unii profesori nu sunt deschiși la comunicare. Cel puțin în această privință, se semnalizează comunicarea ca fiind cea mai tangibilă și acută problemă a școlii din care fac parte. Este evident că elevii au așteptări mult mai ridicate privind relația lor cu profesorii, doresc ca aceștia să fie mai deschiși, mai direcți, mai apropiați de problemele lor.

Altă sursă identificată este evaluarea rezultatelor elevilor și climatul de competiție – cauze ale frustrărilor elevilor (39% dintre fete și 27% dintre băieți percep evaluarea incorectă ca sursă de manifestare a comportamentului agresiv). În ciuda eforturilor de reformă a sistemului de evaluare a rezultatelor

școlare din ultimii ani (introducerea calificativelor, luarea în considerare a mediei de absolvire la examenele naționale și la cele de admitere în învățământul superior, încercările de introducere a unui portofoliu de educație permanentă), investigația de față arată că evaluarea continuă este o sursă de stres și frustrare pentru elevi. O alta cauză a violenței, în opinia elevilor, este impunerea cu orice preț a autorității profesorului. 24% dintre fete și 31% dintre băieți resimt impunerea autorității profesorului ca o sursă importantă a reacțiilor de tip violent.

Stabilirea relației care există între comportamentul agresiv și debutul consumului de droguri a fost unul dintre obiectivele cercetării, percepția adolescenților, cu referire la acest fenomen, fiind extrem de importantă. Relația agresivitate–consum de droguri în școală este evidențiată și este înțeleasă diferit de către respondenți. Astfel, doar 8% dintre băieți și 7% dintre fete consideră că agresivitatea presupune consum de droguri legale (tutun și alcool), respectiv drogurile ilegale. Iar referitor la riscurile la care sunt expuși în școală, 20% dintre băieți, respectiv 19% dintre fete apreciază că există riscul să asiste la consumul de droguri legale (țigări, alcool) și doar 3% dintre aceștia (atât băieți, cât și fete) văd acest risc asociat cu drogurile ilegale.

În acest context, se ridică problema siguranței în mediul școlar (dar și a manifestărilor care sunt prezente în școala de origine a respondenților), care este apreciată și trăită diferit de către respondenți. Peste 20% dintre elevii chestionați nu au sentimentul de siguranță în școală, iar pe parcursul anului școlar sunt expuși unor situații agresive diverse.

Diferențele între cele două sexe apar și aici, în timp ce 66% dintre băieți văd utilizarea unor expresii jignitoare între elevi, referitoare la diferite trăsături fizice sau psihice, ca fiind prezente în mediul lor școlar, procentul fetelor, care văd aceleași manifestări, este mult mai mare (respectiv 81%). Apare și problema expresiilor jignitoare care fac referire la situația

materială (30% băieți față de 36% fete). Certurile, conflictele deschise sunt percepute diferit (64% băieții față de 75% fete) de către repondenți.

În ceea ce privește consumul de droguri legale, numărul cazurilor întâlnite în școli este redus comparativ cu cel al celorlalte situații de agresivitate. În consecință, doar 26% dintre băieți, respectiv 31% dintre fete au optat pentru această variantă de răspuns.

Rămâne problema procentului de 6% în cazul băieților, respectiv 9% în cazul fetelor de situații de consum de droguri ilegale în incinta școlii. În acest context există riscul ca un număr mai mare de elevi să adopte un comportament de consum, întrucât, potrivit răspunsurilor lor, ei cunosc adolescenți (colegi de clasă sau școală, prieteni din anturaj etc.) care consumă diferite substanțe, fie că vorbim de alcool, tutun, substanțe numite generic etnobotanice, sau medicamente fără recomandarea medicului.

Violența școlară este un fenomen extrem de complex, cu o determinare multiplă: familială, socială, școlară, personală și culturală. Ea se prezintă ca un ansamblu specific de forme de violență care se condiționează reciproc și au o dinamică specifică: violența este și importată din afara școlii, dar există și violență generată de sistemul școlar, la care se adaugă violența adulților împotriva elevilor, dar și violența elevilor împotriva profesorilor.

Violența în școală este o expresie a violenței din societate dar și din familia de origine; când violența se produce în școală, ea conduce și la alte consecințe: alături de prejudicii, victimizare, violența din școală reduce șansele elevilor de a-și dezvolta personalitatea pe deplin și de a dobândi o educație de calitate.

Nu există o rețetă universală pentru a controla, reduce sau stopa fenomenul violenței în școală, dar se impune personalizarea intervențiilor și în funcție de o serie de factori individuali, iar un rol important trebuie acordat diferențelor de gen.

6.2.3. Vulnerabilitatea psihosocială a consumatorului de droguri prin prisma schemelor cognitive dezadaptative

Între structura de personalitate și schemele cognitive există incontestabil o relație. Schemele cognitive sunt, în egală măsură, structuri și procese mentale, care permit oamenilor să stocheze informația perceptivă și conceptuală din mediu și să interpreteze în mod abstract evenimentele. Ele sunt structuri mentale care organizează și simplifică cunoașterea noastră despre lume: avem scheme despre sine, despre alte persoane, despre lucruri etc. Schemele sunt interconectate, uneori formând structuri ierarhice.

Schemele cognitive afectează modul în care observăm, interpretăm, luăm decizii și acționăm. Ele acționează ca niște filtre, accentuând sau estompând anumite percepții sau comportamente. Le utilizăm ca să clasificăm lucruri, persoane sau pentru a face predicții în legătură cu evenimente viitoare, sunt utilizate în reamintire, dar și pentru a codifica evenimentele care vor deveni amintiri.

Schemele au o putere mare de autoconservare, rezistând în fața dovezilor contrarii, iar acest lucru se întâmplă ca urmare a filtrării sau ignorării noii informații, lucru posibil tocmai datorită existenței unei scheme anterioare. O schemă este un cerc vicios.

Scopul cercetării realizate la nivel local a constatat în analiza profilului psihosocial a tinerilor consumatori de droguri, evidențierea vulnerabilităților psihologice și sociale care au favorizat debutul comportamentului adictiv, dar și surprinderea relației care există între anumite scheme cognitive dezadaptative și factorii de personalitate măsurați cu ajutorul inventarului de personalitate Freiburg – FPI.

Eșantionul folosit în cercetarea amintită a fost format din 25 de subiecți, aflați în perioada 2011-2013, în evidența

Centrului de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog Timiș, pentru consum de droguri. Probele au fost aplicate individual. Structura eșantionului nu este omogenă, nici ca vârstă (subiecții au vârsta cuprinsă între 15-30 de ani), nici ca sex (predomină sexul masculin 17, față de 8 feminin), punctul comun al eșantionului fiind problema consumului de droguri, și faptul că subiecții erau incluși într-un program de asistență integrată. Vârsta medie este de 20 de ani la băieți și 19 ani la fete.

Așa cum rezultă din profilul anterior, nu se poate vorbi de diferențe semnificative între profilul fetelor și cel al băieților. Toți subiecții au un nivel mediu de nervozitate, ușoare tulburări psihosomatice, dar și tulburări și stări generale proaste, insomnii, oboseală, instabilitate, neliniști.

În ceea ce privește scala care pune în evidență agresivitatea, imaturitatea afectivă, la care se adaugă dispoziții și stări de agresiune corporală, verbală sau imaginară, reacții negative, impulsivitate, lipsă de control, nevoie intensă de schimbare, vulgaritate, glume proaste și tendințe spre exaltare, băieții prezintă un nivel ușor mai scăzut decât fetele.

Indicatorul depresie, nesiguranță, proastă dispoziție generală, momente numeroase de epuizare, nemulțumire, anxietate, neliniște, ca și cum ar trebui să se întâmple ceva periculos, sentimente de gol interior și apatie, nemulțumire, este mai accentuat în cazul fetelor.

Emotivitatea, frustrarea, stări de iritabilitate, tensiuni, susceptibilitate, toleranță scăzută la frustrări, nerăbdare, neliniște, tendințe de iritabilitate urmate de agresivitate și furie, acțiuni și stări afective adesea violente sunt mai accentuate în cazul fetelor.

În același timp, fetele sunt mai sociabile, cu o tendință de a stabili contacte mai ușor, doresc cunoștințe și prieteni cât mai mulți, dau dovadă de vioiciune, activism, tendințe de a fi comunicativ, întreprinzătoare, vorbărețe și mult mai prompte în replici.

Inhibiția, tensiunea, timiditatea în relațiile curente, mai ales în colectivitate, dar și neplăcere și trac înainte de unele situații, emoții ce se manifestă fizic și aspecte vegetative, forță de acțiune redusă, nesiguranță în luarea de decizii, incapacitate de a duce la bun sfârșit cele propuse, iritare și teamă când este privit par să fie mai accentuate în cazul băieților.

Tendența de autocritică, uneori însoțită de atitudini dezinvolve este mai pronunțată în cazul fetelor, băieții au în schimb tendința de a ascunde mici slăbiciuni și defecte.

Fetele sunt, se pare, mai sociabile, cu o nevoie mai mare de contacte, au o conduită mai degajată, plăcere pentru divertisment și variație, tendințe spre activitate, dar, între timp, și o dispoziție mai labilă, dominant agresivă, tristețe multă și lipsă de vlagă, iritabilitate și vulnerabilitate la frustrări, tensiune permanentă, tendințe spre meditații și reverii inutile, sentimente de vinovăție, de multe ori cu dificultăți de contact, dar și sentimente de a fi fost greșit înțelese și chiar nedreptățite, uneori apatice.

Fetele au un comportament mai activ, mai optimist, întreprinzător, gata de acțiune, o atitudine mult mai masculină decât băieții.

Ambele sexe nu par să aibă tendințe de dominare, agresivitate crescută, în schimb au capacitatea de a-și impune interesele proprii, egocentrism, atitudini de suspiciune și de neîncredere în ceilalți, conduită și gândire autoritare.

Structura profilului consumatorului de droguri, pe cele cinci domenii ale testului, nu arată diferențe semnificative între băieți și fete și se structurează astfel:

– Primul domeniu este reprezentat de **separare și respingere** și constă în expectanța că nu vor fi satisfăcute nevoile de securitate, siguranță, îngrijire, empatie și acceptare. Sentimentul că cei apropiați nu vor putea să le ofere susținerea emoțională de care au nevoie, să-i protejeze, pentru că ei, la rândul lor sunt emoțional instabili, este prezent la ambele sexe.

Credința că, într-un final, tot vor fi înșelați, că ceilalți abuzează de ei, îi umilesc sau îi mint este mai accentuată în cazul băieților, iar sentimentul că nu sunt de valoare, nedorite sau incapabile de anumite aspecte importante ale vieții, mai accentuat la fete.

- Al doilea domeniu este cel al **slabei autonomii și performanțe** și se referă la propria capacitate de a supraviețui și funcționa independent, credința că suntem incapabili de a ne îndeplini bine responsabilitățile zilnice fără un sprijin considerabil din partea celorlalți, sentimentul de neajutorare se manifestă la ambele sexe.

- Blamarea de sine, convingerea că nu sunt capabili să facă ceva bine, că inevitabil vor greși, vor eșua în autorealizare, că au un statut social scăzut, mai puțin de succes ca ceilalți, este prezentă la ambele sexe.

- Al treilea domeniu conține scheme cu privire la **limite defectuoase** și constă în incapacitatea sau stabilirea cu deficiență a limitelor interne, a responsabilităților față de altul, a scopurilor pe termen lung. **Autocontrol / autodisciplină insuficientă** dificultatea de a fi controlat, disciplinat în obținerea scopurilor pare caracteristică mai degrabă băieților .

Dependența de alții este cel de-al patrulea domeniu, iar schemele componente constau în focalizarea excesivă pe satisfacerea dorințelor, nevoilor altora în detrimentul satisfacerii propriilor dorințe și nevoi, acest lucru realizându-se pentru a câștiga dragostea și aprobarea celor din jur.

- Supunerea excesivă controlului celorlalți, de obicei pentru a evita furia, părăsirea sau alte represalii, este o caracteristică a fetelor, iar căutarea exagerată a aprobării, recunoașterii sau atenției celorlalți, fapt ce împiedică dezvoltarea identității de sine, pare o caracteristică a băieților.

- Cel de al cincilea domeniu este dat de **hipervigilență și inhibiție** – sentimentele, impulsurile, alegerile spontane sunt împiedicate a se exprima, persoana nu-și rezervă dreptul de a fi fericit. Sănătatea, relațiile apropiate au de suferit în urma acestui

fapt. Aspectele negative ale vieții sunt exagerat conturate, subliniate, scoase la iveală, maximizate, în timp ce evenimentele optimiste sunt minimalizate, inhibarea acțiunilor, a sentimentelor, a comunicării spontane pentru a evita dezaprobarea celorlalți, sentimentul de rușine și de pierdere a controlului asupra propriilor impulsuri sunt caracteristice ambelor sexe.

Convingerea că oamenii ar trebui aspru criticați pentru greșelile lor, implică tendința de a fi furios, intolerant, punitiv și nerăbdător cu aceia care nu satisfac propriile noastre expectanțe sau standarde este mai accentuat în cazul băieților.

Nu există trăsături universal valabile care să diferențieze consumatorul de droguri de neconsumatori, și nici diferențe semnificative între băieți și fete. Putem, totuși, să subliniem anumite caracteristici care sunt mai des întâlnite la consumatori, așa cum rezultă și din cercetarea de față.

Un rol foarte important îl are familia de proveniență a consumatorului. Persoana care a crescut într-o familie disfuncțională sau chiar fără părinți poate, de asemenea, să apeleze mai des la consumul de substanțe. Îndepărtarea de familie, izolarea în special, poate să fie primul semn ce indică posibile probleme. Domeniul de activitate poate și el să predisună la consum de substanțe. Persoanele care nu au un orar bine delimitat și o activitate strict controlată, care au contact cu alcoolul sau drogurile în activitatea pe care o desfășoară, cele care au mult timp liber sunt mai frecvent consumatoare.

Școala, pentru un adolescent, poate să asiste la schimbările determinate de consumul de substanțe. Notele în scădere, absențele repetate și nemotivate, comportamentul agresiv sau, din contră, apatic, sunt tot atâtea elemente ce trebuie să dea de gândit. Dacă se ajunge în situații de abandon școlar sau de exmatriculare care pot fi asociate și cu alte elemente, se poate suspecta un abuz de substanțe. Apar și o serie de variabile psihologice caracteristice consumatorului. Printre cele mai evidențiate în cadrul interviului psihologic de evaluare regăsim:

un nivel scăzut de toleranță la frustrare, tendință de a evita problemele, indiferent de capacitatea reală de a le rezolva, modalitate de acțiune mai ales impulsivă, disponibilitate scăzută în amânarea gratificării, niveluri de aspirații și trebuințe inadecvate posibilităților, tendință la funcționare interpretativă, elemente depresive, nivel de autoconsiderație îndepărtat de realitate, spirit critic redus sau absent, nesiguranță de sine și inhibiție, dependență de ceilalți, stimă de sine scăzută, frică de durere și agresivitate, frică de succes, confuzie privind identitatea sau rolul social.

Adolescența este etapa conturării individualității și a începutului de stabilizare a personalității care marchează încheierea copilăriei și trecerea spre maturizare. Transformările fizice și psihice care apar în această perioadă, schimbările în atitudini și conduită fac din adolescență cea mai sensibilă fază a evoluției spre viața adultă. Ea se caracterizează nu numai prin multiplele învățături care ar trebui să-l pregătească pe tânăr pentru viața adultă, ci și prin aspirațiile, proiectele de viitor care dau un scop persoanei care va căuta mijloacele prin care să și le atingă. Adolescentul caută mijloace personale de a fi și de a apărea în ochii celorlalți. Îl interesează responsabilități în care să existe dificultăți de depășit pentru a-și măsura forțele. Ceea ce caracterizează adolescența este dorința de a deveni adult, de a-și organiza o viață independentă de cea a părinților, de a lua parte la activități sociale care să le permită adolescenților integrarea în societatea adulților.

S-a evidențiat în cadrul anamnezei că, pe lângă efectele pozitive pe care grupul din care face parte adolescentul le are asupra personalității acestuia, cum ar fi dezvoltarea unor trăsături și caracteristici de genul cinstei, loialității, prieteniei și responsabilității, grupul poate fi și sursa potențială a unor comportamente antisociale (consumul de substanțe periculoase, activități de tip delincvent: furturi, tâlhării). Schimbarea grupului de prieteni este un indicator ce trebuie luat în

considerare pentru identificarea consumatorului. Dacă acest nou grup de prieteni este ascuns de familie și cunoscuți, semnele de alarmă pot fi și mai clare.

O posibilă explicație a comportamentului adictiv pare să fie și frustrarea nevoilor, care survine atunci când copilul trăiește o carență a nevoilor, fundamentale în mediul său din perioada copilăriei timpurii: îi lipsesc elemente importante cum ar fi stabilitatea, înțelegerea sau dragostea, lucru ce favorizează achiziționarea schemelor cum ar fi cea de lipsă afectivă sau abandon.

Traumatizarea sau victimizarea, frecvente în cazul copilului consumator de droguri, duce la și dezvoltarea schemele de Neîncredere/Abuz, de Imperfecțiune /Rușine sau de Teamă de pericol sau de boală, așa cum apare și la subiecții din prezenta cercetare.

Printre factorii de risc care cresc vulnerabilitatea psihosocială a tânărului se află și excesul de satisfacere a nevoilor, copilul primește de la părinții săi un exces de lucruri bune, chiar dacă ar fi mai sănătos pentru el să le primească în cantitate mai moderată (care se regăsește în cazul consumatorilor de droguri) favorizează apariția schemelor de Dependență/Incompetență și de Drepturi Personale Exagerate /Grandoare, copilul este rareori maltratat; dimpotrivă, este mai degrabă răsfățat, îngrijit cu dragoste. Nevoile afective centrale ale copilului nu sunt satisfăcute; se dezvoltă schemele autonomiei și limitelor. În acest caz avem de-a face cu părinți care se implică prea mult în viața copilului, îl hiperprotejează sau, dimpotrivă, îi dau în exces libertate și autonomie, fără nicio limită.

Chiar și luând în considerare limitele eșantionului din prezenta cercetare, se poate creiona că personalitatea tânărului consumator este presărată cu scheme cognitive dezadaptative care împiedică procesul de recuperare. (Tomiță, M., Iridon, M., 2013)

6.2.4. „FRED GOES NET – intervenții timpurii pentru consumatorii de droguri care au fost identificați/depistați pentru prima oară” – un profil al consumatorului de droguri

Adolescența este o perioadă foarte sensibilă a vieții. Este o perioadă în care factorii de protecție și de risc, individuali și sociali, se dezvoltă, se manifestă și influențează semnificativ abilitatea persoanei de a se descurca mai târziu în viață. De asemenea, în adolescență se stabilește și comportamentul viitor legat de consumul de droguri legale și ilegale – dacă cineva rămâne abstinent, dacă va fi un consumator ocazional sau dacă va folosi drogurile ca și strategie de a face față anumitor situații.

Consumul de droguri joacă un rol semnificativ în societate, iar drogurile legale și ilegale sunt omniprezente. Tinerii sunt provocați de nevoia de a dezvolta propria lor atitudine față de consumul de droguri; de asemenea, ei au nevoie să învețe să fie responsabili în relația cu acestea. În general, responsabilitatea socială cere o atenție particulară față de tinerii consumatori de droguri. Cu cât mai repede se intervine asupra celor care au nevoie, cu atât mai mari sunt șansele exercitării unei influențe pozitive.

Notificarea în legătură cu consumul de droguri legale sau ilegale este considerată ca un semnal de alarmă că tinerii au nevoie de ajutor pentru a învăța cum să fie responsabili în legătură cu substanțele psihoactive. Oferirea de informații și a unei ocazii în care ei să se gândească critic la propriul consum este o altă modalitate de a extinde acest ajutor. Cursul FRED acționează și ca un cadru în care se încearcă identificarea celor care ar trebui să fie încurajați să caute ajutor adițional.

Intervenția timpurie răspunde strigătului de ajutor al tânărului și oferă suport specific. Scopul ei este de a stopa dezvoltarea consumului problematic de droguri. Intervenția timpurie este, astfel, o abordare promițătoare pentru reducerea

abuzului și dependenței de droguri. FRED se bazează pe ideea că notificarea ar trebui să atragă și un răspuns. În acest caz, răspunsul este o intervenție legată de sănătate.

Tinerii consumatori de droguri care au fost referiți la cursurile FRED de pe raza județului Timiș provin din medii școlare diferite. În majoritatea cazurilor, tânărul a lua legătura prin intermediul psihologului școlar. Un obiectiv cheie al interviului inițial este obținerea unei „schimbări în atitudinea tânărului”.

Cursul a avut durata de opt ore și a acoperit următoarele subiecte: cunoașterea efectelor și riscurilor diferitelor substanțe și a aspectelor legale; reflectarea asupra modelelor personale de consum de droguri și a motivelor pentru consum; sfaturi practice pentru limitarea consumului și renunțarea la consumul de droguri; informații despre serviciile de asistență. Aceste subiecte au fost dezvoltate interactiv, împreună cu participanții la curs. Cursul s-a desfășurat pe baza manualului pus la dispoziție de specialiștii Agenției Naționale Antidrog. Ca și regulă generală, la fiecare curs au participat între 5 și 11 tineri, iar cursul a fost condus de doi traineri.

În general, cursurile au fost susținute pe fondul unor colaborări vechi și bune cu anumite unități școlare. În mod deosebit, a fost raportată îmbunătățirea colaborării cu Inspectoratele Școlare Județene și Centrele Județene de Resurse și Asistență Educațională. S-a colaborat bine mai ales cu psihologii școlari, deoarece FRED a acoperit o arie a intervenției în mediul școlar pentru care nu existau servicii, și anume, depistarea tinerilor consumatori și intervenția timpurie. Proiectul a venit în sprijinul psihologilor școlari care deja aveau în consiliere elevi consumatori de droguri. La nivelul școlilor partenere, proiectul a fost apreciat pentru noutatea de abordare a problematicii fenomenului drogurilor, chiar dacă au existat cazuri în care cadrele didactice au fost mai rezervate în a afirma

existența consumului de droguri în rândul elevilor (a fost mai ușor să se accepte consumul de alcool și etnobotanice).

Profilul beneficiarului FRED – Având în vedere cele prezentate în capitolele anterioare, putem creiona profilul beneficiarului proiectului FRED, de la Timișoara, trăsăturile semnificative fiind deduse din interviul inițial și final, dar și din modalitatea de comportare pe durata celor 8 ore de intervenție de grup:

- Vârsta medie 14 ani (de la 12 ani – la 19 ani), respectiv de la clasa a VII-a la clasa a XII-a;

- Sexul predominant masculin (3 beneficiari de sex feminin și 43 de sex masculin);

- Consumul de drog apare în general ca o încercare de a depăși starea de depresie și insecuritatea personală.

- Structură labilă și vulnerabilă care găsește în consumul de droguri un refugiu, o pseudomodalitate de a-și asigura confortul psihoafectiv, treceri bruște de la o stare afectivă la alta;

- Predomină, la cei 46 de beneficiari, lipsa de încredere în sine, impulsivitatea și intoleranța la frustrare, dar și o imagine de sine distorsionată (fie în sensul narcisismului, fie în acela al autodeprecierii);

- Are tentința de a încălca în mod repetat normele sociale (de la absenteism școlar la consum de tutun etc.).

- Consumul de drog a întrerupt comunicarea cu lumea, beneficiarul a triat grupul de prieteni și a ales să întrețină relații doar cu cei care fac parte din grupul său și care consideră că îl pot înțelege și îl acceptă necondiționat;

- Are sentimentul că este altfel decât ceilalți, manifestă ambivalență în limbaj, atitudine și, uneori, un comportament duplicitar, are un nivel ridicat de suspiciune (în special față de discuțiile din cadrul grupului, dar și de efectele pe care le va resimți în urma participării la cursul FRED – în special din partea școlii);

– Se teme de reacția celor din jur, de retragerea suportului afectiv al acestora, și preferă să țină „secretă preocuparea“, în special față de părinți (motiv pentru care au apărut dificultăți în obținerea acordului scris din partea părintelui, iar pentru cei care au venit cu acest acord, a rămas incertitudinea că este, cu realitate, semnătura părintelui);

– Apreciază că responsabilitatea pentru debutul consumului de droguri este a societății, și atribuie „vina“, rând pe rând, cauzelor psihologice, factorului economic, condițiilor precare ale existenței, presiunea grupului, curiozitatea, ignoranța;

– Contextul social, grupul de prieteni a fost un factor important în debutul consumului de drog, pentru ca ulterior, drogul să facă obiectul preocupărilor comune al mai multor indivizi. Chiar dacă au și prieteni care nu consumă droguri, aceștia din urmă îi induc sentimente de culpabilitate sau de rușine, care nu fac decât să accentueze cercul vicios al consumului de drog.

– Focus grupul, alcătuit din 10 specialiști (psihologi, asistenți sociali, voluntari antidrog seniori, implicați în activități specifice de prevenire și asistență integrată a consumatorilor de droguri, de pe raza județului Timiș), a realizat prezentarea detaliată a proiectului FRED, dar și evaluarea modalității de implementare a acestuia, la nivelul județului Timiș.

– Specialiștii implicați în focus grupul organizat la Timișoara în luna februarie 2012, au apreciat ca fiind important acest gen de proiecte de prevenire ținute pe un grup aparte, acela de persoane aflate în etapa de consum, și au susținut ideea realizării unor astfel de activități de prevenire și asistență integrată constante și continue, în sensul de a avea o coerență a activităților desfășurate.

– S-a apreciat că proiectul FRED acoperă o arie pentru care nu erau servicii, în sensul că, de foarte multe ori, în timpul activităților de prevenire în mediul școlar sunt depistați

consumatori de droguri, dar care nu doreau să acceseze servicii de consiliere. Proiectul FRED este văzut ca un concept eficient în ceea ce privește accesarea serviciilor de către tinerii consumatori, unul care să îi ferească de prejudecățile, etichetarea și consecințele pe care le conține, pentru mulți dintre ei, cuvântul terapie.

- O altă concluzie a grupului de specialiști a evidențiat că proiectul FRED este un proiect bun, nu neapărat conceptul, cât conținutul, modalitățile de derulare, confidențialitatea datelor participanților și faptul că nu presupune abținerea, și mai ales, pentru că utilizează metode de responsabilizare-conștientizare non-directive și motivează tinerii în vederea schimbării atitudinilor.

- Rămâne în discuție, din perspectiva grupului de specialiști, modalitatea de deferire și selecție a beneficiarilor proiectului FRED, motivația de participare, dar mai ales problema acordului scris al părintelui.

- În privința copiilor care fac parte din familii dezorganizate ori care au părinți dependenți de alcool sau alte substanțe sau a celor care nu doresc să-și informeze părintele de consumul de droguri să existe posibilitatea implicării lor în proiect, fără un acord scris din partea părintelui.

- Fie că a fost vorba de beneficiarii direcți sau de specialiștii care au făcut o evaluare a proiectului FRED, a modalității în care s-a reușit implementarea lui, la nivelul județului Timiș, în anul 2011, concluziile ambelor grupe au mers spre ideea că acest concept este eficient și că rezultatele obținute, cel puțin pe termen scurt, sunt extrem de bune.

- Proiectului FRED trebuie continuat și trebuie dezvoltate mai multe proiecte de acest gen, pentru că este unul dintre cele mai interesante concepte, fiind extrem de convingător pentru consumatorul începător. Este un proiect care pe lângă partea de intervenție duce la acumularea de cunoștințe noi despre grupul țintă și fenomenul consumului de droguri la nivel local (tipuri

de droguri și de consum, locuri etc.), și, în același timp, facilitează contactul direct cu tinerii consumatori și duce la înțelegerea mai bună a celor care sunt la începutul dependenței.

– Putem privi proiectul FRED ca pe un proiect de dezvoltare și optimizare personală, adresat adolescenților care sprijină formarea și exersarea tehnicilor non-directive, îmbunătățirea abilităților de comunicare și rezolvare a unor probleme. (Tomiță, M., Iridon, M., 2012)

În loc de concluzii

Cercetările psihologice în domeniul drogurilor au cunoscut o dezvoltare importantă în ultimii 20 de ani. S-a observat că mai multe trăsături de personalitate sunt asociate cu consumul/abuzul de droguri, având astfel o utilitate predictivă crescută în cercetările psihologice, în domeniul drogurilor.

Demersurile realizate prin cercetare, pentru determinarea principalelor trăsături de personalitate care sunt corelate cu consumul de droguri, au condus la identificarea constructului general de dezinhibiție, ca dimensiune importantă a personalității relaționate cu abuzul de droguri. Căutarea de senzații și impulsivitatea, doi indicatori similari ai acestui construct, par a fi trăsăturile de personalitate care permit cel mai bine prognosticarea patternurilor de consum în funcție de diferitele clase de droguri.

Studii recente au arătat că anumite trăsături de personalitate preced apariția consumului de droguri, arătând că, cel puțin pentru unele clase de droguri, trăsăturile de personalitate pot avea valoare predictivă, acționând ca factor predispozant pentru abuzul de substanțe.

Unele cercetări evidențiază, de asemenea, posibilitatea de apariție a unui efect interactiv între abuzul de droguri și trăsături specifice de personalitate, arătând că aceste caracteristici de personalitate și consumul de substanțe se influențează reciproc.

Deși reduse numeric, cercetările asupra relației dintre trăsăturile de personalitate și tulburările de personalitate în abuzul de droguri au arătat că anumite caracteristici ale personalității (de exemplu, căutarea de senzații) sunt asociate cu condiții psihiatrice. Mai mult, unele cercetări au sugerat recent că personalitatea poate acționa ca factor predispozant, independent de condițiile psihiatrice de comorbiditate.

Totuși, puține studii au fost efectuate pentru a determina dacă factorii de personalitate influențează comportamentul de o manieră directă sau indirectă. Unii cercetători avansează ideea că un efect direct este posibil pentru trăsăturile de personalitate care comportă o bază biologică (cum ar fi impulsivitatea).

Conform unei alte ipoteze, trăsăturile de personalitate ar putea avea un impact asupra toxicomaniei prin intermediul influențelor ambientale și a celor care privesc așteptările.

Pare, în mod clar, necesar să se testeze modele integrate care să încorporeze, în același timp, trăsături de personalitate și sisteme cognitive – cum ar fi așteptările – pentru a evalua influențele cumulative și interactive ale acestor sisteme asupra toxicomaniei.

Alte studii longitudinale sunt, deci, necesare pentru a defini mai bine relația între personalitate și așteptările în domeniul toxicomaniei.

Relația între comorbiditate și dependența de un drog face acum obiectul unui consens foarte larg, dar problema generală a relației de cauzalitate între patologiile personalității și toxicomanie nu s-a bucurat de o atenție suficientă. Astfel, deși comorbiditatea diferitelor boli psihiatrice cu toxicomania este cunoscută, nu știm încă nimic în legătură cu mecanismele prin care aceste influențe se concretizează.

Se știe, de altfel, și mai puțin dacă stările comorbide apar simultan sau succesiv, sau chiar, dacă psihopatologiile personalității și toxicomania nu sunt legate de un al treilea factor care ar putea fi o predispoziție genetică. Datele empirice în

sprijinul ipotezei automedicației sau chiar al opiniei potrivit căreia toxicomania cronică ar putea contribui la dezvoltarea diferitelor tipuri de psihopatologii sunt insuficiente pentru a permite niște concluzii.

În fine, de puțină vreme cercetarea se interesează de factorii care servesc drept intermediari în relația între trăsăturile de personalitate și maladiile psihiatrice care au un înalt nivel de comorbiditate cu toxicomania. Așa cum s-a demonstrat mai sus, puține studii, de exemplu, au examinat în mod sistematic relațiile între căutarea senzațiilor sau impulsivitatea și toxicomania la persoanele care prezintă diferite tipuri de psihopatologii.

Bibliografie

1. A. Porot, M. Porot, *Toxicomaniile*, Editura Științifică, București, 1999;
2. Abraham, Pavel (coord.) (2005) – *Prevalența consumului de droguri în România – Studiu în populația generală* – 2004, Agenția Națională Antidrog, România;
3. Abraham, Pavel (coord.) – *Repere științifice ale consumului de droguri în societatea românească*, Ed. Napoca Star, Cluj-Napoca, 2008;
4. Abraham, Pavel (coord.), Cicu, Gabriel, Podaru, Dana, Moldovan, Ana Maria, *Prevenirea și consilierea antidrog*, Ed. Ministerului Administrației și Internelor, București, 2004;
5. Abraham, Pavel, Baconi, Daniela, Bălălaşu Dan, *Abuzul și toxicodependența. Mecanisme, manifestări, tratament, legislație*, Ed. Medicală, București, 2008;
6. Abraham Pavel (coord.), *Ghid de prevenire a consumului de droguri în rândul adolescenților și tinerilor*, Editura Detectiv, București, 2007;

7. Ana Stoica Constantin și Ticu Constantin, *Consumul de droguri la adolescenți (studiu comparativ realizat în România și Republica Moldova)* în Gilles, Ferreol – coord. – *Adolescenții și toxicomania*, Iași, Polirom, 2000;
8. Angel, P., Richard, D., Valeur, M., *Toxicomanies*, Editure Masson, Paris, 2000;
9. Ross, C., *Copiii noștrii și drogurile*, Editura Curtea Veche, București, 2002;
10. Covrig, Carmen, Zichil, Gelu, Turcu, Iustinian, Chiriță, Roxana, Lăzărescu, Mircea, Chiriță, Vasile, *Calitatea vieții în psihiatrie*, Editura Vicovia, Bacău, 2006;
11. Daniel, David, *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*, Editura Polirom, Iași, 2006;
12. Debarbieux, E., *La violence en milieu scolaire*, vol I, ESF, Paris, 1996;
13. Ferreol, G., *Adolescenții și toxicomania*, Editura Polirom, Iași, 2000;
14. Golu, M., *Particularități ale integrării la nivel psihic în: „Aurele corpurilor. Interfețe cu cosmosul.”* Volum coordonat de Guja Cornelia, Iași, Editura Polirom, 2000;
15. Holdevici, I., *Psihoterapia cognitiv comportamentală în tulburările de personalitate*, pp 563-705. *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală*, Editura Trei, București, 2009;
16. Hudîțean, A., *Devianța comportamentală la elevi*, Psihomedica, Sibiu, 2002;
17. Ionescu, S., coordonator, *Tratat de reziliență asistată*, Editura Trei, București, 2013;
18. Beck, Judith, *Psihoterapie cognitivă – fundamente și perspective*, Editura RTS, Cluj, 2010;
19. Miftode, V., *Populații vulnerabile și fenomene de automarginalizare*, Editura Lumen, Iași, 2002;
20. Mitrofan, N., *Agresivitatea*, în Neculau, A. (coord.), *Psihologie socială*, Ed. Polirom , Iași, 1996;

21. Neamțu, C., *Devianța școlară*, Editura Polirom, Iași, 2003;
22. Neculau, A., *Psihologie sociala. Aspecte contemporane*, Editura Polirom, Iași, 1996;
23. Nireștean, Aurel (2006) *Tulburările de personalitate – repere manageriale*, pp 59-63.
24. Nireștean, Aurel, Lăzărescu Mircea, *Tulburările de personalitate*, Editura Polirom, Iași, 2007;
25. Păun, E., *Școala. Abordare sociopsihopedagogică*, Editura Polirom, Iași, 1999;
26. Fontaine, Philippe, Fontaine-Buffe Maryse, *Depresia și terapia centrată pe scheme*, Editura Polirom, 2008.
27. Fontaine, Philippe, Fontaine, Ovide, *Ghid clinic de terapie comportamentală și cognitivă*, Editura Polirom, Iași, 2008;
28. Preda, M., Jderu, G., Mihai, I-A, *Consumul de droguri în rândul tinerilor din România, Raport de cercetare Salvați Copiii*, București, 2005;
29. Prelipceanu, D., Voicu, V. (coord.), *Abuzul și dependența de substanțe psihoactive*, Editura Infomedica, București, 2004;
30. Radu, I. (coord.), *Psihologie socială*, Editura Exe , Cluj-Napoca, 1994;
31. Rășcanu, R., Zivari, M, *Psihologie și psihopatologie în dependența de drog*, Editura Ars Docendi, București, 2002,
32. Salavastru, D., *Violența în mediul școlar*, în Ferreol, G., Neculau, A. (coord.), *Violenta în mediul școlar*, Editura Polirom, Iași, 2003;
33. Șchiopu, Z., Verza, E., *Psihologia vârstelor, EDP, București, 1995;*
34. Simache, D., *Fenomene de marginalizare și excludere în rândul tinerilor consumatori de droguri*, Raport de cercetare ANSIT, București, 2007;
35. Tomiță, M., Iridon, M., *Fred Goes Net – Intervenții timpurii pentru consumatorii de droguri care au fost identificați/depistați pentru prima oară*, în Conference Proceedings, International Conference SPECTO 2012, Violence among

- adolescents, May 2012, Timișoara, România, editor M. Tomiță, Editura Medimond, Bologna, Italy, 2012;
36. Tomiță, M., Iridon, M., Șleam, A., Gavrilescu, V., Zamoșteanu, A., *Percepția adolescentului cu referire la relația dintre consumul de droguri și violența școlară*, în Conference Proceedings, International Conference SPECTO 2012, Violence among adolescents, May 2012, Timișoara, România, editor M. Tomiță, Editura Medimond, Bologna, Italy, 2012;
37. Tomiță, M., Iridon, M., *Vulnerabilitatea psiho-socială a consumatorului de droguri prin prisma schemelor cognitive dezadaptative*, în Conference Proceedings, International Conference SPECTO 2013, Social control and vulnerable groups, April 2013, Timișoara, România, editor M. Tomiță, Editura Medimond, Bologna, Italy, 2013, p. 571-577;
38. www.edu.ro;
39. www.osce.org/hcnm;
40. <http://anitp.mai.gov.ro/ro/trafic/aspecte.php>.