Universitatea Bucuresti

Facultatea de Sociologie si Asistenta Sociala

Rezumat teză doctorat
„Metode şi tehnici de reabilitare şi reinserție socială a femeilor toxicodependente”

Coordonator:
Prof. Univ. Dr. Abraham Pavel

Doctorand:
Padurariu (Duta) Adina

Lucrarea este structurată în patru capitole, care tratează subiectul metode şi tehnici de asistare a toxicodependentelor, din prisma următoarelor abordări: teoretică şi practică la nivel bio-psiho-social.

Partea teoretică tratează geneza şi contextul socio-juridic de organizare şi funcționare a sistemului de servicii bio-psiho-sociale acordate consumatoarelor de droguri ilegale, cât şi trăsăturile definitorii ale circuitului terapeutic integrat de asistare a persoanelor consumatoare de droguri ilegale în România.

Este surprinsă din introducere abordarea internațională a fenomenului consumului de substanțe, privind legislația în domeniul toxicodependențelor şi instoricul interzicerii comerțului şi consumului substanțelor cu efecte negative asupra sănătății, prin percizarea perspectivei Națiunilor Unite în domeniu.

A fost avută în vedere analiza sub diverse aspecte (clasificare, efecte, raportare la consum) a substanțelor considerate ilegale la nivel internațional şi s-a continuat cu analiza legislativă şi instituțională din societatea românească cu privire la fenomenul consumului de droguri. Este scos în evidență faptul că accentul reacției sociale era axat, în 2003, în principal pe combaterea fenomenului consumului de droguri şi numai în subsidiar pe tratamentul acordat consumatorilor de droguri. În acest context, în 26 iunie 2003, a fost înființată Agenția Națională Antidrog, ca organ de specialitate cu personalitate juridică, în cadrul Ministerului Internelor şi Reformei Administrative, ca exprimare instituțională concretă a alinierii la standardele structurilor similare din statele membre ale Uniunii Europene.

Sunt surprinse momentele în care au fost adoptate cele mai importante acte legislative. Spre exemplu, la începutul anului 2005, prin adoptarea Strategiei naționale antidrog 2005-2012 şi, ulterior, a Planului de acțiune pentru implementarea sa în perioada 2005-2008, Guvernul României şi-a asumat lupta împotriva traficului şi consumului de droguri ca o prioritate, adoptând o abordare coordonată şi multisectorială a politicii de răspuns la fenomenul drogurilor la nivel național. Din anul 2005 şi până în prezent, au fost elaborate peste 40 de acte normative de nivel superior (legi, ordonanțe sau hotărâri ale Guvernului) sau de niveluri secundare, ordine sau decizii ale conducătorilor instituțiilor cu atribuții în domeniu, atât în domeniul reducerii cererii, cât şi a ofertei de droguri.

Adoptarea de către Parlamentul României a Legii nr. 522/2004 pentru modificarea şi completarea Legii nr. 143/2000 privind combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri a

adus o serie de modificări importante, prin care se creează practic un cadru inovator în România de adoptare a principiilor justiției terapeutice.

Fundamentul conceptual al acestei legi se regăseşte în crearea unei proceduri derogatorii de la normele dreptului comun, prin alternativa oferită infractorului cercetat pentru comiterea infracțiunii denumite generic deținere de droguri pentru consum propriu de a fi inclus într-un program integrat de asistență medicală, psihologică şi socială, pe baza unei evaluări realizate de un manager de caz, la finele căruia instanțele de judecată pot dispune amânarea aplicării pedepsei sau renunțarea la pedeapsă.

S-au descris în detaliu ariile de intervenție în domeniul toxicodependenței: prevenirea consumului de droguri, intervenția timpurie, harm reduction (cu precizarea specificului serviciilor de outreach destinate femeilor consumatoare de droguri), rețeaua de tratament (cu descierea rolului medicului primar, a medicului psihiatru în dezintoxicare) şi serviciile de postcură. Sunt abordate de asemenea aspectele reabilitării sociale şi ale reinserției profesionale, de importanță majoră pentru reintegrarea toxicodependentelor.

Este analizată crearea şi implementarea "lanțului terapeutic" sau a sistemului de asistență integrată pentru consumatorii de droguri.

Prevenirea consumului de droguri este privită din perpectiva opusă simplei imformări. Deşi informarea în sine reprezintă un element important al intervenției preventive în mediul şcolar, pentru ca aceasta să îşi atingă scopurile este necesar să fie luate în considerație deprinderile, abilitățile şi atitudinile sociale care concură la întărirea factorilor de protecție individuali şi interpersonali în consumul de droguri. În acest sens, în cadrul activităților de prevenire a consumului de droguri, elevul poate fi educat pentru:

- împărtăşirea experienței personale sau de grup
- formarea abilităților de gândire independentă şi critică
- dezvoltarea capacității de empatizare, a competenței de relaționare interpersonală şi a atitudinilor pro-sociale
- creşterea capacității de autoexprimare emoțională
- îmbunătățirea autocontrolului
- dezvoltarea atitudinilor pozitive față de sănătate şi contrare consumului de droguri
- dezvoltarea abilităților şi resurselor personale
- întărirea respectului de sine

dezvoltarea abilităților de comunicare şi comportament asertiv.

Intervenția timpurie presupune atât identificarea persoanelor cu probleme legate de consumul de droguri, cât şi asigurarea unor activități specifice de intervenție menite să

înlăture potențialele obstacole către serviciile de specialitate. Furnizorii de servicii sociale şi de sănătate sunt în postura unică de a aplica strategiile de intervenție timpurie. Acestea includ:
- screening (evaluare inițială)
- identificarea problemelor generate de consumul de droguri
- diseminarea informațiilor educaționale
- trimiterile medicale
- oferirea de consiliere şi coordonarea trimiterilor către serviciile corespunzătoare de suport şi tratament.

Intervenția timpurie reprezintă un segment de intervenție în domeniul adicțiilor nefructificat pe deplin în România.

Harm reduction (reducerea riscurilor asociate consumului de droguri) este o abordare de sănătate publică a consumului de droguri şi se concentrează mai mult pe reducerea consecințelor nefavorabile (negative) ale consumului de droguri, decât pe eliminarea consumului sau pe abstinență.

Scopul principal al programelor de schimb de ace şi seringi este acela de a preveni transmiterea HIV/SIDA şi a altor infecții în rândul consumatorilor de droguri injectabile prin folosirea în comun a echipamentului de injectare.

Spectrul reducerii riscurilor acoperă mai multe arii, care sunt:

a) intervenții de prevenire a HIV/ SIDA;

b) un tratament mai înțelegător față de consumul de drog (tratament orientat spre abstinență şi tratamentul de substituție);

c) managementul consumului de drog;

d) advocacy pentru schimbări în politicile privind drogurile.

Serviciile de reducerea riscurilor legate de consumul de droguri sunt aprobate în România prin Ordinul nr. 187 din 19 martie 2002 pentru definirea tipurilor de unități medicale ce pot fi abilitate să asigure asistență medicală persoanelor dependente de droguri, precum şi a organizațiilor neguvernamentale ce pot fi abilitate să desfăşoare activități de prevenire a transmiterii microorganismelor patogene pe cale sanguină în rândul consumatorilor de droguri injectabile.

Serviciile de harm reduction descrise în lucrare sunt următoarele:

- vânzare liberă de seringi în farmacii
- programul de schimb de seringi cu unitatea mobilă/ outreach
- distribuitoarele automate de seringi
- buticurile/ centre fixe de schimb de seringi

- intervențiile în mediul festiv (discoteci, cluburi, rave-parties, festivaluri)
- unitatea mobilă cu distribuire de metadonă
- tratamentele de substituție
- sălile de consum controlat (camere de injectare)
- specificul serviciilor de outreach destinate femeilor consumatoare de droguri.

Este prezentată rețeaua de tratament în cazul dependențelor de substanțe ilegale. Asigurarea accesului universal al consumatorilor de droguri la serviciile de asistență medicală, psihologică şi socială a constituit unul dintre principalele obiective ale demersurilor Agenției Naționale Antidrog, atât în plan legislativ, cât şi în ceea ce priveşte transpunerea dispozițiile legale în programele naționale în domeniu. Se doreşte asigurarea aceloraşi servicii de tratament şi în comunitate şi în mediul carceral.

Medicul de familie poate asista consumatorul de substanțe psihoactive prin:

a) informare/ educare
b) consiliere
c) tratament medical
d) emitere de adeverințe/ scrisori medicale.

Detoxifierea vizează în principiu doar tratarea dependenței fizice, dar poate constitui un moment propice pentru creşterea motivației toxicodependentului pentru menținerea abstinenței după externare. O posibilă opțiune la externarea dintr-o secție de dezintoxicare este accesarea unei comunități terapeutice.

Tratamentul de dezintoxicare, una dintre formele de asistență medicală oferită toxicodependeților, poate fi aplicat simptomatic sau substitutiv, în mediu intraspitalicesc.

Tratamentul de substituție reprezintă modalitatea de tratament neurobiologic al unui subiect farmacodependent, ce se bazează pe administratea unei substanțe cu o activitate farmacologică similară celei a drogului adictiv. Prevenind simptomatologia psihică şi fizică a sevrajului, substituția vizează să stabilizeze consumul de droguri ilegale injectabile (heroină) sau, cel puțin, să-l diminueze, să insereze pacientul într-un program de îngrijiri psihice şi somatice, şi mai ales să instituie o susținere psihologică şi socială suficientă pentru ca acesta să nu repete utilizarea drogurilor pe durata tratamentului, care de multe ori este foarte lungă. Obiectivul trebuie să rămână elaborarea unui proiect de viață, din care dependența de drog este exclusă.

Serviciile de postcură cuprind următoarele:

- centre de zi (ambulatoriu)
- locuințe protejate

- spital/ comunitate terapeutică.

Comunitatea terapeutică pentru tratamentul consumului şi dependenței de droguri există de aproximativ 50 de ani. În general, comunitățile terapeutice sunt structuri rezidențiale ce promovează abstinența totală şi utilizează un model ierarhic şi terapeutic multistadial, fiecare stadiu reflectând nivelul tot mai ridicat al responsabilității personale şi sociale.

Componentele de bază ale modelului general de comunitate terapeutică:

- separarea de comunitate;
- mediul (intern al) comunității;
- activitățile comunitare;
- funcțiile şi rolurile personalului;
- educatorii, ca modele în cadrul comunității terapeutice;
- programe structurate;
- formatul unei faze din program;
- munca – formă de terapie şi educație.

Prevenirea marginalizării sociale a persoanelor dependente de droguri presupune din partea comunității un proces de resocializare care constă într-un fenomen de abandonare a unor convingeri şi atitudini anterioare de stigmatizare şi excluziune socială a toxicodependentului şi de învățare şi adoptare de noi concepții şi comportamente în ceea ce priveşte percepția consumatorului de droguri în cadrul comunității.

În vederea realizării unui climat social care să împiedice stigmatizarea şi marginalizarea persoanelor afectate de consumul de droguri, este necesar ca societatea în ansamblul său să promoveze o atitudine de toleranță în ceea ce îl priveşte pe consumator, considerându-l prin urmare ca fiind o persoană nestigmatizată, ale cărei probleme se pot rezolva nu prin izolarea de comunitate, ci prin includerea în aceasta.

Reinserția profesională este o măsură fundamentată şi eficace care dă consumatorilor de droguri posibilitatea de a ocupa un loc de muncă stabil în sânul societății şi de a face parte integrantă din aceasta. Programele de reinserție profesională cuprind evaluarea nevoilor profesionale individuale, asistarea şi orientarea, dezvoltarea competențelor şi plasarea pe piața muncii.

Sunt prezentate succint tendințele socio-juridice ale contextelor european şi românesc în domeniul consumului de droguri, din punct de vedere a prevenirii consumului de droguri, a serviciilor de reducerea riscurilor legate de consumul de droguri, a accesării serviciilor de tratament adresate toxicodependeților, a situației epidemiologice a toxicodependenților, a

consumatorilor de droguri ilegale din sistemul juridic, cu accent pe situația consumatorelor de substanțe ilegale.

In partea a doua, ținând cont de faptul că cercetarea vizează situația asistării sociale a toxicodependetelor din România, s-a avut în vedere analiza trăsăturilor definitorii ale circuitului terapeutic integrat de asistare a persoanelor consumatoare de droguri ilegale în România (perspectivele biologică şi asistarea medicală, psihologică şi asistarea psihologică, sociologică şi asistarea socială şi cea juridică).

Circuitul terapeutic integrat presupune un sistem de servicii dezvoltate pentru a asigura asistarea consumatorilor de droguri la toate nivelele schimbării, conform etapelor teoretizate de Prochaska şi DiClemente. Pentru a avea caracter integrat, aceste servicii trebuie să comunice între ele, facilitând astfel accesul toxicomanilor. Astfel, acest circuit terapeutic integrat cuprinde toate serviciile descrise în primul capitol (prevenire, intervenție timpurie, reducerea riscurilor legate de consumul de droguri, dezintoxicare, tratament cu agonişti şi antagonişti, postcură, comunitate terapeutică, cât şi alte servicii care pot susține atingerea obiectivelor serviciilor enumerate), coordonate şi monitorizate de o autoritate în domeniu, care fixează împreună cu acestea şi cadrul juridic de funcționare.

O echipă multidisciplinară este crucială în asistare când vrem să ajungem la o imagine de ansamblu asupra condițiilor cuiva.

O tânără care consumă droguri are poate o problemă cu feminitatea sa, cu imaginea sa de sine şi cu relația sa cu ceilalți. Dând o semnificație non-patologică unui comportament, am putea ajuta la construcția sau la reconstrucția unei identități sociale, sexuale şi personale.

Femeile se caracterizează printr-o mai mică încredere în ele. Cu atât mai mult cele care încep să consume droguri şi găsesc în acestea o uşurare a suferințelor lor psihice, sunt mai susceptibile să continue consumul. Fragilizate, ele se vor proteja mai puțin, dar paralel cu această fragilitate psihologică (şi de ce nu şi genetică) traiectoriile de viață a femeilor în tratament au demonstrat că angajarea în consum se construieşte în urma unei înlănțuiri de evenimente sau de crize: despărțire de partener, pierderea locului de muncă, accidente, boli ...

În plus situațiile de consum de droguri în rândul femeilor apar mai ales în mediul urban, care are caracteristicile lui, cu precădere în ziua de azi când în mediul urban persoanele se simt din ce în ce mai singure, cu relații slăbite cu familia şi cu cele mai multe griji pentru păstrarea unui loc de muncă.

Femeile care consumă droguri nu sunt toate nişte victime. În ciuda a toate, ele sunt mai numeroase a fi inițiate de un partener decât de un grup de egali. Sunt mai puțin numeroase cele care trec de la consumul recreativ la consumul nociv, dar şi când trec, consecințele sunt mai grave decât la băieți. De ce unele trec la un consum abuziv şi altele nu? Conform unui raport publicat de experții elvețieni, între 40 şi 70 % dintre consumatoarele în

tratament au suferit violuri sau violenţe în cursul copilăriei sau adolescenţei, substanţele având astfel un efect de retuşare (completare). Un alt risc reiese din faptul că femeile nu au aceleaşi resurse ca şi bărbaţii pentru a-şi procura drogurile; violenţa care regizează traficul nu le lasă decât o soluţie, prostituţia.

Pentru moment, se pune accent, în ceea ce priveşte asistarea consumatoarelor, pe preluarea acestora în tratament substitutiv, cu prioritate, în cazul în care sunt însărcinate şi doresc să păstreze sarcina. Dar şi aşa, nu sunt dezvoltate câteva protocoale clare de lucru în acest sens, în România.

Dezvoltarea serviciilor destinate femeilor consumatoare de droguri este, din 2007, una dintre priorităţile comunităţii europene. Ea reiese din raportul anual 2006 al Observatorului european de droguri care constată insuficienţa ofertei de servicii pentru femei în Europa.

După renunţarea la heroină (de obicei, prin începerea unui tratament), fostul consumator începe să simtă toate aspectele disfuncţionale ale organismului său, neglijat în perioada de consum. Durerile, ascunse de puternicul efect analgezic al heroinei înainte, sunt resimţite brusc acum, cu atât mai mult cu cât persoana s-a dezobişnuit să simtă durere. În plus, psihologic vorbind, durerile sunt resimţite cu atât mai acut, cu cât inconştient acestea se cumulează cu celelalte motive specifice condiţiei de dependenţă, care înclină balanţa în direcţia reluării consumului. Rolul medicului este în acest caz, tratarea suferinţelor fizice. Reducerea rapidă a durerilor ar putea schimba echilibrul balanţei interioare a persoanei dependente.

Conform „Dicţionarul de droguri, toxicomanii şi dependenţe” (2007), analizelor Grupului Pompipou (1997), dr. Mihaela Roşca (2010) şi De Bruin, Van Putten (2002), utilizarea şi abuzul de substanţe psihoactive – legale sau nu – constituie factori de risc, capabili să perturbe cursul sarcinii, să aibă un impact negativ asupra dezvoltării fetale, să modifice evoluţia psihomotorie a nou-născutului şi, ulterior, a copilului.

Femeile utilizatoare de droguri sau dependente sunt, în marea lor majoritate, la vârsta procreării. Sarcinile lor sunt adesea descoperite cu întârziere, din cauza unor tulburări de ciclu şi unei frecvente negări de ordin psihologic. Supravegherea medicală a sarcinii poate să aibă de suferit. Consumul de droguri expune la dereglări hormonale (amenoreea sau oligomenoreea sunt cvasiprezente la heroinomane), ciclurile devin neregulate şi condiţiile de viaţă legate de utilizările repetate ale drogurilor conduc cu greu femeile la o supraveghere ginecologică regulată, cu instituirea unei contracepţii.

Transmiterea HIV, pentru un toxicoman, nu se limitează la chestiunea seringilor, cum subliniază Anne Coppel. Toxicomanii au, ca fiecare persoană, o sexualitate şi, în plus, un

număr dintre ei şi dintre ele sunt constrânşi să se prostitueze pentru a-şi putea plăti dozele. Această ultimă categorie, a tinerelor fragilizate, sunt expuse unui triplu risc de infectare cu HIV: prin seringi, prin sex, datorită situației de precaritate care o împinge spre prostituție.

Dezintoxicarea reprezintă managementul sevrajului la pacienții dependenți având scopul declarat de a reduce intensitatea simptomelor (în cazul sevrajului la opiacee, viața nu este pusă în pericol). Conform dr. Lucian Vasilescu şi dr. Gabriel Cicu, există variate posibilități de detoxifiere la opiacee: cu pacientul internat în secție închisă sau ambulator, cu sau fără tratament, folosind medicație substitutivă sau nonsubstitutivă, pe termen scurt sau pe termen îndelungat.

Obiectivul dezintoxicării de opiacee, după cum semnalează Societatea Americană de Psihiatrie, este „reducerea într-o manieră sigură a simptomelor acute de abstinență şi facilitarea includerii unui pacient într-un program de tratament pe termen lung (reabilitare şi reinserție)".

Experiența clinică acumulată arată că majoritatea pacienților sunt centrați pe terapia de substituție datorită sindromului de sevraj şi neglijează inițierea terapiei pentru infecțiile cu HIV/ HBV/ HCV sau chiar renunță la terapie de teama interferențelor cu metadona şi a posibilității inducerii sevrajului.

Hepatitele C şi B reprezintă o problemă gravă de sănătate mai ales pentru consumatorii de droguri injectabile, atât din cauza răspândirii lor, cât şi din cauza efectelor clinice pe care le induc. Doza de metadonă va trebui să fie evaluată şi reanalizată, astfel încât să se afle în conformitate cu funcțiile ficatului. Datele actuale arată că persoanele aflate într-un tratament stabil cu agonişti răspund la fel de bine ca ceilalți pacienți la tratamentul HCV. Studiile arată că terapia cu Interferon şi Ribavirină poate induce simptome ce pot fi confundate cu sevrajul şi astfel duce la creşterea dozei de agonist cu risc de supradoză. De aceea majoritatea autorilor recomandă inițierea terapiei specifice pentru hepatita C sau B doar la pacienții cu doze sub 40-50 mg metadonă/zi sau trecerea lor pe buprenorfină-naloxonă înaintea inițierii terapiei cu Interferon.

Polidependența este frecvent întâlnită la dependenții de opiacee. Cel mai frecvent sunt întâlnite benzodiazepinele (20%) şi alcoolul (5%).

Diagnosticul dual (asocierea dintre adicție şi o tulburare psihiatrică de axa I sau axa II DSM IV) este frecvent, cu risc crescut de cronicitate, cu prognostic nesatisfăcător. Toate acestea subliniază importanța unei atitudini terapeutice adecvate, care însă se loveşte de anumite obstacole. Pacienții sunt în general excluşi din studiile ce evaluează eficacitatea

tratamentelor, tocmai datorită comorbidității şi datele disponibile sunt încă rare, atât în ceea ce priveşte terapiile substitutive, farmacoterapia, cât şi psihoterapiile.

Grupul de minori are nevoi specifice speciale care ar trebui luate în considerare în cursul tratamentului substitutiv, după dr. Luminița Mihai. Particularitățile ce țin de vârstă sunt:

- adolescența este o perioadă a experimentelor, socializării şi a riscului de a consuma droguri sau alcool;
- diferențele dintre boala adultului şi cea a adolescentului includ perioade mai scurte de consum, consum polidrog, modificări fizice rapide, dar şi sociale şi existența unei varietăți de probleme cum ar fi fuga de acasă, scăderea performanțelor şcolare, relații de familie conflictuale şi lipsa perspectivelor de angajare, dar şi antecedente ale consumului de alcool şi droguri în familie;
- implicarea adolescenților în tratament este o problemă extrem de importantă, dată fiind o mare rezistență la tratament pe care o prezintă aceştia;
- studiile au arătat că au fost obținute rezultate mai bune în urma tratamentului de lungă durată decât în cel de scurtă durată.

Tratamentul substitutiv cu metadonă la femeile însărcinate, după dr. Mihaela Roşca, reprezintă recomandarea standard în România, în ceea ce priveşte femeile însărci¬nate, cu dependență documentată de heroină.

Intervențiile complementare psihosociale în tratamentul substitutiv al dependenței de opiacee, după dr. Eugen Hriscu, îmbunătățesc rezultatele tratamentului substitutiv în ceea ce priveşte retenția în tratament precum şi uzul de opiacee ilicite prin îmbunătățirea parametrilor de funcționare psihologică şi socială. Acestea nu reprezintă un simplu adaos la medicația de substituție, ci o componentă esențială a unui program de intervenții integrate. În prezent sunt disponibile diverse forme de psihoterapie adaptate problemelor asociate dependenței de droguri. Tratamentul substitutiv ajută pacientul să se extragă dintr-un stil de viață haotic şi îi oferă stabilitatea necesară participării la intervențiile psihosociale.

Dacă în consiliere se lucrează în special asupra evenimentelor şi proceselor externe, psihoterapia îşi propune să influențeze procesele intrapsihice care mențin consumul de drog sau interferă cu tratamentul. Există numeroase studii care au dovedit eficiența intervențiilor psihoterapeutice asociate tratamentului substitutiv. Dintre acestea, mai bine documentate sunt intervențiile de tip cognitiv-comportamental şi cele de tip interviu motivațional; alte programe sunt:

- programele pentru prevenirea recăderilor se bazează pe identificarea situațiilor în care pacientul se află în pericol să reia consumul de opiacee ilicite şi dezvoltarea de strategii de coping specifice fiecărei situații;
- programele de tip trainingul abilităților sociale: îşi propun să ofere pacienților abilități noi pentru a face față presiunii grupului de egali, schimbări în stilul de viață, managementul emoțiilor, stresului şi al timpului;
- intervențiile de creştere a motivației: se bazează pe un model stadial al schimbării (Prochaska, DiClemente, 1982) şi îşi propun ca, prin intervenții nonconfruntative, să ajute pacientul în a-şi consolida motivația pentru schimbare, a implementa şi menține apoi schimbarea;
- terapia de familie şi terapia comportamentală de cuplu: de obicei indicate după o perioadă de stabilizare, este recomandată pacienților ale căror familii/ parteneri contribuie la menținerea consumului de drog sau interferă negativ cu participarea la tratament;
- terapie comportamental-dialectică: un program terapeutic care se adresează persoanelor care asociază la consumul de drog şi o tulburare de personalitate de tip borderline, a fost adaptată şi pentru pacienții din clinicile de metadonă. Este o intervenție elaborată care necesită resurse şi un personal calificat.

Asistarea socială ține cont de mecanismele sociale în care este angrenată persoana consumatoare de droguri.

Din perspectiva sociologiei devianței, (după Suport de curs "Devianță şi control social") consumul de droguri ilegale şi comportamentele infracționale ale unora dintre consumatori, sunt percepute ca fiind comportamente deviante. În acest sens, există mai multe teorii, din prisma cărora, aceste comportamente îşi pot găsi o explicație din punct de vedere al analizei sociologice:

1) perspectiva dezorganizării sociale cu teoria controlului
2) perspectiva învățării sociale cu teoria asocierii diferențiate
3) perspectiva structurală şi subculturală
4) perspectiva reacției societale.

Asistarea socială a toxicomanilor se bazează pe liniile asistării sociale clasice, dar trebuie să țină cont şi de anumite particularități întâlnite în rândul consumatorilor de substanțe ilegale. Asistentul social, deşi nu lucrează cu familia la un nivel foarte profund, trebuie să țină cont de tot atâtea aspecte privitoare la situația familiei, ca şi un psiholog. Modelul se bazează pe conceptul sistemelor. În acest concept familia este considerată ca un „sistem deschis" care are subsisteme (individuale, casnice, perechi) şi se leagă de alte sisteme (familia lărgită, şcoală,

meserie, religie). Există reguli explicite şi implicite, precum şi manipulări din partea membrilor familiei, care reglează şi guvernează comportamentul interpersonal. În terapie, cel mai important lucru este ca terapeutul să nu se ocupe cu motivul care a declanşat îmbolnăvirea individului, ci cu mecanismele care apar în cadrul sistemului familial, care duc la comportamentul considerat patologic. Pe baza acestuia, terapia vizează modificarea sistemului care atrage după sine modificarea comportamentului individului.

Sarcina consilierului este să-i dea clientului oportunitatea să exploreze şi să clarifice moduri de a trăi, utilizând mai bine resursele.

Riscul de recădere (în comportament infracțional) este cu atât mai mare cu cât consumul de droguri generează pe lângă dependență şi alte probleme în plan fiziologic, psihologic, social şi juridic. În aceste condiții, stabilirea modalității şi intensității tratamentului trebuie să vizeze rezultatul problemelor din toate aceste arii. Din perspectiva prevenirii recăderilor, abstinența, restructurarea personalității şi schimbarea stilului de viață devin obiective esențiale ale intervenției terapeutice.

In cea de-a treia parte a tezei sunt prezentate rezultatele cercetării desfăşurate în serviciile de tratament la nivelul municipiului Bucureşti.

Tema cercetării a vizat serviciile existente în comunitate pentru consumatoarele dependente de opiacee, care sunt limitate în puterea de acoperire a nevoilor grupului vizat, în scopul oferirii de sprijin în procesul schimbării.

Scopul cercetării a constat în realizarea unor evaluări a serviciilor existente şi nevoii de servicii specifice pentru persoanele de sex feminin dependente de opiacee.

Ipotezele cercetării, care s-au şi confirmat în urma studiului, sunt:

1. Persoanele de sex feminin dependente de opiacee întâmpină dificultăţi în accesarea serviciilor din sfera adicţiilor (riscul marginalizării, copii în îngrijire, ruşinea de care va suferi familia din care provin).
2. Persoanele de sex feminin dependente de opiacee ar avea nevoie de mai mult sprijin pentru a putea păstra o continuitate în accesarea serviciilor de care au nevoie (sprijin pentru îngrijirea copilului, pentru a-şi putea procura minimul necesar pentru satisfacerea nevoilor de bază etc.).

Prima ipoteză se confirmă, deoarece participantele la studiu au perceput dificultăţile provenite şi din partea furnizorilor de servicii şi din partea lor.

Cea de-a doua ipoteză se confirmă de asemenea, deoarece au fost scoase în evidenţă o serie de nevoi neacoperite de serviciile de tratament în acest moment.

O parte dintre specialiştii din domeniu au sesizat anumite nevoi neacoperite de serviciile existente şi care ar contribui la o mai bună complianţă la tratament şi au propus o serie de noi servicii.

Totalul particicipantelor la studiu este de 33 şi populaţia studiată face parte din beneficiarele centrelor de tratament substitutiv cu agonişti şi antagonişti, în regim public (tratament gratuit) din municipiul Bucureşti.

Dificultăţile întâmpinate în serviciile de tratament sunt: şpaga pentru tratamentul substitutiv şi dezintoxicare, „personalul fără experienţă sau specializare, dezinteresul, sistemul de cobai – experienţe pe drogaţi, nu se iau în calcul mereu consecinţele experienţelor (experimente)”, admitere greoaie la dezintoxicare, probleme în accesarea serviciului de schimb de seringi din outreach, dificultatea de a cumpăra seringi din farmacii din cauza refuzului farmaciştilor, mentalitatea, în centrele de tratament se vorbeşte despre droguri, centrele de schimb de seringi se închid devreme, lipsa unei scheme de tratament care să încurajeze consumatorul să continue, lista de aşteptare de la centrele de tratament.

Dificultățile personale care împiedică uneori complianța la tratament sunt: lipsa încurajării şi sprijinului din partea familiei, etichetarea, copii în îngrijire.

Serviciile sau segmentele de care ar mai fi nevoie pentru a creşte complianța la tratament a consumatoarelor, în urma acestui studiu, ar fi cele care să facă legătura centrelor ambulatorii pentru toxicomani cu centrele/ spitalele/ instituțiile/ organismele care se ocupă de consumatoare pe durata pre şi postnatală şi de consumatoarele care practică sexul comercial.

În urma culegerii şi prelucrării datelor, reiese că grupul țintă are următoarele nevoi, care nu sunt sau sunt doar parțial acoperite momentan:

- îndrumare avizată spre posibile soluții pentru reintegrare socială armonioasă/ sprijin pentru reconfigurare în contextul social al fiecăreia
- cuprinderea familiei (cu care locuieşte persoana de obicei sau la care vrea să se întoarcă) în consiliere/ terapie
- îmbunătățirea stării de sănătate, ținând cont de toate aspecte sănătății fizice
- sprijin penru depăşirea stigmatului
- sprijin pentru a ajunge să-şi imagineze viața din momentul în care începe scăderea tratamentului farmaceutic
- să dobândească abilități necesare întemeierii unei familii funcționale
- să dobândească abilități necesare afirmării profesionale
- să poată da naştere unor copii sănătoşi
- să existe în cadrul serviciilor, programe de asistență integrată testate
- să fie formați permanent cei care oferă servicii în adicții
- să fie extins numărul locurilor în centrele de tratament
- să dobândească abilități necesare creşterii unui copil.

Resursele existente în majoritatea cazurilor participantelor la studiu sunt:

- o locuință stabilă
- locuință situată în municipiul Bucureşti, unde piața muncii este foarte dinamică şi rata şomajului mică față de restul țării
- relație bună, de sprijin, cu un partener stabil.

Resurse pierdute în urma perioadei de consum de heroină sunt:

- relațiile de prietenie/ rețelele sociale
- încrederea în sine
- încrederea acordată de familie.

Rezultatele cercetării privind specialiştii din domeniul adicțiilor

Respondenții au fost în număr de 11, 3 din partea CAIA Obregia, 1 din partea ARAS, 1 din partea Spitalului Sf. Stelian, 3 din partea CAIA Pericle, 2 din partea CAIA Pantelimon şi 1 din partea CSM4.

Specialiştii chestionați lucrează în medie cu 36,36 consumatoare de heroină anual, cel mai mic număr fiind 5 şi cel mai mare fiind 120. Media de vârstă a consumatoarelor cu care intră în contact aceşti specialişti este de 22,54 ani.

O parte din personalul chestionat, 6 persoane, au primit solicitări pentru servicii pe care nu le-au putut oferi (exemple: cele legate de locuință, servicii sociale pentru mame cu copii în îngrijre, asistare juridică în procese penale) şi 5 nu au primit astfel de solicitări.

Din perspectiva specialiştilor, 10 dintre ei cred că ar fi necesar un sprijin suplimentar pentru consumatoarele de heroină pentru a avea o mai bună complianță la tratament. Exemple în acest sens: e nevoie de mai multe locuri în tratament complex; o parte dintre ele sunt mame şi au în îngrijire copii fără nici un sprijin în acest sens; în special intervenție specializată în familie pe durata tratamentului; un mai bun contact şi prin intermediul programelor de outreach, pentru informarea despre tratament; confruntarea cu un stigmat social mai pronunțat în cazul beneficiarelor de sex feminin şi cu rezistență la tratament din acest motiv.

Starea sănătății fizice a beneficiarelor a fost evaluată de grupul de specialişti ca fiind medie, în multe cazuri sub nivelul unei sănătăți care să asigure o funcționare optimă a corpului.

Referitor la sănătatea psihică a beneficiarelor centrelor de tratament, au fost precizate punctual problemele care apar în majoritatea cazurilor.

Abilitatea lor de comunicare şi cea de relaționare cu ceilalți este evaluată de 8 dintre specialişti ca fiind bună.

În ce priveşte abilitatea lor de adaptabilitate, părerile sunt împărțite, mergând de la slabă până la foarte bună: „Este influențată de factorii menționati mai sus....starea psihică, istoricul de consum, stadiul tratamentului, situația socială” (Liana Velica, asistent social, manager proiect ARAS), „Sunt cameleonice. Se adaptează destul de uşor diferitelor situații” (Vlad Olivia-Andreea, psiholog Centrul de zi FOC în colaborare cu CAIA Pericle), „aparentă adaptabilitate; tendința de a obține beneficii imediate” (Gubavu Stefania, psiholog CAIA Pantelimon), „bună la drog, slabă la societate” (Hriscu Eugen, medic psihiatru CSM 4).

Capacitatea lor de a se întreține este privită de asemenea pe o scară mergând de la slabă, în cele mai multe cazuri, până la foarte bună, indicând faptul că fiecare consumatoare

de heroină aflată în tratament are altă istorie de viață, propriul mod de a se raporta la stadiul de adult şi resurse diferite.

Capacitatea lor de a avea un loc de muncă este evaluată a fi în cele mai multe cazuri scăzută, dar unii specialişti o văd ca fiind medie sau chiar bună. Au adăugat că: „Este influențată de nivelul de pregătire şi de starea psihică (inclusiv de aderența la tratament)" (Liana Velica, asistent social, manager proiect ARAS), „Lipsa unei specializări profesionale şi eticheta le îngreunează găsirea unui loc de muncă" (Enciu Gabriela, psiholog Sp. Sf. Stelian), „Scăzută, prin dezinteres pentru a-şi căuta un loc de muncă. Problemele juridice le împiedică în găsirea unui loc de muncă (pentru cele interesate de un loc de muncă)" (Nica Iuliana Monica, psiholog CAIA Obregia), „Extrem de scăzută, datorită tratamentului dar şi agesivității" (Odobeştianu Jean Baptiste, ergoterapeut Centrul de zi FOC în colaborare cu CAIA Pericle.), „dificultate de a se conforma unor norme şi reguli sociale" (Gubavu Stefania, psiholog CAIA Pantelimon).

În ce priveşte capacitatea lor de a creşte copii, aceasta a fost evaluată de grupul de specialişti chestionați ca fiind absentă, scăzută, medie sau bună/ normală. Unii au adaugat că, „este influențată de diverşi factori – sociali, aderența la tratament, acces la suport" (Liana Velica, asistent social, manager proiect ARAS), că „bunicii se ocupă de creşterea copiilor lor" (Enciu Gabriela, psiholog Sp. Sf. Stelian), că această capacitate ar fi „scăzută, datorită lipsei de responsabilitate în primul rând față de propria persoană" (Nica Iuliana Monica, psiholog CAIA Obregia).

Capacitatea lor de a se implica într-o relație de lungă durată cu un partener este estimată ca fiind de la foarte scăzută, până la medie şi bună/normală.

Specialiştii care au participat la acest studiu calitativ lucrează cu consumatoare de heroină aflate în tratament de o perioadă variind între 1 şi 8 ani, media fiind de 4 ani.

Nivelul de şcolarizare al beneficiarelor este apreciat ca fiind în aproximativ aceeaşi măsură la nivel de absolvire a şcolii generale sau a liceului. Şi s-a specificat că sunt dintre beneficiare care au absolvit şi o facultate.

În ceea ce priveşte invitația de a descrie direcțiile cele mai eficiente de lucru în asistarea acestei categorii de consumatori, unii specialişti au propus ce există şi în acest moment în materie de servicii în adicții, dar la o scară mai mare şi alții au propus servicii noi, care nu există momentan în România şi care ar mări efectul tratamentului medicamentos pe care se pune accentul în primul rând.

Astfel, dintre serviciile care există deja, au fost menționate ca fiind cele mai eficiente următoarele:

- tratamente de menținere pe termen lung, comunitate terapeutică, sprijin pentru obținerea unui loc de muncă, integrare psiho-socială.
- tratament adecvat pentru consumul de heroină, consiliere psihologică intensivă pentru a-i motiva.
- tratament terapeutic (psihoterapie, ergoterapie), consiliere socială.

Serviciile noi propuse (noi din câte am eu cunoştință) sunt următoarele:

- dezvoltarea a cât mai multe servicii complexe – cu abordări diferite.
- un serviciu pentru paciente însărcinate şi copii mici (caută ajutor în perioada pre şi post-natală), consiliere privind relaționarea cu copiii (să le explice prin ce trec).
- programe în ceea ce priveşte apropierea de copil şi implicarea lor mai mare în educația copiilor.
- reconectarea relațiilor cu familia de origine şi a ancorării în prezent printr-o relație stabilă.
- centre specializate penru consumatoare care să includă servicii pentru mame, servicii sociale outreach pentru atragerea consumatoarelor care nu accesează serviciile consiliere psihologică specializată pe terapia traumei şi abuzului.

Cea de-a patra parte de lucrării cuprinde o propunere de intervenție complexă în aria asistării sociale a toxicodependentelor. Sinteza propunerii de intervenție cuprinde:

- continuarea cercetării în domeniu
- definitivarea instrumentelor şi procedurilor folosite în asistarea socială
- acțiuni de intervenție timpurie în outreach, în centrele de schimb de seringi şi în cabinetele de medicină primară şi ginecologie
- intervenție socială integrată în echipa pluridisiplinară din centrele de tratament substitutiv
- testarea permanentă a procedurilor şi intrumentelor pe un grup țintă şi un grup de control
- evaluarea intervenției, pe parcurs, la final şi după finalizare
- diseminarea rezultatelor.

Concluzia principală a acestei teze este următoarea: este nevoie de dezvoltarea metodelor şi tehnicilor de intervenție socială în lucrul cu consumatoarelor de droguri injectabile în România (în serviciile de harm reduction, în secțiile de dezintoxicare şi în centrele de tratament integrat substitutiv) şi de dezvoltarea intervențiilor timpurii şi a comunităților terapeutice destinate acestui segement de consumatori, care reprezintă o cincime din numărul consumatorilor de droguri injectabile.

Este important să se țină cont de particularitățile grupului căruia se adresează serviciile incluse in circuitul terapeutic de asistare a persoanelor consumatoare de droguri ilegale:

- femei însărcinate
- femei cu copii
- femei cu probleme de sănătate mintală
- femei fără adăpost
- femei din mediul rural
- femei care consumă droguri injectabile
- femei provenind din minorități
- femei în vârstă
- femei care practică sexul comercial
- femei aflate în conflict cu legea.

In această lucrare accentul cade pe asistarea femeilor însărcinate, a celor cu copii, a femeilor care consumă droguri injectabile şi a celor care practică sexul comercial.

Covington afirmă că programele pentru consum de droguri adresate femeilor, trebuie să folosească un model integrat care include teorii ale dependenței, teorii ale traumei şi teorii de dezvoltare pentru femei. În cadrul acestor abordări, trebuie să se facă referire la 4 aspecte: relația cu sine, relația cu alții, sexualitatea şi spiritualitatea. Van Wormer (2002) sugerează

alte componente, incluzând deprinderea abilităţilor de a se impune, înţelegerea legăturii între problemele legate de consumul de droguri şi vulnerabilitatea emoţională şi fizică, precum şi dobândirea capacităţii de a depăşi problemele, altfel decât prin consum. Serviciile trebuie să ia în considerare problemele din perioadele de tranziţie, cum ar fi trecerea de la detenţie în comunitate. Dacă nu există un asemenea sprijin, obiceurile legate de consumul de droguri şi conflictul cu legea probabil că vor continua.

Literatura recentă subliniază importanţa încorporării unei game mai largi de servicii, care să se adreseze varietăţii complexe de nevoi ale femeilor. Clădirea şi menţinerea unor relaţii strânse în comunitate între furnizorii de servicii sunt importante pentru a spori suportul acordat femeilor (Marsh şi alţii, 2000). Serviciile de suport necesare pentru ca femeile să se implice şi să rămână implicate în tratament sunt:

- reţele de suport în funcţie de specificul sexelor
- servicii de îngrijirea copilului
- terapie de cuplu/ familie
- programe parentale
- pregătirea pentru educaţie sau angajare
- consiliere în probleme de sănătate mintală.

Un alt aspect important al asistării femeilor toxicodependente este reprezentat de relaţiile familiale, care pot fi surse esenţiale de suport susţinut şi încurajare pentru femei. Dar, dinamica unor situaţii familiale ar putea să nu susţină eforturile femeilor de a reduce consumul de droguri. Ar fi importantă extinderea serviciilor de suport şi consiliere asupra membrilor familiei. În mod deosebit, copiii ar putea avea nevoie de asistenţă pentru a înţelege comportamentul părinţilor lor şi pentru a depăşi posibilele sentimente de vinovăţie şi responsabilitate legate de situaţia lor familială curentă. Membrii familiei ar putea beneficia de servicii de consiliere şi consultaţii, care să-i ajute să înţeleagă stadiile schimbărilor şi cum pot acţiona pentru a susţine procesul de recuperare al celor dragi.