

**Ghid de prevenire
a consumului de droguri
în rândul adolescenților
și tinerilor**

Ghid de prevenire a consumului de droguri în rândul adolescenților și tinerilor

**Coordonator științific:
prof univ. dr. Pavel ABRAHAM**

**Autori:
psih. Daniela GEORGESCU
psih. Ana Maria MOLDOVAN
dr. Gabriel CICU**

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale:

Coordonator științific: prof univ. dr. Pavel ABRAHAM

Autori: psih. Daniela GEORGESCU, psih. Ana Maria MOLDOVAN, dr. Gabriel CICU

București, 2007, Agenția Națională Antidrog

ISBN: 978-973-1857-35-0

CUVÂNT ÎNAINTE

Este evidentă recunoașterea importanței școlii, ca element educativ al sistemului social, în procesul transmiterii, asimilării și continuității normelor social-culturale.

Din perspectivă sistemică, școala este un sistem deschis, activ, în permanentă interacțiune cu celelalte subsisteme sociale (familie, comunitate). Dacă în familie se pun bazele formării personalității și dezvoltării relațiilor interpersonale, în școală se transmite cultura cunoașterii. Securitatea afectivă primită în familie facilitează integrarea în mediul școlar, o necesitate imperioasă din perspectiva maturizării personale și sociale a elevilor. Funcția educativă a școlii, facilitează adaptarea adolescenților și tinerilor la schimbările sociale și îi capacitează în gestionarea conflictelor intra – și interpersonale, care premerg sau succed fiecare etapă de dezvoltare psiho-socială.

În acest context, din perspectiva implicării active a școlii în prevenirea consumului de droguri în rândul tinerilor, apreciem că este necesară asigurarea a cel puțin trei ingrediente cheie:

- Un mediu educativ orientat spre transmiterea de valori, atitudini și comportamente favorabile sănătății;
- Un set de intervenții integrate, bazate pe evidențe științifice;
- Educatori care să faciliteze formarea și utilizarea resurselor personale ale elevilor pentru obținerea de rezultate progresiv - evolutive.

Suntem adepții unei abordări educative a prevenirii consumului de droguri în mediul școlar, cu alte cuvinte, pledăm pentru educația-preventivă ca proces structurat ce are ca scop optimizarea capacităților

individuale și exercitarea influenței sale pe tot parcursul vieții și în orice context.

Ne exprimăm speranța că „Ghidul de prevenire a consumului de droguri în rândul adolescenților și tinerilor”, va constitui o resursă pentru pedagogi, psihologi școlari și alte categorii de profesioniști din domeniul prevenirii consumului de droguri, întrucât oferă atât modele științifice de intervenție, cât și exemple practice de prevenire a consumului de droguri în mediul școlar.

Prof. univ. dr. Pavel Abraham
Președintele Agenției Naționale Antidrog

CUPRINS

1. PREVENIREA CONSUMULUI DE DROGURI DEFINIRE, ABORDĂRI, STRATEGII, TEORII ȘI MODELE EXPLICATIVE	9
1.1. CLASIFICAREA OSAP	11
1.2. CLASIFICAREA LUI KUMPFER.....	13
1.3. CLASIFICAREA GERSTEIN ȘI GREEN	14
1.4. PROGRAME DE DEZVOLTARE EMOȚIONALĂ (D. GOLEMAN)	16
1.4.1. COMPONENTELE UNUI PROGRAM DE DEZVOLTARE EMOȚIONALĂ	21
1.4.2. TEORII ȘI MODELE EXPLICATIVE ALE CONSUMULUI DE DROGURI	22
2. CRITERII DE CALITATE A PROGRAMELOR DE PREVENIRE	42
2.1. CRITERIILE DE CALITATE ALE PROIECTELOR DE PREVENIRE – JANSSEN ȘI GEELLEN	42
3. FACTORI DE RISC ȘI FACTORI DE PROTECȚIE.....	47
4. ABORDĂRI EDUCAȚIONALE UTILIZATE ÎN PREVENIREA CONSUMULUI DE DROGURI.....	53
5. FORMAREA ÎN PREVENIRE	57
5.1. PRINCIPIILE ÎNVĂȚĂRII	57
5.2. INDIVIDUALIZAREA FORMĂRII	58
5.3. STABILIREA ROLURILOR ȘI RESPONSABILITĂȚILOR	58
5.4. REZULTATELE ÎNVĂȚĂRII.....	59
5.5. METODE DE FORMARE.....	60
5.6 PLANIFICAREA ȘI IMPLEMENTAREA UNUI CURSULUI DE FORMARE	63
6. RECOMANDĂRI PRIVIND OBIECTIVELE DIDACTICE ALE UNUI CURS DE FORMARE ADRESAT ELEVILOR.....	68
7. RECOMANDĂRI PRIVIND PLANIFICAREA SESIUNILOR DE FORMARE PE TEME SPECIFICE	73
BIBLIOGRAFIE	92

1. PREVENIREA CONSUMULUI DE DROGURI

DEFINIRE, ABORDĂRI, STRATEGII, TEORII ȘI

MODELE EXPLICATIVE

Prevenirea este un răspuns anticipat față de un eveniment care se presupune a fi nociv. Activitatea de prevenire este fundamentată de două **modalități de abordare:**

- reducerea/eliminarea posibilității ca un eveniment nedorit să apară
- reducerea posibilității de apariție a unor evenimente nocive secundare, ulterioare față de prima abordare. În acest caz există posibilitatea ca evenimentul nedorit să fie același (de ex. transmiterea HIV la alte persoane dintr-un grup de consumatori de droguri injectabile) sau poate fi un eveniment diferit, dar la fel de nociv (cazul supradozei la consumatorii de heroină).

În formularea obiectivelor prevenirii se au în vedere trei elemente cheie, care conturează trei strategii de intervenție: drogurile (strategia de control); persoana (strategia influenței, dezvoltării competențelor) și mediul (strategia configurării mediului); (Fundația de Cercetare cu privire la Dependență (ARF) din Ontario, Canada, Tordjiman, 1986; Martin, 1995).

Strategia de control are ca scop diminuarea ofertei și cererii de droguri prin stabilirea unor norme și asigurarea îndeplinirii lor. Controlul se exercită în general asupra comportamentelor evidente, prin intermediul consolidării lor și administrării de pedepse.

Strategia de influență abordează nivelurile cognitive și informaționale, acționând prin activități persuasive, educaționale, bazându-se pe influența mediilor de comunicare în masă.

Strategia de dezvoltare a competențelor cuprinde activități de tip educațional ce au ca scop dezvoltarea de abilități și competențe astfel încât individul să poată înfrunta diferite situații de risc față de consumul de droguri.

Strategia configurării mediului are ca scop crearea și dezvoltarea de medii care nu facilitează consumul de droguri. De exemplu, interzicerea amplasării punctelor de vânzare a țigărilor și alcoolului în centrele școlare și în împrejurimile acestora duce la limitarea disponibilității lor pentru potențialii clienți noi.

Experiența oferită de dezvoltarea și implementarea a condus la formularea unor sisteme de clasificare a proiectelor de prevenire. Diferențele dintre aceste clasificări privind din modalitățile de abordare și modelele și teoriile explicative care stau la baza lor.

În continuare vom prezenta trei dintre aceste sisteme de clasificare a programelor de prevenire a consumului de droguri: sistemul de clasificare folosit de OSAP (Oficiul pentru Prevenirea Abuzului de Substanțe, SUA), sistemul de clasificare al lui Kumpfer și sistemul de clasificare Gerstein și Green. Deși clasificările prezintă similitudini, ele pot orienta specialiștii în prevenire în alegerea celei mai potrivite abordări, într-o anumită situație. Totodată veți regăsi și date privind abilitățile necesare în gestionarea emoțiilor (D. Goleman – Inteligența emoțională), din perspectiva relevanței lor în prevenirea consumului de droguri. Studiul realizat de Goleman a evidențiat acele componente ale inteligenței emoționale care pot fi incluse în proiectele de prevenire a consumului de droguri, în strategia de dezvoltare a competențelor.

Cercetările au arătat că nu există o strategie unică de abordare, care să se dovedească eficientă pentru toate grupurile-țintă. De aceea, strategiile complexe sunt cele mai eficiente.

1.1. CLASIFICAREA OSAP

Autorii unui manual publicat de către Oficiul de Prevenire a Abuzului de Substanțe (OSAP) din Statele Unite au clasificat programele de prevenire (având ca public țintă în special tinerii), după cum urmează:

Programe centrate pe persoană

Dezvoltarea cunoștințelor, comportamentelor și atitudinilor față de consumul de tutun, alcool și droguri, reprezintă cea mai des utilizată strategie de prevenire. Scopul acestor programe este de a influența mai degrabă indivizii, decât mediul lor social sau economic. Abordările utilizate în aceste programe sunt:

- Tactici de *însăimântare*. Scopul este de a înspăimânta grupul-țintă privind consecințele unui anumit comportament, recurgând la anxietate.
- Transmiterea unui mesaj de *folosire cumpătată*. Această abordare contrazice părerea generală conform căreia consumul de tutun, alcool și droguri este inacceptabil, sub orice formă.
- Dezvoltare *emoțională și interpersonală*. Aceste programe au ca scop îmbunătățirea imaginii de sine, a auto-determinării, a abilităților de comunicare și definirea valorilor personale.
- Oferirea de *activități alternative*. Aceste programe sunt direcționate către sprijinirea dezvoltării personale și oferirea de provocări - alternative pentru a combate unul din factorii de risc personali: plictiseala.

Aceste abordări au însă un efect insesizabil, cel puțin sub forma lor actuală.

- *Informarea*. Aceasta abordarea pleacă de la ipoteza că oamenii folosesc droguri deoarece nu au fost suficient informați asupra efectelor dăunătoare ale acestora. Dacă sursa de la care este primită informația este considerată de încredere de către grupul-țintă, atunci, prin omiterea elementului „teamă”, informația oferită poate deveni o parte importantă a unei abordări mai complexe.

- „*Ar putea să mi se întâmple și mie*”. Ipoteza de bază a acestei abordări este aceea că, deși tinerii cunosc efectele negative ale consumului de droguri, nu iau în considerare că acestea i-ar putea afecta și pe ei. Astfel, conștientizarea acestui risc potențial de către grupul țintă poate fi eficace în prevenirea consumului, dacă mesajele transmise au la bază dovezi științifice.
- *Managementul emoțiilor*. Această abordare pleacă de la ipoteza că oamenii consumă droguri ca urmare a unor probleme emoționale. Abordarea se concentrează pe îmbunătățirea rezistenței la stres și detectarea unor grupuri la risc, pentru a le acorda la timp sprijinul necesar.
- Îmbunătățirea *abilităților sociale*. Aceste programe sunt destinate promovării fermității, îmbunătățirii comunicării sociale, dezvoltării asertivității și încurajării participanților pentru a rezista presiunii sociale negative.
- Identificarea *comportamentului antisocial* în stadiu incipient. Ipoteza de la care pleacă această abordare este aceea că agresiunea, răzvrătirea, nerăbdarea și timiditatea sunt potențiale indicii pentru viitoare probleme comportamentale. Programele sunt concepute pentru a-i identifica din timp pe copiii cu astfel de probleme și de a-i orienta într-o direcție mult mai acceptabilă din punct de vedere social.

Programe centrate pe grupul de egali

În cazul tinerilor, membrii unui grup au de obicei o influență majoră. Programele derulate în școli pot profita de acest avantaj implicând tinerii în activitățile de prevenire. Este de preferat ca programele de acest gen să includă componente de dezvoltare a abilităților sociale și tehnici interactive.

Programe centrate pe familie

Aceste programe au la bază ipoteza că familia are un rol activ în prevenirea consumului de droguri. În cadrul acestor programe de educație, părinți sunt informați cu privire la consumul de droguri și efectele acestuia, își dezvoltă abilități de ascultare activă, de stabilire a

regulilor și limitelor, de recunoaștere timpurie a consumului de droguri, etc.. Întâlnirile cu părinții sunt mult mai eficiente decât transmiterea acestor informații prin materiale de informare-educare. Broșurile de informare pot constitui un prim pas pentru a stimula implicarea activă a părinților.

Programele centrate pe școală

Aceste programe vizează politica școlii, cursanții și cadrele didactice. Astfel în cadrul școlii:

- sunt stabilite norme clare, deopotrivă pentru cursanți și profesori, privind consumul de tutun, alcool și droguri
- sunt oferite cursanților servicii de consiliere
- cadrele didactice sunt informate și formate pentru a putea identifica consumul de droguri, precum și pentru a avea cunoștințele și abilitățile necesare în implementarea programelor de prevenire
- cadrele didactice sunt încurajate să își revizuiască propriile convingeri și comportamente legate de consumul de tutun, alcool și droguri.

1.2. CLASIFICAREA LUI KUMPFER

Programele de prevenire trebuie orientate către grupurile care prezintă factori mari de risc. Aceste programe trebuie să fie flexibile și concepute special pentru aceste grupuri.

Programe de prevenire în școli

Aceste programe vizează conștientizarea riscurilor, dezvoltare emoțională și interpersonală, oferirea de alternative pozitive, abilități de a face față presiunii sociale negative. Creșterea conștientizării nu este însă suficientă pentru a genera o schimbare pozitivă a comportamentului, iar

programele care au ca scop dezvoltarea emoțională și interpersonală nu oferă rezultate imediate.

Programe de prevenire centrate sau bazate pe comunitatea locală.

Acestea acoperă o gamă largă de activități. Cele care se folosesc de mijloacele media publice au adesea ca obiectiv conștientizarea. Un astfel de program are mai multe șanse să genereze un efect dacă este dublat de alte modalități de prevenire ce influențează alți factori care stau la baza unui comportament, ca de exemplu dezvoltarea și respectarea normelor sociale.

Programe de prevenire centrate pe familie

S-au dovedit a fi foarte eficiente pentru copii, programele centrate pe familiile în care există consum abuziv sau părinți dependenți. Acestea oferă asistență pentru părinți dar și suport pentru dezvoltarea abilităților sociale, atât pentru părinți, cât și pentru copii.

1.3. CLASIFICAREA GERSTEIN ȘI GREEN

În studiul lor despre eficiența programelor de prevenire a consumului de droguri, Gerstein și Green clasifică diversele abordările preventive după cum urmează:

Programe centrate pe factorii de risc

Aceasta subliniază importanța factorilor de risc, din punct de vedere epidemiologic. Această metodă este cea mai complexă, din punct de vedere al numărului de factori de risc luați în considerare, dar baza teoretică este slabă. Un factor de risc este orice caracteristică măsurabilă a unei persoane, caracteristică ce s-a dovedit a fi corelată, în mod semnificativ, cu un anumit comportament al acesteia. Factorii de risc sunt, de obicei, cumulativi: cu cât există mai mulți factori de risc, cu atât este mai mare probabilitatea ca persoana în cauză să aparțină unui grup cu risc crescut față de consumul de droguri. Unii factori de risc au chiar

un efect sinergic asupra altora, nu sunt doar cumulativi, ci au și un efect de intensificare asupra altor factori. Întrebarea la care încă nu s-a găsit un răspuns concludent este dacă factorii de risc sunt generici (corespund mai multor tipuri de droguri) sau specifici (corespund unui anumit tip de drog).

Programe centrate pe dezvoltare

Aceste programe subliniază influența pe care natura și dinamica interacțiunii intrafamiliale o are în dezvoltarea copiilor, mai ales în școala primară. Interacțiunile din cadrul familiei generează norme prin care se stabilește dacă un comportament inadecvat va fi răsplătit sau nu și dacă copilul va ajunge sau nu să aibă o motivație pozitivă, să dezvolte abilități și comportamente social acceptate.

Programe centrate pe influența socială

Aceste programe sunt fundamentate pe teoria învățării sociale și vizează informarea despre efectele consumului de droguri și procesul învățării sociale, corectarea percepțiilor eronate, dezvoltarea și recompensarea capacității de a rezista presiunii sociale negative.

Programe centrate pe specificul comunității

Sunt programe complexe bazate pe diferențele dintre comunități, dintre grupurile țintă, cu privire la natura și gradul problemelor legate de consumul de droguri. Rezolvarea problemelor se face în consecință, alegând cele mai potrivite metode de abordare.

Programe pentru școli

Aceste programe includ următoarele componente:

- informarea privind consumul de droguri și efectele acestora;
- dezvoltarea abilităților de luare a deciziilor;
- definirea și identificarea propriilor valori morale;
- dezvoltarea abilităților de management al stresului;
- creșterea stimei de sine;

- asistență în stabilirea și atingerea scopurilor;
- dobândirea de abilități sociale pentru a rezista presiunilor sociale negative;
- angajamentul de a nu consuma droguri;
- asistență pentru respectarea normelor de grup și a celor individuale;
- dezvoltarea abilității de a oferi ajutor altor colegi;
- identificare și încurajarea implicării în activități alternative;

Campanii mass-media

Campaniile mass-media de prevenire a consumului de droguri nu au efect direct asupra formării sau schimbării unui comportament. Totuși, mass-media are un rol important în transmiterea informațiilor, conștientizarea și stimularea comunicării interpersonale. Mesajele transmise prin mass-media trebuie să reflecte realitatea socială și să fie adaptate grupului țintă.

1.4. PROGRAME DE DEZVOLTARE EMOȚIONALĂ (D. GOLEMAN)

Influențarea emoțiilor și sentimentelor joacă un rol important în programele de prevenire concepute pentru a provoca o schimbare durabilă de comportament. Daniel Goleman folosește conceptul de *inteligență emoțională* pentru a descrie abilitatea oamenilor de a-și gestiona eficient emoțiile și sentimentele.

În continuare vom prezenta câteva din aspectele surprinse de Daniel Goleman referitoare la inteligența emoțională din perspectiva prevenirii consumului de droguri.

Inteligența emoțională concurează cu nevoia oamenilor de a consuma substanțe psiho-active. În multe dintre cazuri, consumul de droguri compensează incapacitatea de a gestiona, într-un mod mai productiv, sentimentele de tristețe și lipsă de speranță. Cercetările conduse de neuro-psihologi, cu privire la operarea și semnificația

sentimentelor, arată că emoționalitatea este esențială pentru oameni. Ea nu este un „lux”, un simplu accesoriu, ci o verigă importantă pentru procesul de gândire și capacitatea oamenilor de a lua decizii. O deficiență emoțională gravă, are ca rezultat incapacitatea oamenilor de „a percepe” semnificația noilor informații și a experiențelor anterioare, ceea ce poate duce la un comportament iresponsabil și un dezechilibru.

Inteligența emoțională se referă la autocunoaștere, la capacitatea unei persoane de a se motiva și de a-și controla impulsurile, de a amâna satisfacerea lor sau de a le suprima, și de a-și influența benefic dispoziția. Cea din urmă capacitate se referă la abilitatea de a nu se lăsa copleșit de sentimente negative (sau pozitive). Alte caracteristici ale inteligenței emoționale sunt empatia și speranța.

Capacitatea oamenilor de a influența emoțiile altora și adaptarea facilă la relațiile sociale, sunt indici ai inteligenței emoționale. Abilitățile sociale ale unei persoane sunt expresia inteligenței sale emoționale. Una dintre aceste abilități este cea de a-și putea exprima sentimentele. Persoanele cu abilități emoționale și sociale au de obicei vieți mai productive. Paradoxul este că acești oameni au un mai bun control asupra vieților lor emoționale, astfel încât se pot concentra mai bine pe obiectivul pe care și l-au propus. Din punct de vedere al prevenirii tulburărilor psihologice, oamenii trebuie să învețe să-și armonizeze planurile, obiectivele cu sentimentele. Importanța *autocontrolului* (atunci când se folosesc substanțe psiho-active) menționată anterior în acest manual merge mână în mână cu noțiunea de inteligență emoțională. Emoțiile sunt, de obicei, spontane și autonome. Oamenii le pot conștientiza, dar nu le pot ignora în totalitate. Pe de altă parte, oamenii pot influența durata stărilor lor emoționale, și persistența și intensitatea lor. Și tot ei pot decide dacă își lasă emoțiile să le influențeze comportamentul, cât de mult și în ce direcție. Emoțiile indică limitele între care oamenii se pot dezvolta și își pot pune potențialul în serviciul comunității din care fac parte. Ele arată motivația, forța și direcția dezvoltării individuale. Plăcerea și teama, furia și tristețea limitează, dar în același timp și largesc existența emoțională a unei persoane. Această posibilitate devine însă realitate numai dacă oamenii au capacitatea de a-și controla impulsurile. Uneori, aceasta înseamnă să le reprime, (Daniel Goleman, *Emotionele inteligente*, Amsterdam/Antwerpen 1996

(Publicată inițial în engleză : *Emotional intelligence*, 1996) iar altele să și le folosească ca un prim pas spre schimbare, amânându-le sau modificându-și planurile. Controlul funcțional al impulsurilor se traduce, bineînțeles, și prin luarea unei decizii spontane și imediate, atunci când situația o impune. Un control insuficient al impulsurilor și lipsa de empatie stau la baza comportamentului inadecvat sau al celui infracțional. De altfel, pare rezonabil să presupunem că un control insuficient al impulsurilor, la o vârstă fragedă, poate fi un bun indiciu predictiv privind comportamentul adictiv, de mai târziu. Se spune, din ce în ce mai mult, că este foarte important pentru copii să fie crescuți de părinți cu abilități emoționale și sociale. De asemenea, se pune accentul pe potențialul școlilor de a educa copiii astfel încât aceștia să își gestioneze emoțiile și să dobândească abilități sociale. Acesta nu este o cerință exagerată. Atenția acordată dezvoltării abilităților reduce riscul de izolare socială sau al altor tipuri de probleme sociale, apariției problemelor emoționale și de învățare, constituind de asemenea o resursă pentru depășirea obstacolelor și agresiunii.

Având în vedere imensa presiune exercitată în societatea din zilele noastre asupra oamenilor, abilitățile emoționale devin o precondiție pentru supraviețuire și pentru ca o persoană să-și poată urma drumul, atunci când modelele sociale devin neclare sau confuze.

Chiar dacă uneori este înțeles faptul că oamenii recurg la consumul de tutun, alcool, droguri ilegale sau medicamente pentru a-și rezolva problemele emoționale, trebuie avut în vedere faptul că riscul de dependență este major, iar rezultatul este contraproductiv din perspectiva îmbunătățirii vieții lor.

Riscul de dependență se află în strânsă legătură cu nivelul dezvoltării abilităților emoționale și sociale. De aceea, în programele de prevenire se pune un foarte mare accent pe acest aspect, deoarece el eficientizează rezultatele acestora.

Din perspectiva prevenirii, cel mai important lucru este, desigur, capacitatea tinerilor de a rezista dorinței/tentației de a experimenta consumul de droguri și de a găsi alternative de gestionare a acestei dorințe. Această abilitate este importantă, în special în perioadele de stres emoțional, cum ar fi tranziția de la copilărie la adolescență.

Programele de prevenire care se axează pe dezvoltarea emoțională sunt eficiente, dacă se adresează copiilor aflați la o vârstă foarte fragedă – preferabil chiar înainte de școala primară - și dacă continuă pe o perioadă de mai mulți ani. O altă cerință este aceea că trebuie să existe o coeziune maximă între comunitatea apropiată, cartierul de rezidență și familie.

Inventarierea rezultatelor programelor de prevenire care abordează îmbunătățirea competențelor emoționale și sociale ale copiilor, realizată de Daniel Goleman este prezentată în continuare.

1. Autoasigurarea emoțională:

- O mai mare abilitate de a-și recunoaște și verbaliza emoțiile.
- O mai mare abilitate de a înțelege cauzele sentimentelor/emoțiilor.
- Recunoașterea diferenței dintre sentimente și acțiuni/comportament.

2. Emoții reglatoare:

- O mai bună rezistență la frustrare și o mai bună gestionare a furiei.
- Diminuarea agresivității verbale și a conflictelor în sala de clasă.
- O mai bună abilitate de a-și exprima furia într-o manieră adecvată, fără a genera conflicte.
- Reducerea sancțiunilor școlare.
- Diminuarea comportamentelor agresive sau autodistructive.
- Sentimente pozitive față sine, școală și familie.
- O mai bună abilitate de a face față stresului.
- Diminuarea singurătății și anxietății sociale.

3. Folosirea productivă a emoțiilor:

- Dezvoltarea sentimentului de responsabilitate.

- O mai bună capacitate de concentrare pe nevoi și de a acorda atenție.
- Mai puțină impulsivitate, mai mult autocontrol.
- Rezultate școlare mai bune.

4. Empatia – interpretarea emoțiilor:

- O mai bună capacitate de a înțelege punctul de vedere al altei persoane.
- Mai multă empatie și sensibilitate față de sentimentele altor persoane.
- O capacitate mai mare de a-i asculta pe ceilalți.

5. Managementul relațiilor:

- O mai bună capacitate de a analiza și înțelege relațiile.
- O mai bună abilitate de a rezolva conflictele și diferențele de opinii.
- O mai bună abilitate de a rezolva problemele într-o relație.
- Mai asertiv și mai abil în comunicare.
- Mai popular și mai extrovertit; prietenos și atașat de semenii.
- Mai apreciat de semenii.
- Mai grijuliu și mai atent.
- Mai sociabil și ușor de integrat în grupuri.
- Mai darnic, mai cooperant și mai altruist.
- Mai democratic în gândire și în relațiile cu oamenii.

Este evidentă diferența dintre un simplu program de informare privind consecințele consumului de droguri și programele care vizează dezvoltarea inteligenței emoționale la copii și tineri, formarea caracterului acestora și promovarea autodisciplinii.

De asemenea, nu este de datoria informatorilor să ofere această educație de bază – având în vedere că munca lor va avea o influență

minimă – însă ei pot ajuta la dezvoltarea și menținerea unor astfel de programe de formare a caracterului.

1.4.1. COMPONENTELE UNUI PROGRAM DE DEZVOLTARE EMOȚIONALĂ

Este important ca în dezvoltarea unui program de prevenire să fie formulate obiective clare, consecvente, care au o bază științifică și care se vor bucura de sustenabilitate. După cum se știe, schimbarea de comportament pe care dorim să o provocăm prin implementarea unui program de prevenire, are la bază conștientizarea și internalizarea valorilor. Aceasta din urmă, însă, nu poate fi provocată din exterior, deoarece valorile sunt strâns legate de emoționalitate și sentimente.

Orice program de prevenire trebuie să țină cont de faptul că atât efectele dorite de consumatorii de droguri, precum și așteptările acestora, cu privire la avantajele și dezavantajele consumului drogurilor, angrenează emoții puternice. Transferul de cunoștințe și „re-educarea emoțională” sunt inseparabile. De aceea, este foarte important ca în planificarea programelor de prevenire să se cunoască următoarele componente active ale unui astfel de program (listă întocmită de Goleman în studiul său – Consorțiul W. T. Grant):

Componente active ale unui program eficient de prevenire în școală	
Abilități emoționale:	<ul style="list-style-type: none">• Abilitatea de a-și identifica și descrie propriile sentimente.• Abilitatea de a-și exprima sentimentele.• Abilitatea de a aproxima intensitatea propriilor sentimente.• Abilitatea de a-și controla propriile sentimente.• Abilitatea de a amâna recompensa.• Abilitatea de a-și controla impulsurile.• Abilitatea de a reduce stresul.• Abilitatea de a face diferența între sentimente și acțiuni.

Componente active ale unui program eficient de prevenire în școală	
Abilități cognitive:	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogul cu sine: purtarea unui „dialog interior”, ca modalitate de a trata o problemă sau o provocare și de schimba sau de a-și păstra un anumit comportament. • Observarea și interpretarea semnalelor sociale – de ex. recunoașterea influențelor sociale asupra comportamentului și analizarea propriului comportament, din punct de vedere al comunității, ca întreg. • Luarea de măsuri pentru a rezolva problemele și a lua decizii – ex. controlarea impulsurilor, stabilirea obiectivelor, identificarea alternativelor și anticiparea consecințelor. • Înțelegerea punctelor de vedere diferite. • Înțelegerea normelor de comportament (ce este considerat sau nu a fi un comportament acceptabil) • O perspectivă pozitivă asupra vieții. • Încredere în sine – ex. a nu avea așteptări exagerate de la sine.
Abilități comportamentale:	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitatea de a comunica non-verbal: prin privire, expresie facială, intonație, gestică, etc. • Capacitatea de a comunica verbal: de a pune întrebări clare, de a reacționa constructiv la critici, de a rezista la influențe negative, de a-i asculta și ajuta pe ceilalți, de a lua parte ca egal, la grupuri pozitive.

1.4.2. TEORII ȘI MODELE EXPLICATIVE ALE CONSUMULUI DE DROGURI

În orice domeniu științific trebuie să existe un cadru teoretic care să ne permită să ne desfășurăm activitatea profesională cotidiană. Acesta, de obicei, se bazează pe informația disponibilă asupra fenomenului în legătură cu care ne desfășurăm activitatea și are suficientă validitate în funcție de evidența empirică disponibilă. În câmpul consumului de droguri

avem un număr suficient de teorii și modele explicative, ceea ce demonstrează, pe de o parte, interesul asupra acestei teme, și pe de alta parte, dificultatea de a cuprinde întreaga extensie a acestui fenomen complex. În mod obișnuit o teorie rezumă un complex de evidențe empirice, putând să fie o derivată a unei ipoteze, să explice legi sau să construiască modele. Pe de alta parte, un model este o teorie sau un grup de teorii aplicate unei arii sau situații specifice (Mitchell și Jolley, 1992).

Teoriile sunt abstracte, ne servesc pentru a da o reprezentare lumii noastre, de obicei complexă, prin intermediul unei structuri simple în cadrul teoretic, care servește la facilitarea evaluării actualității și a modalității de prognozare, sau oferă principii orientative plecând de la aceasta.

Dar o teorie nu implică obligativitatea veridicității acesteia. Pentru aceasta este nevoie de verificarea îndeplinirii postulatelor acesteia și cu aceasta ocazie dacă există sau nu evidențe care să o susțină.

Dintre teoriile și modelele explicative ale consumului de droguri, majoritatea s-au orientat asupra cauzelor care determină indivizii să consume droguri. Aceasta are o mare importanță deoarece dacă știm de ce apare consumul ne va fi mai ușor să aplicăm programe de prevenire sau de asistență. În continuare vom trece în revistă teoriile și modelele explicative cele mai importante ale consumului de droguri, plecând de la o revizuire extensivă realizată de Becona (1999). Acesta le clasifică în trei mari grupe:

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

1. Teorii și modele parțiale sau bazate pe puține componente

În cadrul acestora sunt incluse cele care se caracterizează prin încercarea de explicare a consumului de droguri prin foarte puține elemente sau componente. Aceasta nu înseamnă că teoriile și modelele complexe ar fi mai bune, dar din punct de vedere didactic și al clasificării sunt utile în scopul diferențierii.

În această grupă considerăm **teoriile și modelele biologice** ce consideră adicția ca o tulburare cu substrat biologic. Acestea reduc explicarea tulburării la o cauză fundamental biologică și la ipoteza auto-medicației, în care individul ar consuma substanțe pentru ca, odată ce a descoperit-o, a încercat-o și a experimentat efectele sale pozitive își va soluționa problemele cu ajutorul ei, multe din aceste probleme fiind de natură psihopatologică, sau în care organismul necesită autoreglarea cu ajutorul acesteia (Casas și colab., 1992).

Modelul sănătății publice este un model de mare relevanță. Derivat al acestuia este modelul convingerilor asupra stării de sănătate, care a fost elaborat pentru prima dată de către un grup de cercetători în domeniul studiului comportamentelor din cadrul Serviciului de Sănătate Publică al SUA în anii 1950-1960. În ultimele trei decenii acest model a fost unul dintre cele mai utilizate pentru a explica comportamentul în relație cu starea de sănătate. Elementele sale fundamentale sunt susceptibilitatea, severitatea, beneficiile și barierele percepute.

Începând cu jumătatea anilor '70 diverși autori au susținut un **model legat de competențe** în detrimentul modelelor prin deficit care primau până în acel moment. Cheia acestui model o reprezintă anticiparea problemelor pentru a le putea evita, mai mult decât încercarea de a ajuta subiecții să-și rezolve problemele.

Acesta are două componente principale (Costa și Lopez, 1996):

- promovarea competenței individuale
- dezvoltarea de comunități și organizații competente

Teoriile învățării. Mare relevanță pentru explicarea consumului, pentru tratament și pentru prevenire au cunoscut modelele de învățare prin condiționare clasică, operantă și prin imitare. Această teorie explică consumul ca fiind un fenomen de dobândire ce urmează modelele menționate. S-au propus explicații plecând de la fiecare dintre paradigmele de învățare, însă, în momentul actual cel care permite explicarea comprehensivă a comportamentului de consum de droguri este cel al învățării sociale, mai ales pentru etapa de inițiere a acestuia.

Teoriile învățării au adus un aport empiric important, au fundamentat psihologia științifică și au folosit principiile, tehnicile și procedeele pe care aceasta le utilizează.

Teoriile atitudinal - comportamentale. Alt grup important de teorii care au avut o mare relevanță începând cu anii 80 au fost teoriile atitudinal - comportamentale. Dintre acestea subliniem **teoria acțiunii raționale** a lui Fishbein și Ajzen, 1975, și **teoria comportamentului planificat** al lui Ajzen, 1988. Astăzi este posibil să prognosticăm într-o măsură semnificativă comportamentul plecând de la atitudini și credințe ale subiectului sau de la comportamente anterioare sau relaționate cu acestea cum ar fi normele subiective, intențiile comportamentale etc. Această teorie, folosită foarte mult în anii '80 și-a pierdut din importanță în ultimii ani, mai ales în aria dependenței de droguri. Chiar și așa, această teorie este utilă atunci când urmărim predicția unui comportament plecând de la intenții, credințe sau atitudini (Becona, 1993) separat sau în combinație cu alte componente. În cazul teoriei comportamentului planificat, aceasta prezice mai eficient decât cea anterioară, acele cazuri în care nu este posibilă exercitarea permanentă a unui control voluntar sau a unui control exterior persoanei.

Teoriile psihologice, bazate pe cauze intrapersonale. Acestea includ modelul creșterii stimei de sine a lui Kaplan și colab (1986) și versiunea sa actualizată teoria integrativă a comportamentului deviant a lui Kaplan (1996). Primul pleacă de la premiza că adolescenții caută acceptarea și aprobarea comportamentului lor. În situațiile în care comportamentul adolescentului se îndepărtează de așteptările părinților, profesorilor sau al altor persoane ale căror opinii sunt considerate importante, acesta va deveni o sursă de disconfort psihologic, pe care adolescentul trebuie să îl rezolve. În cazul pierderii favorurilor adulților semnificativi în viața tânărului, vor apărea sentimente de auto-respingere care necesită un răspuns corector sau compensator.

Teoria integrativă a comportamentului deviant sintetizează teoriile și elementele preliminare ale teoriei sinelui, stresului, controlului, asocierii diferențiate, a învățării sociale.

Un alt model propus pentru explicarea consumului de droguri este **modelul afectivității** al lui Pandina și colab (1992).

Acesta consideră afectul ca mecanism cheie pentru a înțelege dezvoltarea consumului în sensul determinării și controlului comportamentului. Modelul pune accent pe relația dintre afectul negativ, un status de excitație crescut și vulnerabilitate la abuzul de droguri. Astfel se așteaptă ca acei subiecți care vor găsi atractivă intoxicația cu droguri sunt cei care în mod cronic au nevoie de niveluri crescute de activare (sau cu alte cuvinte au o sensibilitate specială la stimularea rezultată din activarea produsă de droguri) și cei care se pot caracteriza printr-o deprivare cronică a re-întăririi pozitive. Mai mult apare ipoteza că cei care sunt deprivați cronic de o re-întărire pozitivă sunt dominați de stări afective negative persistente și generalizate. Satisfacerea acestor necesități și înlăturarea stărilor negative poate, cel puțin temporar, să fie obținută prin ingestia și intoxicația cu droguri, ceea ce va conduce la activarea circuitelor neuronale asociate cu re-întărirea pozitivă. Datorită satisfacției obținute, chiar dacă aceasta este temporară, este de așteptat ca odată inițiată utilizarea substanței, consumul să persiste în timp și să crească în intensitate. Astfel indivizii cu un profil de înaltă afectivitate negativă vor fi mai vulnerabili la trecerea de la consumul ocazional la cel experimental și la abuz.

Teorii bazate pe familie și pe abordarea sistemică. În aceste teorii se pleacă de la ipoteza că utilizarea substanțelor este expresia comportamentelor neadaptate al unuia sau mai multor membrii ai familiei, comportament ce produce o disfuncție în sistemul familial. (Waldrom, 1998)

Totuși, chiar dacă aceste modele au avut o mare relevanță pentru tratament și există o teorie explicativă a inițierii dependenței, nici unul din acestea nu s-a dezvoltat suficient pentru a fi aplicată în câmpul prevenirii dependențelor de droguri.

Modelul social al lui Peele (1985). Se bazează pe rolul care îl au adicțiile în stilul nostru de viață, susținând ca substanțe sau comportamentul nu sunt cele care produc adicția, ci modul în care persoana interpretează aceasta experiență și cum răspunde la nivel fiziologic, emoțional și comportamental la respectivele substanțe. Modul

de a se confrunta cu realitatea cotidiană și modul de a se vedea pe sine influențează în mod clar și experiența adictivă. Acest model recunoaște totuși, ca experiențele trecute, precum personalitatea și mediul social vor determina un stil de confruntare cu cotidianul. Drogurile și comportamentele ce conduc la adicții se vor converti, astfel, în ‚amulete’ pe care persoana le are pentru a înfrunța mai bine situațiile de stres, anxietate, durere, depresie etc. După Peele cultura noastră favorizează adicțiile, având ca valori centrale succesul și reușita individuală. Atunci când acestea sunt dificil de obținut, refugiarea în adicții este un mod de a vedea viața dintr-o perspectivă opusă. În același timp, viața fiind din ce în ce mai controlată de către instituții, individul percepe ca fiind dificil controlul asupra propriei vieți iar adicția se va converti într-un mod de a scăpa din această situație.

2. Teorii și modele evolutive sau bazate pe stadii

În cadrul acestora sunt incluse o serie de teorii care își bazează explicațiile pe stadii sau pe evoluția dezvoltării cu privire la maturizare și la consumul consecutiv de droguri.

Modelul evolutiv al lui Kandel este cel mai cunoscut. Modelul său postulează că utilizarea de droguri urmează niște pași secvențiali. Începutul se face cu anumite substanțe (droguri legale) care servesc ca element facilitator pentru consumul ulterior de alte substanțe, în special marijuana și apoi și alte droguri ilegale.

Kandel pornește de la teoria socializării, centrându-se în mod special pe legătura dintre dezvoltarea adolescentului și relația sa cu părinții și egalii. Conceptele și procesele folosite provin din teoria învățării sociale și din teoria controlului (Kandel și Davies, 1992).

Ideea principală este aceea că utilizarea drogurilor ilegale, marihuana, cocaină, heroină etc. se produce într-o formă secvențială sau etapizată, plecând de la droguri legale, alcool și tutun (Kandel, 1975).

Studiile realizate de Kandel, atât de tip longitudinal cât și transversal, indică existența a patru etape prin care trec consumatorii de droguri ilegale:

1. bere sau vin

2. țigări sau lichior
3. marihuana
4. alte droguri ilegale

Consumul de droguri legale este elementul intermediar care se găsește între non-consumul de substanțe și consumul de marijuana și ulterior alte droguri ilegale. Este de asemenea important să subliniem că în decada anilor 70 modelul lui Kandel a adus un element nou, inexistent până atunci în câmpul prevenirii.

Acest model arată faptul că nu este necesar ca fiecare etapă să apară la toți indivizii în mod egal.

Consumul unei substanțe într-o etapă crește de o manieră importantă și semnificativă probabilitatea de a trece la faza următoare de consum.

Există diverse influențe care se relaționează cu consumul sau non-consumul de droguri ilegale. Principalele două sunt familia și anturajul, care au primit cea mai mare atenție. Alături de acestea ar mai fi factorii legați de individ și alte comportamente deviate. Alături de contactul cu diferitele substanțe ar mai exista două tipuri de influențe: interpersonale și intrapersonale – sau caracteristicile personalității. Pe lângă acestea, modelul de evoluție propus a fost găsit atât la bărbați cât și la femei, la diferite vârste, la persoane de rasă albă sau de culoare, ceea ce demonstrează un nivel înalt de generalizare.

Un alt model de stadii sau etape este cel al lui Werch și DiClemente (1994) – **modelul etapelor motivaționale multicomponente**, bazat pe stadiile schimbării ale lui Prochaska și DiClemente (1983). Pentru Werch și DiClemente exista un continuum de stadii, pornind de la non-utilizarea drogurilor până la consumul continuu. Aceste stadii sunt în număr de cinci:

1. precontemplare, când nu se ia în considerare utilizarea de droguri
2. contemplare, când se gândește în mod serios inițierea consumului

3. pregătire, când se ia în considerare utilizarea drogurilor într-un viitor imediat
4. acțiune, când se inițiază consumul de droguri
5. menținere, când este continuat consumul

Modelul etapelor motivaționale multicomponente combină stadiile de însușire a unor comportamente cu cele ale schimbărilor de comportament. Prevenirea primară este orientată către a ajuta tinerii să se mențină în stadiul de precontemplare, sau să nu treacă de la etapa de experimentare la consumul regulat de droguri. Diferența dintre aceasta și prevenirea secundară constă în aceea că se încearcă producerea unei schimbări care să conducă la întreruperea consumului. Acești autori consideră cele două niveluri de prevenire, primară și secundară, concomitent, ceea ce s-ar adecva într-un mod mai realist situației reale și ar permite o mai bună punere în practică a intervențiilor preventive.

Modelul procesului de afirmare al tinerilor (Kim și colab, 1998). Acesta este bazat pe o amplă gamă de teorii sau componente ale acestora, cum ar fi teoria controlului social, a modelului dezvoltării sociale, a comportamentului problemă și a învățării sociale. Componentele pe care le include acest model sunt:

- Un suport familial adecvat;
- Un suport social adecvat;
- Preocuparea și sprijinul familiei în viața tânărului;
- Așteptările sociale înalte din partea persoanelor importante pentru tânăr;
- Oportunitățile de a deprinde abilități pentru viață care să aibă implicații relaționate cu munca;
- Oportunități relevante pentru asumarea de responsabilități;
- Oportunități pentru a participa și contribui în mod semnificativ la activități sociale, culturale, economice și publice în școală și comunitate;
- Oportunități de a demonstra abilități și de a obține succese;
- Întărirea randamentului de către persoane relevante din școală, casă, dar și de către alți adulți;

În acest model o importanță deosebită este dată familiei ca element de bază al socializării valorilor dominante din societate.

De asemenea sunt incluse alte elemente legate de gradul de adaptare al individului la ordinea socială, bazate pe teoria controlului social, chiar dacă acești autori înțeleg această adaptare prin intermediul teoriei învățării sociale și a stadiilor-expectativă. Prima definește comportamentul social ca rezultat al condiționării prin imitare, obținut prin procesele de re-întărire și pedeapsă. Cea de-a doua se bazează pe ideea că modul în care gândim și credem este în mare parte în funcție de modul în care ne văd și ne tratează ceilalți. În continuare aceștia consideră că modul în care ceilalți ne percep este în mare parte condiționat de expectativele pe care aceștia le au dinainte. Această teorie se mai cunoaște sub numele de efectul Pigmalion sau modelul comunicării expectativelor.

Modelul maturității prin consumul de droguri. Labouvie, 1996, propune un model bazat pe autoreglare, unde elementele cheie sunt personalitatea și autoeficiența. În ipostazele în care acestea eșuează, individul va răspunde necesităților sale imediate sau presiunilor situațiilor imediate cu ajutorul drogului. În plus, este probabil ca individul să nu aibă scopuri personale sau că acestea sunt puțin importante, dificile, costisitoare sau greu realizabile. Aceasta îl poate conduce la o stare de alienare și depresie ce apare a putea fi depășită prin consumul de droguri.

Studiile sale se bazează pe faptul că factorul timp generează o scădere naturală a numărului de consumatori și a consumului, asociată cu o creștere a numărului de indivizi din aceeași generație care intră în curentul social al majorității. Acestea indică, după cum susține autorul, o creștere a traiectoriei temporale către o mai mare convenționalitate atât la bărbați cât și la femei.

Teoria pseudo-maturității sau a dezvoltării precoce (Newcomb, 1996). Reunește informațiile disponibile asupra teoriei pseudo-maturității sau a dezvoltării precoce la adolescenți cu privire la consumul de droguri. Ceea ce afirmă această teorie este că în timpul adolescenței, și în fața experimentării rolurilor adulte, adolescentul va întâmpina dificultăți în a face față în diferite sfere ale vieții.

Afirmația de bază a acestei teorii este că realizarea de activități timpurii față de vârsta cronologică și implicarea în responsabilități tipic adulte la o vârstă prematură din adolescență interferă cu obținerea abilităților psihosociale necesare pentru succesul ulterior în aceste roluri. Ceea ce susține autorul este că acestea sunt învățate în perioada critică a adolescenței și dezvoltarea lor prematură împiedică o învățare corectă.

În cadrul acestei teorii se consideră că există două etape de mare importanță: tranziția de la copilărie la adolescență, când apare pubertatea și tranziția de la adolescență la adultul tânăr, când se produc evenimente importante cum ar fi căsătoria sau alegerea serviciului. Această diferențiere se bazează pe faptul bine cunoscut că există întâmplări critice în viață, în urma cărora se face tranziția de la o etapă la alta; modalitatea de realizare va genera adecvarea sau nu a rezultatului. Unul dintre aspectele pe care aceasta teorie le consideră importante este cel al pubertății, datorită numărului mare de modificări care se produc în aceste etape. Alături de greutatea dată etapei pubertății, în care este implicat clar un factor de natură biologică, această teorie acordă de asemenea o mare importanță factorilor personali și sociali în baza altor teorii care au demonstrat gradul implicării acestora.

Glantz (1992) propune explicarea abuzului de substanțe, prin **modelul psihopatologic al dezvoltării**, în privința etiologiei abuzului de droguri. Modelul acestui autor se bazează pe factorii de risc care s-au demonstrat a fi asociați cu etiologia abuzului de substanțe (factori neurologici și genetici, predispoziția la comportamente problemă, factori psihologici și psihopatologici, factori ambientali și sociali) și pe principiile de bază ale dezvoltării și ale psihopatologiei legate de dezvoltare.

Acest model diferă de alte modele etiologice prin orientarea sa psihopatologică referitoare la dezvoltare și prin includerea în cadrul ei a antecedentelor primei copilării.

În perioada neonatală (0-3 luni) copii cu risc mare, conform ipotezei autorului, ar fi aceia care au un temperament cu următoarele caracteristici:

- labilitate mărită și intensitate mai mare a afectului decât media copiilor de aceeași vârstă;

- capacitate mai mica pentru a se obișnui la noi stimuli sau de adaptare la schimbare;
- latență mai mare decât media copiilor de aceeași vârstă în a răspunde la situații neplăcute;
- dificultate mai mare de a fi liniștiți;
- regularitate mai mică a ciclurilor biologice.

Vulnerabilitatea ar fi produsul interacțiunii caracteristicilor temperamentale ale copilului cu persoanele și experiențele din mediul său. Astfel, un temperament mai dificil al copilului nu reprezintă o condiție suficientă pentru consumul ulterior de substanțe. Pornind de aici autorul propune acest tip de caracterizare a copiilor aflați la risc, de la naștere până la adolescență.

Teoria socializării primare a fost propusă recent de către Oetting și colab., 1998. Obiectivul său este acela de a rezolva limitările teoriilor anterioare dat fiind că, după autori, acestea fie analizează doar un aspect al problemei (variabile psihologice, biologice sau sociale) fie nu indică elementele de legătură dintre componente. Această teorie se centrează pe comportamentul problemă, iar consumul de droguri este unul dintre ele.

Premiza fundamentală a acestei teorii este următoarea: „chiar dacă baza biologică a comportamentului uman este de necontestat, în mod esențial toate comportamentele sociale umane sunt învățate sau conțin componente principale care sunt învățate”.

Comportamentele sociale deviate, cum sunt consumul de droguri, crimele, violența, se găsesc printre aceste comportamente învățate. Devierea nu este o simplă situație defectuoasă care apare când există o ruptură între legăturile și normele pro-sociale; atât normele pro-sociale cât și cele deviate sunt în mod activ învățate în cadrul procesului de socializare primară. Pentru aceasta există anumite surse de socializare primară, care influențează individul:

- familia
- școala
- grupul de egali

De asemenea există influențe indirecte în socializarea primară care sunt date de: trăsăturile de personalitate și de sursele de socializare secundară, cum ar fi caracteristicile comunității:

- oraș, cartier
- dimensiune
- mobilitatea populației
- distribuția populației pe vârste
- oportunități sociale
- sărăcia
- familia numeroasă
- religia și instituțiile religioase

Referitor la trecerea de la socializarea primară la consumul de droguri această teorie susține că aceasta tranziție se poate realiza pe două căi:

- dependența apare ca rezultat al socializării
- prin dependența față de un stil de viață bazat pe consumul de droguri. Aceasta include tipul de drog, accesibilitatea acestuia și gradul de acceptare

3. Teorii integrative și comprehensive

Teoriile integrative și comprehensive au ca obiectiv explicarea comportamentului de consum prin integrarea diferitelor componente din diverse teorii, sau prin abordarea unei teorii comprehensive prin intermediul căreia este posibilă explicarea problemei.

Teoria învățării sociale. Teoria învățării sociale, redenumită în actualitate teoria cognitivă socială, propusă de Bandura în 1986 este una dintre cele mai utilizate și importante în domeniul consumului de substanțe.

Aceasta este o teorie psihologică bazată pe principiile învățării și pe cunoașterea persoanei din perspectiva mediului social în care își manifestă comportamentul.

Bandura, în comparație cu explicațiile comportamentului uman bazat pe condiționarea clasică și operantă, propune existența a trei sisteme implicate în reglarea comportamentului:

- primul este constituit de situațiile și stimulii externi, care afectează comportamentul, în principal prin intermediul proceselor de condiționare clasică;
- al doilea este constituit din consecințele comportamentului în formă de întăriri externe ale acestuia, și care își exercită influența prin procese de condiționare operantă sau instrumentată;
- al treilea este constituit din procesele cognitive mediatore, care reglează influența mediului determinând stimulii cărora li se va da atenție, modul de percepere al acestora și influența pe care aceștia o asupra comportamentelor viitoare.

Această teorie insistă pe conceptul de autoeficiență ca fiind o componentă centrală și totodată ca element explicativ principal în ceea ce privește dobândirea, menținerea și schimbarea comportamentului. Este o teorie comprehensivă a comportamentului uman care ia în considerare în același timp factorii învățării (condiționare clasică, operantă și prin imitare), procesele cognitive și componenta socială în care trăiește și se dezvoltă individul.

Modelul dezvoltării sociale. Acest model dezvoltat de Catalano, Hawkins și colab., reprezintă o teorie generală a comportamentului uman, al cărui obiectiv este explicarea comportamentului antisocial prin intermediul specificărilor predictive ale dezvoltării. Modelul lor integrează alte teorii anterioare care s-au susținut empiric, cum ar fi teoria controlului, teoria învățării sociale și teoria asocierii diferențiate. Acest model pornește de la ipoteza că procesele de dezvoltare sunt similare atât în cazul celor ce conduc la comportamente pro-sociale cât și cele care conduc la comportamente antisociale.

Individul trece de-a lungul vieții prin diferite faze în care factorii de risc și de protecție au o mare importanță pentru dezvoltarea comportamentelor antisociale.

Acest model include trei elemente principale:

- comportamentul delincvent și cel al consumului de droguri într-un singur model
- existența unei perspective de dezvoltare, ceea ce conduce la submodele specifice pentru diferite vârste: preșcolar, școlar, liceal
- factorii de risc și de protecție pentru delincvență și consum de droguri

Ipoteza principală a acestui model este aceea ca oamenii sunt în căutarea satisfacției, iar comportamentul uman depinde de interesul individului față de actele sale; aceasta semnificând faptul că indivizii se implică în activități sau interacțiuni pentru a-și satisface ceea ce speră că vor primi de la acestea. În mod clar, acest fapt derivă din teoria învățării sociale. Pe lângă aceasta, experiențele aduc informații empirice ce servesc unor acțiuni viitoare. Aceasta se bazează pe teoria asocierii diferențiate. A doua ipoteză principală a acestei teorii este că există un consens normativ în societate sau cu alte cuvinte, niște „reguli ale jocului”.

Modelul consideră o serie de etape de dezvoltare care vor conduce la un comportament pro-social sau antisocial. Acestea sunt, pentru calea pro-socială:

- perceperea oportunităților pentru interacțiuni și implicare pro-socială
- implicarea în activități și interacțiuni pro-sociale
- abilități pentru interacțiuni și implicare, recompensele percepute ale acestora
- sprijin și compromis către alte activități pro-sociale
- credința în ordinea morală

Comportamentul antisocial are aceleași comportamente, dar opuse celor anterioare. Această teorie susține ipoteza dezvoltării unui comportament individual ce va fi pro- sau antisocial în funcție de comportamentele, normele și valorile predominante pe care le au cei care se află în anturajul individului. Aceasta se bazează în mare parte pe teoria controlului social.

Avantajul pe care îl are modelul dezvoltării sociale, ca și alte modele, este acela că, plecând de la componentele sale se pot dezvolta programe de prevenire și asistență pentru consumul de droguri.

Intervenind în acele puncte care cauzează consumul de droguri, poate întrerupe ceea ce se consideră procese cauzale care conduc la consum. Autorii modelului afirmă că este posibil să se intervină în fiecare din aceste etape, chiar dacă aceasta implică intervenții multiple datorită includerii multor factori.

Teoria interacțională a delincvenței (Thornberry, 1996). Această teorie combină elemente din teoria controlului și învățării sociale. Conform acestei teorii, comportamentul deviant este rezultatul atât al legăturilor slabe ale persoanei cu societatea convențională cât și a unui mediu social sărac în care să poată fi învățat și întărit un comportament adecvat. Acesta se dezvoltă într-o formă dinamică pe parcursul vieții prin interacțiunea mai multor procese.

Astfel, primul element relevant pentru producerea unui comportament delincvent este lipsa legăturilor convenționale. Acei adolescenți care se află în strânsă legătură cu părinții lor și care se află într-o relație sigură cu școala și alte activități convenționale au o probabilitate mică de a dezvolta comportamente delincvente. Pe lângă aceasta, de obicei acești adolescenți, se află în cadrul unor rețele sociale convenționale, ceea ce scade și mai mult probabilitatea de a se implica în activități deviante. Pe de altă parte, dacă legăturile convenționale sunt slabe sau lipsesc și există un control social slab asupra comportamentului, posibilitatea pentru delincvență crește. Fără îndoială că, pentru a se produce un comportament stabil de delincvență este necesar un mediu social în care acesta să se poată învăța și în care să fie întărit. În acest fel a fi printre egali delincvenți, cu valori în acest sens este relevant pentru consolidarea acestui tip de comportament. Astfel, această teorie insistă pe faptul că relația dintre aceste variabile este dinamică și nu statică, bidirecțională între variabile și cu potențial de modelare în decursul evoluției individului.

Teoria comportamentului problemă (Jessor și Jessor, 1977). De la apariția sa s-a constituit într-un punct de referință, iar recent, s-au făcut

anumite reformulări care au condus la apariția unei noi teorii și anume teoria comportamentelor cu risc ale adolescenților.

Teoria comportamentelor de risc ale adolescenților (Jessor și Jessor, 1993). Această teorie consideră anumiți factori de risc și de protecție, anumite comportamente de risc și anumite rezultate de risc. Aceasta dă o mare importanță în apariția comportamentelor cu risc la adolescenți, sărăciei sociale, inegalității și discriminării, elemente fundamentale pentru menținerea unei părți din populația adolescentă în ceea ce autorii au numit ‚risc‘.

Implicațiile pe care le are această teorie atât pentru prevenire cât și pentru intervenție în consumul de droguri este că o abordare comprehensivă este mai eficace decât o abordare parțială. În plus, printr-o abordare comprehensivă este mai probabil să se obțină succese și efectele să se mențină pe termen lung. Astfel, această teorie susține că trebuie reduși factorii de risc și crescuți factorii de protecție introducând ideea schimbării stilului de viață, în special la acei tineri care trăiesc în medii sociale defavorizate.

Probabil, unul dintre principiile care derivă din această teorie este acela de a nu orienta întreaga responsabilitate pe individ, deoarece responsabilitatea contextului social îndeosebi sărăcia, inegalitatea, discriminarea este de mare importanță. Aceasta conduce la necesitatea unei schimbări și în cadrul acesteia, alături de schimbările realizate în factorii cauzali și de întreținere a comportamentelor de risc.

Modelul stilurilor de viață (Calafat, 1992). Modelul stilurilor de viață și al factorilor de risc care le condiționează este unul dintre modelele cele mai utilizate în cadrul campaniilor de prevenire și asistență din Europa. Are la bază considerarea factorilor de risc și de protecție pentru consumul de droguri, alături de alte zece componente. Această abordare a ajutat la creșterea eficienței intervențiilor care implică acest model. Se fundamentează pe modelul stilurilor de viață și factorilor de risc care le condiționează, considerând „cauzele și factorii care determină sau facilitează ca indivizii să fie interesați de droguri au legătură cu întreaga dinamică personală și socială anterioară contactului cu drogurile”. Aceasta se aplică inclusiv în cazul relațiilor mai mult sau mai puțin cauzale, existând mulți factori care au o mai mare greutate decât drogul

în sine. Astfel, se poate spune, chiar dacă ar părea paradoxal, că drogul nu este un factor de risc pentru dependența de droguri. (Calafat și colab, 1992). Acesta reprezintă unul dintre multiplii factori care se asociază cu consumul de droguri, el reprezentând doar un element din totalitatea celor care trebuie luate în considerare. Pentru Calafat și colaboratorii săi acești factori asociați consumului de droguri se încadrează ca factori de risc și factori de protecție. În ceea ce aceștia numesc rețeaua factorilor de risc și de protecție, ei iau în considerare: structurarea socială, comportamentele de consum din societate, familia, școala, folosirea timpului liber, relația cu părinții, relația cu colegii, informația, personalitatea, atitudinile, experiențele cu alte droguri și consumul acestora.

Prevenirea și asistența în consumul de substanțe este orientată astfel încât influența acestor factori de risc și de protecție să permită ca individul să fie liber față de consum.

Teoria influenței triadice (Flay și Petraitis, 1995). Această teorie comprehensiva grupează diverse elemente din diferite teorii relevante care au fost utilizate în câmpul sănătății. Aceasta consideră diferite niveluri pentru a explica cauzele comportamentului ce merg de la cele mai apropiate trecând prin cele mai îndepărtate până la cele finale. Aceste niveluri se relaționează cu trei grupe de influențe care se deplasează de-a lungul lor:

- influențele culturale și de mediu asupra cunoștințelor și valorilor care influențează atitudinile
- influențele contextual – sociale ce influențează credințele sociale normative ale individului
- influențele intrapersonale determinante asupra controlului de sine și abilitățile sociale, ce conduc la autoeficiență.

În același timp, împreună cu aceste elemente generale, există un număr important de interacțiuni și influențe, atât între grupurile de influență cât și între niveluri.

După cum deja notase Bandura (1986) și ulterior și alți autori, Flay și Petraitis consideră comportamentul ca rezultat al situației, persoanei și mediului.

Influențele atitudinale, sociale și intrapersonale intervin într-un mod interdependent și afectează într-o formă interactivă deciziile de a acționa sau nu într-un anumit mod (ex. a consuma sau nu substanțe). Elementele intermediare de influență considerate sunt:

- ceea ce individul extrage din mediul sau, situații și trăsături de bază
- expectativele pe care le are asupra comportamentului și evaluarea sa privind aceste expectative
- cunoștințele sale în legătură cu starea de sănătate

Specific acestei teorii este considerarea atât a factorilor direcți cât și a celor indirecti care afectează comportamentul. În aceeași măsură aceasta servește la explicarea atât a comportamentelor habituale cât și a noilor comportamente.

Un element final de mare relevanță al teoriei este luarea deciziilor. Conform cu această teorie, luarea deciziilor este un proces dinamic. Aceasta consideră că, decizia inițială și experiențele cu comportamentele în relație cu sănătatea produc un feed-back asupra subiectului și vor influența decizii succesive asupra acestora.

Modelul autocontrolului (Santacreu și colab., 1992). Acest model elaborat pentru explicarea inițierii și menținerii consumului de droguri are la bază autocontrolul și pornește de la modelul bio- psiho- social. Autorii consideră că geneza problemei pornește de la încercarea adolescentului de a obține surse alternative de întărire la cele pe care le are deja, sau i se oferă în mod concret. Scopul acestui demers este de a câștiga independență și de a obține anumite capacități de control prin căutarea unei alternative la întăririle parentale.

Dobândirea autocontrolului poate avea un caracter general sau poate fi izolată în anume tipuri de situație. La rândul său procesul de autocontrol se dobândește prin intermediul exercitării anumitor comportamente de către individ ceea ce implică interacțiunea cu mediul. Printre abilitățile de autocontrol caracteristice se găsesc:

- rezistența la exprimarea agresivității după experimentarea unei frustrări

- rezistența la transgresare, reglarea autoadministrării de întăriri și rezistența la tentație

La elaborarea programelor de prevenire și asistență, dat fiind ca autocontrolul se învață, este necesar să se îndeplinească următoarele cerințe:

- definirea caracteristicilor populației căreia îi este destinat și identificarea factorilor de risc a acesteia
- identificarea și analiza factorilor care determină problema respectivă
- diferențierea între ceea ce reprezintă geneza problemei și ceea ce reprezintă menținerea acesteia

Un **model comprehensiv și secvențial al fazelor consumului de droguri**. Recent, Becona, 1999, a propus un model comprehensiv și secvențial al fazelor consumului de droguri. Acesta propune 6 faze: faza de predispoziție, de cunoaștere, de experimentare și inițiere a consumului, de consolidare (abuz și dependență) și faza de abandon sau menținere și/sau recădere.

1. În faza preliminară sau de predispoziție se consideră următorii factori:

- Biologici. Studiile au arătat că există o anumită vulnerabilitate genetică atât pentru alcool cât și pentru restul drogurilor
- Psihologici. Autorii consideră importante personalitatea, inteligența și învățarea.
- Socioculturali. Se referă la expectative, comportamente, evoluție istorică, valori culturale specifice etc.

2. Faza de cunoaștere. În această fază sunt importante:

- mediul,
- procesul de învățare,
- procesul de socializare
- expectanțele

3. Faza de experimentare și inițiere a consumului. În această fază factorii decisivi sunt cei cunoscuți ca factori de risc și de protecție (despre care am discutat în referatul anterior)

4. Faza de consolidare: de la consum la abuz și la dependență. În această fază ceea ce va determina menținerea consumului substanței în mod fundamental sunt consecințele, pozitive sau negative pe care le produce respectivul consum. Acestea vor fi în directă relație cu anturajul, familia și cu sine.

5. Faza de abandon sau de menținere. Orice comportament se realizează într-un continuu temporal, în care individul poate menține acest comportament sau nu în cazul în care consecințele sunt mai mult negative decât pozitive. Astfel, dintre consumatorii diferitelor tipuri de droguri unii vor înceta să le consume după una sau mai multe încercări, alții după o perioadă de timp mai lungă sau mai scurtă iar alții vor continua consumul în mod neîntrerupt de-a lungul multor ani sau întreaga viață. Aceștia ultimii sunt cei care se află în faza de menținere.

Motivația pentru abandon poate avea cauze externe (presiune familiei, a prietenilor, a societății etc.) sau interne (datorate problemelor cauzate de consum fie de tip fizic, afectiv, familiar etc.). Tratamentul joacă aici rolul sau fundamental pentru obținerea abstenenței și menținerea acesteia pe termen lung.

6. Faza de recădere. Dependența de droguri poate fi considerată un comportament învățat, consolidat și dificil de îndepărtat. De aceea tratamentul poate fi considerat un proces pe calea unui drum plin de recăderi. Astfel individul abandonează consumul, recade, îl abandonează din nou și din nou recade până când acest proces se menține de-a lungul timpului, sau apare un moment când se obține abstenența. Este vorba aici de fazele clasice ale tratamentului.

2. CRITERII DE CALITATE A PROGRAMELOR DE PREVENIRE

Profesioniștii implicați în programele de prevenire pot avea opinii diferite, pot veni din medii profesionale diferite sau pot avea concepții diferite despre prevenire. Cu toate acestea, diverși specialiști au încercat să selecteze o serie de criterii, pe baza cărora metodele de prevenire pot fi îmbunătățite calitativ.

Acest ghid subliniază importanța planificării intervențiilor preventive, pe baza unui proiect sau program, pentru a obține rezultatele scontate.

Aceasta presupune: planificarea, stabilirea obiectivelor, dezvoltarea proiectelor sau a programelor, implementarea, evaluarea și monitorizarea continuă a rezultatelor. În continuare, vom prezenta criteriile de calitate ale unui proiect/program de prevenire, dezvoltate de Janseen și Geelen.

Aceste criterii permit verificarea pașilor ce trebuie urmați în elaborarea, implementarea și evaluarea unui proiect, pentru a asigura calitatea intervenției.

2.1. CRITERIILE DE CALITATE ALE PROIECTELOR DE PREVENIRE – JANSSEN ȘI GEELLEN

Cercetătorii olandezi Janssen și Geelen au întocmit următoarea listă de criterii pe care, în mod ideal, ar trebui să le îndeplinească programele

pentru prevenirea problemelor de sănătate mentală (și tratamentul împotriva dependenței): M. Janssen și K. Geelen, *Prevenirea este mai bună decât vindecarea – Criterii de calitate pentru prevenirea problemelor de sănătate mentală [Beter voorkomen]*, Centrul Olandez de Sănătate Publică, Utrecht, 1993, pag. 56-57. 1 6 1

Criteriile sunt:

Etapă	Criterii de calitate
1. Dezvoltarea proiectului	
<i>1.1. Aspecte generale</i>	<ul style="list-style-type: none"> • susține plauzibilitatea rezultatelor/ efectelor scontate; • ia în considerare efectele negative ale prevenirii; • îi implică, de câte ori este posibil, pe membrii grupului țintă, în dezvoltarea proiectului; • specifică în ce fel efectele preconizate vor fi pe măsura muncii de dezvoltare și a efortului depus;
<i>1.2. Identificarea problemelor</i>	<ul style="list-style-type: none"> • estimează gravitatea și importanța problemei și costurile aferente; • se folosește de datele epidemiologice existente; • explică de ce a fost aleasă o anumită problemă;
<i>1.3. Analizarea problemelor</i>	<ul style="list-style-type: none"> • analizează condițiile apariției problemei la micro și macro social, ca și modul în care acești factori interacționează; • se bazează pe cunoașterea factorilor de risc și a factorilor de protecției, și face diferența între factorii ce pot fi schimbați și cei care nu pot fi; • se folosește de datele științifice disponibile.

Etapă	Criterii de calitate
<i>1.4. Specificarea scopului</i>	<ul style="list-style-type: none"> • descrie cu precizie rezultatele intermediare scontate ; • descrie cu precizie rezultatele așteptate la final; • descrie cu precizie grupul sau grupurile-țintă; • descrie cu precizie grupul sau grupurile-țintă intermediare de prevenire; • formulează obiectivele, astfel încât să fie ușor de verificat dacă au fost atinse; • stabilește obiectivele specifice.
<i>1.5. Specificarea strategiei și selectarea metodologiei</i>	<ul style="list-style-type: none"> • analizează scopul intervenției; • selectează tipul de intervenție pe baza cunoștințelor despre strategiile de abordare eficiente; • realizează o serie de intervenții coerente la nivel micro-, și macro-social; • apreciază eficacitatea și fezabilitatea strategiei și metodologiei alese; • testează intervenția în prealabil sau folosește un tip de intervenție folosit anterior în altă parte;
<i>1.6. Planificarea proiectului</i>	<ul style="list-style-type: none"> • are un plan sistematic pus la punct, care indică activitățile și calendarul acestora; • include perioade de evaluare și testare;
2. Punerea în practică a proiectului	<ul style="list-style-type: none"> • este implementat urmând planul pas cu pas; • este coordonat cu activitățile unor terțe părți (administrator, facilitatori de servicii, alte niveluri, etc.).
3. Rezultatul	<ul style="list-style-type: none"> • este proiectat ca scop și formă, pentru un anumit grup țintă; • este considerat atractiv de către grupul-țintă (design grafic bun, costuri mici).
4. Diseminarea	<ul style="list-style-type: none"> • oferă o descriere clară și cuprinzătoare a proiectului. • aduce rezultatele așteptate în atenția grupurilor-țintă; • oferă o descriere clară și cuprinzătoare a acestora;

Etapă	Criterii de calitate
5. Raza de acțiune și relevanța	<ul style="list-style-type: none"> • vizează rezultate/ efecte cu o rază de acțiune mare în rândul grupurilor țintă; • vizează efecte care sunt de dorit din punct de vedere social;
6. Efecte	<p>demonstrează obținerea rezultatelor/efectelor intermediare dorite;</p> <p>demonstrează obținerea rezultatelor de prevenire dorite.</p>

Deși aceste criterii de calitate par a fi simplu de pus în practică, nu toate pot fi îndeplinite. De exemplu, obținerea unui rezultat final, a unui proiect de prevenire, rămâne dificil de demonstrat. De asemenea, se pare că nici un proiect de prevenire nu a îndeplinit toate aceste criterii. Și aceasta, în principal datorită faptului că un agent de prevenire nu poate adesea să atingă toate aceste criterii. Acest fapt demonstrează că aceste criterii sunt exigente și de aceea ele trebuie considerate ca repere ale calității activității de prevenire.

Totodată, bazându-se pe analiza programelor de prevenire destinate diferitelor comunități (de ex. școala), OSAP, selectează următoarele caracteristici ale programelor de prevenire eficiente (G. Molleman, W. Van Driel, J. Keijsers, *PREventie EFFectiviteits- Instrument PREFFI 1.0, Dezvoltarea unui instrument pentru îmbunătățirea eficienței în activitatea de prevenire [Ontwikkeling van een effectiviteitsinstrument voor de gvo/preventiepraktijk]* Utrecht, Centrul Național de Promovare a Sănătății și Prevenire a Bolilor, 1995):

1. Programul se bazează pe o *planificare* riguroasă, agreată de către toții participanții.
2. Programul conține o descriere a obiectivelor operaționale, bazată pe informațiile culese din investigația referitoare la nevoi, descriere de care se ține cont în alcătuirea unui plan pas cu pas.
3. Programul cuprinde diferite activități pentru atingerea scopului (transferul de informații, educarea, dezvoltarea abilităților, formarea agenților de prevenire).

4. Programul are în vedere toate *segmentele populației*: toate vârstele, grupurile cu risc crescut și sub-grupurile socio-culturale. Influența fiecărui grup și relațiile dintre acestea sunt încorporate în dezvoltarea programului.
5. Programul include un mecanism permanent de *colectare a informațiilor și o analiză a costurilor*. Rezultatele evaluării sunt definite în funcție de schimbările de comportament înregistrate și pot avea legătură cu procesul inițial de planificare, astfel încât programul să poată fi modificat, la nevoie.
6. Programul este special conceput pentru nevoile specifice ale anumitor subgrupuri.
7. Programul este o parte a unui întreg, care promovează sănătatea și bunăstarea comunității, reprezintă un efort comun al mai multor agenții de prevenire, care lucrează împreună pentru a îmbunătății condițiile de viață.
8. Programul se bazează pe principiul că prevenirea este o responsabilitate comunitară, care trebuie să fie organizată atât de autoritățile și agențiile locale, cât și de cele naționale. Acest program are ca scop conștientizarea și asumarea responsabilității oamenilor în vederea adoptării unui comportament sănătos.
9. Programul nu are la bază un singur tip de activitate, ci se extinde pe o perioadă mai lungă de timp. Activitățile de prevenire din timp. Programul poate fi ajustat, în funcție de circumstanțe.
10. Programul implică o serie de sisteme sociale și niveluri sociale aflate în colaborare.
11. Efectele pozitive ale programului pot fi făcute cunoscute prin mass-media. Implicarea politicianilor, a decidenților locali, în acest stadiu, se poate dovedi hotărâtoare pentru continuarea programului.
12. Programul este *reproductibil*.

Această listă de verificare poate fi un instrumentul folositor, dacă este folosită *periodic*, pe parcursul diverselor etape ale activității de prevenire.

3. FACTORI DE RISC ȘI FACTORI DE PROTECȚIE

Cercetările științifice în domeniul prevenirii consumului de droguri centrate pe explicarea relației dintre consumul de droguri și interacțiunea a diferiți factori de risc de ordin personal, familial și social, evidențiază faptul că dezvoltarea unor modele de consum nu este direct proporțională cu forța acestor factori. Factorii de risc sunt circumstanțele anterioare inițierii consumului, abuzului sau consumului problematic de droguri.

În 1994, Committee on Prevention of Mental Disorders al Institute of Medicine din SUA a definit factorii de risc ca „acele caracteristici, variabile sau circumstanțe care, acționând în viața unei persoane, contribuie la creșterea probabilității ca acea persoană să dezvolte o problemă de comportament, în comparație cu orice altă persoană din populația generală, selecționată la întâmplare”.

Prin factori de protecție se înțeleg acele circumstanțe moderatoare ale expunerii la factorii de risc. Factorii de protecție nu sunt în mod necesar factori opuși celor de risc, ci mai degrabă este vorba de două realități distincte care interacționează între ele. (Werner, 1989; NIDA, 1993; Lozano și Gonzales, 1998).

Ipoteza existenței factorilor de protecție constă în aceea că anumite circumstanțe sau condiții ce pot media sau modera efectele expunerii la situații de risc și, în acest fel, pot reduce vulnerabilitatea indivizilor în fața problemelor relaționate cu drogurile.

Factorii de protecție întăresc rezistența persoanelor supuse situațiilor de risc, acționând ca elemente de protecție față de potențiale răspunsuri problematice.

Veți regăsi în continuare o scurtă descriere a mecanismelor de acțiune a factorilor de risc sociali, familiari și individuali din perspectiva relației cu consumul de droguri.

A. Factori de risc sociali/contextuali:

Disponibilitatea drogurilor. Disponibilitatea și accesibilitatea crescută a drogurilor (numărul și accesibilitatea punctelor de vânzare, eficiența mecanismelor de promovare și distribuție, prețul, etc.) atât pentru drogurile legale cât și pentru cele ilegale contribuie la creșterea riscului de utilizare a acestor substanțe.

Cadrul legislativ și norme permissive față de consumul de droguri. Normele, atitudinea și politica comunității față de consumul de droguri și infracționalitate se materializează prin cadrul legislativ, practicile sociale informale și, nu în ultimul rând prin așteptările pe care părinții, educatorii și ceilalți membri ai comunității le au față de copii și tineri. Când, de exemplu, legile, taxele și practicile comunității sunt favorabile/permissive față de consumul de droguri și infracționalitate, sau când nu sunt bine definite, copii și tinerii se află într-o situație cu risc crescut privind inițierea consumului de droguri.

Prezentarea în mass-media a comportamentelor favorabile consumului de droguri, a comportamentelor antisociale și violenței. Este demonstrat științific faptul că există o relație directă între prezentarea în mass-media a comportamentelor antisociale, a comportamentelor favorabile consumului de droguri, a violenței și dezvoltarea agresivității și comportamentelor violente, mai ales în rândul copiilor și tinerilor. Vizionarea unor materiale media de către copii și tineri influențează comportamentul acestora pe mai multe căi. În primul rând, copii pot învăța dintr-un material media că un comportament violent este o strategie de rezolvare (violentă) a problemelor. În al doilea rând, prezentarea comportamentelor violente și antisociale în media pare să modifice în sens negativ atitudinea și reacția copiilor și tinerilor față de aceste tip de comportamente. Devin astfel mult mai permisivi, toleranți și dezvoltă o atitudine de acceptare a acestor comportamente.

Tranziție și mobilitate. Trecerea copiilor dintr-un ciclu de învățământ în altul, generează pentru unii dintre ei probleme de adaptare și se asociază cu o creștere a prevalenței consumului de droguri, a eșecului școlar, abandonului școlar și a comportamentelor antisociale.

Totodată în comunitățile caracterizate de o mobilitate crescută, copii și tinerii sunt mult mai expuși situațiilor de risc în legătură cu consumul de droguri și infraționalitate.

Comunități dezorganizate, relații sociale limitate în cadrul comunității. Când o populație este confruntată cu schimbări de mediu/culturale bruște, se produce o sensibilă deteriorare a abilităților familiei pentru a transmite valori pro-sociale copiilor și adolescenților. Aceasta deteriorare a rolului pozitiv al contextului social apropiat (familie, cartier, rețele sociale de sprijin) pot conduce la probleme legate de abuzul de alcool și droguri.

Privare economică accentuată. Rezultatele studiilor arată ca anumiți indicatori ai privării sociale, precum sărăcia, aglomerările umane și condițiile de viață proaste sunt asociate cu un risc crescut în apariția comportamentelor antisociale. În acest cadru, privarea poate fi considerată un factor de risc - pentru abuzul de droguri pe termen lung - în cazul în care există sărăcie extremă asociată cu alte tipuri de probleme personale și familiale.

Mediul infrațional. Persoanele și grupurile conviețuiesc și se dezvoltă în contexte sociale definite prin valori și structuri (formale și informale) ale societății. În cadrul comunităților care promovează valori antisociale și au norme culturale modificate privind comportamentele și aspectele economice relaționate cu drogurile s-a demonstrat asocierea pozitivă cu creșterea prevalenței consumului diferitelor substanțe psihoactive, inclusiv a drogurilor legale.

B. Factori de risc familiali:

Probleme de comportament în familie. Diverse studii arată relația existentă între ineficacitatea sau inconsistența în exercitarea rolurilor părintești și a funcțiilor familiei în stabilirea de norme de comportament și

problemele legate de uzul și abuzul de droguri, mai ales la copiii care prezintă și tulburări de comportament, dezadaptative (tulburări de atenție, iritabilitate și agresivitate). Nu este totuși demonstrat că, în general stilul educativ familial de tip permisiv și atitudinile permissive ale părinților cu privire la consumul de droguri de către copii, influențează în mod direct inițierea și menținerea ulterioară a consumului de droguri.

Probleme de management familial. Absența părinților sau a unor tatori capabili să ofere suport emoțional pozitiv copiilor, absența unor legături afective puternice în mediul familial pot fi relaționate cu dezvoltarea unor comportamente de uz și abuz de droguri.

Comportamente infracționale în familie. Studiile științifice relevă faptul ca prin rolul modelator pe care îl are, familia poate contribui la dezvoltarea unor atitudini permissive față de infracționalitate în general, ceea ce inițiază dezvoltarea unor comportamente de uz și abuz de alcool și droguri ilegale.

Probleme de abuz (emoțional, fizic, sexual) în familie. Stilul educativ agresiv, abuziv, conduce în timp la conflicte intrafamiliale, cu lipsa unor repere și valori familiale, contribuind la apariția comportamentelor dezadaptative cu risc de debut al consumului de substanțe psihoactive.

Consum de droguri în familie. Părinții consumatori de droguri creează modelele parentale de consum dezvoltând astfel modele comportamentale de consum de droguri. Modelarea exercitată de către părinți prin propriul lor stil de viață (atitudini și comportamente), exercită o influență majoră în debutul consumului de droguri la copii. Această asociere pozitivă a fost în mod consistent observată atât pentru drogurile legale cât și pentru cele ilegale. Diverse studii indică relația pozitivă existentă între apartenența la medii familiale unde cel puțin unul dintre părinți este consumator de droguri și dezvoltarea pe termen lung a unor probleme de dependență de droguri.

C. Factori de risc individuali:

Comportamente antisociale timpurii și persistente. Școala este unul dintre principalii factori de socializare, în mediul școlar poate fi inițiat contactul cu egalii cu probleme de comportament. S-a demonstrat faptul că există o relație directă între debutul timpuriu al comportamentelor antisociale și consumul ulterior de droguri (în special alcool, tutun).

Eșecul școlar. Randamentul școlar scăzut a fost identificat ca factor de risc privind frecvența și intensitatea consumului de droguri. Pe de altă parte nu există nicio evidență că un randament școlar scăzut ar fi un factor predictiv pentru abuzul de droguri.

Lipsa implicării școlare. Diverse studii indică o relație inversă între abuzul de droguri și integrarea școlară și/sau existența expectativei de continuare a studiilor secundare.

Absenteism școlar. În cazul în care grupul de egali frecventat promovează comportamentele antisociale (consum de droguri), absenteismul școlar poate fi un indicator de petrecere a timpului liber cu grupul respectiv și un factor de risc în inițierea consumului de droguri.

Alienare și indisciplină. Unele studii semnalează existența unei relații pozitive între anumite caracteristici psihologice și comportamentele și consumul/ abuzul de droguri. De asemenea, subsumate caracteristicilor specifice adolescenței și influenței grupului de egali, astfel de comportamente pot influența debutul uzului și abuzului de droguri.

Debutul timpuriu al problemelor de comportament în grupul de prieteni. Există o corelație directă între debutul problemelor de comportament care au la bază non-valori și atitudini permissive față de consumul de droguri și debutul comportamentului de consum. Studiile epidemiologice au oferit informații suficiente pentru a demonstra că intensitatea și frecvența consumului și a consumului problematic, precum și dezvoltarea problemelor legate de dependență va fi mai mare cu cât vârsta de debut este mai mică.

Atitudini favorabile consumului de droguri în grupul de prieteni.

S-a observat o relație pozitivă între debutul consumului de droguri și menținerea atitudinilor și credințelor pozitive cu privire la droguri. Rareori adolescenții încep să consume droguri fără a porni de la convingerea că beneficiile potențiale ale consumului sunt mai mari decât posibilele consecințe și costuri.

Consum de droguri în grupul de prieteni. Consumul de droguri în grupul de egali este unul dintre factorii asociați riscului inițierii consumului individual. Este însă relevant faptul că relația între afilierea la un grup și consumul de droguri nu este o relație unidirecțională (influența grupului asupra individului) ci, în acest sens, se produce o relație biunivocă (indivizii tind să se integreze în grupuri cu aceleași afinități), și, în mod normal, intrarea într-un grup la risc se produce de cele mai multe ori înaintea inițierii consumului de droguri.

4. ABORDĂRI EDUCAȚIONALE UTILIZATE ÎN PREVENIREA CONSUMULUI DE DROGURI

Este foarte important ca în momentul planificării unui program de prevenire să fie avută în vedere și selectarea abordărilor educaționale ce urmează a fi utilizate, fiecare având diferite grade de eficacitate. Este foarte important ca o organizație/ un agent de prevenire să analizeze cu atenție aceste abordări înainte de a o aproba în vederea implementării.

Abordare	Conținut	Eficacitate
1. Abordarea didactică		
Șoc / Spaimă	<ul style="list-style-type: none"> Bazată pe „convingerea prin exemple înspăimântătoare” ex. dependenți morți, pe plăci mortuare. Folosește propaganda bazată pe teamă. 	<ul style="list-style-type: none"> Fără eficacitate, poate avea efect invers. E posibil ca mesajul să nu fie respins în totalitate. Poate genera preocupare pentru pericolul abătut asupra altor persoane mai mult decât asupra sa.
Informația științifică	<ul style="list-style-type: none"> Oferă date științifice cu privire la consumul de droguri. Se bazează pe convingerea că toate comportamentele sunt raționale. Presupune că informația îmbogățită va schimba comportamentul. 	<ul style="list-style-type: none"> Poate îmbogăți cunoștințele. Efectiv nu are nici un impact asupra consumului de droguri sau a intenției de a consuma droguri.

Abordare	Conținut	Eficacitate
2. Abordarea afectivă		
	<ul style="list-style-type: none"> • Are în vedere atitudinile individului sau ale comunității și astfel poate face estimări în legătură cu drogurile. • Presupune că autocunoașterea sentimentelor va genera un comportament mai sănătos. • Presupune că informația îmbogățită și clarificarea atitudinilor duc la o schimbare de comportament. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poate genera clarificarea și/ sau modificarea atitudinii. • Efecte periferice asupra informației sau a comportamentului.
3. Abordarea comportamentală		
	<ul style="list-style-type: none"> • Bazată pe abilități de viață și pe competența socială. • Presupune că folosirea drogurilor relevă un comportament funcțional învățat. • Presupune că o creștere a stimei de sine și abilitățile sociale duc la reducerea consumului de droguri. • Cunoscută sub numele de metoda "spune nu". 	<ul style="list-style-type: none"> • Eficiență variată, în funcție de tipul de droguri. • Poate duce la corectare, ex. fumatul, consumul de alcool. • Poate fi criticată ca având caracter de manipulare. • Poate îmbogăți informația și poate modifica atitudinile.

Abordare	Conținut	Eficacitate
4. Abordarea situațională		
	<ul style="list-style-type: none"> • Are ca scop oferirea de informații și mărește capacitatea de a lua decizii. • Presupune că situația sau contextul în care sunt folosite drogurile sunt importante. • Presupune capacități specifice care sunt necesare în luarea de decizii cu privire la sănătate. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poate să îmbunătățească capacitatea de a lua decizii. • Poate îmbogăți cunoștințele. • Nu reduce riscul de a experimenta drogurile. • Poate încuraja metode și/sau circumstanțe ale folosirii drogurilor mai puțin dăunătoare.
5. Abordarea culturală		
	<ul style="list-style-type: none"> • Se concentrează pe situațiile sociale ale consumatorului de droguri. • Are în vedere relația cultura, apartenență etnică, venit și normele de comportament. • Presupune că factorii socio-economiци și normele de comportament influențează folosirea drogurilor. • Reflectă un model de educație politică. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceasta este o interpretare nouă, care tinde către unități întregi și este mai potrivită în anumite zone decât altele (zone socio-economice mici). • Recunoaște realitățile folosirii drogurilor. • Asigură o concentrare asupra schimbărilor sociale prin care tinerii dintr-o comunitate medie sunt împuterniciți să influențeze și să aducă schimbări.

Abordare	Conținut	Eficacitate
6. Abordarea reducerii riscurilor		
	<ul style="list-style-type: none"> • Se concentrează pe reducerea și minimizarea riscurilor consumului de droguri. • Analizează riscurile consumului de droguri. • Nu caută să prevină sau să reducă numărul de persoane ce folosesc droguri. • Această metodă poate fi combinată cu oricare dintre celelalte metode menționate mai sus, depinzând de contextul educațional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Îi vizează pe cei care sunt deja consumatori de droguri. • Nu are efect imediat în reducerea numărului de persoane consumatoare de droguri. • A avut eficacitate de reducere a numărului de persoane care își injectează droguri, dar nu a avut un mare succes printre cei ce folosesc droguri neinjectabile.
7. Abordarea de grup		
	<ul style="list-style-type: none"> • Folosește persoanele dintr-un grup pentru a educa altele cu situații și vârste asemănătoare. • Poate varia de la o îndrumare generală la strategii de dezvoltare a abilităților. • Folosește instrumente informaționale, tehnici de supraviețuire și metode de pregătire. 	<ul style="list-style-type: none"> • În prezent foarte la modă. Trebuie să fie cu adevărat criticată sincer de toți cei implicați. • Există dovezi că ar întârzia instalarea consumului de droguri. • Conducătorii de grup necesită credibilitate, credibilitate care se bazează la rândul său pe experiențe credibile și pe credibilitatea mesajului.

Sursa: Dealing With Drugs Issues in Youth Work, NYHP, 2002

5. FORMAREA ÎN PREVENIRE

Un aspect important în asigurarea calității și sustenabilității programelor de prevenire îl constituie formarea membrilor comunității căreia ne adresăm (de exemplu: cursanții). Organizarea unor sesiuni de formare oferă cadrul dobândirii cunoștințelor, abilităților și atitudinilor necesare pentru a duce la bun sfârșit o activitate de prevenire. În continuare vom prezenta un ghid de lucru menit să faciliteze planificarea și implementarea unui curs de formare.

5. 1. PRINCIPIILE ÎNVĂȚĂRII

Învățarea este un proces activ și continuu, fiind facilitat de repetiție. Pentru a facilita procesul de învățare, în cadrul unui curs de formare, trebuie să aveți în vedere următoarele aspecte:

Implicarea activă

Cadrul formării trebuie să includă o varietate de activități care să stimuleze participarea activă a cursanților. Prin participare activă înțelegem: căutarea informației, adresarea întrebărilor, formularea răspunsurilor, gândirea critică și creativă, aplicarea cunoștințelor și abilităților dobândite în cadrul formării.

Claritatea

Pentru a facilita înțelegerea și asimilarea conținutului învățării, folosiți un limbaj adecvat, definiți clar termenii noi, demonstrați atitudinile la care faceți referire și utilizați mijloace de învățare corespunzătoare.

Asimilarea

Învățarea este continuă și cumulativă. Când începeți un subiect nou, asigurați-vă că cele anterioare sunt folosite ca bază pentru înțelegerea noilor cunoștințe și abilități. Cei ce beneficiază de training trebuie să fie capabili să construiască pe baza a ceea ce au învățat deja, ca un mijloc de a trece la următoarea etapă.

Feedback

Este important ca în permanență să monitorizați stadiul procesului de învățare în grup. Rețineți ceea ce merge bine și corectați erorile care apar.

5.2. INDIVIDUALIZAREA FORMĂRII

Fiecare persoană are propriile sale experiențe, abilități și moduri de învățare. Țineți seama de aceste diferențe interindividuale, asigurați-vă că vă sunt cunoscute toate aceste aspecte și adaptați metodele de predare pentru a satisface nevoile fiecărui membru al grupului.

5.3. STABILIREA ROLURILOR ȘI RESPONSABILITĂȚILOR

În etapa de planificare a cursului de formare trebuie să aveți în vedere rolurile și responsabilitățile actuale ale echipei de proiect, precum și ale celor cărora vă adresați. Unii pot fi voluntari și unii pot avea mai multe roluri și responsabilități. Roluri și responsabilități:

Suținerea și colaborarea implică stabilirea de legături cu instituții/specialiști care pot contribui la implementarea formării.

Identificarea nevoilor de formare este esențială pentru stabilirea temelor cursului.

Management. Managementul implică planificarea, organizarea, implementarea și coordonarea cursului, identificarea surselor de finanțare, menținerea legăturii cu beneficiarii formării, monitorizarea activităților de formare, pregătirea rapoartelor și alte documente.

5.4. REZULTATELE ÎNVĂȚĂRII

Formulați pentru fiecare modul o listă cu rezultatele învățării: cunoștințe, abilități și atitudini. Rezultatele învățării reprezintă bază stabilirii conținutului trainingului, metodelor folosite și pentru evaluare procesului de învățare.

Cunoștințe

În această categorie de rezultate se înscriu ideile, conceptele și principiile de bază necesare în prevenirea primară (de exemplu, informații despre tipuri de substanțe, folosirea lor, efecte și consecințe sau informații despre dezvoltarea proiectelor și evaluarea situației).

Abilități

Abilitatea reprezintă un complex de procese și însușiri psihice individuale, structurate într-un mod original, care permite efectuarea cu succes a anumitor activități. Unele abilități pot fi simple și continue. Altele pot necesita procesarea complexă de informații și luarea de decizii (de exemplu: conducerea unei discuții de grup pe un anumit subiect sau intervievare unei persoane-cheie, scrierea unei propuneri de proiect și dezvoltarea unui chestionar pentru evaluare).

Atitudini

Atitudinile reprezintă o construcție psihică , care reunește elemente cognitive, afective și volitive. Întrucât acestea constituie interfața dintre sistemul intern al unei persoane și conduita sa externă, pot afecta procesul de formare. Formarea și consolidarea atitudinilor constituie un proces de lungă durată Jocul de rol și dezbaterile sunt o cale bună de a aprecia și împărtăși atitudinile pe timpul formării.

Nu trebuie uitat faptul că oamenii rețin 20% din ceea ce aud, 40% din ceea ce aud și văd și 80% din ceea ce descoperă singuri. Cunoștințele, abilitățile și atitudinile pot fi învățate și adoptate într-o varietate de moduri, folosind mai multe metode de formare. Unele din aceste metode sunt prezentate în continuare.

5.5. METODE DE FORMARE

Formarea este un proces care are ca scop adaptarea și învățarea de noi cunoștințe, abilități, atitudini și capacităților. Cele mai eficiente metode de formare sunt cele care permit participarea maximă a celor ce trebuie instruiți. Selecția metodelor specifice va depinde în mare parte de:

- obiectivele propuse;
- numărul participanților;
- cunoștințele participanților cu privire la subiectul formării;
- timpul alocat formării;
- nivelul de participare activă dorit în cadrul formării;
- resursele disponibile.

Metodele utilizate trebuie adaptate grupului și situațiilor de moment. În continuare vom prezenta pe scurt metodele cele mai utilizate în formarea tinerilor.

Discuții de grup

Această metodă oferă tuturor oportunitatea de a participa pe timpul formării. Pentru a vă asigura că această metodă este eficientă, grupurile trebuie să fie mici (3-6 persoane), concentrați discuția pe un singur subiect și alocați un anumit timp (maximum 20 de minute). Desemnați, pentru fiecare grup mic, o persoană care să noteze concluziile discuțiilor și o altă persoană (raportor) pentru a le prezenta grupului mare.

Demonstrația

Această metodă este utilă în învățarea de abilități/ abilități și atitudini. O abilitate poate fi prezentată practic (demonstrată) de formator sau de co-formator. O demonstrație încheiată cu succes trebuie să permită celor ce învață să exerseze acea abilitate singuri. De exemplu, poate fi efectuată o demonstrație privind abilitățile de comunicare. De exemplu, utilizare în comunicare a mesajului **4S**:

- centrat pe **subiect** – ex. Folosirea substanțelor psihoactive;
- **simplic** – nu trebuie să conțină prea multe informații;
- transmiteți un **singur mesaj** – informația este mai bine reținută dacă este oferită fragmentat, este mai puțin confuză;
- **specific culturii** – relevanța culturii va asigura un răspuns adecvat, deoarece de mesaj se pot lega și interpretările sale. Aceasta se aplică unei culturi ale unei populații generale, dar și subculturii unui grup-țintă.

Această metodă necesită o pregătire anterioară și, de asemenea timp pentru a vă asigura că s-au înțeles conceptele, pentru exersare și pentru corectarea greșelilor.

Vizita în teren

Această metodă permite celor ce învață să experimenteze situații reale, relevante pentru formare. Pentru eficiență, asigurați-vă că ați ales un loc de vizită potrivit, în concordanță cu subiectul abordat. Locul vizitat și caracterul didactic al vizitei trebuie făcute cunoscute cursanților și vizita trebuie pregătită din timp.

Jocul de rol

Jocul de rol este o metodă care facilitează învățarea prin exemplificare și observare. Jocul de rol permite redarea de acțiuni și atitudini din viața reală privind un anumit subiect, acestea fiind discutate ulterior de toți membrii grupului. Această metodă este folosită mai ales în formare atitudinilor.

Pregătirea jocului de rol implică: stabilirea obiectivelor și structurii scenariului; planificarea prezentării în detaliu; stabilirea rolurilor cu atenție și realizarea unor scurte prezentări ale acestora, alături de o listă cu instrucțiuni; descrierea situațiilor în care personajele vor interacționa și evenimentele ce vor avea loc; stabilirea locului de desfășurare; asigurarea faptului că fiecare jucător își cunoaște rolul; asigurarea condițiilor pentru exersarea rolurilor.

Înainte de începerea jocului de rol nu uitați să repetați instrucțiunile, să verificați dacă fiecare protagonist își cunoaște rolul, informați auditoriul despre ceea ce urmează să se întâmple. Jocul de rol se va încheia atunci când se ajunge la o concluzie sau, dacă simțiți că nu mai puteți controla situația.

După încheierea jocului de rol încurajați protagoniștii să împărtășească grupului experiența și sentimentele, solicitați observatorilor să își exprime opinia, analizați jocul de rol împreună pentru a putea formula concluzii. Încurajați grupul să argumenteze concluziile.

Brainstorming

Plecând de la un anumit subiect fiecare membru al grupului formulează liber opinii/ idei, fără ca ceilalți să evalueze. Această metodă stimulează gândirea creativă prin încurajarea cursanților de a veni cu cât mai multe idei. Brainstormingul poate fi folosit la începutul unei ședințe sau când se abordează un subiect nou, facilitând concentrarea atenției. Pentru ca metoda să fie eficientă este necesar ca subiectul abordat să fie cunoscut grupului și ca numărul membrilor acestuia să nu fie mare.

Metoda lecturii

Metoda lecturii este utilă pentru a oferi informații cât mai corecte, dar și pentru a dezvolta capacitatea de căutare a informațiilor pentru a

clarifica un temă deja prezentată sau pentru a oferi un nivel comun al cunoștințelor cursanților în scopul facilitării învățării directe. Pentru facilitarea interacțiunii dintre formator și cursanți și asigurarea eficienței acestei metode, este necesară utilizarea complementară a dezbaterilor privind tema respectivă.

Materialele de sprijin

Pentru facilitarea comunicării și învățării este utilă utilizarea materialelor de sprijin (publicații, materiale audio-video) adecvate particularităților educative ale grupului țintă și obiectivelor cursului.

5.6 PLANIFICAREA ȘI IMPLEMENTAREA UNUI CURSULUI DE FORMARE

Pentru a putea fi eficient un curs trebuie planificat. Este necesară stabilirea obiectivelor, stabilirea locului de desfășurare, a metodologiei de lucru și de evaluare.

Identificarea nevoilor de formare

Înainte de a stabili tematica cursului vă recomandăm să realizați o evaluare a nevoilor de formare a grupului căruia urmează să vă adresați. Dacă acest lucru nu este posibil cursul trebuie să înceapă cu o testare a nivelului de cunoștințe și abilități al celor ce vor beneficia de formare. Acest lucru vă va ajuta să adaptați conținutul formării nevoilor cursanților, respectând obiectivele planificate.

În acest sens, cereți cursanților să își exprime (în scris sau verbal) așteptările sau aplicați un chestionar de evaluare a așteptărilor și cunoștințelor actuale privind temele ce urmează a fi abordate în cadrul cursului.

Evaluarea nevoilor vă va ajuta să modificați, dacă este cazul, tematica cursului, metodele de lucru, etc.

Evaluare

Evaluarea continuă este de asemenea deosebit de importantă pentru că vă oferă posibilitatea de a verifica dacă cursanții înțeleg temele prezentate și au dobândit cunoștințele și abilitățile necesare. Cunoștințele dvs. teoretice privind temele abordate sunt esențiale în realizarea unei formări, dar la fel de importantă este abilitatea dvs. de stabili o relație pozitivă cu grupul, de a integra experiența lor în conținutul formării și de a încuraja participarea activă a cursanților. Evaluarea (continuă sau finală) a rezultatelor cursului va viza atât cunoștințele, abilitățile și atitudinile dobândite în timpul cursului, dar și elemente legate de experiența personală a cursanților. Iată câteva sugestii privind întrebările ce pot fi incluse în chestionarul de evaluare:

- Specificați care din așteptările/ nevoile dvs. au fost satisfăcute de acest curs.
- Ce va plăcut la acest curs?
- Ce sentimente aveți față de curs? (satisfacție, insatisfacție)
- Apreciați că metodele și experiențele de învățare utilizate au fost adecvate contextului?
- Ați participat la activitățile în grupuri mici?
- Ce ați învățat noi despre voi?
- Ce ați învățat despre ceilalți participanți?
- Sunt subiecte pe care simțiți nevoia să le aprofundați mai mult?
- Ce sugestii aveți pentru îmbunătățirea cursului de formare?
- Apreciați că acest curs poate fi util și altora? Argumentați.
- Considerați că ați acumulat suficiente cunoștințe, abilități pentru a fi capabil să îi formați pe alții?

Pentru a surprinde și mai bine experiențele individuale ale cursanților îi puteți solicita în elaborarea chestionarului de evaluare.

Abilități de comunicare

Așa cum vă este cunoscut, calitatea comunicării depinde de sursa de informație (emitaător), tipul de mesaj trimis, canalul de comunicare sau mediul folosit pentru a trimite mesajul și receptor (persoana care

primește mesajul). În acest context, calitatea formării depinde și de abilitățile dvs. de comunicare (verbală și nonverbală).

Comunicarea eficientă implică abilități de exprimare verbală, ascultare activă și oferirea de feed-back.

Abilitățile de exprimare verbală implică utilizarea unui limbaj clar, coerent, adecvat nivelului de înțelegere a cursanților.

Abilități de ascultare activă implică exprimarea atenției pe care o acordați vorbitorului prin:

- Stabilirea contactului vizual cu individul sau grupul. Acest lucru arată că sunteți interesat și atent la ceea ce se discută;
- Evitarea contactului vizual direct dacă poate fi perceput ca nepoliticos sau intruziv de interlocutor;
- Ascultarea spuselor interlocutorului, permițându-i să termine ceea ce are de spus, înainte de a îi răspunde;
- Ascultați opinia fiecăruia, nu încercați să vă formați un punct de vedere doar pe ceea ce v-au spus alții.

Pentru că comunicarea înseamnă mai mult decât cuvinte, fiți atent la tonalitatea vocii, fluxul vorbirii, postură, mimică, gestică, ținută și distanța față de interlocutor. Toate acestea exprimă atitudinea dumneavoastră față de o persoană sau un subiect.

Abilitățile de comunicare vă ajută să cunoașteți și să înțelegeți mai bine opiniile și nevoile celorlalți, precum și să stabiliți relații interpersonale bazate pe respect.

Abilități de feedback. Principiul de bază al feedback-ului este de a oferi un răspuns centrat pe subiectul discuției, un comportament și nu pe persoană, este un răspuns la ceea ce auziți și observați.

Pentru a fi eficient, feedbackul trebuie:

- Să fie oferit imediat
- Să fie constructiv și să nu judece
- Să fie clar, specific și corespunzător
- Să conțină informații corecte

- Să fie biunivoc (implicarea atât a emițătorului, cât și receptorului)

Abilități de coordonare

Pentru a gestiona eficient organizarea și desfășurarea unui curs de formare, în calitatea dvs. de formator sunteți persoana care are rolul de a accesa toate resursele pentru a facilita învățarea. A avea abilități de coordonare a unei sesiuni de formare înseamnă:

- A fi informat;
- A planifica desfășurarea secvențială a fiecărei sesiuni de formare. Planificați și jucați un rol de conducere pe timpul trainingului;
- A folosiți un limbaj clar și simplu;
- A fi suportiv;
- A folosi mijloace de sprijin relevante și corespunzătoare;
- A utiliza experiențe reale de viață;
- A utiliza metode de formare variate;
- A crea un cadru de învățare interesant și plăcut (sesiuni scurte, bazate pe participarea activă a cursanților).

Identificarea rezistențelor grupului

Rezistența grupului este exprimată prin atitudini și comportamente negative față de grup și față de formator. Dacă nu sunt identificate acestea pot perturba dinamica grupului și pot sabota munca formatorului. Recunoașterea acestora poate ajuta formatorul să fie mai eficient.

Provocări continue...

Sunt situații în care cursanții chestionează sau critică continuu formatorul. Acestea sunt expresia unei rezistențe față de progres.

Da, dar...

Oamenii sunt de acord cu ceea ce li se recomandă, dar găsesc încontinuu motive de opoziție. O soluție este ca formatorul să accepte că, în aceste condiții, problema nu are rezolvare totuși.

Am mai încercat asta...

Cursanții refuză sugestiile sau propuneri de schimbare, exemplificând cu încercări anterioare eșuate. Acesta este un lucru bun dacă aceste încercări nu au fost prezentate anterior în fazei de evaluare.

Da, desigur...

Uneori cursanții acceptă imediat și în totalitate propunerile formatorului, dar dinamica cursului demonstrează că angajamentul lor este superficial. Imediat ce formatorul nu mai este de față, ei motivează (argumentează) de ce propunerea nu a fost așa de strălucită.

Dați mai multe detalii...

Cursanții cer mereu tot mai multe detalii despre informația prezentată pentru a evita discutarea problemelor-cheie și recomandărilor.

Nu este destulă informație...

Cursanții neagă rezultatele, considerând că nu există suficiente argumente pentru a lua decizii și propun „mulțumiți” o amânare până la colectarea mai multor date.

(Adaptat după: Acțiunea și Analiza pentru Sănătatea Tinerilor)

6. RECOMANDĂRI PRIVIND OBIECTIVELE DIDACTICE ALE UNUI CURS DE FORMARE ADRESAT ELEVILOR

În continuare vă vom prezenta câteva recomandări privind obiectivele didactice ce pot fi incluse într-un program de formare adresat elevilor. Obiectivele au fost selectate plecând de la trei din abordările amintite anterior: abordarea educațională, afectivă și comportamentală.

MODULUL 1: SUBSTANȚE PSIHOACTIVE

Tutunul	<ul style="list-style-type: none">• Cunoașterea efectelor consumului de tutun pe termen lung și scurt• Identificarea metodelor utilizate de companiile producătoare de produse din tutun pentru a influența politicile și percepția publică și de a atrage noi consumatori din rândul tinerilor• Identificarea metodelor utilizate de companiile producătoare de produse din tutun pentru a influența politicile și percepția publică și de a atrage noi consumatori din rândul tinerilor• Identificarea legăturii dintre situația actuală a consumului de tutun și măsurile care se iau pentru reducerea acestuia• Identificarea mijloacelor de implicare activă a tinerilor în prevenirea și reducerea consumului de tutun
----------------	--

Alcoolul	<ul style="list-style-type: none"> • Cunoașterea consecințelor medicale, psihologice (cognitive, emoționale și comportamentale) și sociale ale consumului de alcool în rândul tinerilor • Argumentarea dispozițiilor legale privind comercializarea și consumul de alcool • Evidențierea discrepanței dintre credințele tinerilor privind consumul de alcool și consecințele acestuia • Identificarea și exersarea abilităților de refuz a consumului de alcool în diverse situații
Drogurile ilegale (marijuana, ecstasy, heroină, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Cunoașterea consecințelor medicale, psihologice (cognitive, emoționale și comportamentale) și sociale ale consumului de droguri ilegale în rândul tinerilor • Evidențierea discrepanței dintre credințele tinerilor privind consumul de droguri ilegale și consecințele acestuia • Identificarea și exersarea abilităților de refuz a consumului de droguri ilegale în diverse situații
Dependența	<ul style="list-style-type: none"> • Definirea toleranței, dependenței, sindromului de sevraj • Cunoașterea stadiilor dependenței • Diferențierea dintre ajutor și disponibilitate • Identificarea strategiilor de a oferi sprijin prietenilor care au probleme legate de consumul de droguri • Identificarea și discutarea modalităților de accesare a serviciilor de asistență pentru consumatorii de droguri
Factori de risc și factori de protecție	<ul style="list-style-type: none"> • Definirea factorilor de risc și a factorilor de protecție • Identificarea factorilor de risc individuali, familiali și sociali • Identificarea factorilor de protecție individuali, familiali și sociali

MODULUL 2: ABILITĂȚI COGNITIVE

Stabilirea obiectivelor	<ul style="list-style-type: none">• Exersarea formulării de obiective (specifice, măsurabile, realizabile, determinate în timp)• Stabilirea și argumentare diferențelor dintre obiectivele realizabile și cele nerealizabile• Exersarea formulării de obiective personale
Luarea deciziilor	<ul style="list-style-type: none">• Definirea consecințelor• Listarea pașilor de luare a unei decizii• Predicția consecințelor unei alegeri• Exersarea procesului de luare a deciziilor în situații variate• Discutarea efectelor consumului de droguri și alcool asupra capacității de luare a deciziilor
Rezolvarea conflictelor	<ul style="list-style-type: none">• Definirea conflictului• Definirea diferenței dintre violență și conflict• Discutarea normelor de comportare care previn apariția unui conflict• Identificarea comportamentelor care duc la escaladarea unui conflict• Identificarea comportamentelor care duc la rezolvarea unui conflict• Exersarea comportamentelor care conduc la rezolvarea unui conflict
Rezolvarea de probleme	<ul style="list-style-type: none">• Definirea unei situații problematice• Identificarea etapelor de rezolvare a problemelor• Exersarea rezolvării de probleme

MODULUL 3: ABILITĂȚI AFECTIVE

Gestionarea emoțiilor	<ul style="list-style-type: none">• Identificare și descrierea emoțiilor negative• Analiza rolului conștientizării (autocontrolului) în gestionarea emoțiilor• Listarea a trei modalități de îmbunătățire a autocontrolului emoțional• Identificarea modalităților dezadaptative de gestionare a emoțiilor (de ex. consum de alcool și /sau droguri, violență)
Respectul față de sine și față de ceilalți	<ul style="list-style-type: none">• Definirea atitudinilor de marginalizare și discriminare• Diferențierea dintre marginalizarea și discriminarea pe diferite criterii (vârstă, abilități/ dizabilități fizice sau mentale, socio-economice, grup)• Descrierea unor modalități de reducerea a conflictului intra- și interpersonal generat de discriminare și marginalizare• Identificarea și exersarea de comportamente care să exprime respectul față de sine și față de ceilalți
Gestionarea stresului psihologic	<ul style="list-style-type: none">• Definirea stresului psihologic• Identificarea simptomelor fizice și psihice ale stresului• Identificarea și exersarea modalităților pozitive de răspuns pentru diminuarea stresului psihologic

MODULUL 4: ABILITĂȚI COMPORTAMENTALE

Comunicarea asertivă	<ul style="list-style-type: none">• Identificarea diferențelor dintre comunicarea pasivă, agresivă și asertivă• Identificarea propriului stil de comunicare• Demonstrarea comunicării cu referire la sine /asertivă• Demonstrarea abilităților de ascultare activă• Demonstrarea efectelor comunicării nonverbale• Evidențierea beneficiilor comunicării asertive și ascultării active• Exersarea comunicării asertive
Dezvoltarea relațiilor interpersonale	<ul style="list-style-type: none">• Identificarea dimensiunilor morale pozitive ale relațiilor interpersonale (respect, încredere, sinceritate, principialitate, corectitudine, toleranță ideatică și acțională, modestie)• Autoevaluarea relațiilor interpersonale proprii• Identificarea și exersarea comportamentelor care construiesc și mențin o relație interpersonală pozitivă

7. RECOMANDĂRI PRIVIND PLANIFICAREA SESIUNILOR DE FORMARE PE TEME SPECIFICE

Recomandările privind organizarea sesiunilor de formare sunt fundamentate pe modelul sănătății publice și modelul competențelor. Modelul sănătății publice este un model de mare relevanță. Derivat al acestuia este modelul convingerilor privind starea de sănătate, elaborat pentru prima dată de către un grup de cercetători în domeniul studiului comportamentelor din cadrul Serviciului de Sănătate Publică al SUA în anii 1950-1960. În ultimele trei decenii acest model a fost unul dintre cele mai utilizate pentru a explica comportamentul în relație cu starea de sănătate. Elementele sale fundamentale sunt susceptibilitatea, severitatea, beneficiile și barierele percepute.

Începând cu jumătatea anilor 70 diverși autori au susținut modelul competențelor în detrimentul modelelor prin deficit, care primau până în acel moment. Cheia acestui model o reprezintă anticiparea problemelor în scopul de a le evita, mai mult decât încercarea de a ajuta subiecții să-și rezolve problemele. Acesta are două componente principale (Costa și Lopez, 1996): promovarea competenței individuale și dezvoltarea de comunități și organizații competente.

MODULUL 1: SUBSTANȚE PSIHOACTIVE

- Cunoașterea consecințelor medicale, psihologice (cognitive, emoționale și comportamentale) și sociale ale consumului de droguri ilegale în rândul tinerilor
- Evidențierea discrepanței dintre credințele tinerilor privind consumul de droguri ilegale și consecințele acestuia

Acest modul are ca este orientat spre dezvoltarea unei înțelegeri comune a esenței problematicei consumului de substanțe psihoactive și cunoașterea efectelor acestora.

Durata

Acest modul poate fi acoperit în 3 ore. Dacă se folosește o metodă de formare tip lectură / întrebare și răspuns, durata va fi mai mică. Totuși, se recomandă folosirea unor metode interactive (discuții în grupuri mici sau activități individuale de lecturare a unor materiale tematice, prezentând și recapitulând apoi cu tot grupul).

Materiale de suport

Fotografii sau postere disponibile despre substanțe și fișe de lucru

Exercițiul 1 – Definiție, tipuri de substanțe psihoactive

Prin brainstorming, formatorul va stimula participanții să elaboreze o definiție a substanțelor psihoactive și să identifice tipurile acestora.

Exercițiul 2 – Efectele substanțelor psihoactive

Consumul de substanțe psihoactive are pe termen scurt, efecte pozitive dar și efecte negative. Efectele substanțelor pot fi scurte sau de lungă durată. Efectele de scurtă durată apar imediat după ce substanța

este introdusă în corp și depinde de doză și modul de administrare și de folosirea unei substanțe în combinație cu alte substanțe.

Interacțiunea a trei elemente (persoana, substanța, contextul) generează trăirea subiectivă a efectelor consumului.

Raportându-ne la persoană, factorii determinanți ai unui efect sunt: starea psihică a persoanei în momentul consumului; așteptările pe care aceasta le are privind efectele consumului; experiențele anterioare legate de consum și starea sa de sănătate fizică.

Factorii legați de substanță sunt doza și modul de administrare. În sfârșit, factorii legați de contextul în care are loc consumul pot include așteptările celorlalți și materialele folosite pentru administrarea.

În continuare veți regăsi efectele substanțelor, informații pe care le puteți include în fișe de lucru.

Alcoolul

- Efectele pe termen scurt includ diminuarea/ pierderea autocontrolului, pierderea coordonării fizice, vedere neclară, vorbire bâlbâită, afectarea capacității de a deciziilor și afectarea memoriei. Consumul excesiv de alcool într-o perioadă scurtă de timp poate cauza dureri de cap, grețuri, vărsături, pierderea conștienței și moartea.
- Consumul unor cantități mari de alcool, în mod regulat, pe o perioadă lungă poate cauza pierderea poftei de mâncare, carențe de vitamine, afecțiuni dermatologice, alterarea funcționării ficatului și creierului, tulburări psihice (depresii, deteriorarea memoriei, pierderea dorinței sexuale). Consumul de alcool în timpul sarcinii poate duce la sindromul alcoolic fetal. De asemenea se dezvoltă toleranța și dependența.

Nicotina

- Câteva efecte pe termen scurt sunt: o stare de alertă chiar după folosire și de relaxare după; creșterea ritmului cardiac și a presiunii arteriale, amețeală, dureri de cap și diminuarea poftei de mâncare.

- Folosirea nicotinei pe termen lung poate cauza boli cardiovasculare și pulmonare (hipertensiune, bronșită), cancer (pulmonar, al gurii).

Canabis

- Consumul de cannabis generează la început euforie și apoi relaxare și calm. Senzația de plutire și relaxare, pierderea inhibițiilor, coordonării musculare și concentrării. Poate crește ritmul cardiac, se înroșesc ochii și crește pofta de mâncare. Cantitățile mari pot provoca panică, halucinații, neliniște și confuzie. Dozele mari pot schimba de asemenea percepțiile fizice, similar halucinațiilor.
- Consumul regulat, o lungă perioadă de timp, crește șansele dependenței, cauzează inhibarea funcțiilor cognitive și poate agrava problemele psihice deja existente.

Stimulentele (ecstasy, cocaină)

- Efectele pe termen scurt includ accelerarea activității sistemului nervos central; experimentarea unui sentiment intens scurt de intoxicație și sentimente exagerate de încredere. Imediat, starea se schimbă repede într-una proastă și poate face ca persoana să repete administrarea dozei.
- Efectele pe termen lung includ insomniile, irascibilitate, probleme de sănătate mintală și dobândirea unei stări de suspiciune și neîncredere în alții (paranoia).

Opioide

- Acestea produc senzații de detașare și visare, somnolență, contractarea pupilelor, grețuri, vărsături, constipație. Supradoza duce la pierderea conștienței, stop respirator și deces.
- Toleranța, dependența fizică și psihică se pot instala rapid. Întreruperea utilizării poate duce la apariția sindromului de abstenență (sevrăj).

Depresivele

- Efectele sunt similare alcoolului. Încetinesc gândirea și coordonarea motorie, reduc capacitatea de concentrare. Au efecte ca: vorbirea greoaie, somnolență, probleme de coordonare, stare de confuzie. Dozele mici diminuează anxietatea, în timp ce dozele mari provoacă somnolență. Asocierea cu consumul de alcool le sporește efectul și dozele repetate provoacă intoxicații deoarece substanța nu poate fi metabolizată rapid. Accidentele și suicidul sunt frecvente.
- Substanțele din această categorie pot da dependență, incapacitatea de a învăța și probleme de coordonare. Pot apărea convulsii atunci când substanța este asimilată.

Halucinogene

- Halucinogenele pot altera dispoziția unei persoane, alterarea percepției și inversarea modalităților senzoriale (văd sunete și aud culori). Alte efecte pe termen scurt sunt sentimentele de panică, frică și anxietate. O „călătorie ratată” se referă de obicei la stările mentale / emoționale neplăcute și deranjante provocate de halucinogene. Accidentele și suicidul sunt frecvente.
- Toleranța se poate instala. Mulți dintre indivizii care au consumat halucinogene spun că au simțit efecte cauzate de substanță la zile sau chiar luni după întreruperea consumului. Aceste retrăiri ale efectelor trecute sunt numite „flash back”. Folosirea în mod regulat a halucinogenelor poate diminua memoria și concentrarea. Flashback-urile pot duce la dezorientare, anxietate și disconfort.

Substanțele volatile

- Individul se simte dezinhibat, la început și somnoros, mai târziu. Continuând inhalarea, pot apărea halucinațiile. Alte efecte includ sentimente de beatitudine, relaxare, somnolență, proasta coordonare motorie, bâlbâială, irascibilitate și anxietate. Cel mai periculos efect imediat este „înghițirea limbii”.

- Deși se știe puține despre substanțele volatile, consumul pe termen lung poate duce la sângerări ale nasului, mâncărimi ale pielii în jurul gurii și nasului, pierderea poftei de mâncare și lipsa de motivație. Unii solvenți sunt toxici pentru ficat, rinichi sau inimă, iar unii pot cauza leziuni ale creierului.

Dacă timpul și spațiul alocate formării vă permit, puteți utiliza jocul de rol pentru ca participanții să poată identifica efectele substanțelor psihoactive. Elaborați un scenariu, stabiliți care dintre participanți vor interpreta rolurile și oferiți-le timp pentru a se pregăti.

Exercițiul 3 – Gândirea critică

Gândirea critică se structurează pe baza unei atente evaluări a ipotezelor și dovezilor și permite formularea unei concluzii (opinii) cât mai obiective luând în considerare toți factorii relevanți și utilizând toate procedeele logice valide (a observa, a descrie, a identifica, a asocia, a infiera, a anticipa).

Pentru a facilita învățarea bazată pe gândire critică și dezvoltarea capacității de argumentare puteți pregăti câteva afirmații care să reflecte credințele tinerilor privind efectele consumului de substanțe psihoactive. Activitatea se poate desfășura în grupuri mici, fiecare grup având sarcina de a prezenta argumente care să susțină sau să infirme o anumită afirmație. Acest exercițiu vă oferă totodată prilejul de a verifica nivelul de înțelegere și asimilare a cunoștințelor dobândite în cadrul primelor exerciții.

Veți regăsi în continuare, câteva sugestii privind afirmațiile ce pot fi utilizate în cadrul acestui exercițiu, pentru evidențierea efectelor consumului de alcool:

1. Alcoolul este un aliment.

Realitate: Alcoolul, deși aduce organismului un aport caloric nu este un aliment, nu este nici necesar, nici util organismului. Băuturile alcoolice nu îți potolește setea și nici foamea.

2. Alcoolul îți dă o stare de energie, este un stimulent.

Realitate: De fapt, alcoolul inhibă activitatea și funcțiile creierului, are o acțiune asemănătoare anestezicelor și sedativelor. Deși există credința că alcoolul este un stimulent în fapt el are o acțiune depresivă asupra activităților creierului. Aceasta se manifestă prin somnolență și, în cazul consumului unor cantități mari de alcool, prin pierderea cunoștinței. La persoanele alcoolice scad funcțiile intelectuale, memoria, autocontrolul, voința.

3. Alcoolul elimină inhibițiile.

Realitate: Acesta este unul din motivele pentru care unii oameni consumă alcool, având credința că astfel vor reuși să facă lucruri pe care altfel nu le-ar fi putut realiza (să fie mai sociabili, să fie mai îndrăzneți, să își exprime propria opinie).

Există credința că alcoolul elimină inhibițiile. Studiile au arătat că eliminarea inhibițiilor are loc înainte ca nivelul alcoolului în sânge să atingă limite prea mari. De aceea, se pare că eliminarea inhibițiilor are loc datorită autosugestiei (este efectul așteptat de cel care consumă) și este un mecanism învățat.

4. Alcoolul ajută la un somn bun.

Realitate: Persoanele dependente de alcool nu pot dormi bine fără alcool. Cei ce nu consumă alcool în mod regulat au probleme cu somnul după consum.

5. Alcoolul îi ajută pe oameni să uite de probleme.

Realitate: Această afirmație a devenit un “motiv” invocat de cei care consumă. Adesea însă este adevărat opusul afirmației, oamenii își aduc aminte de probleme de mult uitate atunci când sunt intoxicați cu alcool.

6. Consumul moderat de alcool nu este dăunător sănătății.

Realitate: Folosirea moderată a alcoolului, 1-2 pahare de bere, în cazul tinerilor, de exemplu, afectează capacitatea de judecată, scade autocontrolul, de aici și riscul de a comite fapte pe care mai târziu le poți

regreta. Și nu trebuie uitat faptul că obișnuința consumului de alcool duce la dependență.

MODULUL 2: FACTORI DE RISC ȘI DE PROTECȚIE ÎN CONSUMUL DE DROGURI

- Definirea factorilor de risc și a factorilor de protecție
- Identificarea factorilor de risc individuali, familiari și sociali
- Identificarea factorilor de protecție individuali, familiari și sociali

Înțelegerea de către tineri a ceea ce îi determină să consume droguri constituie un punct de plecare și un element esențial în prevenire.

Durata

Acest modul poate fi acoperit în două ore. Din nou, durata depinde de grupul-țintă și de metodele de formare folosite.

Materiale de sprijin

Articole din ziare, știri, studii de caz.

Exercițiul 1 – Motivele pentru care tinerii consumă droguri

Explorați împreună cu participanții motivele cunoscute de aceștia. Discuțiile în grupuri mici vor genera mai multe răspunsuri. Acest exercițiu ajută la cunoașterea a ceea ce se știe, în general, despre tineri și consumul de substanțe în comunitatea dumneavoastră (școală, cartier). Motivele prezentate în acest modul vor fi rediscutate în exercițiul 2, care creează un cadru logic de înțelegere a acestor „motive”, ca factori de risc. Miturile trebuie discutate și corectate.

Exercițiul 2 – Factori de risc și factori de protecție

Analiza factorilor de risc și de protecție trebuie să fie făcută contextual, în sensul identificării acelor factori specifici comunității din care fac parte participanții. De aceea pentru realizarea acestui exercițiu este foarte utilă utilizarea studiilor de caz, ca punct de plecare în analiză. Studiile de caz utilizate pot fi preluate din realitate sau construite pe baza elementelor evidențiate în capitolul 3. În funcție de numărul de participanți pot fi utilizate brainstormingul sau analiza în grupuri mici.

Este de asemenea deosebit de utilă discutarea importanței dezvoltării acelor factori de protecție care țin de interacțiunea persoană – grup (comunitate): abilități, relații interpersonale, norme, resurse.

MODULUL 3: REZOLVAREA PROBLEMELOR ȘI LUAREA DECIZIILOR

- Definirea unei situații problematice
- Identificarea etapelor de rezolvare a problemelor
- Exersarea rezolvării de probleme

Acest modul vizează cunoașterea și dezvoltarea abilităților necesare în procesul de rezolvare a problemelor și luare a deciziilor.

Durata

Apreciem că pentru acest modul sunt necesare 4 ore.

Materiale de sprijin

În funcție de tehnica aleasă.

Exercițiul 1 – Pas cu pas

Pentru definirea conceptului de rezolvare a problemelor aduceți în discuție situații obișnuite de viață, cunoscute tuturor participanților, care

să le permită să înțeleagă că și în cele mai „banale” situații de viață oamenii rezolvă probleme și iau decizii, urmând o serie de pași:

- analizează situația
- argumentează necesitatea rezolvării ei
- elaborează mai multe soluții posibile (alternative de rezolvare, de acțiune)
- anticipează consecințele alternativelor
- evaluează aceste consecințe
- alege o alternativă
- formulează un plan de acțiune

O strategie de rezolvare a problemei în 5 pași

1. Definiți problema – un prim pas în rezolvarea problemei este identificarea și descrierea acesteia într-un mod cât mai exact posibil. Aceasta implică evaluarea stării prezente și determinarea diferențelor față de starea finală.

2. Analizați problema – analizarea problemei implică să învățați cât mai mult despre asta. Ar putea fi necesar să priviți dincolo de ceea ce este evident, dincolo de situația de suprafață, să dați frâu liber imaginației și să ajungeți la opțiuni mult mai creative:

- căutați alte perspective
- fiți flexibil în analiza dumneavoastră, luați în considerare toate posibilitățile
- luați în considerare cât mai multe consecințe posibile
- informați-vă atunci când vă lipsesc informații.
- cereți ajutor.

3. Evaluați posibilele soluții – cântărirea avantajelor și dezavantajelor fiecărei soluții. Gândiți-vă la fiecare soluție și luați în considerare cum, când și unde ați putea să o puneți în aplicare. Luați în considerare rezultatele imediate, dar și pe cele pe termen lung.

4. Formulați posibilele soluții – identificarea unui mare număr de posibile soluții.

- încercați să vă gândiți la toate soluțiile posibile
- fiți creativ
- luați în considerare alte probleme similare și modul în care le-ați rezolvat

5. Alegeți o soluție – luați în considerare trei factori:

- posibilitatea de a o pune în practică
- compatibilitatea cu prioritățile
- nivelul de risc

Strategii pentru rezolvarea problemelor:

- Gândiți cu voce tare – rezolvarea unei probleme este un proces cognitiv, mental. Să gândiți cu voce tare sau să purtați un dialog interior este util pentru rezolvarea unei probleme. Procesul devine mai ușor dacă „vă auziți” gândurile.
- Acordați-vă timp pentru ca ideile să se consolideze sau pentru a găsi soluții. Distanțarea de o problemă vă poate ajuta să vă limpeziți gândurile și să dobândiți noi perspective.
- Discutați despre problemă - descrieți problema altcuiva și discutați despre ea, în acest mod, uneori problema devine mai clară și, altfel definită, va apărea o nouă soluție.

Strategii pentru luarea unei decizii:

Luarea unei decizii este procesul de identificare și evaluare a alternativelor (opțiunilor). Luăm numeroase decizii în fiecare zi și deciziile noastre variază ca formă, putând fi o decizie de rutină, pe care o luăm zilnic, sau o decizie care va avea un impact mare asupra viitorului nostru. Deciziile pot fi obișnuite, impulsive și raționale. Să hotărâști ce să mănânci la micul dejun este o decizie obișnuită; să hotărâști să faci sau să cumperi ceva în ultimul moment este o decizie impulsivă; să alegi facultatea pe care să o urmezi ar trebui să fie o decizie rațională.

Luarea deciziilor are multe în comun cu rezolvarea problemelor. În rezolvarea problemelor puteți să identificați și să evaluați evoluția soluției, dar și în luarea unei decizii puteți să descoperiți și să evaluați alternativele. Așadar, esența luării unei decizii, constă în identificarea și evaluarea alternativelor. Atunci când cântăriți alternativele, ține-ți seama de următoarele sugestii:

- luați în considerare fiecare efect care urmează să se producă, atât pe termen scurt, cât și pe termen lung.
- comparați alternativele, gândindu-vă cât de simplă este fiecare.
- evaluați posibilele efecte secundare negative pe care le poate avea fiecare alternativă.
- luați în considerare riscurile implicate de fiecare.
- fiți creativi, originali; nu eliminați anumite alternative pentru că nu a-ți auzit de ele sau pentru că nu le-ați folosit înainte.

O parte importantă în luarea unei decizii este anticiparea efectelor fiecărei alternative, pe termen scurt, cât și pe cele pe termen lung. Puteți descoperi că în timp ce una din alternative este de dorit în prezent, ea poate cauza probleme sau complicații pe termen lung.

Tehnici recomandate pentru a asigura un cadru interactiv al învățării procesului de rezolvare a problemelor și luare a deciziilor:

1. Brainstorming. Lista ideilor generate de ședința de brainstorming poate fi discutată. Zonele-cheie sunt subliniate și problemele care intră în aceeași categorie sunt marcate.
2. Brainstormingul structurat. Participanții discută liber despre punctele lor de vedere asupra unei teme pe perechi. Ideile relevante sunt apoi notate, o idee pentru fiecare echipă, până când toate temele propuse sunt abordate.
3. Runde. Grupul este așezat în cerc și fiecare persoană este invitată să își împărtășească opinia cu privire la tema abordată de grup.
4. Pereți vorbitori. O serie de afirmații incomplete sunt postate pe pereții săli de curs și sunt lăsate pentru a fi completate de participanți după cum doresc. Informația de pe fiecare perete

este apoi discutată de grup ca întreg sau de către sub-grupuri, fiecare acoperind o secțiune a peretelui (o secțiune a unei teme abordate) și un sumar al feedbackului.

5. Cartonașele. Există multe metode de a folosi cartonașele pentru explorarea problemelor, depinzând de mărimea grupului și rezultatele dorite. O procedură este descrisă mai jos. Puteți să o modificați pentru a se potrivi mai bine nevoilor.

- Se alege o problemă.
- Fiecare participant primește trei cartonașe, pe fiecare cartonaș va scrie un motiv diferit pentru care crede că există problema respectivă. Toate aceste cartonașe sunt puse pe o masă sau pe podea astfel încât să fie văzute de toată lumea.
- Fiecare ridică două cartonașe pe care le consideră ca descriind cele mai importante cauze ale problemelor. Dacă altcineva a ridicat înainte primele două opțiuni, se poate ridica doar un cartonaș sau nici unul.
- Cartonașele alese sunt așezate din nou pe podea și fiecare întoarce cu fața în jos orice cartonaș cu care nu este de acord sau pe care îl vor clarificat. Toate cartonașele rămase cu fața în sus reprezintă cauzele problemei, cu care toată lumea este de acord. Acestea trebuie notate pe o coală de hârtie.
- Grupul trebuie să se concentreze apoi spre fiecare din cartonașele cu fața în jos. Persoana care a scris trebuie să explice de ce crede că este o cauză a problemei și persoana care a întors cartonașul trebuie să răspundă. Acest cartonaș este apoi fie adăugat la lista de motive acceptate/ contestate și adăugat sau listat ca un punct de dezacord.

(Adaptate după: Acțiunea și Analiza pentru Sănătate a Tinerilor publicată de Programul Commonwealth pentru Tineri)

MODULUL 4: COMUNICAREA ASERTIVĂ

- Identificarea diferențelor dintre comunicarea pasivă, agresivă și asertivă
- Identificarea propriului stil de comunicare
- Demonstrarea comunicării asertive (cu referire la sine)
- Evidențierea beneficiilor comunicării asertive
- Exersarea comunicării asertive

Durata

Apreciem că pentru acest modul sunt necesare patru ore.

Materiale de sprijin

Fișe de lucru, care să exemplifice caracteristicile cele trei stiluri de comunicare (agresivă, pasivă și asertivă); fișe de lucru pentru exersarea individuală a comunicării asertive

Indiferent de nivelul abilităților noastre de comunicare, interacțiunea cu unii oameni este percepută ca fiind dificilă. De cele mai multe ori ne concentrăm asupra ceea ce vrem să spunem (conținut) și mai puțin asupra modului în care o facem (formă). A comunica asertiv presupune a-ți exprima opinia, sentimentele și drepturile respectând și opiniile, sentimentele și drepturile celorlalți. Este o formă de comunicare directă, deschisă și onestă, care permite exprimarea propriei tale personalități.

Adoptând un comportament asertiv îți poți exprima poziția față de o anumită situație, fără a fi agresiv sau a te simți umilit. Comunicarea asertivă asigură celui care o practică oportunitatea de a-și exprima, în contexte sociale diferite, deschis gândurile și sentimentele și de a avea relații interpersonale pozitive.

Exercițiul 1 – Ce se întâmplă dacă...

Multiplificați fișa de lucru pe care o regăsiți mai jos (fără înscrisul din ultima coloană) și solicitați cursanților să identifice (în grupuri mici) efectele fiecărui stil de comunicare. Solicitați-le apoi să argumenteze fiecare opțiune formulată.

Tipul de comunicare	Forma de manifestare	Scop	Efecte
Comunicare agresivă	<ul style="list-style-type: none">• Agresiunea fizică• Acuzarea celorlalți• Amenințarea• Neglijarea sentimentelor celorlalți	<ul style="list-style-type: none">• Dominare	<ul style="list-style-type: none">• Evitare
Comunicarea pasivă	<ul style="list-style-type: none">• Acceptarea fără „replică” a solicitărilor celorlalți, atunci când nu corespunde cu propria opinie• Acceptarea criticilor celorlalți, atunci când nu sunt justificate	<ul style="list-style-type: none">• Evitarea conflictelor, confruntării	<ul style="list-style-type: none">• Ridiculizare, marginalizare

Comunicarea asertivă	<ul style="list-style-type: none"> • Exprimarea deschisă a propriilor gânduri și sentimente, ținând eama de ceilalți 		<ul style="list-style-type: none"> • Încredere în sine • Respectul celorlalți • Relații sociale pozitive
-----------------------------	---	--	---

Exercițiul 2 – Cum comunic asertiv ...

Acest exercițiu va permite participanților să identifice elementele cheie ale comunicării asertive și să exerseze comunicarea asertivă.

Vă recomandăm ca înainte de a solicita cursanților să exerseze stilul de comunicare asertiv (prin completarea fișei de evaluare individuală), să le puneți la dispoziție următoarele informații:

Când nu îți cunoști drepturile, nu crezi în ele, ai toate șansele să cedezi presiunii grupului. Când permiți ca nevoile, opiniile și sentimentele altora să fie mai importante decât ale tale, este foarte probabil să te simți jignit, neliniștit și chiar furios. Acest tip de comportament pasiv sau non-asertiv are adesea implicații negative asupra noastră.

a. Care sunt drepturile tale?

- să decizi cum să-ți trăiești viața, adică să îți stabilești prioritățile personale și să îți realizezi propriile scopuri și vise;
- să ai propriile valori, credințe, opinii și sentimente;
- să nu-ți justifici sau explici acțiunile și sentimentele în fața altora;
- să spui altora cum dorești să fi tratat;
- să te exprimi și să spui: Nu, Nu știu, Nu vreau, Nu înțeleg;
- să îți acorzi timp pentru a-ți formula ideile înainte de a le exprima;
- să soliciți informații sau ajutor, fără a avea sentimente negative referitoare la nevoile tale;

- să te răzgândești atunci când îți dai seama că ești pe un drum greșit, să faci greșeli, cu înțelegerea lor completă și cu acceptarea consecințelor;
- să te placi pe tine însuși, să înțelegi că nimeni nu e perfect;
- să ai relații pozitive, armonioase în care să te simți confortabil și liber să te exprimi cu onestitate;
- să schimbi sau să închei relații dacă acestea nu mai răspund nevoilor tale;
- să te schimbi, să te perfecționezi și să-ți dezvolti viața în beneficiul tău.

Asertivitatea nu îți garantează neapărat fericirea și un tratament fair-play din partea celorlalți și nici nu îți va rezolva problemele personale, dar este cea mai corectă modalitate de a-ți exprima poziția într-o anumită situație. Printr-o comunicare asertivă îți poți exprima refuzul sau furia, fără să generezi un conflict.

b. Tehnici specifice ale asertivității

Fii cât se poate de specific și clar referitor la ceea ce vrei, gândești sau simți. Exemple:

Vreau să...

Nu vreau să...

Ai vrea să...

Mi-a plăcut când ai făcut asta.

Eu am o opinie diferită, cred că...

Folosește mesajele proprii sau exprimă-te așa cum simți și gândești. Recunoaște că mesajele tale provin din cadrul tău de referință, din concepțiile tale asupra a ceea ce este rău sau bun, sănătos sau dăunător.

Cere feed-back. Am fost clar? Tu cum vezi situația asta? Tu ce ai vrea să faci? Cererea de feed-back îi poate încuraja pe ceilalți să corecteze neînțelegerile pe care le aveți și să înțeleagă că vă exprimați propriile opinii, sentimente sau dorințe. Încurajați-i pe ceilalți să fie cât mai clari, direcți și specifici atunci când vă oferă feed-back.

c. Limbajul asertivității:

Propozițiile care încep cu Eu:

Eu cred că ...

Eu simt că...

Eu vreau să...

Propozițiile care au referințe personale:

Așa văd eu lucrurile.

În opinia mea...

Așa simt eu.

Asta înseamnă pentru mine că...

Propoziții care formulează o cerere personală:

Eu vreau să...

Eu am nevoie să...

Propozițiile care oferă un compromis/ o soluție alternativă:

Eu cred că... Tu ce crezi?

Care ar fi soluția acceptabilă și pentru tine?

Putem să rezolvăm asta. Când ar fi convenabil pentru tine?

Cererea de timp:

Aș vrea să discutăm despre asta peste o oră.

Cererea de clarificări (evitarea presupunerilor):

Nu sunt sigur că am înțeles, te rog să îmi mai explici încă o dată.

Fișă de evaluare individuală. Asertivitatea

„În seara asta tu și prietenii tăi v-ați propus să vă distrați în discotecă. Părinții ți-au dat voie, cerându-ți încă o dată să le confirmi că totul va fi OK. Și tu îți propui ca totul să fie OK, adică fără alcool, tutun și alte „lucruri” pe care știi că părinții tăi nu le agreează. Dar nu întotdeauna „socoteala de acasă se potrivește cu cea din târg”. Ați ajuns la discotecă.

Dansați, discutați, vă distrați... Până când Alex, Marian și Sonia îți propun „să guști” și tu o băutură alcoolică. Așa, spun ei, vă veți distra mai bine.”

Imaginează-ți că pentru a face față presiunii grupului de prieteni utilizezi în această situație limbajul asertiv.

Formulează o propoziție care începe cu „Eu”: (Eu cred că ...; Eu simt că...; Eu vreau să...)

Formulează o propoziție cu referințe personale: (Eu cred că...; În opinia mea...; Așa simt eu...; Asta înseamnă pentru mine că...)

Formulează o propoziție în care exprimi o cerere personală: (Eu vreau să...; Eu am nevoie să...)

Formulează o propoziție care oferă un compromis, o soluție alternativă: (Eu cred că... Nu ar fi mai bine să...)

Formulează o propoziție în care să soliciți timp pentru a lua o decizie: (Aș vrea să discutăm despre asta peste o oră).

Formulează o propoziție în care soliciți mai multe informații (evitarea presupunerilor): (Nu sunt sigur că am înțeles, te rog să ...)

BIBLIOGRAFIE

1. BANDURA, A. (1969) Principles of behavior modification. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall. (1986) Social foundations of thought and action. A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
2. BANDURA, A. (1971) Social Learning Theory. Morristown, N.J.: General Learning Press.
3. BANDURA, A.; WALTERS, R.H., (1963) Social learning and personality development. N.Y.: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
4. BECOÑA, I.E. (1999) Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
5. BELLVER, M.C.; GARCÍA, R, (1997) «Objetivos y estrategias de los programas de prevención escolar y comunitaria nacionales: Una revisión (1985-1994)». In: Escámez, J. (ed.), Prevención de la drogadicción. Valencia: Nau Llibres, pag. 115-134.
6. BOTVIN, G.J. (1983) «Prevention of adolescent substance abuse through the development of personal and social competence». In: Glynn, T.J.; Leukefeld, C.G.; Ludford, J.P.: Preventing Adolescent Drug Abuse: Intervention Strategies. Research Monograph, nº 47. Rockville: NIDA.
7. BOTVIN, G.J. (1986) «Substance abuse prevention research: recent developments and future directions», Journal of School Health. Nº 56, pag. 369-374.
8. BOTVIN, G.J.; BAKER, E.; RESNICK, N.L.; FILAZZOLA, A.D.; BOTVIN, E.M. (1984) «A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention», Addictive Behaviors. Nº 9, pag. 137-147.
9. BROOK, J.S.; BROOK, D.W.; GORDON, A.S.; WHITEMAN, M. Y COHEN, P. (1990) The psychological etiology of adolescent drug use. A family interactional approach. Genetics, Social Gender and Psychology. Monograph 116 (Whole nº 2).
10. CABALLO, V.E. (1993) Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI Ed.

11. CALAFAT, A.; AMENGUAL, M.; Farrés, C. (1982) La prevención de la droga en edad escolar. Palma de Mallorca
12. GALL, M. D. (1981) Handbook for Evaluating and selecting curriculum materials. Boston, Massachussets, USA: Allyn and Bacon.
13. GOLEMAN, D., Inteligența emoțională, Editura Curtea Veche, București, 2007
14. GORDON, H.W. y GLANTZ, M.D. (1996) "Individual differences in the biobehavioral etiology of drug abuse". NIDA Research Monograph Series, n° 159. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
15. GORMAN, D.M. (1996) "Etiological theories and the primary prevention of drug use". Journal of Drug Issues 26 (2): 505-520.
16. FLAY, B.R. y PETRAITIS, J. (1995) "Aspectos metodológicos en la investigación de medidas preventivas del consumo de drogas: fundamentos teóricos". In Leukefeld, C.G. y Bukoski, J. (eds.), Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos, pp. 83-108. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.
17. HANSEN, W.; JOHNSON, D.; FLAY, B.; GRAHAM, J., y SOBEL, J. (1988) "Affective and social influences approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students: Results from Project SMART". Preventive Medicine. 17: 135-154.
18. KEARNEY, A.L. y HINES, M.H. (1980) "Evaluation of the effectiveness of a drug prevention education program". Journal of Drug Education. 10: 127-134.
19. LEUKEFELD, C.G. y BUKOSKI, J. (1995) "Una introducción a la investigación en programas de prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos". In Leukefeld, C.G. y Bukoski, J. Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.
20. National Institute on Drug Abuse (1993) Protective factors. Resience.
21. (1994) National Institute on Drug Abuse Monitoring the Future Study. Rockville: National Institute on Drug Abuse. National Institutes for Health.
22. (1997a) "Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Researchbased Guide". NIDA. National Institutes for Health. NIH Publication, n° 97-4212.
23. (1997b) Drug Abuse Prevention for AT-Risk Individuals. Rockville: National Institute on Drug Abuse. National Institutes for Health.
24. NIDA (1997) Preventing drug use among children and adolescents. A researchbased guide. National Intitute on Drug Abuse, and National Institutes of Health.
25. OSAP (1987) Handbook for Evaluating Drug and Alcohol Prevention Programs. U.S. Department of Health and Human Services. DHHS Publication N° (ADM) 87-1512.

26. OSAP (1989b) Prevention Plus II. Tools for Creating and Sustaining drug-Free Communities. U.S. Department of Health and Human Services. DHHS Publication N° (ADM) 89-1649.
27. OSAP (1990a) Citizen's Alcohol and Other Drug Prevention Directory. Resources for Getting Involved. U.S. Department of Health and Human Services. DHHS Publication N° (ADM) 90-1657.
28. PETRAITIS, J.; FLAY, BR. y MILLER, T.Q. (1995) "Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces of the puzzle". *Psychological Bulletin*. 117 (1): 67-86.
29. SALVADOR-LLIVINA, T. y MARTÍNEZ HIGUERAS, I. (1997) "La evaluación de programas de prevención de las drogodependencias". *Revista de Estudios de Juventud*. 40 (octubre): 95-108.
30. SALVADOR-LLIVINA, T. y WARE, S.R. (1995) "Drug abuse prevention policies and research in Europe: notes for a future agenda". *Drugs: Education and Policy*. 2 (1): 7-15.
31. SCHAPS, E.; MOSKOWITZ, J.; MALVIN, J. y SCHAEFFER, G. (1984) "The NAPA drug abuse prevention project: Research findings". Washington DC: National Institute on Drug Abuse. DDHS Publication n° (ADM): 84-139.
32. SWISHER, J.D. y HOFFMAN, A. (1975) "Information: The irrelevant variable in drug education". In *Drug Abuse Prevention: Perspectives and Approaches for Educators*. Dubuque, Iowa: Brown, W.C.
33. SLOBODA, Z. (1997) "State-of-the-art of prevention research in the United States". Ponencia presentada en la reunión Prevention Evaluation organizada por el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisboa.

CENTRELE DE PREVENIRE, EVALUARE ȘI CONSILIERE ANTIDROG

ALBA

Str. Unirii nr. 1-3, Alba Iulia
Tel/fax: 0258. 814.900
cpecaalba@yahoo.com

ARAD

B-dul General Dragalina nr. 10
Tel/fax: 0257. 220.021
cpecaarad@yahoo.com

ARGEȘ

Bd. Republicii, bl. E3C, intrarea B, et.2, camerele 1-2, Pitești
Tel.: 0248.222.453
cpecaarges@yahoo.com

BACĂU

Str. Condorilor nr.4, Bacău
Tel.: 0234.551.514
cpecabacau@yahoo.com

BIHOR

Piața Unirii nr. 2-4, Oradea
Tel.: 0259.414.515, 0359.444322
cpecabihor@yahoo.com
www.anabihor.ro

BISTRIȚA – NĂSĂUD

Str. Gheorghe Șincai nr.22, cam. 19-21, Bistrița
Tel.: 0263. 231.066
cpecabn@yahoo.com, cpecabistrita@yahoo.com

BOTOȘANI

Aleea Unirii nr.4, Botoșani
Tel.: 0231. 510.500
cpecabotosani@yahoo.com

BRAȘOV

Str. Mureșenilor nr.5, Brașov

Tel.: 0268. 474.475

cpecabv@yahoo.com

BRĂILA

Str. Mihai Eminescu nr.8-8A, Brăila

Tel/fax : 0239. 627.255

cpecabraila@yahoo.com

BUCUREȘTI – SECTOR 1

Str. Walter Mărăcineanu nr.1-3, et5, cam.358

Tel/Fax: 021.315.11.97

cpeca_sector1@yahoo.com

BUCUREȘTI – SECTOR 2

Str. Walter Mărăcineanu nr.5-8, cam.262, 264, 264A, 266

Tel/Fax: 021.317.76.78.

cpeca2@yahoo.com

BUCUREȘTI – SECTOR 3

Aleea Mirea Mioara Luiza nr. 1A

Tel.: 021.460.20.44

Fax: 021.683.27.79

cpeca_sector3@yahoo.com

BUCUREȘTI – SECTOR 4

Aleea Mirea Mioara Luiza nr. 1A

Tel.: 021.460.20.44

021. 683.27.79

cpeca_sector4@yahoo.com

BUCUREȘTI – SECTOR 5

str. Pericle Gheorghiu nr.15

Tel/Fax: 021.336.63.54.

cpecasector5@yahoo.com

BUCUREȘTI – SECTOR 6

Bd. Iuliu Maniu nr. 111, bl. F

Tel.: 021.434.11.10

Complex Studentesc Regie

Splaiul Independenței nr. 290

BUZĂU

Consiliul Județean Buzău
B-dul Nicolae Bălcescu nr.48, corp D, cam. 60-62
Tel/Fax.: 0238. 711.955
cpeca_bz@yahoo.com

CARAȘ - SEVERIN

Piața 1 Decembrie 1918 nr. 7, et. 1, cam. 4-5, Reșița
Tel.: 0255.219.001
cpecacaras_severin@yahoo.com

CĂLĂRAȘI

B-dul Nicolae Titulescu, Călărași
Tel./ fax: 0242.314.022;
cpecacl@yahoo.com

CLUJ

Str. Ludwig Roth nr.19-21
Tel/Fax.:0264.432.899
antidrog_cluj@yahoo.com
www.antidrogcluj.ro

CONSTANȚA

Aleea Mimoselor nr. 4, Constanta
Tel.: 0241. 555.105
anad_ct@yahoo.com

COVASNA

str. 1 Decembrie nr.13, Sfântu Gheorghe
Tel.: 0267.310.934. Fax: 0267.310.933
cpecacovasna@yahoo.com

DÂMBOVIȚA

Str. Ion Ghica nr.2, etaj 2, Târgoviște
Tel.: 0245.210.919.
cpecadambovita@yahoo.com

DOLJ

Str. Păltiniș nr.1, et. 2 – Centrul Medical Hleios, Craiova
Tel./fax: 0251.934, 0251.415.460
cpecadolj@yahoo.com

GALAȚI

Pavilionul Administrativ al Prefecturii, str. Al. I. Cuza , bloc "Cristal", sc.2,et.2,
Galați

Tel.: 0236.461.800

cpecagalati@ana.gov.ro, cpecagalati@antidrog.net

www.antidrog.net

GIURGIU

Șos. Prieteniei nr.2, cam. 103

Tel./fax: 0246.210.338

cpecagiurgiu@yahoo.com

GORJ

Str. Vasile Alecsandri nr.53, Târgu Jiu

Tel/Fax 0253.218.000

cpecagorj@yahoo.com

HARGHITA

Str. Nicolae Bălcescu nr.1, Miercurea Ciuc

Tel/Fax. : 0266.311.200

cpecaharghita@yahoo.com

HUNEDOARA

Str. Gh. Barițiu, nr.21, Deva (D.G.A.S.P.C.)

Tel/Fax.: 0254.229.935

cpecahunedoara@yahoo.com

IALOMIȚA

Str. Episcopiei nr.1, et.4, Slobozia

Tel/Fax: 0243.231.966

cpecaialomita@yahoo.com

IAȘI

Str. M. Costăchescu nr.1, corp B, parter, Iași

Tel/Fax: 0232.217.999

cpecaiasi@gmail.com, cpecaiasi@yahoo.com

www.antidrogiasi.ro

ILFOV

Șos. Giurgiului nr.123, bl.4B, sector 4, București

Tel/Fax: 021.451.02.07.

cpecailfov@yahoo.com

MARAMUREȘ

B-dul București nr.6A, Baia Mare
Tel/Fax: 0262.211.055
cpecamm@yahoo.com

MEHEDINȚI

Str. Traian nr.89, cam.701, Drobeta Turnu-Severin
Tel/Fax: 0252.333.143
antidrog_mehedinti@yahoo.com

MUREȘ

Aleea Carpați nr.17 – Camera de Conturi, Tg. Mureș
Tel/Fax: 0265.210.230
cpecamures@yahoo.com

NEAMȚ

B-dul Traian nr.165, Piatra Neamț
Tel/Fax: 0233.934
cpeca_neamt@yahoo.com, cpecaneamt@yahoo.com

OLT

Aleea Macului nr.2, Slatina
Tel/Fax: 0249.4111.177
cpecaolt@yahoo.com, antidrogolt@yahoo.com

PRAHOVA

Str. Mircea cel Bătrân nr.98, Ploiești
Tel/Fax.: 0244.574.285
cpecaprahova@yahoo.com

SATU MARE

P-ța 25 Octombrie nr.1, et.7, cam.8, Satu Mare
Tel/Fax: 0261.710.900
cpecasatumare@yahoo.com

SĂLAJ

Str. Corneliu Coposu nr.5, Zalău
Tel/Fax.: 0260.660.399
cpecasalaj@yahoo.com

SIBIU

Str. A. Șaguna nr.10, Sibiu (incinta Prefecturii)

Tel/Fax: 0269.224.313

antidrogsibiu@yahoo.com

SUCEAVA

Str. Petru Rareș nr.5, et.2 (Curtea de Conturi), Suceava

Tel/Fax: 0230.522.213

cpecasuceava@yahoo.com

TELEORMAN

Str. Libertății nr.1 Alexandria

Tel/ Fax: 0247.315.501

cpecateleorman@yahoo.com

TIMIȘ

Piața Libertății, nr.1, Timișoara

Tel/Fax: 0256.432.351

antidrogtm@yahoo.com

TULCEA

Str. Isaccei nr.24, Tulcea

Tel/Fax: 0240.535.041

cpecatulcea@yahoo.com

VASLUI

Str. M. Kogălniceanu nr.25, Vaslui

Tel/fax: 0235.314.000

antidrogvs@yahoo.com

VĂLCEA

Str. Regina Maria nr.19, Râmnicu Vâlcea

Tel./Fax: 0250.744.437

cpecavalcea@yahoo.com, antidrogvl@yahoo.com

VRANCEA

B-dul D. Cantemir, nr.1B (sediul Primăriei), Focșani

Tel/Fax: 0237.230.209

cpecavrancea@yahoo.com

www.antidrogvrancea.com