

UNIVERSITATEA DE VEST “VASILE GOLDIȘ” DIN ARAD
FACULTATEA DE MEDICINĂ, FARMACIE ȘI MEDICINĂ DENTARĂ



**STRATEGII DE DEPISTARE ȘI INTERVENȚIE
PRECOCE ÎN UTILIZAREA DE SUBSTANȚE
PSIHOACTIVE ÎN JUDEȚUL ARAD**

- REZUMAT -

CONDUCĂTOR ȘTIINȚIFIC

Prof. Univ. Dr. Afilon JOMPAN

DOCTORAND

MARGAN (Nicolescu) Laura Corina

2014

CUPRINS

ISTORIC.....	3
JUSTIFICAREA STUDIULUI	3
PARTEA GENERALĂ	4
CAPITOLUL I	
Considerații generale privind substanțele psihoactive.....	4
CAPITOLUL II	
Aspecte referitoare la consecințele consumului de substanțe psihoactive și la tratamentul dependențelor.....	5
PARTEA SPECIALĂ	6
CAPITOLUL III	6
3.1. Motivația studiului	6
3.2. Obiective	6
3.3. Ipoteze de lucru	7
3.4. Material și metodă	7
3.5. REZULTATE	8
3.5.1. <i>Descrierea eșantionului general (Lot A), respectiv dependent (Lot B)</i>	
3.5.2. <i>STUDIUL 1 – Validarea preliminară a scalei DUDIT-E</i>	11
3.5.3. <i>STUDIUL 2 – Analiza comparativă a loturilor studiate</i>	22
3.5.4. <i>STUDIUL 3 – Analiza calitativă asupra consumului de substanțe</i>	24
DISCUȚII	31
CONCLUZII GENERALE	37
CONTRIBUȚII PERSONALE	38
LIMITELE STUDIULUI ȘI PROPUNERI VIITOARE STUDII	39
BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ.....	41

ISTORIC

Încă din cele mai vechi timpuri oamenii au cunoscut proprietățile drogurilor. Acestea erau folosite în cadrul ceremoniilor religioase, al ritualurilor mistice, în scopuri terapeutice, dar și pentru a induce o stare de plăcere, având în vedere tocmai efectele pe care drogurile le produc asupra organismului uman. (Burnham, John C., 1993).

În perioada interbelică utilizarea acestor substanțe de către populație a prezentat o creștere masivă. Utilizarea lor a fost legală până la sfârșitul anilor '30. Datorită profiturilor enorme datorate comercializării lor, în special datorită efectelor lor dar și datorită adictivității pe care o produc, ele au devenit o sursă profitabilă pentru piața neagră. Originea acestui flagel al comerțului ilicit de substanțe stupefiante a fost America de Sud și Orientul Mijlociu. De aici s-a răspândit pe întreaga planetă.

Astăzi, în lume, peste 220 milioane de persoane sunt dependente de droguri. Ținând cont că o persoană dependentă afectează alte 5 persoane, putem trage concluzia că unul din 6 locuitori ai planetei este afectat de flagelul drogurilor.

JUSTIFICAREA STUDIULUI

Efectele directe sau indirecte ale consumului sunt probleme de importanță majoră cu care se confruntă umanitatea la ora actuală. Ansamblul unor condiții social-economice, psihologice și spirituale se constituie în factori de influență negativă asupra eredității sociale și biologice, ca și asupra constructelor mintale care se elaborează alienant și aberant cu reflectare negativă asupra procesualității adaptative biologice, psihologice, socio-familiale, profesionale și școlare și care generează în plan psihic, stări de frustrare, de nesiguranță, de instabilitate afectivă, de inadaptare tranzitorie sau de durată la exigențele sociale, determinând astfel respingerea și revolta împotriva obiceiurilor, tradițiilor și a sistemului de valori practicat de întreaga societate.

Profesioniștii din domeniul sănătății publice definesc prevenția ca fiind activitatea de reducere a cererii, menită să modifice comportamentul și astfel să reducă dorința de a fuma, de a bea alcool sau de a consuma alte substanțe psihoactive, respectiv droguri.

La nivelul populației județului Arad, sunt foarte puține studii sociologice privind consumul de substanțe ilegale. Deși în județul Arad se menține un nivel scăzut al consumului de droguri, comparativ cu celelalte județe din țară, totuși ne confruntăm cu o problemă importantă privind consumul și problemele asociate acestuia, cât și cu evidența substanțelor nou apărute pe piața drogurilor.

Cercetarea de față este o primă evaluare a situației concrete a consumului de substanțe psihoactive ilicite în rândul populației școlare din învățământul preuniversitar și

constituie o bază științifică pentru elaborarea strategiei locale și a unui plan de depistare și intervenție precoce în utilizarea substanțelor psihoactive în județul Arad.

CAPITOLUL I

Considerații generale privind substanțele psihoactive

Prin prezenta descriere a claselor de substanțe psihoactive am urmărit evidențierea originii, toleranța și efectele pe termen lung ale fiecărei tip de substanță.

Principalele clase de substanțe psihoactive sunt:

- A. *Opiaceele*. Opiaceele sunt substanțe de proveniență naturală, semisintetică sau sintetică care au ca și proprietăți principale acțiunea narcotică, toxicomanogenă, analgezică, antispastică, antitusivă și euforizantă. Substanța de bază este opiul. (Christian Lüscher, 2006)
- B. *Stimulentele* Din categoria substanțelor psihotrope, cele mai reprezentative sunt cafeina și nicotina, alături de cele ilicite ca amfetaminele și cocaina (Kendler, K.S., Myers, J. & Prescott, C.A. 2007).
- C. *Cannabis-ul și derivații acestuia* Una din formele cele mai utilizate de cannabis este rășina de Cannabis indica care este cunoscută sub diferite denumiri ca: rășină, charas, hasiș etc. Derivații de cannabis sunt reprezentați de Hasiș și de Marijuana. (Hides, L., Dawe, S., Young, R.M., & Kavanagh, D.J., 2007).
- D. *Drogurile sintetice. Ecstasy* Reprezentanții principali ai drogurilor sintetice sunt: ecstasy (X.T.C.), methadona, heroina, morfina, codeina și derivații de amfetamină. Ecstasy-ul este un drog din categoria stimulatoare și halogenogenă, aparținând grupei entactogenelor. (D'Souza, D.C, & colab., 2005).
- E. *Halucinogenele* Aceste substanțe pot fi extrase din diferite plante și ciuperci. De exemplu, mescalina este extrasă dintr-un cactus, psilocibina este extrasă din psylocibe mexicana. Cele mai multe substanțe halucinogene sunt de sinteză: LSD (dietilamida acidului lisergic) și PCP (feniclidina). (D'Souza, D.C, & colab., 2005).
- F. *Sedativele și somniferele* Substanțele naturale sau sintetice care au acțiune tranchilizantă, de exemplu: valium, tavor, lexotanil, mogadan, librium, tranxilium, praxiten etc Din categoria somniferelor fac parte următoarele subclase de medicamente, droguri: barbituricele, bromurile, clorhidratele/paraldehidratele, mandrax-ul, etc
- G. *Inhalantele* În această categorie intră substanțele volatile care pot produce efecte psihoactive.

- H. *Alcoolul* Alcoolul este o substanță care acționează, din punct de vedere al drogurilor, la nivelul sistemului nervos central, în special la nivelul diencefalului. (Winters, K.C., & colab., 2003).
- I. *Tutunul* Tutunul conține nicotină, iar nicotina provoacă dependență. Dependența cronică de nicotină este un fenomen bio-psiho-social foarte complicat și complex. (Hasin, D. 2006)
- J. *Drogurile de petrecere*: Poppers, LiquidX, GHB, LiquidE, Fantasy .etc
- K. *Solvenții* Din această clasă de substanțe utilizate ca drog fac parte hidrocarburile aromatice sau alifaticice.

Substanțele enumerate mai sus determină atât dependență fizică cât și psihică. Întreruperea bruscă a administrării acestora determină o reacție brutală de sevraj cu toate complicațiile și tipurile de tulburări psihice. Dintre manifestările de sevraj menționăm că pot determina de la stări de anxietate, nevroze, psihoze, până la stări psihopatoide și demențe. Ele se manifestă secundar unei afectări cerebrale, pe fondul unor encefalopatii de etiologie medicamentoasă.

CAPITOLUL II

Aspecte referitoare la consecințele consumului de substanțe psihoactive și la tratamentul dependențelor

Sunt autori (Fereol, Gilles, 2000) care operează cu conceptul „complicații ale consumului de droguri”. Majoritatea cercetătorilor care studiază fenomenul toxicomaniei divid complicațiile acestuia în: complicații infecțioase și complicații psihiatrice. Complicațiile infecțioase includ: complicații legate de modul de viață al toxicomanului, legate de modul de administrare a drogului, etc. Complicații psihiatrice ale consumului de droguri cuprind : stări depresive, sindroame confuzionale, stări psihotice, comportamente deviante. Devianta, ca fenomen cu impact major asupra ordinii și stabilității sociale, constituie un obiect al interpretării sociologice din varii perspective, existând la ora actuală numeroase modele și concepții teoretice (Eberhard Schatz, 2011).

Toxicomaniile par să fie cancerul care suprimă, nu numai organismul consumatorului de droguri, dar și/mai ales psihicul acestuia, prin dezorganizarea tragică a personalității umane (Hasin, D. 2006). Cauzele consumului de droguri sunt complexe, nu țin nici de nivelul de educație, nici de situația materială. Totuși, sunt autori care disting câteva dintre ele: curiozitatea, plictiseala, teribilismul (provocarea, tocmai pentru riscurile pe care le implică), presiunea grupului de prieteni, a „găștii“, probleme în familie, școala, prieteni, la serviciu, neintegrarea în colectivitate și societate (unii consideră consumul de droguri un răspuns la singurătate) (Eberhard Schatz, 2011).

Tratamentul dependențelor. *Dezalcoolizarea* în cazul alcoolismului și *dezintoxicarea* în cazul drogurilor și a altor substanțe reprezintă un set de intervenții medicale (în special administrare de medicamente) cu scopul de a controla efectele intoxicației acute și de a diminua sevrăjul. Ultima parte a dezintoxicării presupune pregătirea pacientului pentru procesul de recuperare/reabilitare. Programul de reabilitare presupune responsabilizare, înțelegerea cauzelor și mecanismelor prin care a apărut și s-a menținut dependența, maturizare emoțională.

CAPITOLUL III

3.1. Motivația studiului

Consumul de droguri a început și în România să facă numeroase victime. Astfel numai în primele luni ale anului 2013 au fost identificați peste 2350 de traficanți și consumatori de droguri (Repere științifice ale consumului de droguri în societatea românească, Agenția Națională Antidrog, 2013).

Motivele care stau la baza acestui studiu sunt următoarele:

- creșterea morbidității (numărul de îmbolnăviri pe timpul unui an în ansamblul populației) și a mortalității (numărul deceselor pe timp de un an în ansamblul populației), determinată de instalarea bolilor cardiovasculare, cancerului pulmonar, ciroza hepatică, HIV/SIDA, ca urmare a consumului de droguri;
- creșterea sentimentului de insecuritate al cetățeanului ca urmare a numărului de infracțiuni produse din cauza consumului de droguri (de exemplu: omorul, tâlhăria, vătămări corporale grave, furtul, comise de cei care trebuie să facă rost de bani pentru doza zilnică); în același timp, creșterea consumului de droguri;

3.2. Obiective

Obiectivul general al cercetării a urmărit realizarea unui studiu privind cunoștințele, atitudinile și dimensiunile consumului de tutun, alcool și droguri ilegale în rândul populației școlare, din învățământul preuniversitar al municipiului Arad.

S-a urmărit de asemenea, realizarea unui studiu privind cunoștințele, motivația, tipul și dimensiunile consumului de droguri ilegale în rândul populației adolescente, precum și înlesnirea aplicării măsurilor profilactice în domeniul prevenirii dependenței față substanțele psihoactive la persoanele cu risc sporit pentru aceasta.

Obiective specifice:

- Consumul de substanțe psihoactive în loturile studiate.
- Nivelul anxietății resimțite în rândul consumatorilor de tutun, alcool și droguri ilegale.

- Nivelul acceptării necondiționate a propriei persoane în momentul conștientizării gravității faptei și a consecințelor ce derivă în urma consumului.
- Tipul și frecvența consumului de droguri ilegale în lotul studiat.
- Nivelul, originea și tipul informațiilor despre substanțele ilegale în rândul adolescenților.
- Motivația consumului de droguri.

3.3. Ipoteze de lucru

- A. Consider crescută posibilitatea de a obține următoarele rezultate:
 1. Anxietatea să coreleze pozitiv cu consumul de substanțe, distresul emoțional și efecte negative și pozitive aferente consumului.
 2. Acceptarea necondiționată a propriei persoane să coreleze negativ cu consumul de substanțe, cu nivelul de anxietate și distresul emoțional negativ, respectiv pozitiv cu părerea despre consum.
 3. Distresul emoțional negativ să coreleze atât cu efectele pozitive cât și negative aferente consumului de substanțe.
 4. Prezența unor diferențe semnificative statistice între toate dimensiunile scalei referitoare la consum, a nivelului acceptării necondiționate a propriei persoane, a nivelului de anxietate și de distres emoțional între cele două loturi A – populația de elevi fără informații anterioare referitor la consumul de substanță (populație generală), respectiv lotul B – subiecți dependenți de substanțe.

3.4. Material și metodă

3.4.1. Populația țintă și caracteristicile eșantionului

Studiul este reprezentativ pentru populația școlară din învățământul preuniversitar (14 -19 ani), respectiv licee și școli de arte și meserii din municipiul Arad.

Au fost studiați N=229 subiecți adolescenți, aparținând populației de elevi fără informații anterioare legate de consumul de substanțe (Lot A - N=197) și subiecți aparținând Centrului de reabilitare și reinsertie socială, grup predominant dependent de substanțe psihoactive (Lot B - N=32).

Metoda de eșantionare utilizată a fost una probabilistică, stratificată și multistadială, variabilele de stratificare fiind:

- tipul/forma de învățământ,
- anul de studiu – clasa IX/X/XI/XII
- sexul: masculin și feminin.

Alegerea unităților de învățământ și a claselor unde s-a aplicat chestionarul s-a făcut prin selecție simplă aleatorie – loterie („tragere la sorți”) și s-a utilizat o abordarea integrală a

ultimului nivel de grupare – administrarea chestionarului simultan elevilor dintr-o clasă, rata de participare fiind de 93.80% din totalul elevi aferenți claselor selectate.

Chestionarul a fost aplicat în 4 unități de învățământ și în Centrul de reabilitare și reinserție socială, în perioada septembrie – decembrie 2013.

3.4.2. Instrumente de colectare a datelor

- 1. Consumul și caracteristicile acestuia** – este operaționalizat utilizând două scale:
(A) Scala de Identificare a consumului de droguri (Drug Use Disorders Identification Test - DUDIT-E) (Anna H. Berman, Hans Bergman, Tom Palmstierna, Franz Schlyter, 2003).
- 2. Anxietate** – este operaționalizată utilizând Scala de anxietate Beck (*Beck Anxiety Inventory* -BAI) (Beck & Steer 1993)
- 3. Distresul emoțional** – este operaționalizat utilizând Scala Profilul Distresului Emoțional (PDE-Plus) (Oprîș și Macavei, 2005)
- 4. Acceptarea necondiționată a propriei persoane** – (variabilă independentă - proces REBT) este operaționalizată utilizând – Chestionarul de Acceptare Necondiționată (*Unconditional Self-Acceptance Questionar - USAQ*) (Chamberlain, J.M. & Haaga, D.A.F. 2001).

3.5. REZULTATE

3.5.1. Descrierea eșantionului general (Lot A), respectiv dependent (Lot B)

Tabel 1. Distribuția pe sexe în lotul A

Variabila	Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid F	104	52.8	52.8	52.8
M	93	47.2	47.2	100.0
Total	197	100.0	100.0	

În lotul A, avem un procent de 52,8% fete și 47,2% băieți participanți la studiu.

Tabel 2. Distribuția pe sexe în lotul B

Variabila	Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid lipsa	3	8.8	8.8	8.8
F	9	26.5	26.5	35.3
M	22	64.7	64.7	100.0
Total	34	100.0	100.0	

În lotul B, avem un procent de 26.5% fete și 64.7% băieți participanți la studiu.

Tabel 3. Distribuția pe categorii de vârstă a lotului A - media = 15.05 ani

Variabila	Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
14	20	10.2	10.2	10.2
Valid 15	147	74.6	74.6	84.8
16	29	14.7	14.7	99.5
17	1	.5	.5	100.0
Total	197	100.0	100.0	

În tabelul 3 se poate observa faptul că 99.5% dintre participanți prezintă vârste între 14 - 16 ani, media fiind de 15.05 ani.

Tabel 4. Distribuția pe categorii de vârstă a lotului B - media = 15.84 ani

Variabila	Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Lipsa info.	3	8.8	8.8	8.8
Valid 14	2	5.9	5.9	14.7
15	14	41.2	41.2	55.9
16	8	23.5	23.5	79.4
17	4	11.8	11.8	91.2
18	1	2.9	2.9	94.1
19	1	2.9	2.9	97.1
20	1	2.9	2.9	100.0
Total	34	100.0	100.0	

În tabelul 4 se poate observa faptul că 79.04% dintre participanți au avut vârste cuprinse între 14 – 16 ani, media fiind de 15.84 ani

Tabel 5. Distribuția număr de frați lotul A - media = 1.08

Variabila	Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
0	75	38.1	38.1	38.1
Valid 1	83	42.1	42.1	80.2
2	14	7.1	7.1	87.3
3	13	6.6	6.6	93.9
4	6	3.0	3.0	97.0
5	1	.5	.5	97.5
6	2	1.0	1.0	98.5
7	2	1.0	1.0	99.5
8	1	0.5	.5	100.0
Total	197	100.0	100.0	

Se poate observa că 80.2% dintre participanții lotului A provin din familii cu un singur copil sau cu un singur frate, media fiind de 1.08 frați.

Tabel 6. Distribuția număr de frați lotul B - media = 1.9

Variabila	Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Lipsa info.	3	8.8	8.8	8.8
0	12	35.3	35.3	44.1
1	8	23.5	23.5	67.6
14	1	2.9	2.9	70.6
Valid 2	3	8.8	8.8	79.4
3	3	8.8	8.8	88.2
4	2	5.9	5.9	94.1
6	1	2.9	2.9	97.1
8	1	2.9	2.9	100.0
Total	34	100.0	100.0	

În lotul B - 67.6% provin din familii cu unul, doi sau trei copii, media fiind de 1.9 frați, însă cu toate acestea cea mai mare parte sunt singuri la părinți.

Tabel 7. Media și abaterea standard a celor două loturi în ce privește vârsta și numărul de frați

Variabila	Lot	N	Medie	Abatere standard	Eroarea standard medie
Vârsta	1.00	197	15.0558	.51699	.03683
	2.00	31	15.8387	1.34404	.24140
Frați	1.00	197	1.0812	1.39368	.09930
	2.00	31	1.9032	2.95922	.53149

Tabel 8. Rezultatele testului t comparative între eșantioane independente

Variabila	t-test for Equality of Means						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
Vârsta	-5.900	226	.000	-.78287	.13269	-1.04434	-.52141
	-3.206	31.411	.003	-.78287	.24419	-1.28064	-.28510
Frați	-2.521	226	.012	-.82201	.32602	-1.46443	-.17958
	-1.520	32.125	.138	-.82201	.54069	-1.92318	.27917

Aceste rezultate sugerează posibilitatea ca media vârstei la care se consumă substanțe pentru grupul nostru este 15.83 ani, respectiv este mai frecventă în cazul familiilor cu mai mulți copii, media numărului de frați fiind 1.9, respectiv abaterea standard 2.95 .

3.5.2. STUDIUL 1 – Validarea preliminară a scalei DUDIT-E

În urma analizei psihometrice a scalei DUDIT-E s-au obținut următoarele rezultate:

3.5.2.1. Distribuția consumului de substanțe psihoactive

Tabel 9. Media și abaterea standard a consumului pe categorii de substanțe

Variabila	Media	Abaterea standard	N
Marijuana	1.009	.0960	216
Heroina	1.000	.0000	216
Cocaina	1.000	.0000	216
Hasiș	1.000	.0000	216
LSD	1.000	.0000	216
Amfetamine	1.014	.1519	216
Sedative	1.014	.1519	216
Aurolac	1.000	.0000	216
Pastile somnifere/calmante	1.343	1.0711	216
Pastile analgezice	1.231	.7789	216
Tabac	1.565	1.3590	216

Aceste rezultate sugerează că substanțele cele mai des utilizate de lotul A și lotul B sunt: (a) Marijuana, (b) Amfetamine, (c) Sedative, (d) Pastile calmante, (e) Pastile analgezice, (f) Tabac.

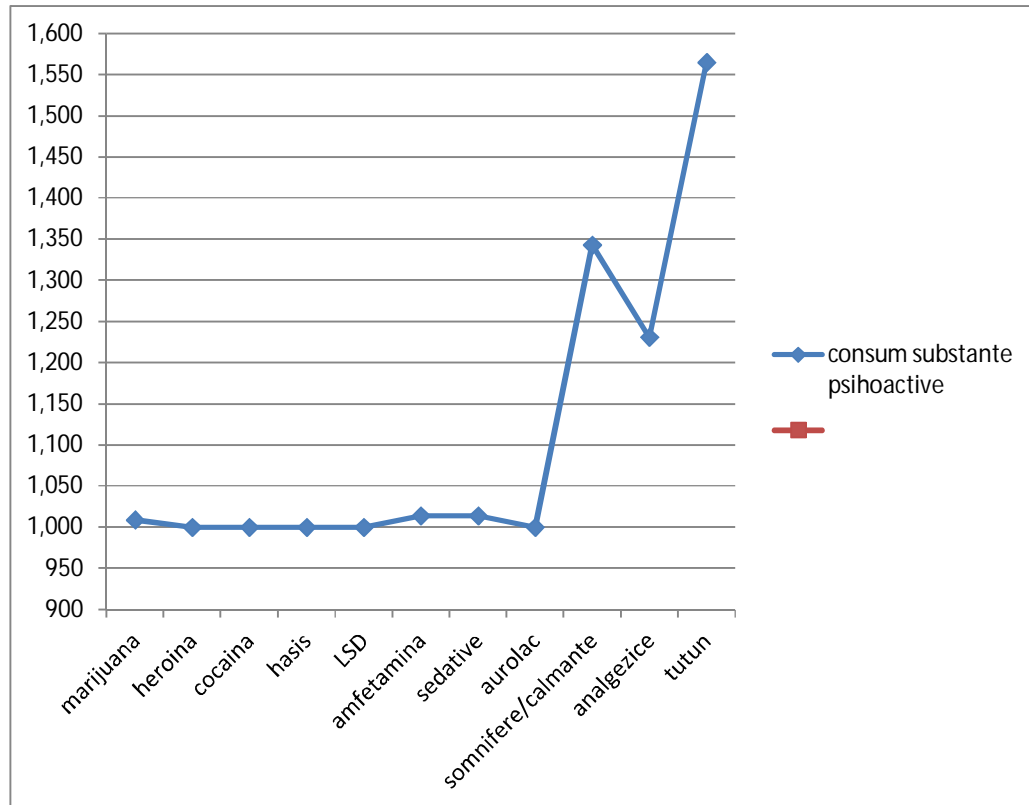


Fig. 7. Media și abaterea standard a consumului pe categorii de substanțe

Scala legată de consum, fiind o scală nominal nu am procedat la calculul consistenței interne, cum s-a procedat în cazul celorlate subscale DUDIT-E.

3.5.2.2. Scala Efecte pozitive ale consumului de substanțe psihoactive

Această scală prezintă o consistență internă foarte bună, sugerând un grad înalt de încredere în aplicarea acesteia.

Tabel 10. Consistența internă a scalei efecte pozitive ale consumului de substanțe

Alpha Cronbach	Nr. Itemi
0.920	17

Itemii scalei	Media	Abaterea standard	N
@1	1.012	.1072	173
@2	1.069	.2970	173
@3	1.121	.5729	173
@4	1.023	.1853	173
@5	1.046	.3202	173
@6	1.081	.4992	173
@7	1.046	.2815	173

@8	1.121	.5416	173
@9	1.098	.5134	173
@10	1.081	.4630	173
@11	1.087	.4804	173
@12	1.029	.1996	173
@13	1.104	.5179	173
@14	1.006	.0760	173
@15	1.006	.0760	173
@16	1.017	.1696	173
@17	1.006	.0760	173

Tabel 11. Media și abaterea standard a scalei efecte pozitive

Medie	Varianta	Abaterea standard	Nr. itemi
17.954	16.754	4.0931	17

3.5.2.3. Scala Efecte negative ale consumului de substanțe

Tabel 12. Consistența internă a scalei efecte negative ale consumului de substanțe

Alpha Cronbach	Nr. itemi
0.747	17

Itemii scalei	Media	Abaterea standard	N
@1	1.031	.2337	163
@2	1.012	.1567	163
@3	1.000	.0000	163
@4	1.006	.0783	163
@5	1.037	.3313	163
@6	1.006	.0783	163
@7	1.000	.0000	163
@8	1.012	.1104	163
@9	1.012	.1104	163
@10	1.031	.1730	163
@11	1.006	.0783	163
@12	1.006	.0783	163
@13	1.031	.2056	163
@14	1.037	.3313	163
@15	1.043	.3397	163
@16	1.012	.1104	163
@17	1.000	.0000	163

Această scală prezintă o consistență internă relativ bună, sugerând un grad înalt de încredere, valoarea consistenței interne fiind similară nivelului consistenței interne anumitor chestionare de personalitate, astfel considerăm că poate fi aplicată.

Tabel 13. Media și abaterea standard a scalei efecte negative

Medie	Varianta	Abaterea standard	Nr. itemi
17.282	1.846	1.3586	17

3.5.2.4. Scala Părere despre consum

Această scală evaluează gândurile referitoare / față de consumul de substanțe, astfel poate oferi informații utile referitoare la motivația spre schimbare.

Tabel 14. Consistența internă a scalei părerea față de abținerea

Alpha Cronbach	Nr. itemi
0.928	10

Itemii scalei	Media	Abaterea standard	N
@1	1.064	.3138	157
@2	1.057	.4563	157
@3	1.006	.0798	157
@4	1.121	.5922	157
@5	1.064	.4625	157
@6	1.089	.4854	157
@7	1.102	.5682	157
@8	1.096	.5637	157
@9	1.064	.4188	157
@10	1.076	.4876	157

Tabel 15. Media și abaterea standard a scalei părere

Medie	Varianta	Abaterea standrad	Nr. itemi
10.739	13.156	3.6271	10

Tabel 16. Corelații DUDIT-E, BAI, PDA-plus, respectiv USAQ pt.lotul B

Variabile		DUDIT consum	DUDIT pozitiv	DUDIT negativ	DUDIT Părere	BAI	PDA pozitiv	PDA negativ
Consum	Pearson	1	-.033	-.010	-.050	.184	.572**	.297
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)		.878	.963	.827	.350	.001	.125
Pozitiv	N	28	24	24	22	28	28	28
	Pearson	-.033	1	.581**	.827**	.330	.270	.410*
	Correlation							
DUDIT	Sig. (2-t.)	.878		.005	.000	.116	.202	.047
	N	24	24	22	21	24	24	24
	Pearson	-.010	.581**	1	.961**	.009	.258	.324
Negativ	Correlation							
	Sig. (2-t.)	.963	.005		.000	.968	.223	.122
	N	24	22	24	20	24	24	24
Parere	Pearson	-.050	.827**	.961**	1	.081	.156	.337
	Correlation							
	Sig. (2-t.)	.827	.000	.000		.722	.488	.125
DUIT	N	22	21	20	22	22	22	22
	Pearson	.005	.105	.115	.568*	.161	.140	.176
	Correlation							
USAQ	Sig. (2-t.)	.984	.669	.640	.014	.475	.533	.433
	N	22	19	19	18	22	22	22

** . Corelație la pragul de semnificație $p = 0.01$

*. Corelație la pragul de semnificație $p = 0.05$

Scala de identificare a consumului de droguri DUDIT-E prezintă consistență internă bună, alpha Cronbach calculate pentru fiecare subscale fiind între 0.747 – 0.928. S-a apelat la calculul indicatorilor de fidelitate asupra lotului B, deoarece DUDIT-E este o scală destinată în primul rând identificării efectelor consumului de substanțe, astfel o condiție necesară pentru a putea descrie corect efectele pozitive versus negative, fiind aplicarea asupra unei populații de adolescenți care au experimentat cel puțin o dată consumul de substanțe. Însă pentru a obține informații despre gradul de discriminare s-a calculat corelația dintre subscalele DUDIT-E și celelalte scale incluse în studiu și pentru lotul A.

În urma calculului corelației dintre DUDIT, respectiv scala de distres emoțional și acceptare necondiționată a propriei persoane s-au evidențiat următoarele rezultate pentru lotul B:

O relație pozitivă între consum și emoții pozitive aferente consumului

$r = 0,572$ la un $p = 0.01$

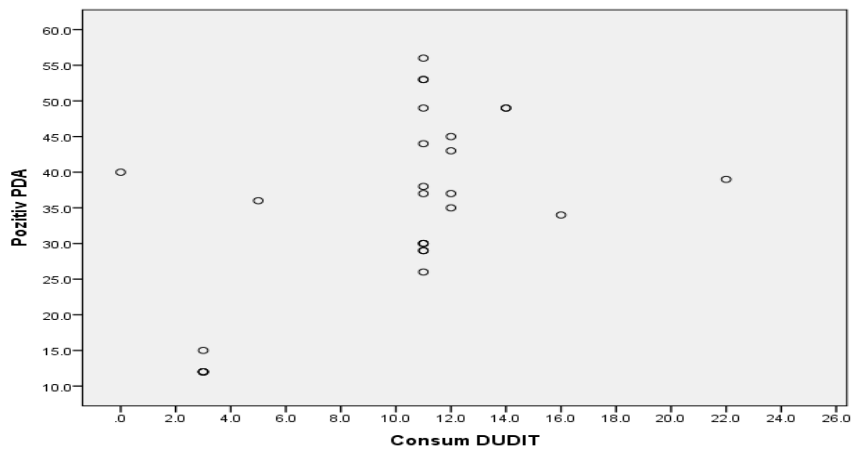


Fig.8 Norul de puncte aferente corelației dintre emoții pozitive versus Consum Substanțe

O relație pozitivă între părere DUDIT / dorința spre diminuarea consumului și acceptarea necondiționată a propriei persoane $r = .568$ la un $p = 0.05$.

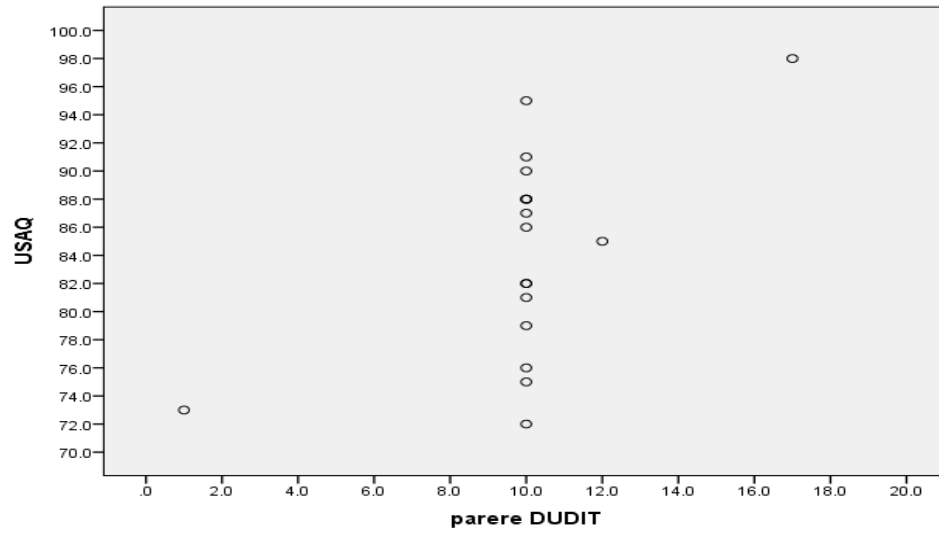


Fig.9 Norul de puncte aferent corelației dintre Parere fata de Consum de Substanțe și Acceptarea necondiționată a propriei Persoane

O relație pozitivă între emoțiile negative de distress și emoțiile pozitive aferente consumului de substanțe $r = .410$ la un $p = 0.05$

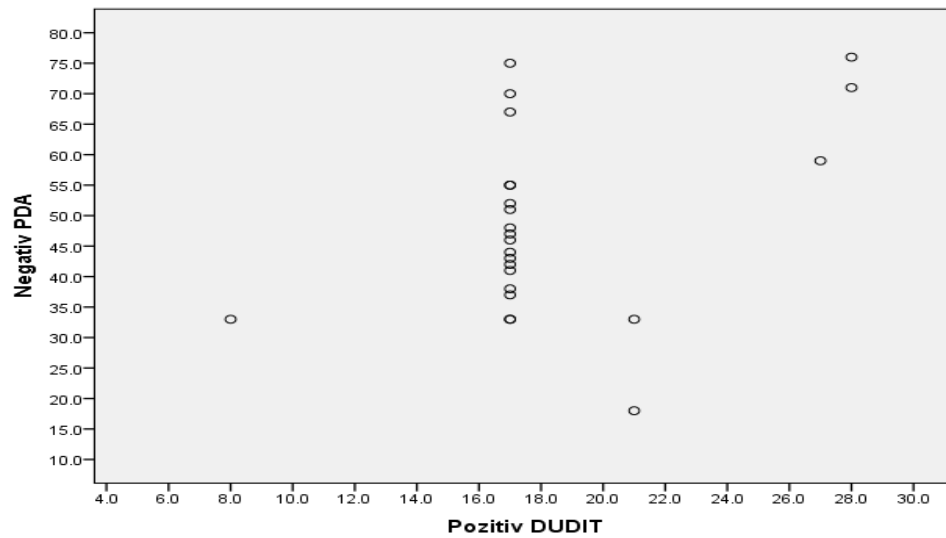


Fig.10 Norul de puncte aferent corelației dintre emoții negative distress și efecte pozitive ale consumului de substanțe

Prezența atât a efectelor pozitive ($r = 0.827$ $p = 0.01$) cât și negative ($r = 0.961$ $p = 0.01$) relaționează pozitiv cu dorința de diminuare a consumului / părere.

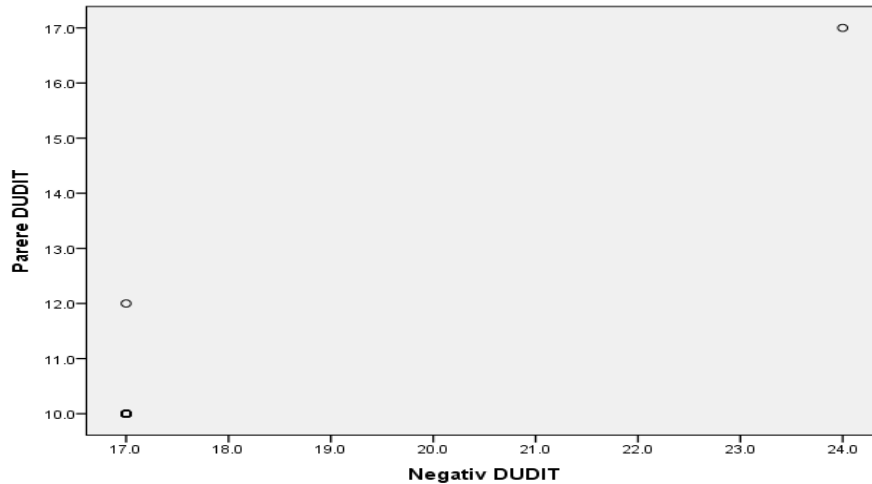


Fig.11 Norul de puncte aferent corelației dintre efecte negative ale consumului respectiv parere fata de consum

După cum se poate observa în fig. 11, relația puternic semnificativă obținută între valorile părerii față de consum și efecte negative se datorează suprapunerii foarte multor valori în două puncte dihotomice la intersecția dintre valoare 10 pentru părere și 17 pentru efecte, respectiv valoarea 17 pentru părere și 24 pentru efecte. Altfel spus, părerile subiecților evaluați grupându-se în predominant două categorii, părere pentru și împotriva abstenței.

Acestea ne sugerează faptul că atunci când se conștientizează efectele consumului de substanțe indiferent de natura lor acestea pot contribui la creșterea dorinței de diminuare a consumului; însă știm că uneori acest lucru nu este suficient, respectiv datele fiind colectate pe un eșantion de persoane care sunt abstinente sau nu au consumat substanțe, rezultatele ar putea fi influențate de caracteristicile grupului.

Rezultatele reprezentate în figura 11 relevă o corelație semnificativă crescută ($r=0.961$ la un $p=0.01$), însă după cum se poate observa rezultatele sunt distribuite relativ la extreme, fapt ce sugerează dihotomizarea părerilor în funcție de gradul de efecte negative percepute de consumatori.

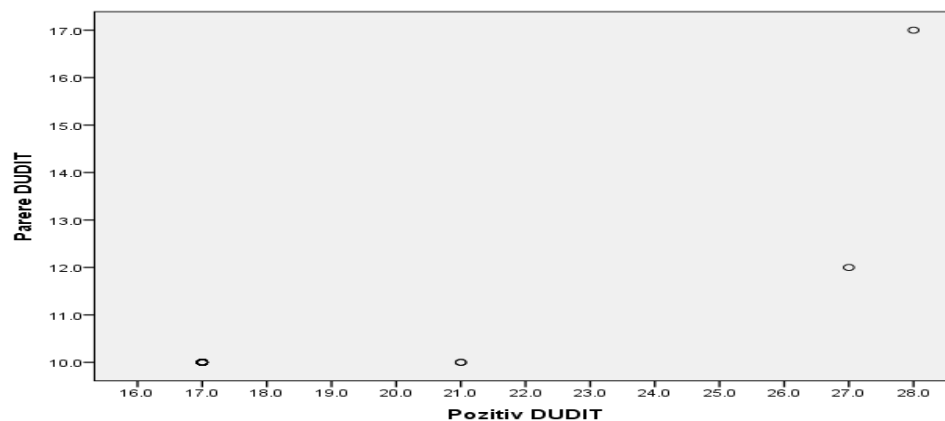


Fig. 12 Norul de puncte aferent corelației efectelor pozitive ale consumului versus parerea fata de consum

După cum se poate observa în figura 12, similar rezultatelor reprezentate grafic în figura 12, relația puternic semnificativă obținută între valorile părerii față de consum și efecte pozitive se datorează suprapunerii foarte multor valori în trei puncte dihotomice la intersecția dintre valoare 10 pentru părere și 17, 21 pentru efecte, respectiv valoarea 17 pentru părere și 28 pentru efecte. Cu cât cercul care reprezintă grafic intersecția valorilor este mai conturat, cu atât mai mulți subiecți au prezentat valorile respective.

Aceste rezultate sugerează posibilitatea ca în cazul consumatorilor aderarea la abținerea sau la consum este asociată cu o gândire de genul totul sau nimic, sugerând posibilitatea ca tocmai datorită acestui mod de a percepe consumul să prezinte dificultăți în controlul dependențelor.

În continuare vom prezenta rezultatele corelațiilor pentru lotul A, respectiv vom discuta eventuale diferențe între rezultatele obținute între cele două loturi.

Tabel 17. Corelații DUDIT-E, BAI, PDA-plus, respectiv USAQ pt.lotul A

		Consum DUDIT	parere DUDIT	Pozitiv DUDIT	Negativ DUDIT	Pozitiv PDA	Negativ PDA	BAI	USAQ
Consum DUDIT	Pearson	1	.065	.381**	.291**	.097	.011	.242**	-.125
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)		.431	.000	.000	.182	.877	.001	.090
Parere DUDIT	N	192	149	153	142	192	192	191	185
	Pearson	.065	1	.407**	.508**	.014	.040	.120	-.003
	Correlation								
Pozitiv DUDIT	Sig. (2-tailed)	.431		.000	.000	.862	.632	.148	.973
	N	149	149	144	140	149	149	148	143
	Pearson	.381**	.407**	1	.924**	.032	.143	.019	-.049
Negativ DUDIT	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.695	.077	.821	.557
	N	153	144	153	140	153	153	152	146
Pozitiv PDA	Pearson	.291**	.508**	.924**	1	.075	.101	.044	-.048
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.376	.233	.601	.580
Negativ PDA	N	142	140	140	142	142	142	141	136
	Pearson	.097	.014	.032	.075	1	.141*	.105	-.035
	Correlation								
BAI	Sig. (2-tailed)	.182	.862	.695	.376		.048	.145	.637
	N	192	149	153	142	197	197	196	189
	Pearson	.011	.040	.143	.101	.141*	1	.132	-.062
USAQ	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.877	.632	.077	.233	.048		.065	.397
	N	192	149	153	142	197	197	196	189
USAQ	Pearson	.242**	.120	.019	.044	.105	.132	1	-.040
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.001	.148	.821	.601	.145	.065		.584
USAQ	N	191	148	152	141	196	196	196	188
	Pearson	-.125	-.003	-.049	-.048	-.035	-.062	-.040	1
	Correlation								
USAQ	Sig. (2-tailed)	.090	.973	.557	.580	.637	.397	.584	
	N	185	143	146	136	189	189	188	189

** . Corelație la pragul de semnificație p = 0.01

* . Corelație la pragul de semnificație p = 0.05

În urma calculului corelației dintre DUDIT respectiv scala de distress emoțional și acceptare necondiționată a propriei persoane s-au evidențiat următoarele rezultate pentru lotul A.

O relație pozitivă între consum și anxietate $r=0,242$ la un $p=0.01$

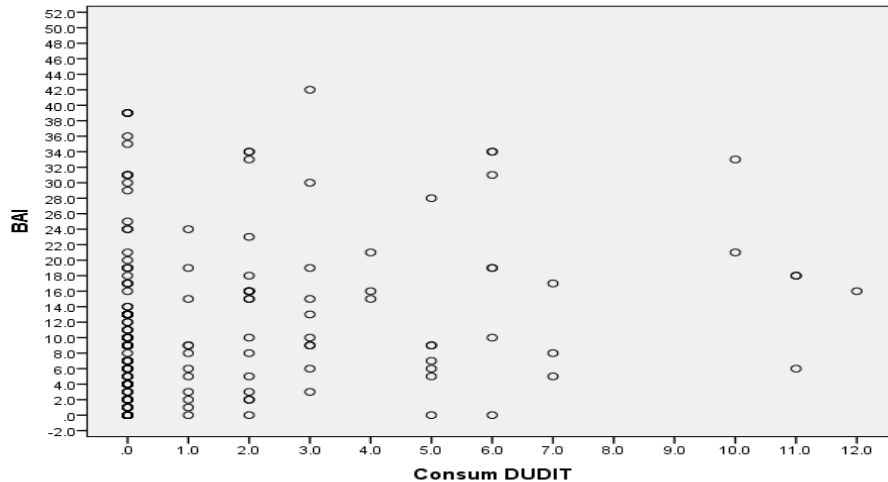


Fig. 13 Norul de puncte aferent corelației dintre consumul de substanțe și anxietate

Aceste rezultate sugerează posibilitatea ca adolescenții să prezinte anxietate față de ideea de a consuma, fapt care subliniază că în cazul acesta ar putea fi un factor de protecție. Starea de anxietate ar putea fi generată de multiple interpretări ale consumului, aceste informații ar fi util să fie studiate prin studii ulterioare.

Cum se poate observa în tabelul 16 corelațiile pentru lotul B – grupul de consumatori, nu s-a evidențiat o corelație între anxietate și consum, acest fapt sugerând posibila ipoteza conform căreia un anumit nivel de anxietate poate fi în acest caz un factor sanogen.

***Prezența atât a efectelor pozitive ($r=0.407$ $p=0.01$) cât și negative ($r=0.508$ $p=0.01$)
relaționează pozitiv cu dorința de diminuare a consumului / părere.***

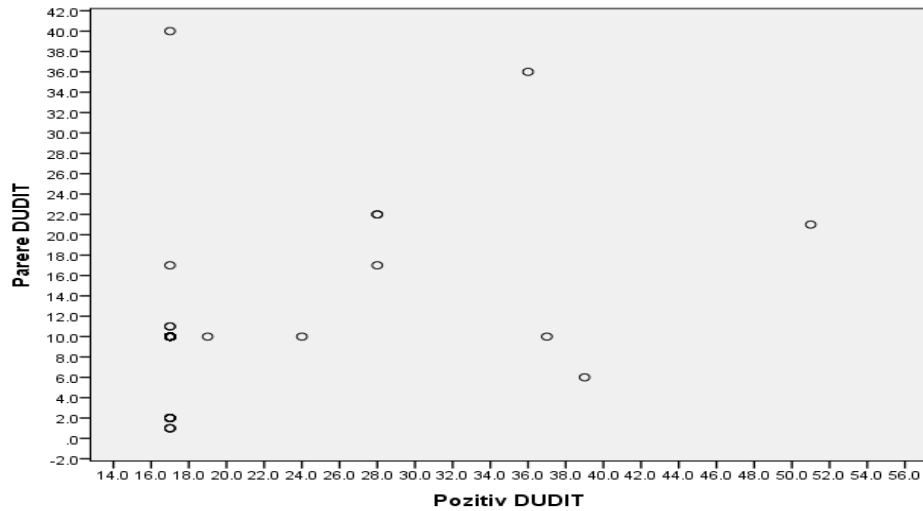


Fig. 14 Norul de puncte aferent parare fata de consum versus efecte pozitive fata de consum

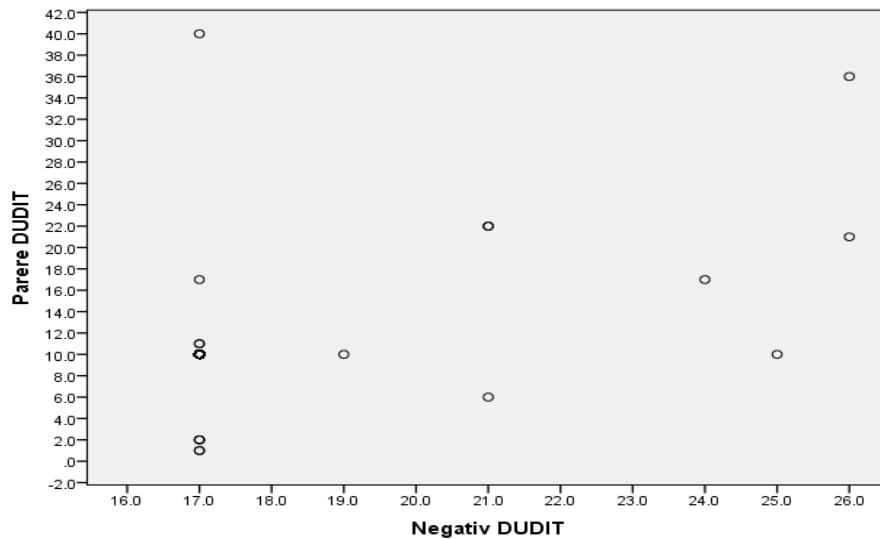


Fig. 15 Norul de puncte aferent corelătiei dintre parare fata de consum și efecte negative fata de consum

Rezultatele ne arată că atât efectele pozitive (fig.15) , cât și cele negative (fig.14) pot contribui la părerea față de consum, respectiv dorința de abținere.

O relație pozitivă între emoțiile negative ($r=0.291$ $p=0.01$) și emoțiile pozitive ($r=0.381$, $p=0.01$) aferente consumului și consumul de substanțe.

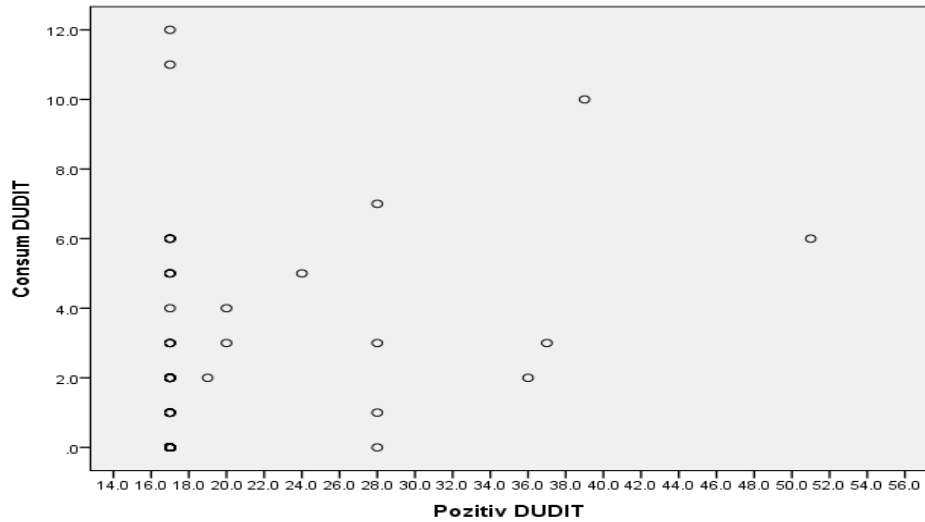


Fig. 16 Norul de puncte aferent corelației dintre consum și efecte pozitive ale consumului

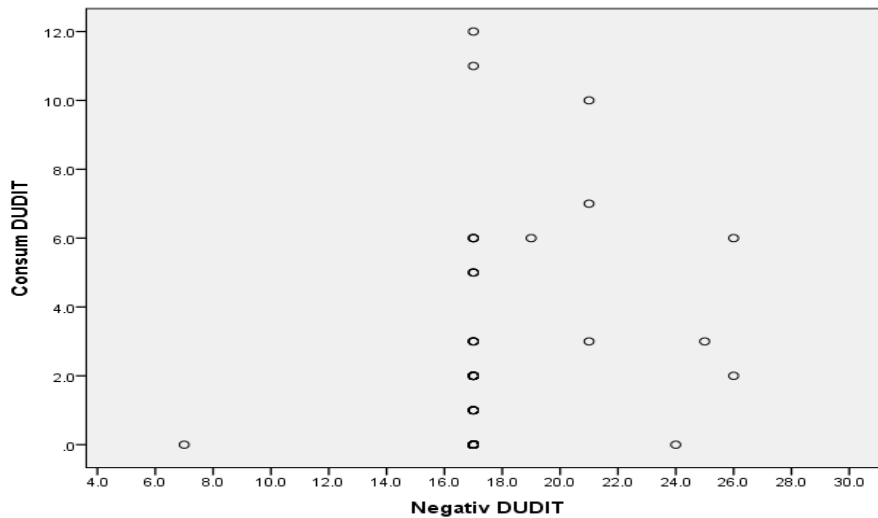


Fig. 17 Norul de puncte aferent corelației consum versus efecte negative ale consumului

Posibile explicații ar putea fi tendința de evitare, de “fugă” a efectelor negative prin consumul de substanțe pentru a produce pe termen scurt efectele pozitive, astfel existând posibilitatea de a se crea un cerc vicios în stimularea consumului.

Însă aceste rezultate trebuie a fi interpretate cu prudență, deoarece lotul A este un lot de adolescenți care poate nu au experimentat “in vivo” posibilele efecte pozitive sau negative, ale consumului real de substanțe, astfel aceste răspunsuri s-ar putea baza pe percepția acestora față de consumatori, din exterior.

3.5.3. STUDIUL 2 – Analiza comparativă a loturilor studiate

În vederea comparării celor două eșantioane s-a utilizat testul t pentru eșantioane independente, în urma calculelor statistice s-au evidențiat diferențe semnificative statistice între eșantionul populației generale (N=197) versus eșantionul persoanelor dependente de substanțe (N=32) în cazul următoarelor variabile:

1. Consumul de substanțe F=19.559 la un p=0.0001
2. Nivelul anxietății F=4.228 la un p=0.05
3. Nivelul acceptării necondiționate a propriei persoane F=5.059 la un p=0.05

Tabel 18. Comparație între lotul A, respectiv B privind nivelul de consum al substanțelor psihoactive

	t-test for Equality of Means						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
1.Consum DUDIT	-14.833	218	.000	-8.5751	.5781	-9.7145	-7.4358
	-9.358	29.168	.000	-8.5751	.9163	-10.4488	-6.7015
	-.303	175	.762	-.2851	.9412	-2.1426	1.5724
2.Pozitiv DUDIT	-.305	30.841	.762	-.2851	.9339	-2.1902	1.6200
	.940	164	.348	.3856	.4100	-.4240	1.1951
3.Negativ DUDIT	.716	26.673	.480	.3856	.5386	-.7202	1.4913
	-.034	169	.973	-.0336	.9846	-1.9773	1.9102
4.Părare DUDIT	-.051	44.006	.959	-.0336	.6530	-1.3496	1.2825
	2.281	224	.023	4.4122	1.9343	.6005	8.2240
5.BAI	2.692	44.257	.010	4.4122	1.6392	1.1091	7.7154
	-.188	209	.851	-.5534	2.9415	-6.3522	5.2455
6.USAQ	-.301	40.618	.765	-.5534	1.8386	-4.2677	3.1609
	.408	223	.684	.9757	2.3916	-3.7374	5.6888
7.Pozitiv PDA	.370	33.212	.713	.9757	2.6338	-4.3816	6.3330
	1.017	223	.310	3.7398	3.6778	-3.5079	10.9876
8.Negativ PDA	1.252	41.711	.218	3.7398	2.9879	-2.2912	9.7709

Aceste rezultate converg cu literatura de specialitate conform căreia consumul de substanțe este utilizat adesea drept medicație autoadministrată pentru gestionarea stărilor

emoționale. Însă fiind vorba de un test comparativ și nu de un studiu experimental, nu putem fi siguri cu privire la relația de cauzalitate dintre cele două variabile.

Tabel 19. Mediile și abaterile standard pentru lotul A, respectiv B

Variabile	Lot	N	Media	Abaterea standard	Eroarea standard medie
Consum DUDIT	1.0	192	1.318	2.4746	.1786
	2.0	28	9.893	4.7558	.8988
Pozitiv DUDIT	1.0	153	18.007	4.2927	.3470
	2.0	24	18.292	4.2475	.8670
Negativ DUDIT	1.0	142	17.261	1.7205	.1444
	2.0	24	16.875	2.5420	.5189
Păreră DUDIT	1.0	149	9.966	4.5074	.3693
	2.0	22	10.000	2.5261	.5386
BAI	1.0	196	11.112	10.1075	.7220
	2.0	30	6.700	8.0608	1.4717
USAQ	1.0	189	83.492	13.5512	.9857
	2.0	22	84.045	7.2800	1.5521
Pozitiv PDA	1.0	197	35.761	11.6378	.8292
	2.0	28	34.786	13.2284	2.4999
Negativ PDA	1.0	197	51.990	18.7004	1.3323
	2.0	28	48.250	14.1516	2.6744

În cazul eșantionului populației generale s-a evidențiat o relație pozitivă semnificativă între nivelul de consum, respectiv nivelul anxietății resimțite $r=0.242$ (vezi tabel 17) la un $p=.001$, rezultat care însă nu este evidențiat și în cazul subiecților predominant dependenți, astfel sugerând că la debut subiecții care încep să consume prezintă de asemenea și un nivel crescut de anxietate, însă după o anumită perioadă anxietatea nu mai este relaționată cu consumul. Altfel spus, dacă la început există teama de a consuma, de a nu fi prins, pe parcurs aceste stări se estompează.

Acceptarea necondiționată a prezentat și o relație semnificativă statistic în cazul grupului de dependenți cu o părere negativă și motivație spre abținere $r=.568$ la un $p =0.05$. Sugerând astfel că creșterea nivelului de acceptare necondiționată a persoanelor dependente va crește probabilitatea de abținere.

3.5.4. STUDIUL 3 – Analiza calitativă asupra consumului de substanțe

Au fost adresate întrebări privind proveniența informațiilor despre droguri, dacă au avut posibilitatea de consum, despre modalitatea de a face rost de droguri, vârsta la care au consumat prima dată substanțe psihoactive, forma și frecvența consumului, motivația consumului, date despre anturaj și familie.

Pentru analiza rezultatelor s-a folosit statistica descriptivă a lotului studiat.

În scopul analizei calitative a caracteristicilor comportamentului de consumator am apelat la:

1. De unde ați aflat prima dată despre droguri ?

Tabel 20. Proveniența informațiilor referitoare la droguri

Variabila	Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid				
1. Filme	15	44.1	51.7	51.7
3. Emisiuni TV	6	17.6	20.7	72.4
5. Educație pt. sanatate	4	11.8	13.8	86.2
6. Părinți	1	2.9	3.4	89.7
7. Prieteni	2	5.9	6.9	96.6
9. Internet	1	2.9	3.4	100.0
Total	29	85.3	100.0	
Lipsă				
Răspuns	5	14.7		
Total	34	100.0		

După cum se poate observa sursa principală de informare cu privire la consumul de substanțe este dat de televiziune și filme total 61.7%, întrebarea care se ridică este în ce măsură aceste informații favorizează abținerea sau cresc probabilitatea și curiozitatea de a consuma substanțe.

2. Dacă ați avea posibilitatea, ați încerca un drog ?

Tabel 21. Informații legate de dorința de consum

În baza rezultatelor 5.9% din persoanele chestionate ar încerca o dată substanțe ilegale din curiozitate, fapt ce ne duce la concluzia conform căreia este posibil ca mass-media să contribuie în sens negativ la stimularea consumului de substanțe (vezi rezultate tabel 20).

3. Ți-au fost oferite droguri spre cumpărare ?

Tabel 22. Informații legate de oferta spre cumpărare a drogurilor

Variabila	Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid				
1. Niciodată	27	79.4	93.1	93.1
3. Aș încerca o dată, să văd cum este	2	5.9	6.9	100.0
Total	29	85.3	100.0	
Lipsă				
Răspuns	5	14.7		
Total	34	100.0		

11.8 % din persoanele chestionate au avut ocazia de a achiziționa substanțe ilegale,

Variabila		Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid	1. niciodată	25	73.5	86.2	86.2
	2. o dată	2	5.9	6.9	93.1
	3. de mai multe ori	2	5.9	6.9	100.0
	Total	29	85.3	100.0	
Lipsă	Răspuns	5	14.7		
Total		34	100.0		

astfel a existat și riscul de a avea de suferit pentru consecințele aferente deținerii ilegale și traficului cu substanțe, respectiv au cunoscut persoane care se ocupă cu comercializarea de substanțe.

4. Ți-au fost oferite droguri pentru consum ?

Tabel 23. Informații legate de oferta spre consum a drogurilor

Variabila		Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid	1. niciodată	26	76.5	89.7	89.7
	2. o dată	2	5.9	6.9	96.6
	3. de mai multe ori	1	2.9	3.4	100.0
	Total	29	85.3	100.0	
Lipsă	Răspuns	5	14.7		
Total		34	100.0		

Procentul persoanelor cărora li s-au oferit de mai multe ori substanțe spre consum 2.9%, fiind semnificativ mai mic față de celor cărora li s-au oferit o dată, aceste rezultate ne sugerează că dacă subiecții refuză de prima dată când li se oferă de comercianți au tendința să nu mai ofere neaparat și a doua oară la toți subiecții și numai la aproximativ 50% din cazuri.

5. Consumi droguri ?

Tabel 24. Informații legate de frecvența consumului

Variabila		Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid	1. niciodată	27	79.4	93.1	93.1
	2. am încercat o dată	2	5.9	6.9	100.0
	Total	29	85.3	100.0	
Lipsă	Răspuns	5	14.7		
Total		34	100.0		

5.9% dintre respondenți au răspuns că au consumat substanțe o dată, probabil fiind vorba de acele persoane cărora li s-au oferit o dată gratuit substanțe spre consum.

După cum se poate observa, la întrebările 1 – 5 din chestionar, persoanele din lotul B – consumatorii nu au oferit niciun răspuns, acest fapt poate sugera tendințe de evitare sau anxietate de a oferi răspunsuri care ar putea fi asociate cu consecințe legale.

Însă cu toate acestea, răspunsurile la aceste întrebări ne pot oferi o imagine a tendințelor de consum, a surselor de informare, respectiv gradul de acces la substanțe sau droguri.

6. La ce vârstă ai încercat prima dată un drog ?

Tabel nr. 25. Informații legate de vârsta primului consum

Variabila		Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid	1.0	1	2.9	33.3	33.3
	2.0	2	5.9	66.7	100.0
	Total	3	8.8	100.0	
Lipsă	Răspuns	31	91.2		
Total		34	100.0		

Dupa cum se poate observa 91.2% din respondenți nu au oferit niciun răspuns la această întrebare, răspunzând selectiv la întrebările chestionarului sugerează tendințe de evitare și disimularea rezultatelor.

7. Dacă consumi, ce tip de drog consumi ?

Tabel 26. Informații legate de tipul de drog consumat

Variabila		Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid	Marijuana	1	2.9	100.0	100.0
Lipsă	Răspuns	33	97.1		
Total		34	100.0		

Această întrebare a chestionarului oferă 9 categorii de substanțe, însă o singură persoană a oferit răspuns, cu toate că grupul lotului B este format din actuali sau foști consumatori.

8. Sub ce formă consumi drogurile ?

Tabel 27. Informații legate de tipul de drog consumat

Variabila		Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid	1. țigara	2	5.9	66.7	66.7
	4. altele	1	2.9	33.3	100.0
	Total	3	8.8	100.0	
Lipsă	Răspuns	31	91.2		
Total		34	100.0		

Similar ca și în cazul întrebărilor 6, 7 și în cazul întrebării 8, datorită lipsei răspunsurilor, nu putem extrage concluzii referitoare la acest comportament.

9. De câte ori ai fost drogat în viața ta ?

Tabel 28. Informații legate de frecvența în care consumă drogurile

Variabila	Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid 1. niciodată	24	70.6	92.3	92.3
Valid 2. între 1- 10 ori	2	5.9	7.7	100.0
Total	26	76.5	100.0	
Lipsă Răspuns	8	23.5		
Total	34	100.0		

Rezultatele sugerează că doar 5.9% dintre respondenți au consumat substanțe între 1 – 10 ori, însă fără a fi redundanți grupul chestionat a fost format din persoane dependente sau abstinente după o perioadă de consum.

10. Care este motivul pentru care se consumă droguri ?

Tabel 29. Care este motivul pentru care se consumă droguri?

Variabila	Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid 1. curiozitate	11	32.4	64.7	64.7
Valid 4. dorința de a trăi experiențe noi	6	17.6	35.3	100.0
Total	17	50.0	100.0	
Lipsă Răspuns	17	50.0		
Total	34	100.0		

Curiozitatea, respectiv dorința de experiențe noi sugerează o motivație spre suprastimulare senzorială ca principal motiv pentru consumul de substanțe, sau altfel spus, pentru ca subiecții să se simtă tot mai bine sugerează că acest grup de vârstă nu consumă substanțe în scop de medicație autoadministrată pentru a minimiza efectul anumitor stări negative sau drept mecanism de coping.

Însă și aceste rezultate trebuie văzute drept orientate având în vedere numărul relativ scăzut de respondenți, 50% neoferind răspunsuri la această întrebare.

11. În familia ta se consumă droguri ?

Tabel 30. Informații referitoare la situația consumului de drog în familie

Variabila	Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid 1. mama	1	2.9	3.6	3.6
Valid 4. nu	26	76.5	92.9	96.4
Valid 5. nu știu	1	2.9	3.6	100.0
Total	28	82.4	100.0	
Lipsă Răspuns	6	17.6		
Total	34	100.0		

2.9% dintre subiecți au sugerat că mama lor consumă substanțe, nu sunt surprinzătoare având în vedere rolul de model al părinților în formarea obiceiurilor și atitudinilor față de anumite aspecte ale vieții.

12. Colegii, prietenii tăi consumă droguri ?

Tabel 31. Informații referitoare la situația consumului de drog la prieteni

Variabila	Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid	1. Da	5	14.7	17.9
	2. Nu	15	44.1	71.4
	3. Nu știu	8	23.5	100.0
	Total	28	82.4	100.0
Lipsă	Răspuns	6	17.6	
Total		34	100.0	

14.7% dintre colegi, prieteni sau alte persoane importante din cercul respondenților consumă substanțe. Este cunoscut rolul care îl poate juca anturajul în adolescență în ceea ce privește dezvoltarea unor comportamente disfuncționale în scopul apartenenței la grup/sociale. Aceste rezultate sugerează posibilitatea influențării reciproce între respondenți și cunoscuții acestora în sensul menținerii comportamentului de consumatori de substanțe / droguri.

13. Unde consumi droguri ?

Tabel. 32. Informații referitoare la locul unde subiecții consumă droguri

Variabila	Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid	1. la petreceri	1	2.9	50.0
	7. altundeva	1	2.9	100.0
	Total	2	5.9	100.0
Lipsă	Răspuns	32	94.1	
Total		34	100.0	

Datorită valorilor lipsă, rezultatele nu sunt reprezentative.

14. De unde vă procurați droguri?

Tabel nr. 33. Informații legate de proveniența drogurilor procurate pentru consum

Variabila	Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid	2. din zona scolii	1	2.9	50.0
	6. altundeva	1	2.9	100.0
	Total	2	5.9	100.0

Lipsă	Răspuns	32	94.1	
Total		34	100.0	

Similar întrebării 14 și în cazul întrebării 15 rezultatele nu sunt relevante.

Rezultatele evidențiate în tabelele 32, respective 33, sugerează că majoritatea subiecților consumă la petreceri sau alte locuri de activități în grup care conferă o anumită intimitate, respectiv substanțele le achiziționează din zona școlilor.

15. Ce efecte ale drogurilor considerați că au importanță mai mare ?

Tabel 34. Informații referitoare la efectele produse în urma consumului de droguri

Variabila		Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid	2. te liniștesc	3	8.8	17.6	17.6
	4. dăunează grav sănătății	14	41.2	82.4	100.0
	Total	17	50.0	100.0	
Lipsă	Răspuns	17	50.0		
Total		34	100.0		

În baza rezultatelor prezentate în tabelul 34 putem concluziona că subiecții din lotul nostru au experimentat efectul drogurilor drept unul de calmare, respectiv liniștire, sugerând creșterea nivelului de serotonină, respectiv diminuarea nivelului de dopamină. Având în vedere că la substanțele notate de subiecți este marijuana, rezultatele sugerează că acesta ar avea efect de calmare.

16. Cum vă puteți descrie ?

Tabel 35. Informații referitoare la starea psihică și emoțională a subiectului

Variabila		Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid	3. agresiv	1	2.9	4.8	4.8
	8. fericit	10	29.4	47.6	52.4
	9. relaționez bine cu cei din jur	1	2.9	4.8	57.1
	10. optimist	9	26.5	42.9	100.0
Total		21	61.8	100.0	
Lipsă	Răspuns	13	38.2		
Total		34	100.0		

Rezultatele tabelului 35 confirmă din nou ideea conform căreia subiecții au consumat substanțe pe un fond emoțional pozitiv și mai puțin negativ decât poate ne-am fi așteptat.

17. Câte cești de cafea consumi pe zi ?

Tabel nr. 36. Informații legate de consumul de cafea a subiectului

Variabila	Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid 1.0	14	41.2	48.3	48.3
Valid 2.0	9	26.5	31.0	79.3
Valid 3.0	3	8.8	10.3	89.7
Valid 4.0	2	5.9	6.9	96.6
Valid 5.0	1	2.9	3.4	100.0
Total	29	85.3	100.0	
Lipsă Răspuns	5	14.7		
Total	34	100.0		

18. Cu ce ocazie consumi cafea ?

Tabel nr. 37. Informații legate de motivația consumului de cafea

Variabila	Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid 1.0	9	26.5	37.5	37.5
Valid 2.0	3	8.8	12.5	50.0
Valid 3.0	4	11.8	16.7	66.7
Valid 5.0	8	23.5	33.3	100.0
Total	24	70.6	100.0	
Lipsă Răspuns	10	29.4		
Total	34	100.0		

Rezultatele aferente întrebărilor 17 și 18 prezintă consumul de cafea ca nefiind o potențială sursă de dependență.

19. Relațiile în familie sunt:

Tabel nr. 38. Informații referitoare la relațiile familiale ale subiecților

Variabila	Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid 1. armonioase	19	55.9	70.4	70.4
Valid 2. tensionate	2	5.9	7.4	77.8
Valid 3. indiferente	6	17.6	22.2	100.0
Total	27	79.4	100.0	
Lipsă Răspuns	7	20.6		
Total	34	100.0		

Relațiile de familie tensionate și indiferente pe termen lung pot afecta serios evoluția și dezvoltarea armonioasă și armonică a personalității adolescenților, astfel procentele de 5.9 relații tensionate în familie se suprapun peste procentul de 5.9 de subiecți care consumă. Însă de aici, la a extrage concluzia că este vorba despre exact aceiași subiecți este o exagerare, deoarece nu avem posibilitatea de a extrage această concluzie doar pe baza acestei măsurători,

dar ar putea deveni subiectul unei viitoare cercetări și anume care este relația dintre mediul familial și consumul de substanțe.

20. Structura familiei:

Tabel 39. Informații referitoare la structura familiei subiecților

Variabila	Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
1. organizată	23	67.6	82.1	82.1
Valid 2. dezorganizată	3	8.8	10.7	92.9
4. alte situații	2	5.9	7.1	100.0
Total	28	82.4	100.0	
Lipsă Răspuns	6	17.6		
Total	34	100.0		

Aceste date demografice referitoare la structura familiei ar fi de asemenea interesante a fi studiate într-un studiu corelațional și raportate la consumul de substanțe.

Analizând rezultatele poate emerge întrebarea de ce s-au prezentat rezultatele unor întrebări la care rata de răspuns este foarte scăzută ca și în cazul itemilor 6, 7, 8, 13, respectiv 14? Evitarea de către participanți a răspunsurilor aferente acestori itemi este de asemenea un rezultat care ne prezintă tipul de informații care dintre persoanele din lotul B au avut tendința de a le evita, iar viitoare studii ar fi necesare a le chestiona în moduri indirecte.

DISCUȚII GENERALE

Analizând rezultatele studiului, informațiile despre droguri provin în proporție de 44,1% prin intermediul filmelor, 17,3% din emisiunile televizate, 11,8% din lecțiile de educație pentru sănătate desfășurate la școală, 5,9% prin intermediul prietenilor, 2,9% informații obținute prin internet și din discuțiile cu familia.

Din totalul subiecților chestionați, 79,4% declară că nu au încercat niciodată să consume droguri și un procent de 5,9% ar fi dispuși să încerce. La un procent de 73,5% nu le-au fost oferite droguri spre cumpărare, iar la 11,8% subiecți le-a fost oferită o dată sau de mai multe ori ocazia să cumpere substanțe ilegale. În ce privește oferirea de droguri spre consum, 76,5% nu au avut niciodată ocazia, 5,9% au fost îndemnați o singură dată să consume, iar 2,9% au avut mai multe oferte pentru începerea consumului de droguri, 14,7% nerăspunzând la aceste întrebări.

În ceea ce privește vârsta la care au încercat prima dată o substanță psihoactivă, 2,9% au declarat ca fiind sub 9 ani, 5,9% peste 9 ani, iar 91,2% nu au răspuns la această întrebare.

Referitor la tipul de drog consumat, un important procent de subiecți, respectiv 97,1% au evitat să răspundă, 2,9% declarând consumul de marijuana, forma de consum declarată fiind țigara. Frecvența declarată de consum este de până la 10 ori în cazul a 5,9% subiecți, motivația consumului fiind pentru un număr de 32,4% din respondenți curiozitatea, 17,6% dorința de a trăi experiențe noi, un număr de 50% evitând răspunsul. Rezultatele în urma analizei calitative, au fost coroborate parțial cu rezultatele la scala DUDIT-E unde participanții au declarat consumul de marijuana, amfetamine, sedative, somnifere, calmante și tabac.

În ceea ce privește anturajul și familia, 2,9% dintre subiecți declară că au cunoștințe despre consumul de droguri în familie, 72,5% neagă acest lucru; subiecții declară că printre prietenii din anturaj, 14, 7% consumă substanțe ilegale în special la petreceri, 17,6% alegând să nu răspundă în nici un fel la aceste întrebări;

Locul din care subiecții procură drogurile sunt în 2,9% din cazuri în preajma școlii, 2,9% alte locuri precizate în chestionarul scris, 94,1% evită răspunsul.

Efectele resimțite de consumatori sunt, în cazul a 8,8% din subiecți, o stare de liniște, 41,2% au reacții adverse dăunătoare sănătății, 50% nu răspund; referitor la starea emoțională descrisă de subiecți, 2,9% descriu agresivitatea resimțită, 29,4% fericirea, 2,9% relaționarea bună cu anturajul, 26,5% optimismul, 38,2% nu răspund.

Relațiile intrafamiliale ale subiecților din studiu, sunt 55,9% armonioase, în cazul a 5,9% subiecți, tensionate, 17,6% indiferente, cu lipsa comunicării părinte-copil; în 67,6% din cazuri subiecții provin din familii organizate, legal constituite, 8,8% din familii divorțate, 5,9% din familii altfel constituite (concubinaj, bunici, fără părinți, etc).

Cei care ar încerca un drog provin mai ales din familiile dezorganizate; provin dintre cei care consideră că apelarea la drog este consecința conflictelor familiale, a curiozității, dorinței de nou, a influenței prietenilor, care au frați, mamă și tată consumatori; provin dintre cei care cred că drogurile sunt energizante și dau încredere sau te liniștesc; provin dintre cei care afirmă că ele dăunează grav sănătății.

Multe studii (Lloyd, C., 1998) au căutat să descopere dacă unele persoane prezintă un risc mai mare decât altele în manifestarea comportamentului de a continua consumul de droguri. Imaginea este complexă și prezintă o incoerență în ansamblul ei. Cu toate acestea, indicatorii care se află în legătură mai strânsă cu consumul experimental sau intermitent sunt: curiozitatea, comportamentul și stilul de viață al egalilor, precum și disponibilitatea și oportunitatea. În societatea actuală, consumul de droguri ar putea fi privit ca parte a unei "creșteri normale" și, ca și în cazul altor comportamente specifice tinerilor, în timp se atenuază sau dispare.

Consumul intens, problematic de droguri tinde a fi asociat cu dificultăți individuale sau familiale și cu circumstanțe sociale și economice negative, similar cu factorii identificați în cazul altor probleme sociale, cum ar fi patologia psihică și criminalitatea.

Cu toate acestea, în cazul în care circumstanțele sociale favorizează consumul de droguri, în paralel cu disponibilitatea drogurilor, consumul poate fi prelungit. Dar proporția celor care persistă în consumul regulat sau intensiv de droguri este relativ mică. Prevalența consumului problematic de droguri nu este ușor de măsurat prin studii de prevalență, astfel încât este necesară aplicarea unor tehnici speciale de estimare.

Factorii de risc pentru consumul problematic de droguri, comparativ cu factorii de risc asociați pentru consumul de droguri sunt :

- vârsta - consum în creștere până în jur de 25 ani, apoi în scădere
- sex – în general, mai mare în rândul persoanelor de sex masculin
- un stil de viață orientat spre petreceri, frecventarea barurilor, cluburilor de noapte
- precocitate – inițierea în comportamentele specifice (în general) adulților la o vârstă timpurie: întreținerea relațiilor sexuale, consumul de tutun, alcool și droguri
- resurse financiare
- mediul urban - mai mare pentru consumul de droguri ilegale, dar nu și pentru alcool, tutun, medicamente
- zonele cu prevalență și disponibilitate a drogurilor ridicate
- imagini pozitive asupra consumului de droguri în rândul egalilor
- consum de tutun sau alcool
- părinți consumatori
- caracteristici individuale - inclusiv genetice, metabolice și de personalitate
- disfuncționalități sau perturbări în educație
- statut socio-economic redus, marginalizare, șomaj
- alte probleme sociale și psihologice – performanțe școlare reduse la vârste timpurii, stimă de sine scăzută, depresie
- vârstă mică la prima utilizare - în special în asociere cu alte probleme școlare
- expunerea repetată la disponibilitatea drogurilor - în special în rândul grupurilor vulnerabile la care sunt prezenți și alți factori de risc
- lipsa informațiilor clare și relevante în special în ceea ce privește riscurile consumului în planul sănătății.

Anchetele școlare arată creșteri rapide în ceea ce privește experimentarea drogurilor în perioada adolescenței. De asemenea, acestea pot indica o vârstă medie de 15 ani sau mai mică, la care elevii consumă droguri pentru prima dată în viață. Acest lucru vine să confirme ipoteza tinereții consumatorilor de droguri și sugerează faptul că, prioritatea activităților de

prevenire ar trebui să fie reducerea prevalenței și incidenței în rândul persoanelor sub 18 ani. Astfel, anchetele școlare pot fi utile în identificarea factorilor de risc și de protecție care intervin în influențarea consumului de droguri în rândul tinerilor.

La nivel european, anchetele școlare au loc, în mod consecvent, în rândul elevilor de 15 sau 16 ani, peste această vârstă doar o mică proporție dintre elevi fiind intervievați prin astfel de studii. Acest aspect are consecințe în ceea ce privește evaluarea modificărilor survenite în timpul perioadei de tranziție de la adolescență până la maturitate.

În urma analizei de ansamblu a rezultatelor obținute, putem constata că toate ipotezele au fost confirmate: consumul de substanțe psihoactive în rândul elevilor cuprinși în sistemul educațional din municipiul Arad se situează la un nivel moderat, comparativ cu alte studii, consumul fiind influențat în mod evident de un cumul de factori de risc.

Ipoteza 1. Anxietatea se corelează pozitiv cu consumul de substanțe, distresul emoțional și efecte negative și pozitive aferente consumului.

- Această ipoteză nu a fost confirmată de datele studiului 1, scala de anxietate BAI nu a prezentat nici o relație semnificativă statistică cu dimensiunile scalei de consum de substanțe sau nivelul de distres.
- Aceste rezultate se pot și datora faptului că scala BAI operaționalizează anxietatea manifestată prin semne fizice, ca de exemplu indigestie și măsoară mai puțin aspecte cognitive sau emoționale aferente unei stări anxioase. Consider, ca pe viitor ar fi recomandat ca studiile să utilizeze și alte operaționalizări ale anxietății, de exemplu scala STAI X1 și X2.

Ipoteza 2. Acceptarea necondiționată a propriei persoane să coreleze negativ cu consumul de substanțe, cu nivelul de anxietate și distresul emoțional negativ, respectiv pozitiv cu părerea despre consum.

- Rezultatele au prezentat o relație pozitivă între acceptare și părerea/ conștientizarea nevoii de a schimba / reduce / elimina consumul de substanțe.
- Acceptarea necondiționată a propriei persoane (USA) presupune să nu ne confundem valoarea noastră cu cea a comportamentelor noastre, de exemplu “*chiar dacă avem o greutate excesivă și acest lucru nu ne place, să ne iubim pe noi înșine, pentru că noi nu suntem numai greutatea noastră*” (Ellis, A. 2006); în varianta ACT se vorbește despre dezvoltarea unei imagini față de propria persoană similară cu “o scenă”, un context în care se desfășoară și se manifestă diferit de gândurile, emoțiile și reacțiile manifestate (Hayes S.C., Strosahl, K.D., și Wilson, K.G. 1999; Russ Harris 2009).

- Acceptarea din punct de vedere emoțional - Concepția lui Ellis despre acceptare (Dryden, W. 2011), a fost aceea că aceasta poate include prezența unor evaluări negative sau a unor emoții negative funcționale care fac obiectul acceptării. Astfel, între cele două concepte de acceptare, (Dryden 2011) sugerează că pot exista diferențe în ce privește starea emoțională. În concepția lui Hayes, oamenii sunt conștienți (mindful) de faptul că gândesc și simt, însă sunt atenți într-un mod inactiv. Ei pur și simplu observă și descriu evenimentele lor interne sau externe, detașat și fără a încerca să le schimbe, evita sau controla în vreun fel, indiferent cât de neplăcute sau nedorite sunt acele evenimente, gânduri sau trăiri, iar după Bond și Hayes, (2002), concepția ACT presupune lipsa evaluărilor, respectiv o stare corespunzătoare.
- Acceptarea mai este asimilată la detașare (de conținutul cognitiv); se utilizează disputarea/contrazicerea activă a evaluărilor exagerate, respectiv a convingerilor iraționale, în scopul transformării acestora în credințe raționale / flexibile (Ellis, A. 2006) vizând schimbarea la nivel de filozofie de viață (Shapiro et all, 2008, Hayes S.C., Strosahl, K.D., și Wilson, K.G. 1999; Russ Harris 2009).
- Astfel, având în vedere literatura de specialitate putem concluziona că scala DUDIT legată de părerea față de consum de substanțe presupune a accepta și asuma răspunderea și responsabilitatea pentru comportamentul de consum și motivația spre schimbare.
- Acceptarea necondiționată nu a prezentat corelații cu celelalte măsurători formulate în ipoteză, astfel nu putem atribui în mod direct consum de substanțe unei neacceptări a propriei persoane.

Ipoteza 3. Distresul emoțional negativ se corelează atât cu efectele pozitive cât și negative aferente consumului de substanțe.

- Rezultatele prezentând o relație pozitivă între emoții pozitive măsurate cu scala de distres și consumul, ne face să ne întrebăm referitor la faptul dacă emoțiile pozitive sunt premergătoare sau ulterioare consumului de substanțe, întrebare care necesită studii longitudinale sau evaluări repetate înainte și după consum.
- În orice caz asocierea emoțiilor pozitive și a consumului, duce la nevoia de adaptare a intervențiilor de prevenție în funcție de grupul de participanți, deoarece apelarea la un program educativ centrat asupra aspectelor negative a substanțelor s-ar putea să nu fie întotdeauna eficient în cazul subiecților care consumă substanțe pentru potențarea unei stări pozitive, și mai eficient în cazul subiecților care folosesc substanțele pentru evitarea unor stări negative emoționale.

- Emoțiile negative evaluate la scala de distres au corelat cu efectele pozitive ale substanțelor, această relație sugerând posibilitatea ca emoțiile pozitive evidențiate a relaționa cu consumul să fie ulterioare consumului, respectiv stările negative să fie anterioare consumului, însă acestea sunt doar niște concluzii logice în baza a două relații identificate de calculul corelației dintre subscalele PDA și subscalele DUDIT; totodată, însă revenim și la ideea necesității verificării acestei idei în studii viitoare.

Ipoteza 4. Prezența unor diferențe semnificative statistice între toate dimensiunile scalei referitoare la consum, a nivelului acceptării necondiționate a propriei persoane, a nivelului de anxietate și de distres emoțional între cele două loturi A – populația generală, respectiv lotul B - subiecți dependenți de substanțe.

- Grupul populației generale a prezentat un nivel mai crescut de anxietate decât grupul de consumatori, aceste rezultate pot sugera inclusiv ideea ca un anumit nivel de anxietate i-ar putea proteja pe subiecți a se angaja în comportamente de risc. Astfel, probabil vorbim de o anxietate funcțională, însă acest lucru ar putea fi o idee pentru viitoare studii.
- O altă diferență semnificativă între cele două loturi s-a evidențiat și între distribuția nivelului de acceptare necondiționată a propriei persoane. Întărind ideea conform căreia un nivel peste 100 a acceptării propriei persoane, reprezintă un factor sanogenetic protectiv față de factori de risc, mai precis o persoană cu nivel crescut de acceptare a propriei persoane va accepta mai ușor anumite stări emoționale sau limitări ale experienței umane, respectiv nu va simți nevoia de un salt, evitare sau sustragere de la experiența nemijlocită, și astfel va scădea probabilitatea de a consuma substanțe în scop de modificare a senzațiilor sau emoțiilor.
- În urma analizei calitative și descriptive a datelor colectate cu ajutorul chestionarului Chestionar privind consum de substanțe s-a evidențiat că 5,9% dintre respondenți au consumat cel puțin o dată substanțe, cu mențiunea că la majoritatea întrebărilor cel puțin 14% s-au abținut a răspunde.
- Din cadrul subiecților evaluați majoritatea consumă marijuana sub formă de țigară, iar de cele mai multe ori cu prima ocazie li s-au oferit drogurile de către alte persoane în jurul școlii, sugerând împrejmuirea școlii ca factor de risc.
- Un factor social posibil care poate influența consumul ar putea fi structura sau atmosfera familială, sau dacă membrii familiei consumă, respectiv colegi sau prieteni care consumă.

CONCLUZII GENERALE

Cercetarea de față reprezintă o evaluare a situației concrete a consumului de substanțe psihoactive ilicite în rândul populației școlare din învățământul preuniversitar și constituie o bază științifică pentru elaborarea strategiei locale și a unui plan de depistare și intervenție precoce în utilizarea substanțelor psihoactive în județul Arad.

În cazul subiecților din populația generală, consumul este semnificativ mai mic 1.52% droguri ilegale, comparativ cu subiecții aparținând Centrului de reabilitare și reinserție socială.

Informațiile referitoare la substanțele ilegale, în rândul adolescenților, provin în cea mai mare prin intermediul mass-media și prin educația făcută prin școli.

Vârsta declarată pentru primul consum de drog este peste 9 ani, frecvența declarată fiind de până la 10 ori, locul de unde își procură drogurile fiind în apropierea instituțiilor de învățământ.

Cea mai mare parte a subiecților nu au încercat să consume droguri și nici nu doresc să facă acest lucru.

La început, subiecții care încep să consume substanțe psihoactive, prezintă un nivel crescut de anxietate ceea ce demonstrează legătura dintre consum și diminuarea nivelului de anxietate în cazul persoanelor dependente.

Consumatorii declară reacții secundare consumului ca fiind starea de fericire și optimism, o parte fiind însă conștienți de posibile reacții adverse dăunătoare pentru sănătate.

Studiul nostru a demonstrat corelația dintre creșterea nivelului de acceptare necondiționată a propriei persoane în caz de dependență și probabilitatea de creștere a abstenenței.

Depistarea și monitorizarea consumatorilor dependenți este esențială atât din perspectiva diminuării riscului de recidivă, cât și a prevenirii complicațiilor specifice patologiei adictive.

Stabilirea factorilor psihologici, biologici și sociali, care mențin dependența și totodată inducerea motivației pentru schimbare, a autodeficienței percepute prin conștientizarea afecțiunii influențează în mare măsură prognosticul consumatorilor.

Costurile necesare îngrijirii acestor pacienți, gradul de recidivă și calitatea vieții după terapie, depind de depistarea precoce a problemei și de gradul de adecvare terapeutică.

Studiile de prevalență nu reprezintă un indicator al tendințelor emergente intervenite în consumul de droguri, dar furnizează dovezi științifice necesare fundamentării politicilor, cunoașterii fenomenului și formulării de recomandări privind introducerea unor substanțe noi sub control.

O direcție de continuare a studiului ar fi pe linia captării atenției acestui grup pentru identificarea corectă a efectelor consumului, a costurilor și așa ziselor beneficii.

CONTRIBUȚII PERSONALE

Validarea preliminară a scalei DUDIT-E

Ca o primă măsură privind depistarea intervenției precoce în utilizarea substanțelor psihoactive, în urma analizei studiului de față, am reușit obținerea validării preliminare a scalei DUDIT (The Drug Use Disorders Identification Test).

Această scală prezintă o consistență internă relativ bună, sugerând un grad înalt de încredere, valoarea consistenței interne fiind similară nivelului consistenței interne anumitor chestionare de personalitate și astfel considerăm că poate fi aplicată.

Scala de identificare a consumului de droguri DUDIT-E prezintă consistență internă bună, alpha Cronbach calculat pentru fiecare dintre subscale fiind între 0.747 – 0.928.

În urma calculului corelației dintre DUDIT, respectiv scala de distres emoțional și acceptare necondiționată a propriei persoane s-au evidențiat următoarele rezultate, care au făcut posibilă validarea preliminară a acestei scale :

O relație pozitivă între consum și emoții pozitive aferente consumului $r=0,572$ la un $p=0.01$

Aceste rezultate sugerează confirmă principiile comportamentale formulate de Skinner, Pavlov (Aubrey Daniels, 2007), conform cărora consecințele unui comportament determină menținerea aceluși comportament sau altfel spus datorită efectelor pozitive (atât fizice cât și emoționale) aferente consumului crește probabilitatea de angajare ulterioară în comportamente de consum de substanțe pentru a retrăi beneficiul anterior experiențiat.

O relație pozitivă între părere DUDIT / dorința spre diminuarea consumului și acceptarea necondiționată a propriei persoane $r=.568$ la un $p=0.05$

O acceptare necondiționată a propriei persoane (Michael E. Bernard & Albert Ellis, 2011) presupune că persoanele să facă distincție între comportamente disfuncționale și propria persoană, astfel diminuându-se tendințele spre autocondamnare, crește capacitatea de gândire rațională și funcțională care astfel poate explica o evaluare mai corectă a beneficiilor și riscurilor consumului de substanțe, implicit duce la creșterea motivației spre schimbare.

O relație pozitivă între emoțiile negative de distres și emoții pozitive aferente consumului de substanțe

Rezultatele ne sugerează că tendința de a evalua pozitiv efectele substanțelor este cu atât mai mare cu cât starea de start anterior consumului de substanțe este mai negativă. Astfel, cu cât discrepanța dintre starea de start și starea post-consum este mai mare, rezultatele ne sugerează că starea post-consum este evaluată mai intens / mai pozitiv.

Prezența atât a efectelor pozitive ($r=0.827$ $p=0.01$) cât și negative ($r=0.961$ $p=0.01$) relaționează pozitiv cu dorința de diminuare a consumului / părere.

Acestea ne sugerează faptul că această conștientizare a efectelor consumului de substanțe, indiferent de natura lor, poate contribui la creșterea dorinței de diminuare a consumului; însă știind că uneori acest lucru nu este suficient, respectiv datele fiind colectate pe un eșantion de persoane care sunt abstinente sau nu au consumat substanțe, rezultatele ar putea fi influențate de caracteristicile grupului.

În baza rezultatelor putem conchide ca fiind o nonconcordanță între rezultatele la auto-evaluarea consumului prin scale de autoevaluare în cazul subiecților dependenți. Astfel prin prezenta teza scoatem în evidență utilitatea și necesitatea dedublării datelor colectate cu ajutorul chestionarelor, cu informații obiective în măsura în care acestea pot fi colectate. Contribuția acestor rezultate merg în ideea necesității dezvoltării unei scale care să evidențieze tendința de disimulare, oferind poate o direcție necesară viitoarelor studii și criterii pentru elaborarea instrumentelor de evaluare.

Utilizarea de scale care identifică tendința de disimulare nu este nouă, fiind adesea utilizată în chestionarele de personalitate aplicate în scop de recrutare de personal, ca de exemplu chestionarul de personalitate california, însă acest tip de sub-scale nu sunt uzuale și în scalele clinice. Rezumând contribuția tezei se poate împărți în două categorii: a) adaptarea preliminară pe populația României a unui instrument recunoscut internațional, respectiv b) ghidarea elaborării viitoarelor strategii de screening și evaluare precoce a consumului de substanțe și a riscului de dezvoltare a dependenței în rândul liberalilor.

LIMITELE STUDIULUI ȘI PROPUNERI PENTRU VIITOARE CERCETĂRI

Limitele studiului

- În cadrul studiului 1, validarea preliminară a scalei DUDIT-E, în lipsa unor scale alternative nu am avut posibilitatea calculării validității convergente.
- Eșantionul lotului B – a subiecților dependenți a prezentat dimensiunile minimale pentru a oferi concluzii generalizabile, astfel un eșantion de subiecți dependenți ne-ar fi oferit probabil o putere mai mare de generalizare.
- La Chestionarul privind consumul de substanțe, mulți participanți nu au răspuns la toți itemii, fapt ce a redus posibilitatea de a efectua analize calitative asupra rezultatelor.
- Designul studiului fiind predominant transversal / corelațional nu s-au putut extrage concluzii legate de variabila independentă versus variabila dependentă sau altfel spus, cauză versus efect.

Propuneri pentru viitoare studii

- Utilizarea unor designuri de cercetare experimentale – studii clinice controlate care să poată oferi informații relevante asupra emoțiilor anterioare și după consumul de substanțe, respectiv a beneficiilor percepute atât înainte cât și după consum.
- Viitoarele studii ar fi recomandat să evalueze atât stările emoționale, gradul de control al impulsului, strategii de a face față impulsului de consum (mecanisme de coping), respectiv gradul de depresie.
- Ar fi recomandat a evalua de asemenea, măsura în care consumul este asociat cu comportamente contra-productive, ca de exemplu: sustragerea de bunuri, denaturarea adevărului, absentism școlar, agresivitate, etc.
- Crearea oportunităților și stimularea participării mass-media la susținerea prin mijloace specifice a programelor, proiectelor și campaniilor antidrog.
- Dezvoltarea unui sistem de evaluare și monitorizare, integrat și individualizat, al copiilor și tinerilor aflați în situații de risc.
- Extinderea programelor de educație pentru promovarea unui stil de viață sănătos și pentru prevenirea consumului de droguri în rândul persoanelor aflate în penitenciare.
- Crearea și dezvoltarea unui sistem național integrat de servicii specializate de prevenire a consumului de droguri, precum și a unui sistem național de formare profesională în domeniu.
- Creșterea cheltuielilor în sistemul custodial, știut fiind faptul că un deținut implică mai multe cheltuieli decât un agent pus să îi asigure paza în penitenciar. În altă ordine de idei, costurile materiale pe care societatea trebuie să le acopere cu cei internați în spitale, în instituții medicale, sociale, ori în penitenciare sunt foarte mari. Nu în ultimul rând, pericolul este cu atât mai mare cu cât fiecare dependent de droguri distruge destinul a cel puțin 4-5 persoane din familia sa și a altora, din perimetrul vecinătății ori al prietenilor.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

- 1) Abraham, Pavel.(coord)(2007).Ghid de prevenire a consumului de droguri în rândul adolescenților și tinerilor, București:Editura Detectiv.
- 2) Administrația Prezidențială, Comisia Prezidențială Pentru Analiza Riscurilor Sociale și Demografice (2009) Riscuri și inechități sociale în România.
- 3) Agenția Națională Antidrog (2005)., Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri, București: Agenția Națională Antidrog
- 4) Agenția Națională Antidrog. (2013). Repere științifice ale consumului de droguri în societatea românească,
- 5) American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, Text Revision, (DSM-IV-TR). Washington, DC: Author.
- 6) Baselt, R. (2000). Disposition of toxic drugs and chemicals in man. (5th ed.). Foster City, CA: Chemical Toxicology Institute.
- 7) Brody, B.B., McMullin, D., Winters, K.C., Rosen, C.S., Downing, D.R., & Koble, J.M. (2007). Adolescent substance use assessment in a primary care setting. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 33, 447-454.
- 8) Brody, J.L. & Waldron, H.B. (2000). Ethical issues in research on the treatment of adolescent substance use disorders. Addictive Behaviors 25, 217-228.
- 9) Buchan, B.J., Dennis, M.L., Tims, F.M., & Diamond, G.S. (2002). Cannabis use: Consistency and validity of self-report, on-site urine testing and laboratory setting. Addiction 97, 98-108.
- 10) Burnham, John C. Bad Habits. New York: New York University Press, pg. 115, 1993.
- 11) Chelcea, Septimiu,(2004). Inițiere în cercetarea sociologică, București: Editura Comunicar.ro
- 12) Chopra, Deepak (2003) Comportamente dependente, Editura Curtea Veche, București
- 13) Christian Lüscher and Mark A Ungless, The Mechanistic Classification of Addictive Drugs, Published online 2006 November
- 14) Cornuțiu, Gavril, (2001) Psihiatrie – Note de curs – Fascicola: Patologia fixărilor comportamentale adictive (Toxicomaniile), Editura Universității din Oradea
- 15) Crowley, T.J. (2006). Adolescents and substance-related disorders: Research agenda to guide decisions on Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, fifth edition (DSM-V). Addiction 101, 115-124

- 16) D'Souza, D.C., Abi-Saab, W.M., Madonick, S., Fornelius-Bielen, K., Doersch, A., Braley, G., Gueorguieva, R., Cooper, T.B., & Krystal, J.H. (2005). Delta-9-tetrahydrocannabinol effects in schizophrenia: Implications for cognition, psychosis, and addiction. *Biological Psychiatry* 57, 594-608.
- 17) Dindelegan, Camelia Maria. (2004). *Elemente de psihopatologie și psihologie clinică*, Editura Universității din Oradea
- 18) Eberhard Schatz, Katrin Schiffer, John Peter Kools, (2011). The Dutch treatment and social support system for drug users , Recent developments and the example of Amsterdam.
- 19) Emile Durkheim, (1998) *Sociologia devianței*, Editura Victor, București
- 20) ESPAD 2007, Studiu privind prevalența consumului de droguri în România, *Studiu în populația generală, 2007*, Ministerul Internelor și Reformei Administrative, Agenția Națională Antidrog
- 21) Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington, P., Jarvis, M., Brugha, T., Gill, B., & Meltzer, H. (2003). Substance misuse and psychiatric comorbidity: An overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Study. *International Review of Psychiatry* 15, 43-49.
- 22) Fereol, Gilles (coord).(2000). *Adolescenții și toxicomania*, Iași: Editura Polirom
- 23) Hall, W. & Swift, W. (2006). Policy implications of cannabis dependence. In R.A. Roffman & R.S. Stephens (eds.). *Cannabis dependence: Its nature, consequences, and treatment* (pp.315-319). Cambridge: Cambridge University Press.
- 24) Haney, M. (2005). The marijuana withdrawal syndrome: Diagnosis and treatment. *Current Psychiatry Reports* 7, 360-366.
- 25) Hasin, D., Hatzenbuecher, M.L., Keyes, K., & Ogburn, F. (2006). Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). *Addiction* 101, 59-75.
- 26) Hayatbakhsh, M.R., Najman, J.M., Jamrozik, K., Mamun, A.A., Alati, R., & Bor, W. (2007). Cannabis and anxiety and depression in young adults: A large prospective study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, 408-417.
- 27) HG nr. 1101/2008 privind aprobarea Programului de interes național de prevenire a consumului de tutun, alcool și droguri - 2009-2012
- 28) Hides, L., Dawe, S., Young, R.M., & Kavanagh, D.J. (2007). The reliability and validity of the Severity of Dependence Scale for detecting cannabis dependence in psychosis. *Addiction* 102, 35-40. 40 screening and assessment for cannabis use disorders

- 29) Hotărâre 1369/2010 privind aprobarea Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei naționale antidrog în perioada 2010-2012
- 30) Kendler, K.S., Myers, J. & Prescott, C.A. (2007). Specificity of genetic and environmental risk factors for symptoms of cannabis, cocaine, alcohol, caffeine, and nicotine dependence. *Archives of General Psychiatry* 64, 1313-1320.
- 31) Miele, G.M., Carpenter, K.M., Cockerham, M.S., Trautman, K.D., Blaine, J., & Hasin, D.S. (2000). Substance Dependence Severity Scale (SDSS): Reliability and validity of a clinician-administered interview for DSM-IV substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence* 59, 63-75.
- 32) Muthen, B. (2006). Should substance use disorders be considered as categorical or dimensional? *Addiction* 101, 6-16.
- 33) New South Wales Department of Health. (2007). New South Wales drug and alcohol withdrawal clinical practice guidelines. Mental Health and Drug and Alcohol Office, New South Wales Department of Health.
- 34) Poulin, C., Hand, D., Boudreau, B., & Santor, D. (2005). Gender differences in the association between substance use and elevated depressive symptoms in a general adolescent population. *Addiction* 100, 525-535.
- 35) Prepeliceanu, Dan (2002) Ghid de tratament în abuzul de substanțe psiho-active, Ediția a II-a, Editura Informatica
- 36) Richard, Denis, (1999) Senon, Jean Loius Dicționar de droguri, toxicomanii și dependențe, Editura Larousse
- 37) Ruxandra, R., (2002) Zivari M. Psihologie și psihopatologie în dependența de drog, Editura Ars Docendi, București
- 38) Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C., Dulcan, M., & Schwab-Stone, M. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children, Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39, 28-38.
- 39) Solowij, N. & Michie, P.T. (2007). Cannabis and cognitive dysfunction: Parallels with endophenotypes of schizophrenia? Review paper. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 32, 30-52.
- 40) Stancu, I., (2008). – Psihoterapia în toxicodepență. Modul 1., din Psihoterapie (Repere teoretice, metodologice și aplicative) – vol.coord. de Mitrofan I., Editura Sper, București
- 41) Stephens, R.S. & Roffman, R.A. (2005). Assessment of cannabis use disorders. In D.M. Donovan & G.A. Marlatt (eds.). *Assessment of addictive behaviors*, 2nd edition, (pp.248-273). New York: The Guilford Press.

- 42) Stephens, R.S., Babor, T.F., Kadden, R., Miller, M., & The Marijuana Treatment Group. (2002). The Marijuana Treatment Project: Rationale, design, and participant characteristics. *Addiction* 97, 109-124.
- 43) Stephens, R.S., Roffman, R.A., Fearer, S.A., Williams, C., Picciano, J.F., & Burke, R.S. (2004). The Marijuana Check-up: Reaching users who are ambivalent about change. *Addiction* 99, 1323-1332.28 screening and assessment for cannabis use disorders
- 44) Trifan; Gabriela (2003) Moartea albă. Prevenirea, depistarea și combaterea consumului și a traficului ilicit de droguri, Editura Olimpiada București.
- 45) Winters, K.C. & Lee, C.Y. (2007). Likelihood of developing an alcohol and cannabis use disorder during youth: Association with recent use and age. *Drug and Alcohol Dependence*, in press.

