

Centrul Regional de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog Galați

11 aprilie 2019



Agenția Națională Antidrog

Fundamentarea unei campanii de destigmatizare

Scop și obiective

Scop

În vederea implementării unei campanii media de sensibilizare, conștientizare și informare referitoare la consumul de droguri, efectele acestuia, stigmatizarea și marginalizarea socială a consumatorilor de droguri este necesară, Agenția Națională Antidrog trebuie, în prealabil, să aibă la bază rezultatele unei cercetări sociale.

Măsurarea percepțiilor și atitudinilor populației generale (cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani) și profesioniștilor în domeniu față de grupul vulnerabil al consumatorilor de droguri, corelativ cu identificarea stereotipurilor sociale existente față de această categorie.

Această măsurare va avea loc în vederea realizării unei campanii media de informare și sensibilizare a populației generale cu privire la consumul de droguri, dependența de droguri, stigmatizarea și marginalizarea socială a consumatorilor de droguri este necesară identificarea stereotipurilor, factorilor culturali, imaginii pe care populația generală o are față de aspectele psiho-sociale ale consumului și dependenței de droguri, precum și referitoare la consumatorii de droguri și consumatorii dependenți.

Obiective

Obiectivul general al cercetării sociale îl reprezintă colectarea și furnizarea de recomandări concrete privind conturarea elementelor cheie (vizuale și lingvistice) care vor sta la baza elaborării campaniei media.

Obiectivele specifice sunt:

1. Măsurarea distanței sociale manifestate de respondenți față de consumatorii de droguri și consumatorii dependenți;
2. Identificarea atitudinilor și stereotipurile stigmatizante, comportamentele specifice și clișeele sociale lipsite de etică ale populației generale față de consumatorii de droguri și consumatorii dependenți;
3. Identificarea factorilor culturali care influențează atitudinile stigmatizante ale opiniei publice față de consumatorii de droguri.
4. Formularea unor recomandări funcție de rezultatele cercetării, vizând orientarea politicilor publice în domeniul de referință și, în mod special orientarea campaniei media de destigmatizare a consumatorilor de droguri.

Metodologie

Metodologia utilizată pentru atingerea scopului și obiectivelor cercetării a fost calitativă, prin intermediul metodei focus-grupului.

Au fost realizate 7 focus-grupuri, în București și în țară, cu 10-14 respondenți și o durată de 1:45-2:00h fiecare. În total, au fost intervievați 83 de respondenți, provenind din medii socio-profesionale diverse. Grupurile au fost în cea mai mare parte grupuri de experți, însă au inclus și aproximativ doi reprezentanți ai opiniei publice în interiorul fiecărui grup de discuții, conform cerințelor Beneficiarului exprimate în caietul de sarcini.

Discuțiile au fost înregistrate audio-video și transcrise.

Oraș	Număr Fgs/Oraș	Total
București	2	2
Cluj, Timișoara, Brașov, Constanța, Iași	1	5



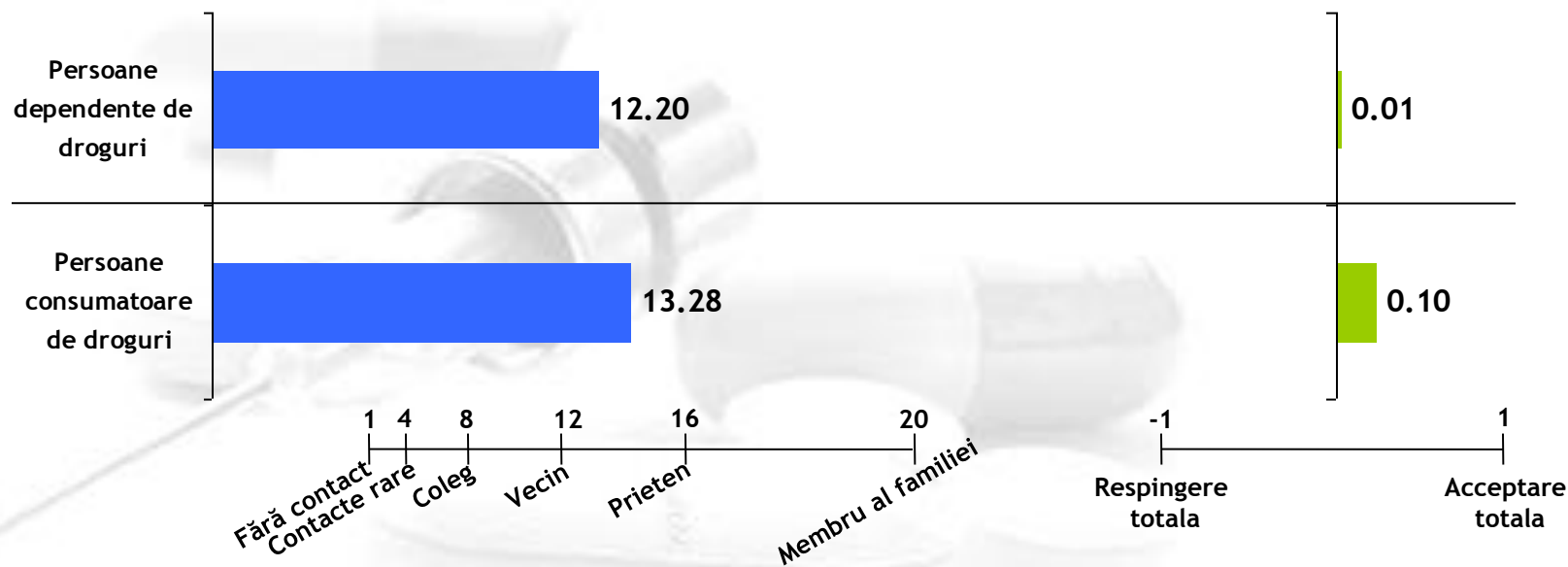
Distanța socială față de persoanele consumatoare de droguri

Indicele calității contactelor sociale și indicele acceptării/respingerii totale

Baza: subeșantion (n = 83)

Indicele Calității Contactelor Sociale (ICCS)

Indicele Acceptării/Respingerii Totale (IART)



- Indicele calității contactelor sociale (ICCS) relevă, în ceea ce privește persoanele consumatoare, respectiv dependente de droguri, o atitudine tolerantă, acceptându-se vecinătatea de rezidență a unor astfel de persoane, cu o toleranță ușor mai scăzută în cazul persoanelor dependente.
- Indicele acceptării/respingerii totale se situează într-o zonă neutră, nici de respingere, nici de acceptare.

Metodologia de analiză a datelor

Pentru secțiunea dedicată atitudinii față de persoanele consumatoare de droguri, s-a folosit o scală a distanței sociale, adaptată după scala lui Bogardus, față de care am schimbat itemii 5 și 7 și l-am eliminat pe al 6-lea, consideraând că expulzarea din țară, permisiunea de a vizita țara și posesia cetățeniei, deși sunt termeni potriviți pentru a măsura atitudinile față de o etnie, sunt mai puțin potriviți în cazul atitudinilor față de persoanele consumatoare de droguri. Astfel, itemul expulzării a fost echivalat literal cu refuzul de a avea orice fel de contacte, iar itemul cetățeniei cu acceptarea de a avea contacte ocazionale. Prin reducerea scalei la 6 trepte, am încercat să diminuez efectele inversiunii psihologice a ultimilor doi itemi, acuzată de dificultăți în aplicare și de distorsiuni în analiză, păstrând doar termenul extrem al intoleranței (refuzul oricărui contact). Am optat, totodată, urmând varianta aplicată în România de Paul Popescu Neveanu, pentru scalarea ordinală a itemilor (exceptând itemul refuzului de a avea orice fel de contacte), eliminând-o pe cea dihotomică.

Scala s-a aplicat pentru două categorii (neexclusive): persoane consumatoare de droguri și persoane dependente de droguri. S-a notat la fiecare item rangul aferent poziției de pe scala ordinală și s-a calculat indicele calității contactelor sociale (ICCS), ca sumă a acestor ranguri. Dacă itemul refuzului oricărui contact nu se bifează, acesta nu se însumează cu itemii următori. Astfel, ICCS are valoarea minimă 1 și valoarea maximă 20. S-a mai calculat și un indice al acceptării/respingerii totale (IART), ca diferență dintre numărul celor cu ICCS maxim și numărul celor cu ICCS minim, raportată la numărul total al celor care își exprimă atitudinea. IART poate lua valori între -1, respingere totală, și 1, acceptare totală.

Scala	Pondere*	ICCS
1. Refuz să am orice fel de contacte cu ...	1	0
2. Cum v-ați simți dacă ar trebui să aveți contacte ocazionale cu ...?	4	4
3. Cum v-ați simți dacă ați afla că un coleg de muncă este o ...?	4	8
4. Cum v-ați simți dacă ați afla că un vecin este o ...?	4	12
5. Cum v-ați simți dacă ați afla că un prieten este o ...?	4	16
6. Cum v-ați simți dacă ați afla că un membru al familiei este o ...?	4	20

Exemplu de calcul al ICCS

La nivel individual, dacă un respondent declară că ar accepta să fie prieten cu un consumator de droguri (itemul 5 al scalei), calculul ICCS se face prin însumarea notelor itemilor 2-5:

$$\text{ICCS} = 4 + 4 + 4 + 4 = 16.$$

La nivel colectiv, ICCS se calculează ca medie a indicilor individuali:

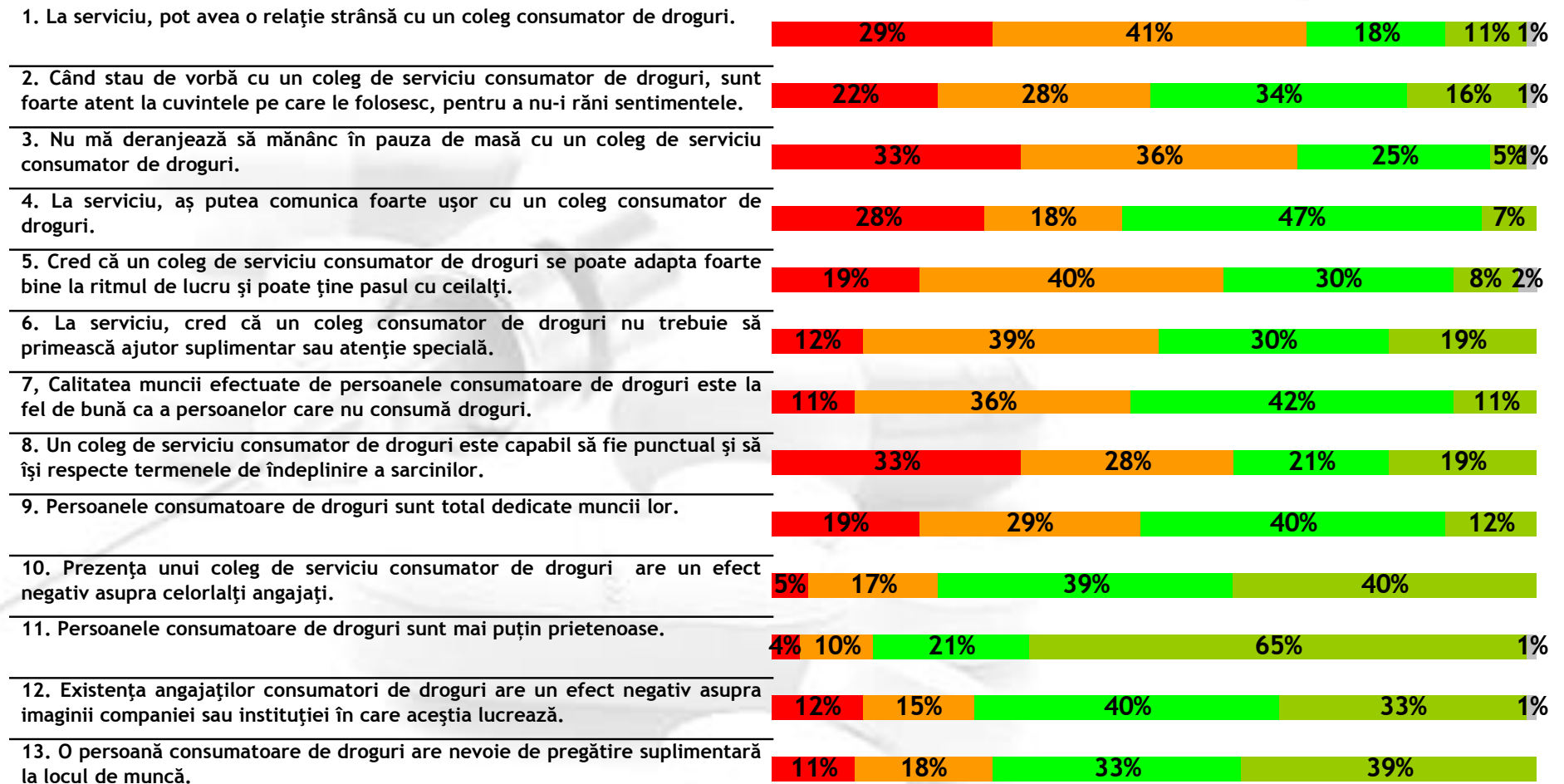
$$\text{ICCS colectiv} = (\sum \text{ICCS individual}) / n$$

* La itemii 2-6, a fost trecut punctajul maxim.

Relația profesională cu o persoană consumatoare de droguri

Veti citi o listă de afirmații și vă rugăm să notati la fiecare dintre acestea dacă sunteți sau nu de acord, pe o scală de la 1 la 4, unde 1 înseamnă „dezacord total“, 2 înseamnă „oarecum în dezacord“, 3 înseamnă „oarecum de acord“, iar 4 înseamnă „total de acord“.

Baza: subeșantion (n = 83)

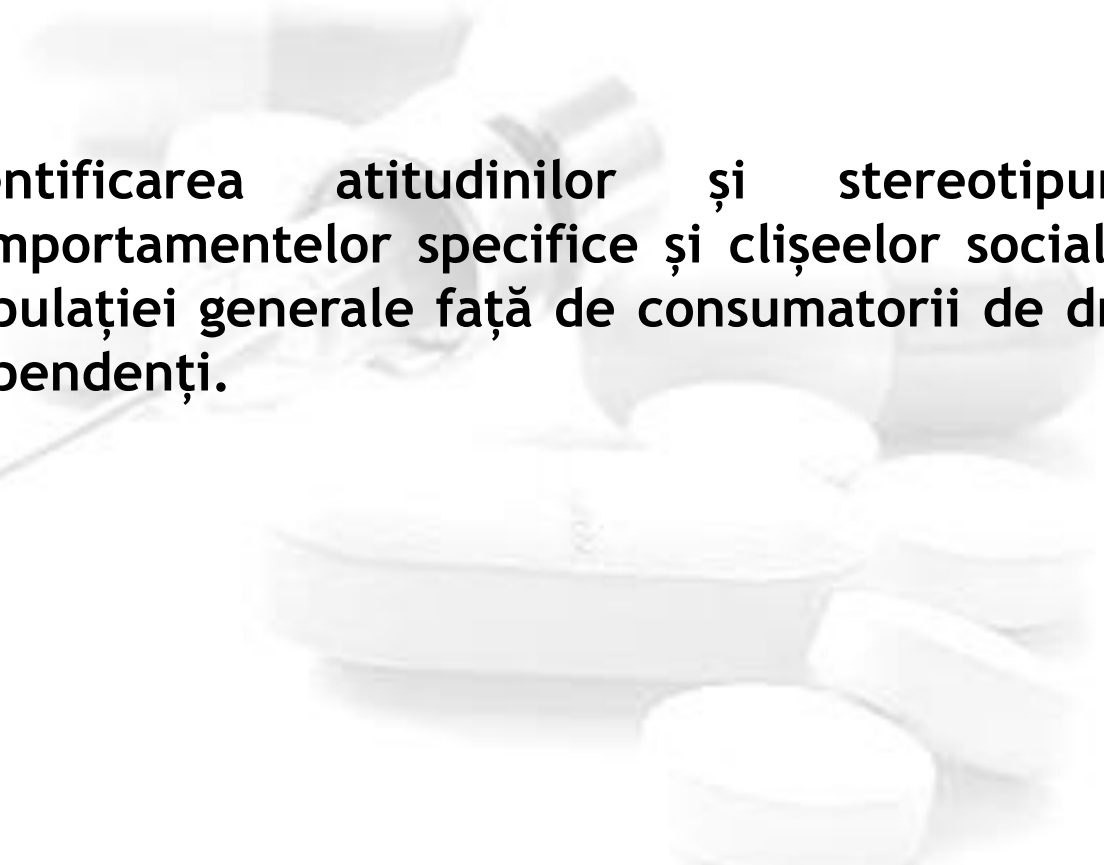



■ Dezacord total ■ Oarecum în dezacord
■ Oarecum de acord ■ Total de acord
■ NS/NR

Înainte de analiza răspunsurile primite la scala anterioară, trebuie din nou precizat că nu avem de a face cu un eșantion de la care să putem generaliza, întrucât nu este reprezentativ din punct de vedere statistic în raport cu populația țintă a studiului și, ulterior, a campaniei media de destigmatizare. Am avut de a face cu o procedură de eșantionare teoretică, pornind de la cerințele specifice ale Beneficiarului, Agenția Națională Antidrog, astfel încât cea mai mare parte a respondenților a fost constituită de persoane cu un interes semnificativ în privința drogurilor, provenind dintr-o serie de instituții cu atribuții legate de domeniu. Pe lângă numărul mare de experți, reprezentanții opiniei publice au fost mult mai puțini numeroși, și chiar și aceștia au trebui selectați astfel încât să manifeste un oarecare interes legat de problematica drogului și consumului, ba chiar să fi avut interacțiuni în acest domeniu.

Din acest punct de vedere, focus-grupurile au fost mai degrabă focus-grupuri de experți, cu opinii documentate și influențate puternic de domeniile lor de activitate și de interacțiunile specifice pe care le-au avut cu universul consumului de droguri. Pentru a obține o măsurare a distanței sociale relevantă pentru opinia publică ar fi fost necesară o investigație cantitativă, cu o eșantionare specifică, care nu a făcut obiectul studiului de față.

Cu toate acestea, datele culese ne pot indica anumite aspecte interesante vizavi de percepția asupra consumatorilor de droguri, ceea ce trebuie însă analizat cu moderație, din motivele expuse anterior. Putem astfel observa că persoanele consumatoare de droguri sunt percepute ca fiind **mai puțin prietenoase** de către majoritatea respondenților, în ciuda faptului că avem de a face cu oameni care interacționează constant sau chiar lucrează, atât cu dependenți cât și cu consumatori. În plus, contagiunea socială amintită apare și aici, 79% dintre respondenți fiind de acord cu afirmația potrivit căreia prezența unui coleg consumator de droguri are un efect negativ asupra celorlalți angajați. Un procent similar consideră că prezența unui astfel de coleg ar afecta în mod negativ și imaginea firmei, lucru confirmat și în discuțiile din cadrul focus-grupurilor. Există, în plus, dubii serioase privind punctualitatea și chiar seriozitatea posibilă a unui consumator de droguri, precum și rețineri privind apropierea de acesta. 33% dintre respondenți ar fi foarte deranjați dacă ar mânca la prânz împreună cu un coleg consumator de droguri, și 28% dintre aceștia consideră că ar întâmpina probleme de comunicare.



Identificarea atitudinilor și stereotipurilor stigmatizante, comportamentelor specifice și clișeelor sociale lipsite de etică ale populației generale față de consumatorii de droguri și consumatorii dependenți.

Consumul de droguri este considerat un act deviant în societatea românească, în sensul cel mai larg al termenului, deoarece încalcă anumite norme (legile în vigoare). În cazul consumului de droguri, însă, dincolo de a avea de a face doar cu un tip de comportament deviant, putem vorbi și de stigmat. Potrivit lui Erving Goffman, unul dintre cei mai importanți teoreticieni ai stigmatului:

„...în toate cazurile de stigmat [...] regăsim aceleași trăsături sociologice: un individ care ar fi putut să se facă ușor admis în cercul raporturilor sociale obișnuite posedă o caracteristică ce se poate impune atenției celor ce-l întâlnesc și ne îndepărtează de el distrugând astfel drepturile pe care le are față de noi datorită celorlalte attribute ale sale. El posedă un stigmat, o diferență supărătoare față de ceea ce noi ne așteptăm“. (Goffman 1975, p.15).

Aceste caracteristici supărătoare, pentru a păstra terminologia lui Goffman, pot fi însă, și de cele mai multe ori chiar sunt, disimulate în felurite modalități pentru a evita stigmatizarea (Ogien 2002, p.134). Pentru că, după cum bine remarca Goffman, nu există nicio diferență fundamentală între un om normal și un om stigmatizat, cele două fiind doar puncte de vedere.

Disimularea este însă problematică atunci când vorbim despre consumatorii de droguri. Având în vedere că unul dintre efectele consumului poate fi alterarea comportamentului celor care folosesc substanțele, și chiar, mai profund, a modului lor de a fi, disimularea consumului este fezabilă până la un punct. Din acest motiv, consumatorul de droguri este înfățișat, în imaginarul publicului, tocmai în acel punct în care disimularea nu mai este fezabilă și în care în comportamentul său se manifestă una sau mai multe caracteristici care să „atragă atenția“ celorlalți. Iar acel punct este de obicei sevrajul, Disimularea este însă problematică atunci când vorbim despre consumatorii de droguri. Având în vedere că unul dintre efectele consumului poate fi alterarea comportamentului celor care folosesc substanțele, și chiar, mai profund, a modului lor de a fi, disimularea consumului este fezabilă până la un punct. Din acest motiv, consumatorul de droguri este înfățișat, în imaginarul publicului, tocmai în acel punct în care disimularea nu mai este fezabilă și în care în comportamentul său se manifestă una sau mai multe caracteristici care să „atragă atenția“ celorlalți. Iar acel punct este de obicei sevrajul, văzut ca un soi de destinație finală, inevitabilă, de pe traseul oricărui consumator.

Sevrajul nu este o noțiune foarte bine conturată, în acest imaginar, și este văzut ca un moment în care dispar aproape complet controlul de sine și chiar și responsabilitatea. În sevraj, dorința de a procura și de a consuma droguri devine mai puternică decât orice normă socială, și principala caracteristică a individului aflat în acea etapă nefericită este imprevizibilitatea.

Un „drogat“ este considerat, cumva, ca fiind foarte aproape fie de acel moment al sevrajului, fie de un alt tip de moment limită (supradoza). Este o imagine la care au contribuit cel mai probabil atât media, cât și criminalizarea consumului și modul în care este structurat discursul public despre droguri și consumatori, care accentuează dihotomia consumator/drogat și om normal și îi prezintă în antiteză. Deși o problemă de sănătate publică, poziționare recunoscută și menționată explicit și de către diverși experți în domeniu, atât din sistemul medical, cât și din organizațiile neguvernamentale, de obicei consumul de droguri este prioritizat mai ales ca o problemă de criminalitate, ceea ce crește antagonismul dintre consumator și „societate“ și duce și la perpetuarea stigmatului împotriva drogurilor, văzute uneori, în aceeași logică socială, ca un inamic. Împotriva drogurilor trebuie să se intervină astfel, de cele mai multe ori, în forță (război), și în loc de gestionare a cauzelor și consecințelor se pune accentul pe luptă. În România, de altfel, una dintre cele mai importante instituții din domeniu este Agenția Națională Antidrog, nume construit după aceleași principii simbolice, care face parte din ministerul de interne și al cărui rol inițial a fost „coordonarea unitară a luptei împotriva traficului și consumului ilicit de droguri, pe baza unei strategii naționale“. Iar dacă acest tip de discurs public instituționalizat nu este o raritate, ci dimpotrivă, uneori el poate duce la intervenții cvasi-absurde și extrem de nocive, după cum se întâmplă în acest moment în Filipine.

Discursul public și modul în care este definit consumul de droguri și încadrat atât din punct de vedere legal, cât și din punct de vedere al conceperii instituțiilor și procedurilor desemnate să se ocupe de acest fenomen este în același timp și o sursă puternică a stigmatului. Un exemplu „din interior“ este remarcat cu acuratețe de către unul dintre respondenți:

Primul care stigmatizează este statul, să ne înțelegem, este primul care pune ...

Din punctul meu de vedere, statul e o entitate teoretică, juridică.

Da, entitatea aia teoretică, juridicul este primul care stigmatizează.

De ce, în ce sens? Pentru că vine consumatorul de substanța x prăjit, da ... se duce în urgență cum spunea doamna, nu avem niște protocoale încă puse la punct în urgență ca să nu mai pună diagnostic intoxicație cu substanță necunoscută când ăla știe foarte bine că nu a venit pentru intoxicație cu substanță necunoscută ci intoxicație cu un drog, e, pleacă din urgență în cel mai bun caz, în cel mai bun caz, se duce la Palazu, unde iarăși stă cu intoxicație cu substanță necunoscută.

Dacă are asigurare, și stă 24 de ore.

Dacă are asigurare, 24 de ore, dacă se mai duce de mai multe ori substanțele astea dau schimbări ale statului psihic și ajungi să ai schizofrenie, paranoidă fost consum, adică datorită substanței, atunci te internează cu diagnosticul ăsta, și te trezești cu un diagnostic de psihiatrie de schizofrenie paranoidă, dar tu nu ești că ești fost consum, ești datorită substanței, și ăla zice, stai nene că sunt schizoid, nu, nu e schizoid, starea ta de acum este alterată datorită consumului. Păi dacă statul ăsta nu a fost în stare în atâta amar de vreme să facă niște protocoale clare, că sunt simple, nu sunt ... da, ști că a venit consumator de droguri că îl și întrebi, că se și văd, ce fel de droguri, ce etnobotanice, hai să ne hotărâm odată și să vedem că etnobotanică aia nenorocită este metamfetamină, metadonă, și trebuie pusă, că ei schimbă ...

Profilul utilizatorilor de droguri

Indiferent de profilul socio-profesional al respondenților și de experiența în lucrul cu drogurile și cu utilizatorii, discuțiile cu aceștia au evidențiat anumite stereotipuri care privesc utilizatorii de droguri. Chiar dacă o concluzie aproape unanimă a focus-grupurilor a fost că oricine poate deveni consumator de droguri, și cu toate că o mare parte dintre respondenți erau conștienți de acest lucru, stereotipurile, care contribuie la stigmatizare, au fost în continuare prezente în discursul lor.

Tinerii sunt aproape întotdeauna considerați ca fiind unul dintre cele mai vulnerabile grupuri, și există o serie de factori care, în opinia respondenților, contribuie în mod semnificativ la consumul de droguri de către aceștia:

- **curiozitatea**
- **teribilismul**
- **plictiseala**, îndeosebi în cazul tinerilor proveniți din familii înstărite
- **anturajul** (se ajunge la consum din dorința de a fi asimilat grupului de egali)
- **lipsa controlului parental**
- **familii disfuncționale/defavorizate**
- **genul**, băieții fiind mult mai vulnerabili în fața unui astfel de comportament

Una dintre explicațiile consumului de droguri la tineri este o lipsă. Fie lipsa unei rețele sociale în care să fie bine anorați (familie și grup de prieteni), fie lipsa unei ocupații care să îi motiveze, fie lipsa a ceva esențial în viață (de exemplu, o stare materială decentă, atunci când avem de a face cu tineri proveniți din medii foarte sărace sau chiar fără adăpost, fie lipsa unei familii atunci când unul sau ambii părinți sunt plecați din țară).

“Cel puțin din ce știu eu și vorbim din cei care au solicitat asistență medicală secundar consumului de substanțe etnobotanice și canabis, am realizat un studiu retrospectiv în care am vrut să includem pacienții care au solicitat asistență medicală pentru (neinteligibil) secundar consumului la diverse droguri, mai puțin alcoolul pentru ca (neinteligibil) făcut, face parte din peisajul nostru zilnic, nu l-am luat ca ceva deosebit, și studiul a fost realizat pe parcursul a 18 luni începând cu 1 ianuarie 2015 până în ultima zi din iunie 2016. Din totalul de 153 de pacienți pe care noi într-un final am ales să îi instruiem în studiul respectiv, 96 % dintre ei erau consumatori de etnobotanice și doar 4% de canabis, probabil din cauză diferenței de cost. Vârsta pacienților era între 18 și 54 de ani în cazul nostru, sub 18 ani merg direct la pediatrie, nu avem cum să ținem evidența și pacienților sub 18 ani, oricum ei ... au fost multe cazuri în care ei declarau că cei care consumau substanțe etnobotanice, declarau că au început consumul undeva pe la 14 ani, la început curiozitate, după aceea ulterior s-a transformat în ceva ... ieșeau în club, asociau țigara etnobotanică cu alcoolul, pe urmă a apărut o dependență dar cumva ocazională asociat cu locul în care mergeau, iar ulterior a devenit un consum cronic. La pacienții care consumă etnobotanice prima prezentare în cazul în care nu reacționează, nu au manifestări accese majore în momentul primului contact, prima dată când fumezi sau când consumi, în general primele prezentări apar cam la 2 ani de la consum, eu vorbesc acum cu ce am observat noi acolo, la canabis undeva la 4 ani, iar pacienții cei mai mulți, erau cuprinși, aveau vârste cuprinse între 18 și 24 de ani, ei când vin la noi, cei mai mulți ne spun că ei consumă ocazional, între timp se mai și răzgândesc. Notăm de fiecare dată exact ce ne-au zis în fază inițială, în fază incipientă și ce declarații ne-au dat ulterior, după mai discutăm cu ei, încercăm să aflăm mai multe detalii. Cam 60% dintre cei 153 au declarat consum ocazional, 30 un consum cronic și sunt unii care spun că au consumat accidental, la modul că au găsit o țigară pe jos, asta cei din mediul rural sau cei care nu au domiciliu, mai sunt tineri de 18 ani care spun că mi-a dat un coleg, nu știam ce țigară este nu am fost atent, am văzut în club și nu pot ... trebuie să iei exact declarația, sau sunt persoane trecute de 40 de ani care la fel vin și declară că au consumat accidental iar peste 40 de ani, persoane cu vârste peste 40 de ani au fost, majoritatea, toți încadrați la consum accidental, ocazional și cronic doar până în 40 de ani, iar heroină, cocaină, în acest interval, în toate foile de observație pe care noi le-am studiat, nu am găsit decât două cazuri cu heroină și un caz cu cocaină, poate nu sunt, poate nu se prezintă, nu aș putea să vă spun, la noi, din prezentări și date exacte atât avem, și majoritatea pacienților sunt de sex masculin, în proporție cam de 80%, cu statut social economic bun, studenți în general, care provin ... sunt în ultimul an la liceu, provin din familii bune, foarte puțini sunt acei pacienți care provin din mediul rural și în general respectivii declară că au primit țigara de la o altă persoană.”

„În momentul în care unul dintre părinți este plecat din țară, există destul de multe cazuri, ei au mai mulți bani decât alți tineri din clasă și atunci au și acces la (neinteligibil), pot cumpăra cu mai mare ușurință și nu întotdeauna părintele care rămâne acasă reușește să facă față situației, de asta mi se pare foarte important inițiativa pe care (neinteligibil) să vedem într-adevăr ce resurse, ce putem noi părinților să le dăm ca resurse...”

Din acest punct de vedere, **consumatorii de droguri apar ca o categorie distinctă de oameni**, cu niște probleme destul de ușor de identificat (a posteriori, de obicei), psihice sau sociale, ceea ce nu se aplică doar tinerilor, ci tuturor consumatorilor de droguri, indiferent de vârstă. Asocierile libere au aratat de altfel o serie relativ restrânsă de stereotipuri referitoare la percepția consumatorilor de droguri în societate. Drogatul este un **inadaptat, aflat în suferință, un „disperat, pierdut, rătăcit, nefericit, deprimat, depresiv”**. El face și nu face parte din societate în același timp, aflându-se pe o **poziție liminală**, și se refugiază în consum pentru a scăpa cumva de aceasta. **Poate fi considerat și ca având un psihic slab, un alt atribut care îl poate uneori transforma într-un individ de rang inferior.**

O explicație alternativă este, dimpotrivă, nu o lipsă ci **ceva în plus, fie că vorbim de timp, fie că vorbim de bani**. Mulți respondenți au astfel impresia că pentru a consuma droguri ai nevoie de o **situație materială bună**, și sunt surprinși să afle că o doză de droguri precum cele etnobotanice poate fi procurată la un preț foarte mic sau că prima țigară sau doză pot fi primite gratuit sau împărțite cu un grup mai mare pentru a diminua costurile. Acest stereotip se regăsește în unele cazuri și în percepția consumului de droguri din București față de cel din provincie, unii respondenți din Iași având impresia că în București nu există o incidență atât de mare a consumului de etnobotanice, ci a unor droguri mai scumpe, datorată inegalităților socio-economice dintre cele două orașe.

„Când vorbim despre apariția consumului de droguri, discutăm și de un anturaj care spune influența, anturajul din față scării blocului, ne uităm în buzunare, vedem ce găsim și apoi vedem ce putem să cumpărăm de pe stradă sau de pe internet, mergem într-un club, luăm o masă, dăm 20 de milioane, mai cumpărăm o șampanie, mai dăm 10 milioane și atunci ce urmează? Ne-am plictisit, luăm și un drog mai scump, de asta spun, în fine, chestii generale. (neinteligibil) de un specific, Bucureștiul e un oraș specific și așa mai departe.”

Există, cu siguranță, o relație între consumul de droguri și venituri, însă nu de tipul celei intuite inițial de către respondenți. Având în vedere că există diferite tipuri de droguri, accesibile la costuri diferite, situația financiară bună oferă doar un acces mai facil la droguri mai scumpe, fără a putea însă vorbi de o corelație de niciun fel între venituri și consum. Pe de altă parte, sărăcia extremă pare a fi un factor favorizant pentru un anumit tip de consum, deosebit de nociv (etnobotanice, solvanți), la care se recurge pentru a „scăpa” sau a „uita” de griji.

“De exemplu un consumator de droguri trebuie să aibă mulți bani, da, ca să își procure drogurile.”

“Indiferent că ești bogat, sărac, tânăr, mai în vârstă, în momentul în care ți-ai administrat prima doză nu există ești bogat ești mai sărac, ești ...”

Profilul perceput al utilizatorilor de droguri nu este însă complet fără a include și alte comportamente de consum, ale unor substanțe permise însă periculoase. Cele mai importante sunt alcoolul și tutunul. Dacă alcoolul poate amplifica senzațiile resimțite în urma consumului de droguri, unii respondenți percep și un soi de traiectorie a abuzului de substanțe, care pleacă de la băuturi slab alcoolizate, precum berea, ajung la tărie și de aici uneori pragul spre droguri. În ceea ce privește tutunul, se recurge uneori la o analogie între fumatul tutunului și fumatul unor droguri precum cannabisul sau țigările care conțin substanțe 'etnobotanice'.

“Eu cred că și oamenii care ajung la o anumită vârstă sau care trec printr-un anumit impas la un moment dat poate cădea în capcană lor, nu e obligatoriu să ai 14 ani sau să ai 20 și să fie vârsta aceea în care să fi curios și să încerci. Am auzit povești, oameni ajunși la o vârstă, la peste 40 de ani care au recurs, da ... deci nu au luat alcool, pentru a depăși sau pentru a se distanța de problemă pe care o au.”

“Dacă discutăm despre etnobotanice și cannabis, în general tinerii, adolescenții mai ales la etnobotanice, pentru că sunt mai ieftine mai accesibile din punct de vedere al prețului, dacă vorbim de cannabis pe aceeași lungime de undă, am trece la droguri, să spunem mai scumpe, mai ... între ghilimele mai periculoase, mai scumpe, heroină, cocaină, deja discutăm de niște categorii să spunem, care au și niște posibilități financiare mai mari, sunt în diverse anturaje ...”

“Sunt cercurile de ... tinerii, persoanele care consumă cocaină, heroină, sunt cei de regulă în cercuri închise și greu se pătrunde între ei, și cu posibilități financiare, așa cum se spunea mai devreme.”

“Pe de altă parte cei care ajung la spitalul de copii sunt cei mai mulți consumatori de etnobotanice, lucrul pe care îl fac cel mai des din ce am discutat noi cu ei, din curiozitate, nu sunt foarte mulți cei care vin și a 1-a oară sau poate au aceleași simptome și părinții nu mai apelează la serviciile spitalului de copii, sunt foarte curioși, mulți dintre ei nu repetă experiențele negative pe care le avem noi la spital cu toate că s-ar putea să ajungă la laboratorii noștri pentru că în momentul în care primim copii la spital și a doua oară și a cincea oară facem demersuri către alte instituții, cum ar fi direcția de protecție a copilului de exemplu, deci un copil, e un risc evident, și astea sunt cele mai mari cazuri, dar avem și foarte multe cazuri și de consumatori de alcool la vârste fragede, probabil vedeți și la televizor, sunt și mediatizate de cele mai multe ori, curiozitate, la fel ...”

“Este vorba de crearea unui anumit comportament care duce către dependență, alcoolul fiind un drog, el are acțiune psiho activa, prin urmare pe termen lung, consumat repetat, conduce la dependență. Dependența asta înseamnă că obișnuința cu o anumită substanță nu mai creează efectul pe care și-l dorește persoana respectivă și tinde să completeze sau să adauge o altă substanță care să amplifice efectul. Ce am observat noi de exemplu, că tinerii consumă alcool slab cum este berea, da ... încep cu bere iar ulterior trec către băuturi alcoolice puternice, țării de tot felul și mai departe asociază cu consumul de etnobotanice care în completare împreună cu alcoolul creează niște efecte puternice la nivel fizic și psihic. Deci se merge pe traseul dependenței, e vorba de obișnuință în consum, și obișnuință care se manifestă și la persoane care asociază consumul de mai multe substanțe dar și la cei care rămân fideli alcoolului spre exemplu. Persoane care încep cu consumul de bere, continuă cu vinul care e mai puternic, și ulterior termină cu țările. Dacă nu sunt mulțumiți măresc cantitatea din ce în ce mai mult pentru a ajunge la efect, deci este vorba de ... toleranța crește și implicit crește și cantitatea.”

Consumatorii de droguri sunt considerați și **inventivi**, gata uneori să recurgă la aproape orice pentru a-și satisface viciul. Inventivitatea stereotipală a unui consumator se manifestă în două privințe. Prima dintre acestea este legată de efortul financiar necesar pentru a achiziționa drogurile de care are nevoie, acțiune care îl poate împinge la fapte extreme, **de la furt la trafic**. Din această perspectivă, trebuie menționat că **un consumator este perceput ca având un comportament contagios din punct de vedere social**, întrucât poate convinge și alți indivizi să i se alăture, determinându-i să consume.

În al doilea rând, inventivitatea consumatorilor se manifestă și în privința substanțelor utilizate pentru a obține starea pe care o dă drogul. Medicamente, sau substanțe cu o destinație specifică, sunt reappropriate și utilizate de către consumatori asemenea drogurilor. Substanțele încadrate, popular, în categoria etnobotanicelor, fac parte din aceasta categorie, după cum fac și alte produse precum tantum rosa, destinat spălăturilor vaginale. La o simplă căutare pe Google, se pot găsi subiecte dedicate în comunități online frecventate de adolescenți, precum tpu.ro, unde unii tineri își împărtășesc experiențele de consum și chiar cer sfaturi altor utilizatori.

In 20 Martie 2012 | Luannah a întrebat:

Am baut ieri (straight face) tantum rosa (nu radeti) si m-a luat cu ameteli. Am mai baut dupa aia blabla.M-a luat cu halucinatii. N-am dormit toata noaptea si inca continuam. Dimineata m-am dus la scoala asa,am mai luat inainte sa inceapa orele,in pauza am fumat un joint si dupa aia mi s-a facut rau tare.Nu-mi mai simteam corpul,adica amortit calumea si cand ma uitam afara vedeam in ceata si lumini asa stridente.Cand am ajuns acasa,abia am putut face un dus,ca apa se simtea pe piele ca ceva iritant pentru mine thinking iar tot asa pana a doua zi (iar nu dormisem).Abia mergeam si mainile corpul tot,nu simteam nimica,decat daca miscam capul sau mana prea brusc,ma lua dureri ingrozitoare in tot corpul.Stie cineva daca era de fapt de la tantum sau de la faptul ca am amestecat cu iarba?Daca mai iau data viitoare fara sa fumez iarba,tot asa rau ma ia?Si vi s-a mai intamplat sa amorteasca asa corpul?

In 25 Ianuarie 2013 | Alex1 a răspuns:

Si eu am auzit tot la un prieten despre asta, si am incercat, contine benzidamina, care are efect halucinogen chiar si baut cu apa, nu mai amesteca cu iarba, ca iese rau. Deci noi am facut asa, un pliculet cu 5 linguri mari de apa.Amesteci putin sa se dizolve[ar trebui dar nu conteaza] si dupa ea bei, dupa 5-10 minute simti efectul, multe luminite care se intorc, colorate, si halucinatii, de exemplu eu am vazut luminite mov (laughing) care faceau cum fac artificiile, si pitici, personaje din desene, dar esti constient, adica te poti controla, dar razi in continuu si faci ceva care nu vrei laughing), in fine e greu de explicat, noi mancam repede o prajitura de aia dulce la 50bani si nu mai simteai (laughing))bafta :d

Etnobotanicele sunt văzute, de către specialiștii din domeniu, ca unul dintre cele mai periculoase tipuri de droguri, mai ales în raport cu tinerii. În Iași, numărul de internări datorate consumului acestui tip de substanțe aproape a egalat numărul de internări datorate consumului de alcool, în anul în curs. Problema cea mai mare asociată cu etnobotanicele este necunoașterea compoziției acestora și a efectelor pe care le pot avea asupra consumatorilor, cu toate că în spațiul online găsim atât în ceea ce privește etnobotanicele cât și celelalte tipuri de substanțe consumate și regăsite sub diferite forme în medicamente un soi de discurs etnofarmacologic al tinerilor utilizatori. Acesta arată că ei se documentează, într-o anumită măsură, înainte de utilizarea acestor substanțe, și că avem de a face cu un soi de experiență împărtășită (vezi și Becker 1953), ceea ce confirmă până la un punct stereotipul anturajului.

Stigmatizarea în familie

Consumul de droguri, atunci când apare în familie, este descoperit destul de târziu, și conștientizat ca „problemă“ și mai târziu decât descoperirea lui („nu are cum să mi se întâmple mie“). Există mai multe stereotipuri care încearcă să explice de ce apare acest consum, izvorâte din sentimentele de vinovăție ale părinților care se confruntă cu problema. Unul dintre ele este **controlul parental insuficient**, ce rezultă în „**prea mult timp liber**“, și în înrolarea copilului în cât mai multe activități cu scopul de a înlătura timpul care ar putea fi dedicat consumului.

O altă cauză poate însă fi considerată și **presiunea parentală**, copilul neputând face față acesteia și refugiindu-se în consumul de droguri.

Indiferent însă de modul în care își explică sau justifică situația, **de multe ori familia nu știe cum să reacționeze, și apare astfel deseori stigmatizarea**. Un concept cheie în acest context este cel de **rușine**, înțelesă ca **pericolul de a pierde fața**, în sensul dat de Goffman în sociologia interacțiunii. **Rușinea apare îndeosebi vis-a-vis de grupurile de apartenență ale familiei, care se teme de posibilele judecăți de valoare ale celor din jurul lor**. Pentru a păstra aparențele, ei pot astfel **ignora problema, sau pot să îi acorde, după cum vom vedea ulterior, o importanță mult mai mică decât ar trebui**. Practic, atunci când avem de a face cu un consum de droguri în propria familie, **părinții acordă mai multă importanță discreției și ascunderii acestui comportament în fața semenilor decât rezolvării problemelor, uneori în încercarea de a masca ceea ce ei pot considera drept eșec parental**. Uneori, copiii sunt și bătuți atunci când se află de consum, nu atât pentru faptă cât pentru că și-au făcut familia de rușine.

“(...) grupuri de sprijin în care am încercat într-un fel sau altul să educăm aparținătorii să înțeleagă că, să nu îl eticheteze, să nu îl învinovățească pe el, să nu arunce asupra consumatorului cuvinte de “numai tu ești de vină“, “numai datorită ție merge rău familiei“, “numai datorită ție nu am dormit azi noapte că ai venit consumat“, această acuzare poate accentua consumatorul, ci să încerce să stea de vorbă cu el atunci când nu e sub influența consumului, de fapt educația co dependenților, aparținătorilor din familie este foarte, foarte importantă.”

Haideți să vă spun părinții care vin la noi, care ajung cu copilul în faza declarată, care este prins într-un dosar penal, părinții nu vor să accepte, și ... nu știu, există aici părinți care au copii adolescenți, și chiar i-aș ruga să spună pentru că toți ne-am lovit de reticența, noi ca specialiști în prima fază, și de ce nu și eu am o fetiță e chiar la vârsta adolescenței care a sesizat unul dintre copii dintr-o clasă alăturată se refugia într-un loc și fuma, și părintele când a aflat a făcut o adevărată isterie. (neinteligibil) părinți responsabili care să discute între ei, am încercat să facem noi, este foarte greu, un părinte care se duce și spune altui părinte, sentimentul, că se întâmplă ceva, imediat este exclus, și copilul și părintele.

Stigmatizarea poate, în acest moment, să îmbrace mai multe forme. Copilul poate fi lovit, bătut, însă poate fi și exclus din familie și blamat pentru cele întâmplate. **Ajunge etichetat („din vina ta e totul“)** și uneori se încearcă **pasarea lui autorităților**, fie medici, fie psihiatri, care să îl poată rezolva fără ca familia să se implice. În astfel de situații **părinții văd doar problema pe care copilul o creează, și acesta este văzut ca având preponderent trăsături negative de caracter (oaia neagră a familiei)**. Există, în plus, și teama că de la consumul de droguri se poate ajunge foarte ușor la alte forme de delincvență, precum furtul (teama că va fura, de exemplu, bani din casă pentru a-și procura droguri) sau chiar traficul.

“E greu să spui cine e vinovat, nu poți să spui că e numai el vinovat sau numai ... dar problema este că fiecare răspunde pentru ceea ce face și dacă îi explici și vorbești și părinte și instituții și îi explici anumite lucruri (neinteligibil) dependența severă care câteodată îți poate crea o presiune, dar când se explică anumite lucruri, îți arată care sunt consecințele, nu doar la consumul de droguri, în general, băi asta e bine, asta nu e bine, uite ce se poate întâmpla, alea, alea la urma urmei e o vorbă, răspunzi pentru ceea ce faci la fel este și la asta. Aaa, ca de la caz la caz poți să primești un sprijin mai adecvat, mai puțin adecvat, depinde și de care sunt serviciile existente la un anumit moment dat în societate sau depinde de ai, dar acuma nimeni nu poate fi tras la răspundere că cineva nu a avut ce face și și-a băgat în venă seringă.”

Lipsește, uneori, din toată această poveste, după cum remarca un respondent psihiatru, o discuție despre emoțiile copiilor, cu aceștia, atât înainte de descoperirea consumului cât și după, ceea ce duce inițial la pericolul de a ignora anumite stări negative, și ulterior la imposibilitatea de a gestiona problema în mod corespunzător problema consumului.

Stigmatizarea la locul de muncă

Un consumator de droguri își găsește sau își păstrează foarte greu un loc de muncă, dacă acest comportament al său ajunge cunoscut. Pentru angajator, un astfel de individ este, înainte de toate, imprevizibil. Nu știi niciodată ce va face, și nici nu poți ști dacă va veni la serviciu și își va îndeplini toate îndatoririle. În plus, un consumator nu este apt să ia decizii, deoarece se consideră că drogurile îi pot influența această capacitate, și poate chiar pune în pericol siguranța locului de muncă, putând provoca și accidente, dacă ocupă o poziție în care este necesar să manevreze anumite utilaje.

Mai mult decât atât, un consumator, la locul de muncă, poate corupe și alți angajați, convingându-i și pe aceștia să consume, sau îi poate vătăma (poate să dea și în cap dacă nu și-a luat doza) sau chiar șantajă patronul dacă se află despre consum și se teme că va fi dat afară.

“Eu aș zice că o percepție este ca un consumator de drog va șantaja patronul în momentul în care are nevoie de o zi liberă sau de ...”

“Trebuie să rămână în continuare, de exemplu nu în situațiile în care se retrage, ci în situațiile în care vrea să rămână, că nu poți să mă dați afară, că nu poți demonstra că nu știu, eu ieri am consumat și poate să ajungă până la șantaj. Că vă dau în gol că nu ați înregistrat nu știu ce factură dacă dumneavoastră mă dați afară.”

Din relatările angajatorilor care au participat la focus-grupuri aflăm că experiența lor cu astfel de angajați a fost mai degrabă disruptivă. Au observat schimbări de comportament la angajații respectivi („a devenit irascibil“, „nu înțelegeam ce se întâmplă“), și au aflat după mai multe încercări că acestea erau datorate consumului. Chiar dacă au încercat să gestioneze situația, uneori fără a da afară angajatul, consideră că prezența unui astfel de om în echipă le poate afecta imaginea (un soi de echivalent al conceptului de rușine): „e vorba și de imaginea ta până la urmă“, ceea ce arată că asocierea cu un consumator de droguri poate pune pe toată lumea din jurul său într-o lumină negativă.

“Mai e o problemă, personal m-am simțit un pic ... cred că a fost primul, nu pot să îi zic rateu, tu ca specialist care angajezi, îți asumi ce angajezi, deci e vorba și de imaginea ta până la urmă ce ai adus în firma respectivă, sau companie externă, dacă ești la un moment dat ... e foarte delicată problema, foarte delicată.”

“Trebuie să rămână în continuare, de exemplu nu în situațiile în care se retrage, ci în situațiile în care vrea să rămână, că nu poți să mă dați afară, că nu poți demonstra că nu știu, eu ieri am consumat și poate să ajungă până la șantaj. Că vă dau în gol că nu ați înregistrat nu știu ce factură dacă dumneavoastră mă dați afară.”

“Este foarte greu de angajat și de lucrat cu aceste persoane pentru că ce spunea domnul nici o persoană nu seamănă una cu alta, nu are același comportament, fiecare persoană are un comportament diferit, nu e ca la fumat, și eu fumez, și doamna și doamna și domnul, dar ne comportăm practic cam la fel, deci nu ne influențează, nu ne ... pe când la consumul de droguri ...”

“Află colegii ... păi nu știu ce, mă duc să trag o țigară, trag ceva pe nas, și colegii ... iar a tras ceva pe nas, azi ești agitat, nu ai tras nimic pe nas, încep glumele, apoi dacă situația se înrăutățește și el își pune în ... își periclitează locul de muncă, deci nu mai este apt să ia niște decizii, angajatorul în secunda doi îl va înlocui, sunt mulți angajatori la care o femeie însărcinată este o problemă financiară în România.”

“Da, deci ăla nici nu discută cu un tip care consumă droguri sau care consumă de orice tip și alcool și ... alcool, e un bețiv, dă-l afară, e un drogat, dă-l afară, sunt alții la poartă care așteaptă cu toate că salariile în România sunt cum sunt, vorbim de angajatorii care ... chiar și în domeniul it-ului ăștia care sunt mai mari sau bancare, sunt mai mari, și la celelalte, producție sau construcții unde salariile nu sunt chiar așa ca în afară, și atâta timp cât el nu este un cronic, da ... în care să afecteze procesul de producție sau să îi deranjeze pe ceilalți, da ... el va fi tolerat acolo la locul de muncă.”

Un astfel de om slab ajunge astfel să fie exclus, în final, la fel ca în interiorul familiei.



Identificarea factorilor culturali care influențează atitudinile stigmatizante ale opiniei publice față de consumatorii de droguri.

Întrucât focus-grupurile solicitate în cadrul proiectului de cercetare au fost constituite în cea mai mare parte de experți care lucrează în domeniu, atât opiniile lor precum și majoritatea informațiilor culese în cadrul cercetării nu pot fi extrapolate la publicul larg, deoarece am avut de a face cu oameni mult mai bine informați decât majoritatea populației, și cu interacțiuni relativ constante și de durată lungă, atât cu consumatori de droguri cât și cu dependenți. S-a observat astfel o diferență foarte mare între discursul acestora și discursul celor câțiva respondenți reprezentând opinia publică, în privința calității și cantității de informații deținute.

Atitudinile stigmatizante ale opiniei publice față de consumatorii de droguri izvorăsc în primul rând din necunoaștere, pe care o putem înțelege și ca o lipsă de educație specifică privind drogurile, efectele lor, dependența și modalitățile de gestionare și de tratament. Având în vedere că cele mai multe informații pe care aceștia le dețin provin din media mainstream, unde apar de obicei doar anumite tipuri de știri, informații, precum și reprezentări stereotipale ale consumatorilor de droguri, percepția lor și atitudinea vizavi de consumatori sunt influențate în mare parte de această expunere parțială.

“Pentru că nu avem noi ca societate (neinteligibil) de a ne purta firesc și natural, deci nu aflăm despre un om că e consumator de droguri, gândiți-vă la reacția pe care o avem în relația cu orice om care are un eveniment nedorit, căruia i-a murit cineva, nu vă vine să vorbiți ca nu știți ce simte, sau care are o boală, nu vă vine să vorbiți ca (neinteligibil). Deci într-un fel poate că nu e neapărat o (neinteligibil) ci pur și simplu capacitatea noastră personală de a ne comporta cu un om pentru că nu știm cum, nu pentru că nu am vrea, nu pentru că l-am condamna, pur și simplu nu am fost educați să interacționăm, relaționăm cu oamenii în aceste situații.”

“Bun, dar decât să îl evităm și să chemați poliția, în sfârșit, dar decât să îl evitați, în momentul în care vine el nu mai este sub influența alcoolului, nu am putea oare să spunem, uite ok, înțeleg că treci printr-o perioadă mai ... înțeleg că ai o problemă, haide să mergi către un specialist, decât să îl evit. Bine, aici am dat un exemplu mai așa, mai dus spre extrem, dar în general asta se întâmplă. Sau vă dau un alt exemplu foarte foarte des întâlnit, suntem la o petrecere cu membrii familiei, hai familie extinsă, și vine unchiul Gigel care și ăla se rupe de băutura, toată lumea a plecat (neinteligibil) și cum îl vedem pe Gigel? E adevărat? Nimeni de acolo nu o să înceapă vreo discuție sau după aceea ...”

“De cele mai multe ori oamenii nu își dau seama de consumatori și se poartă ciudat cu ei doar după ce află că aceia sunt consumatori și nu pentru că își dau, este o chestie de percepție. Nu îți dai seama că el se droghează dar dacă îți spune cineva că el se droghează, atunci te vei comporta ... îți schimbi comportamentul și părerea despre acea persoană.”

“Eu cred că vine și dintr-o lipsă de informare a noastră, că noi nu știm mai nimic.”

Am arătat în secțiunea precedentă că stereotipul consumatorului de droguri este al unui individ situat la limita societății, cu probleme psihice și cu un comportament imprevizibil, aproape permanent sub influența drogurilor, deci de obicei incapabil să ia decizii raționale și de multe ori periculos. **Prezumția de disfuncționalitate și imprevizibilitate ghidează astfel și atitudinea opiniei publice, influențată însă într-o egală măsură și de discursul oficial despre droguri din societatea românească, precum și de criminalizarea acestora și a utilizatorilor.** Trebuie menționat, în acest context, și că cele două opțiuni de „tratament” cele mai cunoscute de către opinia publică implică instituții totale, asociate cu un alt tip de stigmat, chiar mai puternic : penitenciarul și instituția psihiatrică, numită sugestiv în lași „fără clanță”.

“Da, îți pune o etichetă, la început sunt private ca niște persoane care nu pot să aibă aceleași abilități ca o persoană normală, deși nu înțeleg de ce se face distincția asta între o persoană consumatoare de droguri și o persoană normală și sunt așa lăsate într-un colț să putrezească cum ar veni, pentru că toată lumea consideră că nu pot fi reintegrate, și apoi încet persoana se duce la consumul de droguri pentru că nu va primi ajutor în altă parte, tocmai pentru că este etichetat. Nimeni nu vrea să ... (neinteligibil) dintr-o parte în altă, du-te la psiholog, du-te la psihiatrie, vorbește cu etc și ajungem în același punct care nu prea se face nimic și sunt arătați cu degetul.”

Alternativele la cele două opțiuni mai radicale de tratament, consilierea și asistența psihologică, sunt și ele destul de dificil disponibile și nu sunt acceptate de opinia publică, existând și aici o oarecare stigma legată de frecventarea unui psiholog. **Dincolo de stigmă, însă, există, în societatea românească, un concept cultural care influențează în mod direct atitudinile stigmatizante ale populației: rușinea.**

“... este doar pacient, nu ai cum să empatizezi cu pacienții respectivi și să ajungi să îi salvezi. Tu ești acolo să îi tratezi și eventual în cazul pacienților consumatori sau dependenți dacă poți să încerci să îi dirijezi către o altă instituție. La un pacient care are o dependență familia este foarte importantă, dacă eu am un copil care consumă substanțe etnobotanice eu nu pot să îl duc la Socola sau în altă parte la un psiholog să îi spun, da ok, îți plătesc ședința, tu ești problema, tu ești bolnav, te tratezi sau rog pe cineva să te trateze, împreună, eu sau ceilalți membri ai familiei ar trebui să participe la ședințe ca să fie învățați cum să susțină o astfel de persoană, că nu o să rezolve instituțiile problemele noastre din familia noastră, aici e problema, familia o ia că vai ce rușine, vai că m-ai făcut de răs, vai de ce te-ai apucat ... bun, ok s-a apucat, te-a făcut de răs, dar hai să vedem cum rezolvăm problema, dar problema o rezolvăm toți.”

Problema drogurilor este de obicei trecută sub tăcere. Nu este conștientizată de către opinia publică în totalitate, și datorită criminalizării ei se preferă de multe ori ignorarea problemei până în punctul în care devine imposibil de evitat. Rușinea apare în legătură cu orice comportament considerat indezirabil în societate, orice transgresiune a normelor, și este cu atât mai mare cu cât este și transgresiunea. În raport cu consumul de droguri, în familie, manifestările rușinii duc la comportamente opuse celor recomandate pentru gestionarea consumului și a adicției.

Rușinea duce la acordarea unei importanțe mai mari imaginii publice în detrimentul vieții familiale. Astfel, multe familii preferă să salveze aparențele și să ignore sau să țină sub tăcere problemele legate de consumul de droguri, acordând prioritate unor obligații sociale în fața îndatoririlor familiale. În acest sens, unul dintre respondenți a povestit cum doi părinți au anulat o sesiune de terapie de familie datorită unei petreceri de Sfântul Dumitru, la serviciu. Chiar dacă rușinea afectează mai multe tipuri de relații dintre consumatori sau dependenți și oamenii din jurul lor, ea se manifestă cel mai mult în cadrul familiei, la fel ca în exemplul de mai sus, și provine nu doar ca răspuns la încălcarea normelor sociale, ci și ca modalitate de a apăra de 'ochii lumii' o situație văzută ca un eșec personal și familial. Este vorba despre eșecul de a fi părinte, senzație resimțită uneori de către cei care se regăsesc în această situație și care se învinovățesc pentru deciziile luate de-a lungul vieții copilului.

Și în familie e uneori la fel să știți. V-am spus, paradoxul, îl aduce pe bani, că e pe bani, și nu vine la grupul de familie ca e Sfântul Dumitru și că nu știu cine e Dumitru. (...) Așa se întâmplă. Asta a fost și raționamentul familiei. Trebuie să mergem că e Sfântul Dumitru și noi suntem o familie respectabilă, știți, tradiția și ... păi da, dar aici uite că ... da, lăsați că ...

Astfel, pentru a evita stigmatizarea asociată consumului de droguri, trebuie reușită o disociere a acestui comportament de noțiunea de rușine. Însă pentru a reuși așa ceva, trebuie utilizat un discurs care să decriminalizeze utilizatorii în familie, centrat pe nevoile lor și pe modalitățile de gestionare (nu combatere) a consumului și a efectelor acestuia, precum și pe procesul de vindecare a adicției, acolo unde este cazul.

“...să meargă pe căi direct, se poate merge pe direcția asta legată strict direct de ... mai întâi să se (neinteligibil) care e profilul consumatorului în general să mergi pe un mesaj adecvat către ei, legat mai ales pe zona de consecințe, nu neapărat pe pachetul de țigări să pui cap de mort, găsești ... pe zona de consecință, consecință ... Consecința din punct de vedere al sănătății, nu neapărat consecințe legale, pe zona de părinți trebuie mers din nou pentru că nu mi se pare normal că ... nu o fac intenționat, se iau cu grijă zilei de azi de mâine, hai să asigurăm traiul, alții se chinuie să găsească, să facă rost de bani de pâine pentru ziua următoare și așa mai departe dar să nu uităm niciodată că totuși când vorbim de copii trebuie să le asigurăm o ... cât de cât o prioritate, trebuie să fie o prioritate dintr-un anumit punct de vedere, adică să țină legătura cu școala, să fim atenți la comportamentul lui, ceea ce mi se pare ceva să spunem puțin ieșit din tipar să fim mai insistenți, adică ceva un mesaj adus către conștientizare, și pe parte de institut s-ar putea merge, însă depinde acum că sunt o groază de instituții, instituții vorbești la nivel mare în care faci (neinteligibil) și să te adresezi după aceea personalului care lucrează de exemplu, să te adresezi unor grupuri din anumite zone, mediul urban, mediul rural, să iei asistent social, polițiști, medici și să vii cu o informație care să le crească puțin gradul ăsta de implicare în primul și în primul rând, arătându-i anumite lucruri și venind cu o informație nouă și în felul ăsta le poți schimba puțin interesul, da ... pare din cărți așa ce spun eu dar cam astea sunt și ideile campaniei pe care trebuie să mergi, nu ... o campanie nu îți ... gata îți găsește soluția și asta este am făcut campanie, de acum încolo totul merge de la sine.”

Recomandări privind campania de destigmatizare

Un prim pas, atunci când discutăm despre o campanie media, este stabilirea publicului țintă, pentru că doar după stabilirea audienței relevante putem discuta despre conținutul propriu-zis al campaniei. În această privință, focus-grupurile au evidențiat două categorii specifice de atitudini stigmatizante, care apar la două categorii sociale diferite și au și consecințe distincte.

Prima dintre acestea apare la opinia publică în general, și este legată de stereotipurile existente în societate referitoare la consumatorii de droguri. Acest tip de stigmatizare nu este atât de nociv în mod direct, cu toate că este mult mai răspândit, deoarece de cele mai multe ori identitatea de consumator nu este dezvăluită în relațiile cu terții, din diferite motive. Pe de altă parte însă, ea stă și la baza celorlalte stereotipuri și discriminări, din categoria a doua, și este o stigmatizare bazată pe necunoaștere, astfel încât primul pas este conștientizarea problemei.

“Am să fac o mică paranteză dacă mi se permite, îmi amintesc că era o perioadă la un moment dat, vorbeam despre HIV, despre nouă nu ni se întâmplă în școli, în fine ... și ne-am gândit cum putem să schimbăm oarecum percepția lucrurilor și am ajuns la concluzia că nu putem să o facem decât mergând și stând de vorbă cu părinții la locul lor de muncă, și am luat un ong din Constanța cu copii tineri voluntari care au stat în fața acelor părinți de 50-60 de ani, de 40 de ani și le-a explicat foarte clar cum ... ceea ce înseamnă un act sexual iresponsabil, la ce poate să ducă, în prima etapă toți au fost siderați și vorbim de instituii publice, unde am fost în această campanie, după care, după primele 20 de minute oamenii și-au dat seama că într-adevăr că această problemă există și că într-adevăr nu au discutat-o cu ai lor copii în familie, deci numai mergând și vorbind direct, e ok și în mass media, și prin școală, dar trebuie să existe și face to face, mesajul acolo trebuie să ajungă, și cred că se poate face în această campanie și acest lucru, nu știu de ce resurse dispune (neinteligibil) în acest moment dar adunându-ne și pe noi instituțiile partenere în diverse proiecte putem să facem asta, ar fi o modalitate să ajungem la părinți și să ne explicăm, așa se poate întâmpla cu al tău copil mâine sau poate chiar astăzi, când tu ești la serviciu 8 ore, 10 ore, 11 pentru că așa se întâmplă, își parchează copii la școală și s-a terminat povestea, tu ști că este la școală, poate nu este și face lucrul acesta, deci haideți să vedeți, să conștientizați că există această posibilitate, să devină un consumator, poate sunt prăpăstioasă, v-am spus eu am un copil de 4 ani și deja mă gândesc ce se întâmplă în societatea de aici, în orașul de aici și cum copilul meu va fi pus în situația în care în față presiunii grupului să consume sau să nu consume, să fumeze sau să nu fumeze, și are abia 4 ani, deci trebuie să ne gândim la lucrul acesta, și numai dacă cineva vine și mă trage de ureche și îmi povestește despre ele, atunci pot să le conștientizez mai bine și iau măsurile necesare, ok campanii cum spuneam, sunt pe toate canalele dar nu știu, o soluție în care te focusezi pe mine 30 de minute părinte, ce ești, și îți spun asta, pentru tine și copilul tău, ce se poate întâmpla.”

Pentru opinia publică, cel mai important obiectiv al unei astfel de campanii trebuie să fie anularea diferenței dintre consumatorii de droguri și ceilalți. Stigmatizarea provine de la o diferență percepută, o caracteristică pe care oamenii o consideră deranjantă, cu atât mai mult cu cât aceasta este și criminalizată la nivelul societății. Din acest motiv, un consumator de droguri se erijează într-un celălalt, un om în mod fundamental diferit, și pentru a-i justifica acel tip de comportament oamenii recurg la o sumedenie de explicații, după cum am văzut. Toate acestea au în comun încercarea de a găsi o cauză clară prin care să se poată delimita de acel consumator, acel celălalt, chiar dacă uneori asta înseamnă că îl facem să devină mai puțin om decât noi (de exemplu, atribuindu-i un psihic slab).

Mesajul cheie al acestei campanii trebuie să fie axat pe **eliminarea cauzalității dintre una sau mai multe caracteristici stereotipe și consumul de droguri**. Mai mulți respondenți au propus, astfel, ca mesaj, **Oricine poate deveni consumator!**, care să evidențieze atât variația traiectoriilor psiho-sociale ce pot ajunge la consum, precum și multitudinea tipologiilor și profilurilor de consumatori. Un astfel de mesaj poate duce, în timp, la acceptarea acestor diferențe ca fiind minore, și la o schimbare de focus de la diferență la acceptare și gestionare, ceea ce lipsește în acest moment. Pentru că, dacă este vorba de un celălalt atât de diferit de mine, apare inevitabil întrebarea „de ce să îl ajut?“, și ajutorul este esențial în adicție.

Un exemplu de campanii de stigmatizare și mă treceți acolo la drepturi de autor că se înregistrează pe cameră, nu știu, o situație în care întâlnești pe stradă un drogat, un consumator, căzut, prăbușit prăjit, da ... ăla întinde o mână spre tine și spui pleacă de aici drogatul și de acolo cumva primul să meargă înapoi și să vezi în film cine este drogatul și cum a ajuns drogatul ăla să fie așa și poate să fie un avocat, un medic, un ... da? Încă în spatele fiecăruia, sta o persoană, un individ care din anumite motive la un moment dat a ajuns să facă lucrul acesta și este o bună campanie de eliminare a stigmei.

Al doilea tip de stigmatizare apare în momentul în care consumatorul interacționează fie cu autorități sau cu furnizori de servicii (cum ar fi cele medicale, de exemplu), fie cu persoane aflate în poziții cheie pentru traiectoria sa personală și profesională (de exemplu angajatori). În aceste cazuri, necunoașterea despre care am vorbit mai devreme duce la sentimente de frică. Poate fi vorba despre frică de contaminare, în cazul medicilor care trebuie să trateze sau să îngrijească un consumator sau un depedent, sau frica de delincvență în cazul angajatorilor.

Această frică izvorăște mai ales din lipsa de informare și din frica de ceea ce considerăm necunoscut și, mai ales, imprezizibil. După cum remarca un respondent, „**știind sau aflând că cineva se droghează, îți schimbi comportamentul față de persoana respectivă**“. Iar stigmatizarea consumatorilor se răsfârâge de multe ori și asupra celor care acceptă să lucreze cu ei sau să îi ajute, care pot ajunge la rândul lor considerați și chiar tratați diferiți din acest motiv.

Stigmatizarea din sistemul medical este poate unul dintre cele mai nocive cazuri de acest gen, întrucât se poate materializa în refuzul de a acorda primul ajutor, ceea ce poate duce chiar și la decesul potențialului pacient. În această situație, apar și alte stereotipuri legate de consumatori, mai ales la cei de droguri injectabile, văzuți ca posibili purtători de HIV sau hepatite. Chiar dacă există o obligație legală de a declara dacă suferă de vreuna dintre aceste boli, o mare parte dintre consumatori nu o fac și sunt chiar sfătuiți să nu o facă pentru a nu li se refuza ajutorul sau intervenția de care au nevoie.

În ceea ce privește angajatorii, un individ care consumă droguri va fi de cele mai multe ori perceput ca imprezizibil, și ca un om pe care nu te poți baza, care poate în plus și deveni infractor, din dorința de a-și procura bani pentru droguri. **El este un pericol pentru sine, uneori pentru firmă și pentru ceilalți, pe care îi poate corupe.**

Din nou, pentru a aborda și aceste cazuri de stigmatizare, campania trebuie să tindă către un mesaj de **atenuare a diferențelor și de normalizare a percepției consumatorilor de droguri**. Un mesaj similar, de genul **Oricine poate deveni consumator!**, poate atrage atenția și către fața nevăzută a consumatorului, și către tot traseul său până în momentul adicției sau după, în perioada de recuperare. Dacă aceștia sunt prezentați ca oameni obișnuiți, nu diferiți, stigmatul devine mai ușor de combătut.

O altă sugestie apărută în focus-grupuri și direcționată deopotrivă către publicul larg, specialiști și chiar și familie, este de **prezentare a consumatorului (mai ales a celui dependent) ca a unui bolnav**. În acest caz, el nu mai este un delincvent, sau mai rău, un criminal, ci un bolnav ca oricare altul, care are nevoie de îngrijire, întrucât adicția este o boală. Acest tip de mesaj trebuie însă transmis cu grijă, deoarece poate întări ideea potrivit căreia dependentul, cu atât mai mult dacă este prezentat ca un bolnav, nu mai este responsabilitatea aparținătorilor, precum familia, ci a statului sau a altor instituții abilitate să îl gestioneze. Reprezentanții autorităților se lovesc deja de astfel de probleme, mai ales din partea părinților care nu știu cum să se ocupe de copiii lor „cu probleme“, și consideră că pot pasa responsabilitatea unei anumite instituții, mai competente decât familia.

Referințe bibliografice:

- Howard S. BECKER (1953), „Becoming a Marihuana User“, *The American Journal of Sociology*, Vol. 59, No. 3, pp. 235-242
- Gilles FERREOL (coord) (2000), *Adolescenții și Toxicomania*, Iași, Polirom
- Erving GOFFMAN (1975), *Stigmat. Les Usages Sociaux des Handicaps*, Paris, Ed. Minuit
- Albert OGIEN (2002), *Sociologia Devianței*, Iași, Polirom