

Volum coordonat de
Adina Karner-Huțuleac,
Tudor-Daniel Huțul

**ADICTIILE ÎN SOCIETATEA
CONTEMPORANĂ
DE LA ACCEPTARE LA SCHIMBARE**

POLIROM
2023

Cuprins

<i>Prezentarea autorilor</i>	9
<i>Cuvânt-înainte</i>	17

Partea I

Psihologia adicției – aspecte generale

Capitolul 1. Definiție și tipuri principale de adicții (<i>Tudor-Daniel Huțul, Adina Karner-Huțuleac</i>)	23
Capitolul 2. Neuroanatomia și fiziopatologia adicțiilor (<i>Robert Omulov</i>)	32
Capitolul 3. Factorii de risc pentru adicții (<i>Adina Karner-Huțuleac, Georgiana Lăzărescu</i>) ...	46
Capitolul 4. Personalitatea și adicțiile (<i>Romeo Zeno Crețu, Sylvia Crețu</i>).	55

Partea a II-a

Adicția la adulți – opțiuni și provocări

Capitolul 5. Mediul familial și adicțiile (<i>Adina Karner-Huțuleac</i>)	75
Capitolul 6. Adicția – posibilă consecință a traumei (<i>Cornelia Măirean, Alexandra Maștei</i>) ...	89
Capitolul 7. Impactul adicțiilor asupra vieții personale și profesionale (<i>Andreea Huțul, Iulia Boncu</i>)	100
Capitolul 8. Autoajutorarea în adicții (<i>Laura Maștei</i>)	110

Partea a III-a

Părinții adolescenților cu adicții

Capitolul 9. Impactul adicțiilor asupra performanțelor școlare (<i>Raluca Sassu</i>).	125
Capitolul 10. Identificarea semnelor timpurii ale adicției la adolescenți (<i>Irina-Cristina Pachița</i>)	135
Capitolul 11. Rolul părinților în lupta adolescenților cu adicția (<i>Claudia Iuliana Iacob</i>) ...	147
Capitolul 12. Navigând în labirintul virtual. Abordări parentale și intervenții terapeutice pentru adicția de internet și de jocuri video (<i>Andreea Huțul</i>).	157

Partea a IV-a

Față în față cu dependența – adicția în consilierea școlară și psihologică

Capitolul 13. Consumul de alcool și droguri în cuplu (<i>Maria-Alexandra Hasnaș</i>)	169
Capitolul 14. Consumul de alcool și droguri la adolescenți (<i>Ioana Bianca Pitiruț, Violeta Enea</i>)	182
Capitolul 15. Consumul problematic de pornografie (<i>Ioana-Cătălina Roman, Alexandra Maștei</i>)	195
Capitolul 16. Problematika jocurilor de noroc în societatea contemporană (<i>Tudor-Daniel Huțul</i>)	208
Capitolul 17. Consumul de <i>smart drugs</i> (<i>Magdalena Iorga, Isabela Manole</i>)	217
Capitolul 18. De la pofta de mâncare la adicția alimentară – cercul vicios al supraconsumului de alimente (<i>Ana-Maria Gal, Oana Dumitrașcu</i>)	234
Capitolul 19. Consumul problematic de internet și dispozitive cu ecran în rândul copiilor și tinerilor (<i>Adina-Petronela Vechiu</i>)	247

Partea a V-a

Modele psihoterapeutice de intervenție în cazul adicțiilor

Capitolul 20. Prevenția adicțiilor (<i>Mona Vintilă</i>)	265
Capitolul 21. Psihoterapia cognitiv-comportamentală în adicții (<i>Ancuța Elena Păduraru, Camelia Soponaru</i>)	276
Capitolul 22. Psihoterapia sistemică în consumul problematic de pornografie și în adicția față de jocurile de noroc (<i>Tudor-Daniel Huțul</i>)	287
Capitolul 23. Elemente de hipnoterapie în contextul adicțiilor (<i>Tudor-Ștefan Rotaru</i>)	296
Capitolul 24. Adicția în abordarea narativă (<i>Ovidiu Gavrilovici</i>)	305
Capitolul 25. Elemente de terapie centrată pe emoții specifice în abordarea adicțiilor (<i>Oana Dănilă</i>)	313
Capitolul 26. Psihoterapia prin muzică – formă complementară de intervenție în terapia adicțiilor (<i>Alexandru Popescu</i>)	324
Capitolul 27. Gestionarea recăderilor (<i>Smaranda Bujă</i>)	336
Capitolul 28. Identitatea socială și rolul ei în recuperarea după dependențe (<i>Daniela Muntele Hendreș</i>)	347
Capitolul 29. Adicțiile și spiritualitatea (<i>Smaranda Bujă</i>)	357

Partea a VI-a

Adicțiile și societatea contemporană

Capitolul 30. Adicții, gen și diferențe de sex (<i>Maria Nicoleta Turliuc</i>)	371
Capitolul 31. Consumul de alcool, droguri și medicamente – impactul asupra siguranței rutiere (<i>Corneliu Havârneanu</i>)	383
Capitolul 32. Abordări multidisciplinare ale adicțiilor în contextul dizabilității (<i>Andrea Hathazi, Carmen Costea-Bărluțiu</i>)	398
Capitolul 33. Adicțiile în proza contemporană. Narațiuni ale traumei, experimente de supraviețuire (<i>Emanuela Ilie</i>)	411
Capitolul 34. Adicțiile și marketingul în societatea contemporană. Despre responsabilitatea (morală) a marketerilor (<i>Mara Zaharia</i>)	426

2. Cum se raportează adolescentul cu adicție la părinții săi

Comportamentul adolescentului cu consum problematic de substanțe se modifică. Părinții pot observa, de cele mai multe ori, o combinație a indicatorilor de mai jos (MacNamee, 2003):

- nu mai are interes pentru activitățile familiale (de pildă, nu mai vrea să ia cina alături de familie; nu mai joacă fotbal cu tatăl său, ca înainte; refuză să mai joace jocuri de societate, precum Monopoly, cu părinții);
- nu-și mai aduce acasă vechii prieteni, cunoscuți părinților. Adolescentul poate argumenta că s-a plictisit de prietenii vechi sau că nu mai au interese comune, iar acum are prieteni noi. Adesea, acești prieteni noi îl invită mai frecvent la petreceri sau în cluburi;
- întârzie mult și inexplicabil să ajungă acasă de la școală; dacă este întrebat unde a fost sau ce a făcut, dă răspunsuri evazive sau devine recalcitrant. Această atitudine crește frecvența conflictelor cu adolescentul și deteriorează relațiile echilibrate preexistente, izolând adolescentul și mai mult de familie;
- crește timpul în care părinții nu știu unde se află adolescentul sau ce face;
- încep să lipsească lucruri din casă sau obiecte personale (de exemplu, o adolescentă își poate vinde sau amaneta diferite bijuterii prețioase primite de la părinți);
- se comportă urât cu frații mai mici și nu-și mai îndeplinește sarcinile în raport cu aceștia (de exemplu, dacă înainte adolescentul își lua fratele mai mic de la școală și veneau împreună acasă, în prezent nu mai vrea să facă asta, întârzie mult sau spune că a uitat);
- reacționează agresiv la încercările părinților de a impune limite rezonabile, pe care adolescentul le respecta în trecut. Se poate produce o modificare a valorilor tânărului. De exemplu, dacă înainte rareori mințea, părinții descoperă că în prezent minte frecvent.

Multe dintre manifestările descrise anterior apar, în diferite grade, și la adolescenții care nu au o dependență, ceea ce face dificilă munca părinților de a detecta adicțiile. Modificările relaționale sunt însoțite, de obicei, de schimbări ale stării de sănătate fizică. Astfel, adolescentul își modifică rutinele de alimentație și scade în greutate, doarme mai mult și spune că este obosit. Poate tuși mai des sau prezenta simptome atribuite răcelilor sau alergiilor. Părinți pot observa, de asemenea, cearcăne, ochi înroșiți, tremurături la nivelul mâinilor (MacNamee, 2003).

3. Ce pot face părinții pentru a-și ajuta adolescentul cu adicție de substanțe

Contribuția pozitivă a părinților se poate manifesta în faze diferite ale relației adolescentului cu substanțele adictive: în faza de prevenție, în identificarea consumului problematic de substanțe, în procesul de recuperare și în faza de prevenire a recăderilor.

În *faza de prevenție*, adolescentul încă nu a luat contact cu o substanță adictivă sau nu a dezvoltat încă o adicție. Știm din literatură că legăturile strânse cu părinții constituie un factor de protecție pentru abuzul de substanțe (MacNamee, 2003), ceea ce înseamnă că programele de prevenție care îi învață pe părinți cum să se comporte pot avea succes. Curriculumul European de Prevenție publicat de Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2019) evidențiază că prevenția familială se poate concentra pe trainingul comportamental al părinților, pe dezvoltarea abilităților de relaționare în familie, pe îmbunătățirea relației părinte-copil și pe monitorizarea corespunzătoare a adolescentului.

În ceea ce privește comportamentul părinților, se recomandă următoarele (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2019):

- să își exprime propriile emoții în cuvinte și să promoveze exprimarea emoțională în familie;
- să arate empatie față de dificultățile copilului și față de alte persoane, pentru a modela un comportament empatic al adolescentului;
- să învețe strategii sănătoase în a-și gestiona propria furie sau stresul intens pentru a nu expune copilul unor manifestări extreme și pentru a-l învăța cum să depășească sănătos perioadele grele din viață;
- să utilizeze atenția pozitivă în creșterea copilului: să observe și să comenteze comportamentele pozitive ale copilului, nu doar pe cele disruptive;
- să corecteze propriile opinii permissive cu privire la abuzul de substanțe sau, după caz, să trateze propriile adicții (de exemplu, de tutun, de alcool, de jocuri de noroc);
- să adopte un stil parental democratic, caracterizat printr-o relație apropiată cu copilul, însoțită de exprimarea clară a așteptărilor și a limitelor; părinții care adoptă acest stil de parenting sunt afectuoși față de copiii lor, încurajează exprimarea emoțiilor și, în același timp, folosesc strategii pozitive de disciplinare și monitorizare a acestora (Sanvictores & Mendez, 2022). Un studiu recent, realizat aproape pe 11.000 de persoane din țări est-europene, a arătat că stilul parental democratic a fost asociat negativ cu consumul de substanțe în adolescență, iar stilurile parentale autoritar și permisiv au corelat pozitiv cu acest comportament (Klanjšek, Vazsonyi & Javakhishvili, 2023).

Identificarea consumului problematic de substanțe cât mai devreme este necesar pentru evitarea escaladării efectelor negative ale adicției. Pentru a facilita această identificare, este necesar ca părinții să fie atenți la modificările apărute în comportamentul adolescentului, așa cum au fost ele descrise la subcapitolul 2 al acestui capitol. În momentul în care un părinte a identificat că adolescentul consumă substanțe ilicite, acesta poate

avea mai multe reacții: (1) să vorbească cu copilul despre ce s-a întâmplat și despre efectele nocive; (2) să pedepsească copilul; (3) să caute servicii specializate în gestionarea problemei copilului. O cercetare desfășurată pe 975 de părinți a investigat ce fac aceștia după ce descoperă că au un adolescent cu consum problematic de substanțe. Conform acestei cercetări, răspunsul părinților tinde să fie centrat pe discuții și pedeapsă (ca măsură reparatorie) în cazul adolescenților intoxicați cu alcool și canabis, respectiv pe căutarea serviciilor de specialitate în cazul adolescenților consumatori de alte droguri ilicite (Curtis *et al.*, 2019). Ca atare, când substanțele sunt văzute ca fiind mai adictive și pericolul asociat consumului ca fiind mai mare, părinții tind să caute ajutor.

Intervențiile de recuperare din adicții sunt multiple, iar durata lor variază de la caz la caz. Dacă ne concentrăm pe intervențiile psihosociale de familie, care implică și părinții, o metaanaliză a arătat că programele terapeutice de familie sunt mai eficiente în tratarea adicțiilor la adolescenți comparativ cu intervențiile individuale (terapia cognitiv-comportamentală, interviul motivațional) și consilierea de grup (Tanner-Smith, Wilson & Lipsey, 2013). Ca atare, a trata adolescentul fără să fie implicată și familia poate limita succesul intervenției, întrucât sistemul familial reprezintă principalul sistem de suport pentru adolescent, iar disfuncțiile relaționale între membrii familiei nu pot fi adresate prin psihoterapia individuală și vor continua să-i influențeze comportamentul (Lander, Howsare & Byrne, 2013). Cele mai studiate modele de terapie de familie din zona adicțiilor, care se bucură și de suport empiric, sunt următoarele: terapia multidimensională de familie (TMF) (Liddle *et al.*, 2001), terapia strategică scurtă de familie (TSSF) (Szapocznik, Hervis & Schwartz, 2003) și terapia funcțională de familie (TFF) (Alexander & Parsons, 1982).

În TMF se pornește de la premisa că problemele adolescentului sunt rezultatul unor factori interconectați, precum sistemul social, familial, sistemul de prieteni și cel educațional. Intervenția este manualizată și cuprinde următoarele etape (Calix, Garrett & Fine, 2018):

- *implicarea în proces*: terapeutul se întâlnește separat cu adolescentul și cu părinții pentru a vedea perspectiva fiecărei părți și motivația pentru schimbare, iar apoi se fac ședințe cu toată familia. În acest stadiu, părinții sunt educați cu privire la practicile parentale sănătoase și la modificările pe care le pot face în mediul de viață al adolescentului (spre exemplu, restrângerea accesului la diverse substanțe, monitorizarea parentală). De asemenea, se optimizează stilurile de comunicare între membrii familiei și se prescriu activități de familie în afara sesiunilor. Se inițiază contactul și cu alți factori implicați în viața adolescentului, precum profesorii – pentru a discuta eventualele schimbări ce se pot face la școală;
- *intervenția primară*: la fel ca în faza precedentă, terapeutul lucrează atât cu adolescentul, cât și cu părinții. Aceștia sunt instruiți cum să aibă grijă de ei (de exemplu, cum să-și gestioneze mai bine stresul) și cum să răspundă mai sănătos situațiilor conflictuale din familie. Au loc jocuri de rol în care părinții sunt învățați cum să comunice cu adolescentul, cum să răspundă provocărilor acestuia, cum să stabilească limite fără să se jignească unii pe ceilalți. Se întărește ideea că familia reprezintă o echipă și că fiecare membru al echipei lucrează pentru binele ei. Sunt discutate direct situații neplăcute din trecut și modalitățile de răspuns utilizate (Liddle *et al.*, 2005);

- *încheierea*: pe parcursul întregului proces se încurajează observarea progreselor și se normalizează faptul că neînțelegerile sunt parte a vieții de familie. Totodată, se întăresc strategiile de comunicare, de relaționare și de gestionare a conflictelor pe care membrii familiei le-au învățat pe parcursul terapiei.

TSSF este o variantă scurtă a terapiilor de familie, cu un caracter mai directiv, care pune accent pe lucrul cu situațiile din prezent. Ea nu diferă la nivel de principii de TMF. Fazele de tratament sunt divizate în: alăturare/implicare, diagnosticare și restructurare (Horigian *et al.*, 2005). Primele două sunt similare cu ceea ce am descris la TMF. Pentru a facilita schimbarea și restructurarea, terapeutul TSSF folosește reîncadrarea ca metodă de intervenție. De exemplu, părinții sunt încurajați să reîncadreze revolta adolescentului ca o modalitate de independență. Astfel, se poate discuta ce înseamnă independență, la ce metode de control pot părinții renunța sau cum pot să își monitorizeze adaptativ copilul, fără ca acesta să se simtă încorsetat. Spre deosebire de TMF, nu lucrează pe factori extrafamiliali care intervin în problemele adolescentului (Calix, Garrett & Fine, 2018), ceea ce poate fi considerată o limită atunci când vorbim despre adicții.

TFF este similară cu cele descrise mai sus la nivel de principii și importanță acordată implicării părinților. În schimb, împarte procesul terapeutic în cinci faze de tratament: (1) implicare; (2) motivare; (3) evaluare relațională; (4) schimbare comportamentală; (5) generalizare (Alexander *et al.*, 2013). În faza de evaluare relațională, terapeutul urmărește să vadă cine din familie caută o conexiune mai apropiată (poate fi un părinte sau chiar adolescentul), cine caută să se distanțeze (de pildă, tatăl nu poate face față problemelor și caută să se retragă din conversațiile sensibile) și cine vrea să stabilească o ierarhie (de exemplu, adolescentul poate căuta să își subjuge părinții; un părinte are așteptarea ca ceilalți din familie să i se supună). Aceste informații sunt utilizate pentru a implementa schimbări similare cu cele din intervenția primară a TMF. În același timp, se acordă importanță flexibilizării cognițiilor și tiparelor de gândire rigidă ale membrilor familiei. După ce au fost implementate schimbări în relație cu problema principală a adolescentului (cu adicția), se urmărește generalizarea abilităților și în gestionarea altor dificultăți familiale.

Ca atare, în privința procesului de recuperare există mai multe opțiuni de terapii de familie care sunt susținute empiric și care au principii similare. Chiar dacă procesul poate fi dificil și solicită multe resurse de timp, energie și răbdare din partea părinților, el nu ar da rezultate fără această mobilizare.

În *faza de prevenire a recăderilor*, când adolescentul nu mai are suportul terapeutic direct, părinții pot fi cei care fac diferența. Studiile anterioare au arătat că ratele de recădere variază mult, între 33% și 86% (Lopes-Rosa *et al.*, 2017; Wang *et al.*, 2016). Cu toate acestea, suportul familial este un factor important de protecție alături de influențele covârșnicilor. În această etapă, părinții vor continua să monitorizeze activitățile adolescentului și să observe ce modificări comportamentale nedorite apar. Abilitățile de comunicare familială deschisă, încurajarea exprimării emoțiilor în familie și abordarea constructivă a conflictelor vor ajuta părinții să rămână aproape de adolescent și de dificultățile pe care el le întâmpină. În același timp, părinții îi pot reaminti adolescentului de tehnicile învățate pe parcursul terapiei și pot monitoriza dacă acesta aderă la planul de prevenire a recăderilor pe care l-a stabilit în terapie.

4. Influența negativă a familiei asupra procesului de recuperare

Din informațiile prezentate mai sus putem observa cât de importanți sunt părinții în prevenirea și gestionarea unei probleme de adicție la adolescenți. Privind lucrurile dintr-o perspectivă disfuncțională, în această secțiune vom prezenta contribuțiile nesănătoase pe care comportamentul și problemele personale ale părinților le au în viața unui adolescent vulnerabil la adicții.

În primul rând, părinții pot avea atitudini foarte permissive față de consumul de substanțe, ceea ce corelează cu un risc mai ridicat de adicție la adolescenți chiar și când permisivitatea se manifestă față de substanțe legale. Un studiu longitudinal realizat în șapte țări europene a investigat în ce măsură permisivitatea părinților cu privire la fumat și alcool are impact asupra consumului de droguri ilicite la adolescenți. Rezultatele culese de la studiul aplicat pe 3.171 de participanți au arătat că aceste atitudini permissive prezic consumul de droguri ilicite mai ales în rândul băieților (Mehanović *et al.*, 2022). Drept urmare, este recomandabil ca specialiștii care intră în contact cu părinții să îi educe pe aceștia împotriva promovării consumului de substanțe legale (tutunul și alcoolul) și ilegale față de copii și în manifestarea dezaprobării ferme față de asemenea comportamente nesănătoase.

În al doilea rând, există părinți cu o atitudine abuzivă atunci când află că adolescentul a luat contact cu o substanță legală sau ilicită. Pot deveni violenți față de proprii copii și excesiv de exigenți, atitudine care deteriorează mult relația părinte-copil și îl încurajează pe adolescent să recapete controlul asupra vieții sale într-un mod necorespunzător. Reacția adaptativă urmează câteva etape, astfel încât să se minimizeze riscul de continuare a consumului: (1) părintele discută amiabil cu adolescentul pentru a afla mai multe informații despre contextul în care consumă substanța (cu cine, în ce locuri, cu ce frecvență, motive care stau la baza consumului); (2) părintele caută să vadă în ce măsură adolescentul este conștient de consecințele negative ale consumului și ce atitudine are față de ceea ce a făcut (dacă îi pare rău, dacă neagă orice efect advers, dacă devine revoltat și spune că poate să facă orice dorește, dacă își exprimă îngrijorarea și caută sprijin familial); (3) părintele discută cu adolescentul care ar fi cele mai bune metode de a-l ajuta să diminueze/stopeze consumul (o pedeapsă, modificarea mediului, a anturajului, monitorizarea parentală, modificări în relația părinte-copil, consilierea școlară etc.); (4) implementează strategiile discutate cu adolescentul, inclusiv apelarea la servicii de consiliere sau terapie de familie, după caz.

În al treilea rând, există familii în care unul sau ambii părinți au ei înșiși cel puțin o adicție comportamentală (de jocuri de noroc, de exemplu) sau de substanțe (de alcool, de tutun etc.). Acest lucru transformă mediul familial într-unul impredictibil, conflictogen, cu potențial ridicat de abuzuri și inversare de roluri (Lander, Howsare & Byrne, 2013). Cu alte cuvinte, adolescentul primește de la părintele cu adicție un model nesănătos de gestionare a situațiilor de viață, ceea ce îl predispune la comportamente similare în viitor. Un părinte cu o adicție de substanțe are o probabilitate mai mare de a-și neglija copilul, de a-l abuza fizic sau sexual (Lipari & Van Horn, 2017). Inversarea de

roluri se referă la instanțele în care copilul, din necesitate, își asumă roluri de îngrijire în raport cu propriul părinte (de exemplu, copilul își ajută părintele aflat în stare de ebrietate să se schimbe de haine, să se spele sau să se ridice de jos) sau roluri de adult (de pildă, gestionează gospodăria, plătește facturile, face curat, mâncare, are grijă de alți membrii din familie). Copiii crescuți de părinți care fac abuz de substanțe au și ei un risc mai ridicat de adicții. Având în vedere disfuncționalitatea deja existentă în familie, șansele de includere într-un program corespunzător de recuperare sunt diminuate. Am văzut mai sus că intervențiile de familie sunt mai eficiente comparativ cu cele individuale, ceea ce înseamnă că un asemenea adolescent va întâmpina obstacole mai mari în recuperare dacă are un părinte care nu își tratează propria adicție.

În concluzie, atitudinile părinților pot influența negativ consumul de substanțe la adolescenți. Din fericire, există strategii prin care pot fi modificate aceste atitudini astfel încât părinții să promoveze comportamente sănătoase în familie și să gestioneze adaptativ momentele în care adolescenții nu se comportă conform așteptărilor adulților.

5. Concluzii

Pe parcursul acestui capitol, rolul părinților în lupta adolescenților cu adicțiile a fost conceptualizat din perspectiva teoriei sistemice de familie, care permite explicarea apariției factorilor de vulnerabilitate genetică și familială pentru adicții, precum și a factorilor de menținere, respectiv de reziliență. Din punct de vedere practic, specialiștii au dobândit informații de bază despre cum se modifică atitudinea adolescentului cu consum problematic de substanțe, astfel încât să poată educa părinții înspre detectarea semnalelor de avertisment. De asemenea, aceștia au aflat care sunt principalele modele de terapie de familie pe care le pot încorpora în practică lor profesională. Părinții au aflat cât de importante sunt relațiile dintre membrii familiei, dar și modelul oferit de ei pentru creșterea și dezvoltarea sănătoasă a unui adolescent. Totodată, au fost informați despre contribuția pozitivă pe care o au în procesul de recuperare și despre atitudinile negative care constituie un obstacol în calea recuperării adolescentului. La final le-au fost oferite părinților recomandări cu privire la minimizarea acestor atitudini nefavorabile.

Bibliografie

- Alexander, J.F. & Parsons, B.V. (1982). *Functional family therapy: Principles and procedures*. Brooks & Cole.
- Alexander, J.F., Waldron, H.B., Robbins, M.S. & Neeb, A.A. (2013). *Functional family therapy for adolescent behavior problems*. American Psychological Association.
- Baldwin, S.A., Christian, S., Berkeljon, A. & Shadish, W.R. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 281-304. Disponibil online: <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00248.x>