UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ”
DIN CHIŞINĂU
CATEDRA DE PSIHOLOGIE

Elena LOSÎI

PSIHOLOGIA COMPORTAMENTULUI ADICTIV

Suport de curs

Chișinău, 2025

Aprobat de Senatul Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă” din Chișinău din 18.12.2024, proces - verbal nr. 5

Recenzenți: Adăscălița Viorica, doctor în psihologie, conferențiar universitar, Catedra de Psihologie, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”

Cerlat Raisa, doctor în psihologie, conferențiar universitar, Universitatea de Stat din Moldova

Descrierea CIP a Camerei Naţionale a Cărţii

Losîi, Elena.

Psihologia comportamentului adictiv : Suport de curs / Elena Losîi ; Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă" din Chişinău, Catedra de Psihologie. – Chişinău : [S. n.], 2025 (CEP UPSC). – 142 p. : fig., tab. color.

Bibliogr.: p. 141-142 (28 tit.). – [100] ex.

ISBN 978-9975-48-208-0.

159.922.5:316.624-056.83(075.8)

L 79

. . . © Losîi Elena

CUPRINS

INTRODUCERE	**4**
1. Dependența și limitele ei	**5**
2. Neoroanatomia și fiziopatologia adicțiilor	**14**
3. Factorii de risc pentru comportamente dependente	**21**
4. Tabagismul	**31**
5. Alcoolismul	**39**
6. Toxicomania	**52**
7. Dependența de droguri	**54**
8. Intervenția în abuzul de substanțe	**62**
9. Dependența de gadget-uri	**77**
10. Dependența de jocuri de noroc	**99**
11. Dependența de muncă	**109**
12. Dependențele alimentare	**117**
13. Dependența de cumpărături	**127**
14. Prevenția, tratamentul adicțiilor	**134**
BIBLIOGRAFIE	**141**

INTRODUCERE

Cursul *Psihologia comportamentului adictiv* abordează o problemă actuală a societății de azi, prezentând impactul schimbărilor socio-economice asupra comportamentelor oamenilor, și, în special, al copiilor. Adicțiile reprezintă una dintre cele mai răspândite și complexe problematici din societatea contemporană, cu un impact negativ semnificativ asupra vieții personale, a familiei, dar și asupra întregii comunități. Atât adulții, cât și copiii pot fi afectați de o multitudine de adicții, dintre cele mai diverse și mai complexe, de la alcool, droguri și jocuri de noroc până la gadget-uri. Acestea pot aduce consecințe negative pe termen scurt, mediu sau lung, în funcție de context , unor arii dintre cele mai diverse, precum sănătatea fizică și mintală, viața de familie, relațiile sociale, performanță școlară sau randamentul la locul de muncă.

Dependența a fost și este una din cele mai importante probleme ale societății noastre. Din timpuri străvechi, omul a folosit diferite substanțe pentru a-și altera propria stare de conștiință – pentru a stimula sau relaxa, pentru a-și induce somnul sau pentru a-l preveni, pentru a-și intensifica percepțiile obișnuite sau pentru a-și produce halucinații. „E singura mea plăcere. Doar de data asta..." Sunt acestea scuze întemeiate pentru păstrarea proastelor obiceiuri? Unele deprinderi sunt inofensive, dar altele pot să distrugă sănătatea și viața. Mulți oameni obișnuiesc sa bea din când în când cate un pahar, fără să ajungă alcoolici. Unii apelează ocazional la somnifere pentru a face față insomniilor și depresiilor trecătoare, dar nu devin consumatori permanenți. De ce unii devin dependenți, iar alții – nu? Ce înseamnă dependența? Care sunt limitele ei? Care sunt manifestările dependenței fizice şi psihice? La aceste şi multe alte întrebări destul de actuale pentru societatea noastră încearcă să răspundă cursul de psihologia persoanelor dependente. Este foarte important sa facem deosebirea între dependența, pe de-o parte, și pofte pe care cu greu ni le putem stăpâni, pe de alta. Poți fi dependent de nicotină, însă dorința nestăpânita de a manca o ciocolată este mai degrabă o poftă, decât o dependență. Specialiștii consideră că oamenii tind sa devină dependenți de ceea ce se află la îndemâna lor. În cazul somniferelor, de pildă, persoanele expuse acestui risc sunt cele cărora li se prescriu asemenea medicamente.

Substanțele care afectează comportamentul, conștiința și dispoziția psihică sunt denumite psihoactive. Acestea includ nu numai drogurile cum sunt heroina și marijuana, ci și tranchilizantele, stimulentele și alte substanțe bine cunoscute precum tutunul, alcoolul și cafeaua.

La prima vedere, dependenta pare să fie una din multele forme de devianță ce caracterizează cultura și societatea noastră. Dacă examinam acest fenomen cu atenție, mai ales din punct de vedere psihologic, se dovedește mult mai complex decât o simpla „devianță". Pentru a înțelege acest fenomen complex, să încercăm sa vedem cum a fost definit pornindu-se de la puncte de vedere diverse.

Ce înseamnă dependenta? Care sunt limitele ei? Care sunt manifestările dependenței fizice şi psihice? La aceste şi multe alte întrebări destul de actuale pentru societatea noastră vor fi abordate în cadrul acestei discipline. Varietatea formelor de manifestare şi a mecanismelor ce stau la baza comportamentelor adictive este foarte

mare. Este important pentru un viitor psiholog să le cunoască în vederea profilaxiei manifestărilor dependente sau a combaterii lor, să cunoască modalitățile şi metodele de lucru eficient cu persoanele adictive de diferite tipuri.
Principalele competențe dezvoltate în cadrul cursului:

- Cunoaşterea aspectelor importante ale comportamentelor dependente, natura dependenţei, tipologia, sursele generatoare de comportamente adictive.
- Cunoaşterea şi aplicarea tehnicilor de diagnosticare a diferitor tipuri de dependenţe şi a strategiilor de profilaxie şi combatere.
- Însuşirea şi analiza mecanismelor dependenței.
- Identificarea condiţiilor în care apar dificultăţile comportamentale şi elaborarea strategiilor de depăşire
- Formarea abilităţilor de lucru cu persoanele dependente.

1. DEPENDENȚA ȘI LIMITELE EI

Finalităţi de studiu:

1. Să distingă domeniul de studiu al *psihologiei dependenței*
2. Să delimiteze conceptele cheie: *utilizare, consum nociv, dependența, toleranță, neuroadaptare.*
3. Să caracterizeze tipurile de consum și etapele formării dependenței.
4. Să identifice particularitățile psihologice specifice adictului.

1. Conceptele de bază ale cursului

Indiferent de adicția propriu-zisă la care ne raportăm este imperios necesar să înțelegem în profunzime aceste comportamente ce pot afecta în mod negativ bunăstarea fizică și psihică atât a persoanelor implicate în mod direct în comportamente adictive, cât și a celor din jur. Dependența sau comportamentele adictive cuprind tulburări mintale, simptome neuropsihologice, dar și obiceiuri de viață dezadaptative sau dăunătoare. De asemenea, adicția este văzută drept dorința de implicare în comportamente ce pot aduce recompense senzoriale. Aceste comportamente aducătoare de gratificări pot fi dintre cele mai diverse, precum consumul de alcool, droguri sau implicarea în jocuri de noroc.

Comportamentul addictiv – un tip al comportamentului dezadaptiv, pentru care este caracteristică tendinţa de a se retrage, de a fugi de realitate prin modificarea artificială a stării psihice, fie prin administrarea unor substanţe, fie prin fixarea atenţiei asupra unor tipuri de activităţi cu scopul dezvoltării şi menţinerii unor emoţii intensive (*Ц. П. Короленко, Е. А. Донских*). Uneori conceptul de dependență este confundat cu conceptul de utilizare. **Utilizarea** reprezintă consumul de substanţe psihoactive care nu antrenează complicaţii somatice sau alte consecinţe negative. Ea poate fi:

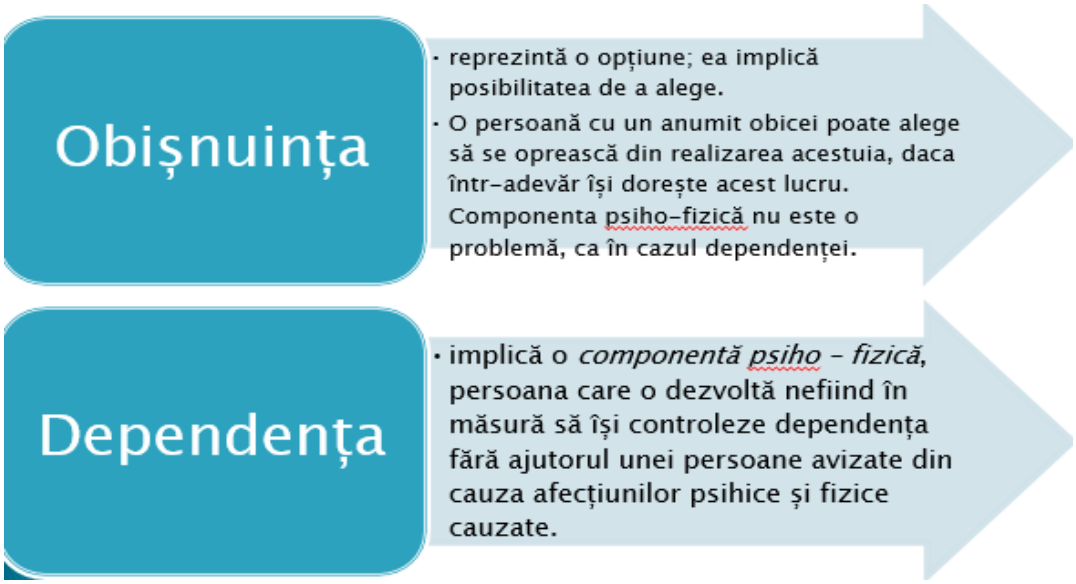


- **Utilizarea ocazională** este modul de consum sporadic, cu o anumită ocazie. Prizele de substanţă se fac într-un context specific, mai degrabă în grup, sub presiunea unui lider, într-o manieră episodică sau circumstanţială.
- **Utilizarea hazardată** implică utilizarea unei substanţe într-un mod care pune în pericol sănătatea fizică şi psihică a persoanei ce o consumă, dar nu a condus încă la aceste efecte.
- **Utilizare nocivă** se caracterizează printr-un consum repetat, pe o perioadă minim de 1 an, cu efecte dăunătoare în domeniul somatic, psihoafectiv sau social pentru subiectul în cauză, pentru cei din mediul său, pentru societate.

Prima menționare a ideii de adicție în context medical a fost făcută de Benjamin Rush în anul 1785, într-o lucrare despre impactul băuturilor spirtoase asupra corpului și minții, în care constată efectele negative ale consumului în exces de alcool și afirmă că alcoolicul nu mai are control asupra propriei persoane și îți pioerde capacitatea de a alege între a consuma sau nu. Din 1964 Organizația Mondială a Sănătății înlocuieşte termenul de ***consum nociv*** cu noţiunea de ***dependenţă.*** **Dependenţa** reprezintă ,,starea psihică sau fizică ce rezultă din interacţiunea unui organism şi a unui medicament caracterizată prin modificări de comportament şi alte reacţii, însoţite totdeauna de nevoia de a lua substanţa în mod continuu sau periodic pentru a-i resimţi efectele sale psihice şi uneori pentru a evita suferinţele" (OMS).

Dependenţa reprezintă o tulburare gravă a comportamentului manifestată printr-o dorinţă puternică, compulsivă de a utiliza o substanţă psihoactivă sau de a realiza ceva, un comportament de căutare a substanţei cu invadarea progresivă a întregii existenţi de către acest fenomen. Comportamentul dependent este legat de dorinţa persoanei *de a evada, fugi din lumea reală* prin intermediul schimbării stării sale de conştiinţă. **Co-adicția** sau **co-dependența** este situația în care două sau mai multe persoane au o relație care este responsabilă în mod esențial de menținerea comportamentului de dependență la cel puțin una dintre persoane.

Trebuie să facem distincție între obișnuință și comportament dependent.



Motivul principal al persoanelor predispuse pentru adicţie este modificarea activă a stării lor psihice percepute ca fiind nesatisfăcătoare (plictisit, posomorât, cenuşiu, apatic). Un asemenea individ nu reuşeşte să descopere în realitatea vieţii activităţi care să-l inspire, să-l bucure sau să-i provoace oricare altă reacţie emoţională pozitivă evidentă. Nu este interesat de activităţile cotidiene „obişnuite”.

O distincție importantă făcută în literatura de specialitate este cea între dependența psihologică și dependența fizică. Prima implică afectarea emoțională și motivațională, cea de-a doua este reprezentată de apariția unor simptome somatice, precum creșterea ritmului cardiac, transpirație, tremur. Uneori dependența implică dependență fizică și psihică:



Dependenţa fizică include efectele somatice ale utilizării repetate a substanţei respective, nevoia care nu poate fi reprimată şi care obligă subiectul să consume substanţa pentru a evita sevrajul.

Dependenţa psihică – nevoia de a menţine sau de a regăsi senzaţia de plăcere, de bine, satisfacţia, stimularea pe care substanţa o aduce consumatorului, dar şi de a evita senzaţia de rău psihic care apare când subiectul nu mai are produsul respectiv. Această dependenţă psihică se traduce prin dorinţa şi căutarea compulsivă a substanţei. Dependența fizică presupune apariția simptomelor de sevraj în clipa în care consumul este întrerupr, fie redus în mod semnificativ, în timp ce dependența psihologică presupune că inclusiv în absența consumului, persoanele pot experimenta senzații de dorință intensă de consum, poftă, gânduri și obsesii cu privire la adicție.

Sevrajul – perioada când consumul este întrerupt sau substanţa este consumată într-o cantitate redusă. Sindromul de abstinenţă nu este egal cu sindromul de sevraj.

Abstenenţa este o stare care persistă un timp mai îndelungat (fără substanţă), iar sevrajul durează câteva zile. Sevrajul poate fi simplu sau complicat (de exemplu, la alcoolici – delir, crize epileptice etc.). Întreruperea consumului de substanțe care nu creează dependența fizică (de exemplu, inhalantele) nu duce la un sindrom de sevraj, dar poate provoca o experiență intensă de apartenență și un comportament de căutare imperioasă a produsului.

Toleranţa – necesitatea resimţită de subiect de a consuma o cantitate mai mare de substanţă pentru a obţinerea efectului dorit sau obţinerea unui efect diminuat în cazul în care continuă să consume aceeaşi cantitate de substanţă. Întrucât efectul euforic scade persoana caută să crească doza pentru a obţine efectul dorit.

Neuroadaptarea se referă la adaptarea SNC la administrarea repetată de substanţe psihoactive, care rezultă în creşterea toleranţei şi chiar la apariţia unui sindrom de sevraj la încetarea utilizării substanţei. Acest fenomen se dezvoltă în diferite grade, determinat de frecvenţa şi cantitatea consumului, dar şi de diferenţele individuale legate de metabolismul substanţelor specifice.

Neuroadaptarea este procesul neurofiziologic care stă la baza sindromului de dependenţă.

Politoxicomania – conduita toxicomană care asociază într-o manieră simultană sau segvenţială consumul mai multor substanţe psihoactive (de ex. Asocierea de heroină şi cocaină, alcoolul şi substanţele psihoactive).

1.2. Tipurile de dependențe

Goodin şi Schmidt (1998) vorbesc despre **dependenţa necriticabilă** (dependența copilului de adult), care este o dependenţă naturală și **dependenţa criticabilă** care este una nenaturală și dăunătoare.

Kacialov V. clasifică tipurile de dependenţă în funcţie de mijlocul prin care se realizează evadarea din lumea reală:

- **Dependenţele farmacologice (chimice**): alcoolismul, tabagismul, toxicomania etc.

- **Dependenţele substanţiale**: dependenţele de compiuter, de jocuri, dependenţa de muncă, dependenţa de religie, dependenţa de sex, meteodependenţa etc.
- **Dependenţele alimentare**

Mijloacele la care poate recurge dependentul sunt :

- **Substanţele psihoactive** : droguri, medicamente, alcool etc.
- **Includerea în activitate**: joc, muncă, hobbi etc.
- **Oameni sau alte obiecte**, fenome din lumea înconjurătoare care provoacă diverse stări emoţionale.

Există dependențe comportamentale și dependențe de substanțe.

15. Un comportament de dependență (addictive behavior) reprezintă un stimul puternic legat de un comportament propriu-zis (de exemplu, cumpărături, mâncare, pornografie sau sex) care oferă recompensă și întărire.
16. Dependența de substanțe este o tulburare cronică, care implică căutarea și consumarea unei substanțe în ciuda efectelor lor dăunătoare, modificând circuitele creierului astfel încât sistemul de recompensă al acestuia să fie afectat. În acest fel se produc consecințe asupra funcționării generale.

Indiferent dacă vorbim despre dependența comportamentală sau despre dependența de substanțe, printre cele mai importante caracteristici ale acestora regăsim:

- ✓ Incapacitatea rezistenței față de impulsurile puternic resimțite.
- ✓ Dorințe sau tentații de a realiza un comportament ce aduce repercusiuni negative asupra persoanei sau asupra celor din jur.
- ✓ În cele mai multe dintre situații acestea au debutat încă din adolescență, unde adicția poate începe ca urmare a experimentării anumitor substanțe în contexte sociale.
- ✓ Apariția toleranței.

1.3.Etapele formării comportamentului adictiv

1. Începutul comportamentul adictiv are loc întotdeauna la nivel emoţional. Schimbarea stării psihice ce se exprimă prin dispoziţie ridicată, simţul bucuriei, extaz, simţul dramatismului, riscului în urma unor anumitor acţiuni (primirea substanţelor, jocuri hazarde, etc.). Omul simţind aceasta începe a înţelege că există masuri destul de accesibile şi care cu uşurinţă îţi pot schimba starea psihică. *<u>În grupul de risc se includ oamenii cu predispoziţii adaptative joase, instabili faţă de diverşi stresori, ce manifestă o permanentă insatisfacţie de sine, viaţă şi cei ce-l înconjoară.</u>*

2. **Formarea unor regularităţi de utilizare a mijloacelor adicţiei**. Se stabileşte o anumită frecvenţă de realizare a comportamentelor adictive. Ea depinde de numeroşi factori: *particularităţile personalităţii până la apariţia comportamentului adictiv, particularităţile educaţiei, nivelul cultural, mediul social ce-l înconjoară, evenimentele importante din viaţă, etc.* Există o corelaţie directă între ritmul comportamentului adictiv şi greutăţile vieţii, şi cu cât este mai jos pragul de depăşire a frustraţiei cu atât este mai rapid ritmul CA. Relaţiile interpersonale treptat trec pe planul doi. Imbold spre CA pot fi diverse

evenimente ce provoacă anxietăţi, neliniște sufletească, simţul disconfortului psihic.

3. Ritmul CA devine **stereotipizat** şi mod obişnuit de reacţionare la problemele vieţii reale, o parte integrală a personalităţii. Aceasta face adictul insensibil la critică, convingere la nivel conştient. Gândurile adictului sunt supuse stării emoţionale şi reprezintă în esenţă oformarea în formă logică a **„gândirii după (la) dorinţă”,** îndreptată în cazul dat la excluderea din conştiinţă a situaţiei reale, blocarea atitudinii critice faţă de sine. Motivaţia schimbării artificiale a stării sale psihice devine atât de intensivă, că atitudinea faţă de problemele lumii înconjurătoare, inclusiv şi a celor apropiaţi, pierde vre-o importanţă.
4. **Dominarea totală a CA.** Are loc scufundarea totală în procesul adictiv şi izolarea de societate. Contactul cu lumea este destul de dificil nu numai la nivel psihologic ci şi social.
   Pierde capacitatea de manipulare cu alţi oameni. La acest stadiu încrederea în el este pierdută.
5. **Etapa „catastrofei”.** Distrugerea psihicului şi proceselor biologice. Urmări foarte grave în cazul narcomanilor: intoxicarea afectează organele şi sistemele întregi, epuizarea resurselor vitale. Adicţiile nechimice, la fel, provoacă dereglarea stării fizice în legătură cu stresul permanent care duce la îmbolnăvirea SN şi sistemului cardio-vascular. Deoarece CA nu mai produce o astfel de satisfacţie ca mai înainte, starea adictului se deosebeşte prin apatie. Survine criza generală care în mare măsură îngreunează corecţia.

1.4. Particularitățile specifice persoanelor cu comportament adictiv

B. Segal menţionează următoarele ***particularităţi psihologice*** ale indivizilor cu comportament addictiv:

1. <u>toleranţa scăzută la greutăţile vieţii cotidiene, paralel suportă bine situaţiile de criză;</u>
   Particularitatea de bază a individului cu risc addictiv este incongruenţa sau dezacordul stabilităţii psihice în cazurile vieţii cotidiene şi a situaţiilor de criză. În normă persoanele sănătoase mintal uşor şi firesc se adaptează la cerinţele vieţii cotidiene şi mai greu suportă sau depăşesc situaţiile de criză. Ele se străduiesc să evite crizele şi evenimentele netradiţionale cu mare încărcătură emoţională.
   Personalitatea addictivă este iritată de situaţiile previzibile, de viaţa cu caracter ritmic, ciclic, plină de comportament „corect”, cu mici bucurii, viaţa obişnuită de familie, servici sau şcoală. Situaţiile de criză pline de incertitudine, riscuri şi afecte constituie pentru ei terenul pe care capătă încredere în sine, respect de sine şi sentimentul superiorităţii asupra altora. La personalitatea addictivă se poate observa fenomenul „avidităţii senzaţiilor tari”, pentru care este caracteristică tendinţa de a risca, determinată de experienţa depăşirii pericolului.

2. <u>complexul de inferioritate ascuns, care se manifestă în aparenţă prin demonstrarea superiorităţii;</u>
   Din punct de vedere obiectiv şi subiectiv suportarea grea a dificultăţilor vieţii cotidiene, reproşurile frecvente ale celor apropiaţi vizavi de înadaptarea şi pofta

de viaţă, dezvoltă la cei addictivi complexul inferiorităţii. Ei suferă pentru că se deosebesc de ceilalţi şi pentru că nu pot „trăi ca oamenii". Complexul respectiv se neutralizează prin reacţia hipercompensatorie de supraapreciere, evită autoaprecierea adecvată. Apare sentimentul superiorităţii faţă de alţii, care are funcţie de apărare şi permite menţinerea unui respect faţă de sine în condiţiile confruntării persoanei cu cei din jur.

3. sociabilitate manifestă, la care se alătură frica faţă de contactele emoţionale stabile;
   Sociabilitatea exterioară, uşurinţa cu care stabilesc contactele este însoţită de comportamentul manipulativ şi superficialitatea contactelor emoţionale. O astfel de persoană are temeri de relaţiile stabile şi durabile, deoarece îşi pierde repede interesul faţă de una şi aceeaşi persoană sau activitate şi este îngrijorată să nu i se atribuie responsabilitatea pentru un anumit lucru.
4. tendinţa de a nu spune adevărul;
5. tendinţa de a-i acuza pe alţii, fiind conştienţi de nevinovăţia acestora;
6. Tendinţa de a nu spune adevărul, de a minţi pe cei din jur, de a-i învinovăţi pe alţii de propriile greşeli rezultă din tendinţa individului de a ascunde complexul inferiorităţii, determinat de faptul că nu ştie să trăiască corespunzător cu normele din societate.
7. tendinţa de a evita responsabilitatea în luarea de decizii;
8. dependenţa;
   Trăsătura de bază este dependenţa. Pentru aprecierea tipului dependent de personalitate se urmăresc coincidenţele cu trăsăturile enumerate mai jos, fiind suficiente cinci pentru diagnosticarea dependenţei clinice:
   - incapacitatea de a lua decizii fără sfatul altor persoane
   - gătinţa de a le permite altora să ia pentru el decizii importante
   - gătinţa de a fi de acord cu părerea altora din frica de a fi respins, chiar şi fiind conştient de faptul că alţii nu au dreptate
   - dificultăţi în a începe o anumită activitate de sine stătător
   - gătinţa de a executa binevol anumite activităţi neplăcute sau înjositoare cu scopul de a primi susţinerea şi dragostea celor din jur.
   - greu suportă singurătatea – sunt gata să depună efort serios pentru evitarea acesteia
   - sentimentul de neputinţă şi gol când se destramă vechea legătură
   - frica de a fi respins
   - sensibilitate la critică sau la dezaprecierea celorlalţi.

9.comportament stereotipic;

10.anxietatea.

- Fuga de realitate se realizează în cadrul comportamentului addictiv prin refugiu într-un domeniu, când în locul contactului armonios cu toate aspectele realităţii are loc activarea într-o anumită direcţie. Individul se concentrează într-un domeniu anumit al activităţii, deseori cel care distruge personalitatea, şi le ignoră pe celelalte. Individul devine pasionat de anumite activităţi. Pasiunile sunt

manifestarea unui interes sporit faţă de ceva cu formarea unei atitudini emoţionale intense.

- În cazul unei pasiuni extravaloroase toate caracteristicile unei pasiuni obişnuite se măresc până la grotesc, obiectul pasiunii sau activităţii devine vectorul determinant al comportamentului, care blochează parţial sau total orice altă activitate. Indicii importanţi ai pasiunilor psihice extravaloroase sunt:
  - concentrarea îndelungată şi profundă asupra obiectului pasiunii,
  - atitudine emoţională pasională faţă de obiectul pasiunii,
  - pierderea sentimentului de control asupra timpului cheltuit pentru pasiune,
  - ignorarea oricărei alte activităţi sau preocupări.

Preocupările excesive atât pot face parte din tipul patocaracteriologic de comportament, cât şi pot sta la baza unor hiperabilităţi, supradotări. În conformitate cu concepţia lui *N. Peseschkian* pot fi descrise 4 tipuri de refugiu de la realitate:

- ***refugiu în corp***. Are loc înlocuirea activităţii tradiţionale orientate spre familie, creştere profesională sau hobby cu activităţi de perfecţionare fizică sau psihică personală. La fel, are loc şi modificarea ierarhiei valorilor vieţii cotidiene. Activităţile sanogene au un caracter de hipercompensare: paranoia sănătăţii, relaţiile sexuale, exteriorul, calitatea odihnei şi a mijloacelor de relaxare. Individul se ocupă activ cu joging-ul, călittul cu apă rece, spălatul nărilor cu apă sărată, face gimnastică deosebită, exerciţii de respiraţie, etc. Mecanismul formării paranoiei sănătăţii este deplasarea motivului spre scop, când din mijloace de sănătate procedurile devin scop în sine, sursă exclusivă de satisfacţie.
- ***refugiu în activitate*** – se caracterizează prin fixarea dezarmonioasă asupra activităţilor de la servici, cărora individul le acordă o atenţie exagerată comparativ cu alte domenii ale vieţii; aceasta poate fi şi altă activitate în domeniul căreia individul încearcă să fie perfect. Dacă la omul obişnuit lucrul este mijlocul de creştere a prestigiului, autorităţii, stării materiale sau e osândă, la individul addictiv lucrul devine un scop în sine şi nu un mijloc de realizare a altor necesităţi. El este satisfăcut de procesul de activitate şi nu de rezultatul acesteia, deşi şi rezultatul contează. Addictivul este concentrat pe activitatea sa permanent, el nu e capabil să se deconecteze de la gândurile despre activitate nici când se odihneşte, nici în cadrul altei activităţi. Ca bază pentru formarea refugiului în activitate servesc particularităţile de caracter, care favorizează fixarea atenţiei şi a acţiunilor asupra activităţii din frica de a nu face faţă situaţiei, de a avea reputaţia unui incompetent. Aceste trăsături sunt astenice: neîncredere în sine, în propriile puteri, abilităţi, frica de a pierde şi de a nu realiza sarcinile propuse, dificultăţi în relaţii interpersonale, timiditate, modestie, incapacitate de a crea cariera profesională. În cazul motivaţiei addictive este vorba de inadaptarea persoanei la viaţa cotidiană, la cerinţele ei de bază, incapacitatea de a fi mulţumit de micile plăceri ale vieţii. Ei sunt deprimaţi de absenţa marilor evenimente. Ei modelează dificultăţile la locul de servici şi le depăşesc, şi astfel simt viaţa pe deplin. Addictivii se pot concentra şi asupra altor activităţi – reparaţia automobilului, grădinăritul, piscuitul, vânatul, colecţionarea.

- ***refugiu în contacte sau singurătate***, în cadrul acestora comunicarea devine singurul mod dorit de satisfacere a necesităţilor, înlocuind toate celelalte, sau cantitatea contactelor se reduce la minimum. Singurătatea – nu este doar autoizolarea, limitarea contactelor, dar şi orientarea internă a intereselor. *Kolbel* diferenţiază 4 tipuri de singurătate: 1. tipul pozitiv intern, necesar pentru descoperirea formelor noi de libertate sau formelor noi de comunicare cu alte persoane; 2. tipul negativ intern, ca respingere a propriului eu şi a celor din jur, 3. tipul pozitiv extern, se manifestă în caz de retragere fizică, pentru noi experienţe, 4. tipul negativ extern, când evenimentele externe – de ex. decesul partenerului – provoacă sentimente negative de singurătate.
  - Singurătatea ca formă de devianţă se dezvoltă în rezultatul mai multor factori, deseori în cazul nevrozelor sau a depresiei.
  - Hipercomunicabilitatea se caracterizează prin necesitatea crescută în comunicare, dorinţa de a comunica cu mai multe persoane pe parcursul unei perioade cât mai îndelungate de timp. Deviaţie devine prin incapacitatea de a fi singur în afara societăţii. Hipercomunicabilitatea este asociată cu vorbăraia, uneori cu mania – stare îndelungată de dispoziţie bună, cu incapacitatea de a structura timpul, cu nepăsarea, iresponsabilitatea. Apar conflicte din cauza incapacităţii şi neputinţei de a asculta interlocutorul.
- ***refugiu în fantezii*** – tendinţa de a medita, a face proiecte paralel cu absenţa dorinţei de a realiza ceva în viaţă, de a întreprinde o acţiune, de a manifesta real activism.



Sarcini și activități de învățare:

1. Analizând definițiile diferitor autori dați propria definiției *dependenței.*
2. Definiți conceptele de *obișnuință, utilizare, toleranță, sevraj, neuroadaptare, dependență.*
3. Caracterizați etapele formării unei dependențe.
4. Dați exemple de diferite dependențe.
5. Analizați schimbările produse la dependenți.

2. NEOROANATOMIA ȘI FIZIOPATOLOGIA ADICȚIILOR

Finalități de studiu:

1. Să cunoască criteriile de identificare a dependenței de substanțe.
2. Să caracterizeze anatomia adicției și a centrelor implicate în procesul formării adicției.
3. Să distingă trei stadii implicate în fiziopatologia adicției.
4. Să explice mecanismul neurofiziologic al dependenței.

2.1. Criterii de identificare

Mecanismul fiziopatologic în dezvoltarea adicțiilor este complex, sunt implicate multiple circuite neuronale și mai multe etape se parcurg până la dezvoltarea tabloului clinic. În continuare vom prezenta aspecte despre neuroanatomia centrilor nervoși implicați dezvoltarea patologiei, căile neuronale dintre acești centri, precum și receptorii implicați și stadiile dezvoltării adicției.

Dependența este definită drept o tulburare neuropsihiatrică caracterizată printr-o dorință recurentă de a consuma o anumită substanță (medicament, drog, etc.) în pofida consecințelor dăunătoare. În cadrul DSM-5 sunt stabilite criterii de diagnostic concrete pentru dependența de substanțe sau dependența de droguri. În general, diagnosticul unei tulburări de consum de substanțe trebuie să îndeplinească următoarele criterii:

- *Criteriul A:* dezvoltarea unui sindrom specific substanței din cauza îngerării recente a unei substanțe;
- *Criteriul B:* modificările sunt atribuite afectelor fiziologice ale substanței asupra sistemului nervos central;
- *Criteriul C:* sindromul specific substanței cauzează suferință semnificativă clinic sau deteriorarea socială, profesională sau în alte domenii importante de funcționare;
- *Criteriul D:* simptomele nu sunt atribuite altei condiții medicale și nu sunt mai bine explicate printr-o altă tulburare mintală.

În DSM-5, în cadrul tabloului clinic al tulburărilor asociate, pentru consumul de substanțe se regăsesc 11 criterii de diagnostic al consumului problematic de canabis:

1. Canabisul este consumat adesea în cantități mai mari sau pe o perioadă mai lungă decât a fost intenția inițială;
2. Dorința persistentă de a reduce sau a regla consumul de canabis ți încercări potențiale nereușite de a reduce sau de a întrerupe utilizarea;
3. Cantitate mai mare de timp pentru obținerea și utilizarea de canabis și/sau refacerea după efectele utilizării substanței;

4. Pofta (dorința sau impulsul intens pentru droguri); poate fi prezentă oricând, dar este cel mai probabil să fie pregnantă într-un mediu asociat cu drogul;
5. Neîndeplinirea îndatoririlor la domiciliu, la serviciu sau la școală din cauza consumului de canabis;
6. Continuarea consumului de canabis în ciuda problemelor persistente sau recurente de socializare sau interpersonale, ca urmare a consumului de substanțe;
7. Activitate redusă în evenimente sociale, ocupaționale sau recreative ca urmare a utilizării canabisului;
8. Consumul recurent de canabis în situații periculoase din punct de vedere fizic;
9. Continuarea consumului de canabis în ciuda conștientizării existenței unor probleme de ordin fizic sau psihologic care sunt fie cauzate, fie exacerbate de substanța utilizată;
10. Apariția toleranței caracterizată prin necesitatea unei doze ridicate de canabis pentru a obține efectul dorit;
11. Apariția sevrajului care se manifestă atunci când concentrațiile în sânge sau în țesut ale canabisului scad după o utilizare intensă prelungită.

DSM-5 propune o clasificare a severității tulburărilor asociate consumului de substanțe:

1. **Ușoară** – dacă se îndeplinesc două sau trei criterii într-o perioadă de 12 luni, având și manifestări clinice.
2. **Moderată** – dacă se îndeplinesc patru sau cinci criterii.
3. **Severă** – dacă se îndeplinesc șase criterii sau mai multe.

În literatura de specialitate există catalogate dependențe care nu fac parte din categoria îngerării de substanțe:

- *Jocurile de noroc patologice* – tulburare care constă în epizoade frecvente ți repetate de jocuri de noroc, care domină viața individului în detrimentul aspectelor sociale, profesionale, materiale, valorilor proprii și angajamentelor față de familie;
- *Dependența de alimente* – pierdere a controlului asupra consumului de alimente cu o dorință persistentă de mâncare și încercări nereușite de a reduce cantitatea de alimente consumate în ciuda cunoașterii efectelor adverse;
- *Dependența de internet* – stare cronică sau ciclică de obsesie rezultată din utilizarea repetată a internetului, ce creează o dorință irezistibilă de reutilizare, apărând în același timp tensiuni și toleranțe care amplifică durata petrecută pe internet, implicând psihologic și fizic dependență, ceea ce, în cele din urmă cauzează daune sociale și psihologice individuale, însoțite de simptome somatice.

Prezentăm în continuare un exemplu de modificări fiziopatologice ale adicției asociate cu consumul de substanțe (este cea mai studiată în ultimi ani).

2.2. Anatomia adicției

Adicția afectează numeroase părți ale sistemului nervos central (SNC). La rândul lor, aceste structuri pot afecta alte componente ale SNC, oferind adicției implicații pe scară largă. Sistemul limbic separă partea posterioară a creierului anterior de neocortexul recent evoluat și include o serie de structuri, printre care hipocampul, amigdala, hipotalamusul și părți ale ganglionilor bazali. Aceste formațiuni sunt implicate în emoții, în special în răspunsuri și expresii emoționale, mai multe dintre structurile sale jucând roluri importante atât în învățare și memorie, cât și în contextul emoțional al învățării. De altfel, este descrisă drept o rețea de multiple regiuni interconectate care formează o cale majoră de transfer informațional între neocortex și hipotalamus. În continuare vom oferi o scurtă descriere a acestor structuri:

1. *Neocortexul*, cea mai recentă structură pe linie evolutivă a SNC, este implicat în procese de ordin superior precum limbajul, raționamentul spațial și percepția senzorială.
2. *Hipotalamusul* reglează diverse mecanisme de supraviețuire, precum setea, foamea și somnul și, împreună cu glanda pituitară, reglează producția și secreția de hormoni din organism. Aceste funcții fac ca hipotalamusul să fie important în menținerea homeostazei organismului.
3. *Amigdala* este implicată în memorie, în luarea deciziilor și în răspunsul emoțional. Este postulată și implicată în asocierea emoțiilor cu răspunsurile fizice necesare pentru a acționa, precum și în procesarea experiențelor (dureroase și/sau plăcute), fiind codificate în memorie. Aceste funcții îi acordă un rol cheie în condiționarea fricii. Amigdala trimite proiecții către hipotalamus și în acest fel poate afecta răspunsul la stres al organismului. Amigdala primește conexiuni din hipocamp – o structură limbică despre care se presupune că este implicată în medierea amintirilor traumatice și a răspunsurilor condiționate.
4. *Ganglionii bazali* sunt implicați în formarea memoriei, control voluntar al funcției motorii și învățare.
5. *Nucleu acumbens,* denumit și striatul ventral, este parte a sistemului limbic și a striatului dorsal, alcătuit din caudat și putamen, care sunt o componentă a ganglionilor bazali. Rolul ganglionilor bazali în sistemul limbic este de a coordona comportamentul motivat. Studiile pe animale au arătat că nucleul acumbens și zona tegmentala ventrală din mezencefal reprezintă două zone importante pentru formarea ți înăsprirea efectului adicției de substanțe droguri.
6. *Aria tegmentală ventrală* – zonă importantă pentru inducerea senzației de răsplată. Aceasta este activată de toate substanțele de abuz și joacă un rol important în

atribuirea stimulilor o importanță marcată, proeminentă. În acest fel apare un comportament orientat spre scop sau de activitate generală.

7. *Cortexul prefrontal este regiunea aflată în fața șanțului central*. Este format din arii de neuroni implicați în formarea deciziilor, ariile motorii principale și secundare prin care activitățile locomotorii de bază au loc (capacitatea de mișcare, de a da comenzi mușchilor). Acesta este responsabil pentru funcția executivă a creierului, care implică control emoțional și luarea deciziilor, cât și control asupra mai multor aspecte ale comportamentului.

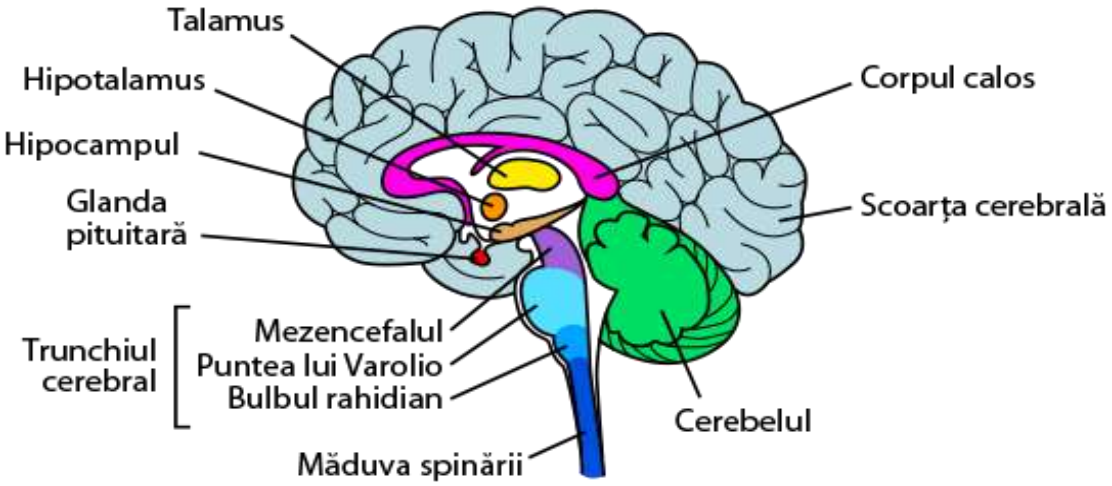


Fig. 1. Elemente din sistemul nervos central și sistemul limbic

2.3. Stadiile implicate în fiziopatologia adicției

Inițial, consumul unei substanțe care va produce adicție va antrena modificări în circuitele neuronale în anumite arii ale SNC. În acest fel, se va determina senzația de satisfacție, odată cu creșterea treptată a pragului pentru această senzație. Ulterior, în cazul sistării consumului, în funcție de durata consumului cronic și de tipul de substanță va apărea sevrajul cu tabloul clinic specific, ceea ce va modifica starea afectivă a persoanei respective. În continuare, senzația de satisfacție va dispărea, vor apărea stări de neliniște, anxietate, tulburări neurologice și, în cazuri excepționale, se poate ajunge la fenomene somatice și organice. Aceste stări vor determina reapariția consumului substanțelor respective, va apărea senzația de poftă ți circuitele neuronale se vor modifica în consecință. Se vor asocia stimuli incidentali aleatorii din viața de zi cu zi consumului de substanțe, iar dorința de consum va crește treptat și se va depăși dorința de sistare, urmând să reînceapă stadiul intoxicației acute.

Există trei stadii implicate în fiziopatologia adicției:

1. Stadiul intoxicației
2. Sevrajul
3. Pofta

1. **Stadiul intoxicației** – stadiu inițial al formării unei adicții se caracterizează prin schimbarea unor scheme de recompensă în creier. Prima dată când se consumă o substanță recreativă scade pragul de stimulare a senzației de recompensă. La fiecare nouă doză de drog consumată pragul senzației va crește, iar în caz de oprire bruscă a consumului vor apărea senzații asemănătoare sevrajului, precum senzația scăzută de satisfacție sau absența acesteia sau absența senzațiilor de recompensă.
2. **Stadiul efectului negativ sau „sevrajul”**. În urma sistării consumului cronic al drogurilor recreaționale, apar senzații negative precum neliniștea, oboseala, tremurul, anxietatea. Aceste senzații negative pot evolua până la afecțiuni mai severe, precum delir (în cazul alcoolului), greață, vărsături sau convulsii. Aceste simptome determină dorința de a căuta substanța care era consumată inițial în speranța că după consumul acesteia va reapărea senzația de satisfacție inițială și, prin urmare, simptomele negative menționate mai sus vor dispărea. Neuroadaptările sistemului la expunerea cronică de droguri includ scăderea funcției neurotransmițătorului din neurocircuitele implicate în efectele de întărire acute ale adicției de droguri. Sistemele de dopamină sunt compromise în fazele cruciale ale ciclului de dependență, cum ar fi sevrajul la drog. În această situație apare scăderea motivației pentru stimulii neafiliați drogului respectiv și sensibilitatea crescută la drogul consumat. Sevrajul psihostimulant la oameni este asociat cu oboseala, influențarea stării de spirit și retardul psihomotor.
3. **Stadiul de preocupare/anticipare. Craving sau „poftă”.** Acesta este considerat un stadiu-cheie pentru definirea adicției ca o tulburare cronică recidivantă. Pofta în sine este dificil de cuantificat clinic.

2.4. Mecanismul neurofiziologic al dependenței

Drogul actionează în creier asupra diferitor substanţe neurotransmiţătoare (*acetilcolina şi dopamina).* Administrarea drogului înseamnă transmiterea permanentă a endorfinelor exogene la sistemul nervos, ceea ce uşurează creierului sinteza endogenă. Creierul, ca o sistemă destul de labilă, se adaptează destul de repede fluxului permanent de substanţe reglatoare (endorfinele exogene). ,,Acomodarea” constă în aceea că celula nervoasă distruge singură în sine structurile fine responsabile de funcţionarea sa, adică celula nervoasă se ,,acomodează” unei existenţe în condiţiile unei,,tensiuni mai înalte”. În cazul sistării bruşte a administrării drogurilor, se declanşează sindromul de sevraj, care la nivel celular se manifestă prin următoarele: celula nervoasă ,,acomodată” funcţionării în condiţiile ,,tensiunii excesive”şi ,,dezvăţată” să sintetizeze singură cantitatea necesară de endorfine, ,,refuză” să funcţioneze în lipsa drogului.

Celula nervoasă începe transmiterea unor semnale haotice de alarmă – **semnalele impulsurilor algice** -sunt un fel de „halucinaţii dureroase" ale creierului care nu doreşte de sinestătător să producă cantitatea de preparate reglatoare. Din perspeciva neurofiziologică administrarea drogului duce la dereglarea ***conştiinţei şi controlului emoţiilor***. Partea cea mai complicată şi fină a crierului uman, procesorul acestuia, neocortexul (lobii frontali), răspunde de capacitatea omului de a-şi autocontrola comportamentul. În cazul abuzului de drog, anume neocortexul este cel care suferă.

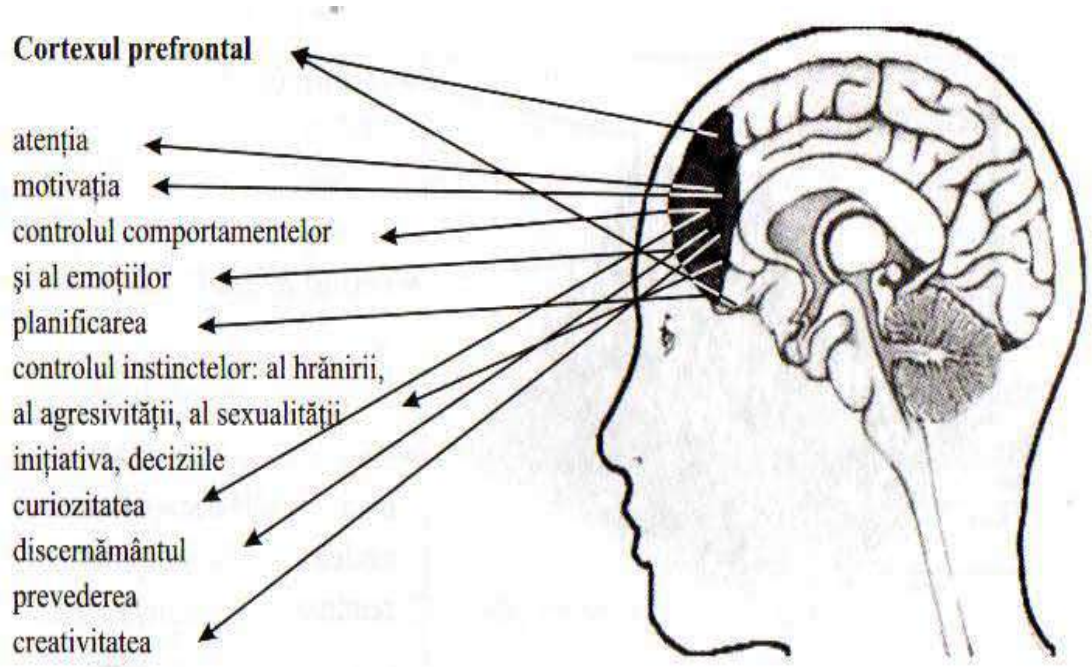


Fig. 2. Funcțiile afectate ale neurocortexului în cazul dependenței

Activitatea corticală în cazul dependenței se caracterizează prin următoarele:

- ✓ Undele cerebrale îşi reduc frecvenţa, trecînd din starea beta, specifică stării de activism mental, în starea predominant alfa, similară celei din timpul hipnozei sau a visului;
- ✓ Emisfera cerebrală dreaptă este stimulată maladiv, limitându-și activitatea la o receptare intensivă, dar pasivă a imaginilor;
- ✓ Emisfera stângă, sediul centrului vorbirii, scrisului şi gândirii critice îşi diminuiază extrem de mult activitatea, scăzând gradul de conştientizare;
- ✓ Corpul calos, puntea de legătură dintre cele 2 emisfere, îşi întrerupe parţial activitatea de asigurare a comunicării interemisferice.

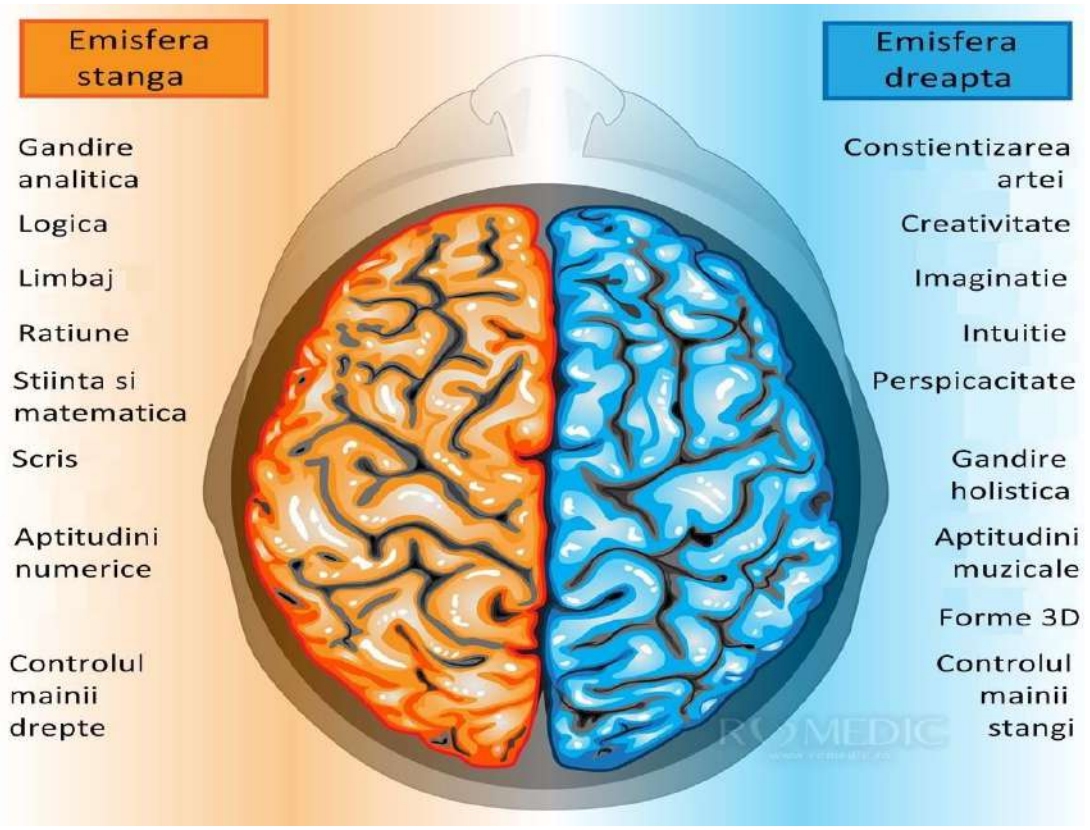


Fig. 3. Structura celor 2 emisfere cerebrale: stânga, dreapta



Sarcini și activități de învățare:

1. Analizați părțile SNC ce pot fi afectate în procesul formării adicției
2. Caracterizați cele trei stadii implicate în fiziopatologia adicției: stadiul intoxicației, sevrajul, pofta.
3. Analizați mecanismul neurofiziologic al dependenței și riscurile la care este expus organismul.
4. Prin ce se caracterizează activitatea corticală în cazul dependenței?

3. FACTORII DE RISC PENTRU COMPORTAMENTE DEPENDENTE

Finalități de studiu:

1. Să identifice factorii generatori de comportamente adictive.
2. Să caracterizeze factorii biologi, sociali și psihologici implicați în formarea adicției
3. Să identifice sursele generatoare de adicții în societatea contemporană.

Adicțiile reprezintă o problemă complexă și răspândită în societatea contemporană. Acestea afectează negativ atât indivizii implicați, cât și comunitățile în care aceștia trăiesc. Înțelegerea factorilor de risc asociați adicțiilor este esențială pentru dezvoltarea unor strategii eficiente de prevenire și intervenție. Nu există o singură cauză a dependenței, motiv pentru care este considerată o afecțiune foarte complexă.

3.1. Factorii biologici

O parte semnificativă a modului în care se dezvoltă dependența se datorează modificărilor chimice din creier. Modificările anumitor substanțele sau a anumitor activități pot afecta creierul, în special centrul de recompensă al creierului, iar oamenii sunt motivați biologic să caute recompense. Adesea, aceste recompense provin din comportamente sănătoase. Când petreci timp cu cineva drag sau mănânci o masă delicioasă, corpul tău eliberează o substanță chimică numită dopamină, care te face să simți plăcere, iar organismul creează un ciclu, vei căuta aceste experiențe pentru că te răsplătesc cu sentimente bune. Creșterea nivelului de dopamină în anumite zone sinaptice apare și în urma anumitor activități, cum ar fi sexul, jocul pe calculator sau chiar shopping-ul. Uneori însă, nivelurile masive de dopamină, în loc să motiveze lucrurile pe care le facem pentru a supraviețui, cum ar fi să mănânci, să muncești sau să petreci timp cu cei dragi, determină efecte dăunătoare asupra gândurilor, sentimentelor și comportamentului. Toate aceste modificări la nivelul creierului generează nevoia de a căuta mai multă plăcere din substanță sau activitate și mai puțin din activități sănătoase. În timp, chimia creierului se schimbă și apare o desensibilizare la efectele substanțelor produse, fenomen numit toleranţă. În căutarea efectului așteptat, se instalează dependența, nevoia de mai mult, pentru a produce același efect. Atunci când doza administrată devine insuficientă sau se încearcă oprirea consumului, apare fenomenul de sevraj, caracterizat prin simptome fizice și psihice intense, care dispar la reluarea comportamentului adictiv. Pentru unele substanțe, cum ar fi opioidele, simptomele de sevraj sunt atât de severe încât creează o motivație semnificativă pentru a continua să fie utilizate. În alte situații, cum ar fi sevrajul la alcool sau anumite medicamente, simptomatologia este extrem de severă, punând în pericol viața pacientului și necesitând internare pentru tratament de specialitate.

Genetica. Studiile arată că factorii genetici sunt responsabili pentru 40% până la 60% din vulnerabilitatea la orice tip de dependență. Dacă aveți o rudă de gradul I (frate sau părinte biologic) cu o tulburare de abuz de substanțe, este mult mai decât probabil

să dezvoltați una. În unele cazuri, reacțiile chimice din creier favorizează consolidarea unor comportamente adictive. Moștenirea genetică poate explica de ce o persoană consumă alcool ocazional, din plăcere, în timp ce o altă persoană dezvoltă o dependență de alcool.

Un alt factor de risc în adicțiile de substanțe este *neuroplasticitatea creierului*. Ea reprezintă capacitatea de a se adapta și a se remodela în urma experiențelor și influențelor mediului. Consumul cronic de substanțe poate modifica conexiunile neuronale și structura creierului, afectând funcțiile cognitive și comportamentale. De exemplu, cercetările au evidențiat schimbări în cortexul prefrontal, regiune-cheie implicată în luarea deciziilor și controlul impulsurilor în cazul persoanelor dependente de substanțe. Aceste modificări pot contribui la dificultatea de a renunța la consumul de substanțe și de a controla comportamentul compulsiv. În adicțiile comportamentale, comportamentele repetitive pot modifica conexiunile neuronale și funcționarea creierului.

Tulburare mentală. Există o legătură puternică între dependență și afecțiunile psihiatrice, cum ar fi depresia, tulburarea de stres posttraumatic și tulburarea bipolară. Pacienţii cu depresie, precum şi cei care suferă de tulburări mintale severe prezintă un risc ridicat să devină dependenţi de droguri, alcool sau nicotină. Aproximativ jumătate dintre persoanele care se confruntă cu o afecțiune psihiatrică pot dezvolta o tulburare de abuz de substanțe, și invers. Problemele de sănătate mintală cresc riscul de dezvoltare a adicțiilor. La rândul său, dependența poate crește severitatea altor condiții de sănătate mintală. De exemplu, persoanele care au avut un diagnostic de ADHD în copilărie prezintă un risc crescut de dependență, din cauza administrării unor tratamente care conțin amfetamina.

3.2. Factori de mediu / context social

Accesul la substanțe este un factor de risc deosebit de important pentru dependențe. Factorii care măresc gradul de expunere și oportunitatea consumului de substanțe includ utilizarea de substanțe de un membru al familiei sau de colegi și primirea de medicamente care pot fi consumate abuziv, cum ar fi opioidele, benzodiazepinele, barbituricele sau stimulantele. Experiențele stresante și traumatizante din copilărie joacă, de asemenea, au un rol important în dezvoltarea unei dependențe.

Mediul familial poate influența comportamentele specifice adicțiilor, în sensul că un mediu securizant va avea un impact pozitiv asupra diminuării implicării în comportamente de risc și poate crește bunăstarea psihologică. Familia reprezintă primul institut al socializării copilului. În cadrul ei copiii însuşesc abecedarul comunicării umane, relaţiile interpersonale. Familiile disfuncţionale distrug nu doar relaţiile dar şi trăsăturile de personalitate. Patern-urile de comportament însuşite în astfel de familii nu pot contribui la consolidarea integrităţii personalităţii copilului şi percepţie de sine şi a altora adecvată. Principalele funcţii realizate de familie sunt: securitate, educative, emoţională, comunicativă. Disfuncţionalitatea în realizarea acestor funcţii poate apărea din mai multe cauze: condiţiile de viaţă, familie incompletă, nivel jos de cunoştinţe, particularităţile de personalitate a membrilor

familiei etc. În legătură cu comportamentul adictiv, un rol deosebit îl are funcţia emoţională, care presupune satisfacerea necesităţilor membrilor familiei în simpatie, respect, suport emoţional etc. Odată cu încălcarea stabilităţii emoţionale pot să apară şi să se consolideze asa fenomene ca anxietate sporită, frica faţă de realitate, pierderea simţului siguranţei şi atitudine suspicioasă faţă de cei din preajmă.

Încă din perioada prenatală copilul este capabil să perceapă starea emoţională a mamei. Dereglările emoţionale ale mamei (anxietate sporită, stresuri etc.) pot condiţiona dezvoltarea patogenă a copilului. Copilul apare pe lume cu simţul anxietăţii bazale. Dacă părinţii nu satisfac necesitatea copilului în securitate, atunci realitatea poate deveni pentru copil un factor frustrant. Manifestarea de către părinţi a indiferenţei, respingerii, negativismului, cerinţe exagerate, pedepse regulate etc. pot contribui la formarea la copil a negativismului, dușmăniei, neîncrederii faţă de părinţi, apoi faţă de adulţi în genere. Fapt care ulterior afectează socializarea copilului. La formarea mecanismelor adictive un rol enorm îl are comportamentul părinţilor. Conform opiniei lui E. Bern omul moşteneşte nu doar bolile, ci şi modalităţile de interacţiune cu mediul. Astfel, dacă părinţii manifestă frică faţă de realitate şi găsesc liniştea şi siguranţa în senzaţiile obţinute în urma consumului de substanţe nocive atunci şi copiii vor moşteni această frică şi soluţia (fuga de realitate). Această fugă de realitate poate fi ca a părinţilor sau alta (Nu neapărat dacă părinţii sunt alcoolici copiii vor fi la fel. Dar alcoolismul părinţilor condiţionează problemele sociale ale copiilor).

În ceea ce privește adicția pentru internet în perioada adolescenței, există riscul ca factorii de mediu se pot suprapune peste confuzia de rol în legătură cu identitatea personală și pot conduce spre adicția în utilizarea dispozitivelor electronice. Atunci când există divergențe la nivelul comunicării în familie, iar suportul emoțional este insuficient sau absent, copiii își pot găsi refugiu în utilizarea patologică a internetului. Cazurile de violență domestică în familie, ce au un impact semnificativ asupra copilului care asistă în cadrul acestora, pot reprezenta un alt factor de risc al adicției pentru internet. Interesant este faptul că există diferențe între băieți și fete în ceea ce privește adicția de internet, ce poate avea ca factor de risc sentimentul de respingere din partea părinților. Mai exact, băieții vor fi mai afectați de sentimentul de respingere din partea mamei, iar fetele se vor simți mai afectate în cazul în care sentimentul de respingere provine de la tata.

Familiile cu părinţi adictivi produc 2 tipuri de fiinţe:

1. adicţi
2. codependenţi, cei care îngrijesc de adicţi

Copiii din astfel de familii devin adicţi, se căsătoresc cu anumite persoane care le poartă de grijă sau se căsătoresc cu adicţi şi le poartă ei de grijă. Părinţii învaţă copiii stilurile sale de viaţă care corespund lumii adicte. La aceasta contribuie instabilitatea emoţională. Este important să analizăm particularităţile oamenilor ce se află în relaţii apropiate cu adicţii. Suntem obişnuiţi să credem că adictul influenţează negativ asupra lor. Dar ei înşişi pot influenţa comportamentul adictului, a-l provoca (tentative de control al băuturii, asupra timpului, asupra contactelor sociale ale adictului etc.) Codependentul se străduie cu orice preţ să menţină pace în familie, se izolează de la

activităţi externe. El devine fixat pe adict şi stilul lui de viaţa. Trăsăturile caracteristice pentru codependent:

- lipsa sincerităţii (negarea problemei, proiecţia problemei pe altcineva etc.)
- incapacitatea de exprimare sănătoasă a emoţiilor sale (reprimarea permanentă a emoţiilor sale, emoţii îngheţate, fixarea pe emoţie – supărare, răzbunare)
- Perfecţionism
- Orientare spre alţii
- Autoapreciere joasă
- Tendinţa de a crea impresii
- Anxietate şi frică permanentă
- Rigiditate
- Depresii dese etc.

Codependenţii sunt nevoiţi să depindă de alţii pentru a demonstra importanţa sa. Scopul lor: de a determina ce vor alţii şi a le oferi aceasta. În aceasta constă succesul lor. Ei nu-şi închipuie viaţa singuri. Ei se străduie să manipuleze şi să controleze situația, să devină de neînlocuit. Deseori iau asupra sa rolul de martir. Strategiile comportamentale ale codependenţilor care contribuie la dezvoltarea comportamentului dependent sunt: simţul loialităţii faţă de adict, dorinţa de a se isprăvi cu greutăţile dependentului, tendinţa de a păstra impresiile despre familie în societate, preîntâmpinarea situaţiile periculoase pentru statutul familiei, dorinţa de a nu distruge familia, drinţa de a diminua agresivitatea adictului, presiunea altor oameni (rude, cunoscuţi), evitarea ajutorului din exterior (psihologic, medical etc.), lipsa conştientizării situaţiei şi a bolii, dorinţa inconştientă de a fi de neînlocuit pentru adict. Deci, tinerii cu o rezonanţă afectivă scazută, care sunt lupsiţi de un ataşament puternic faţă de părinţi şi fraţi prezintă un risc ridicat de a manifesta o dependentă, comparativ cu persoanele care manifestă un ataşament profund faţă de familie.

Societatea. Desigur că fiecare persoană este individuală, irepetabilă dar trebui să observăm, că orice societate într-o reală perioadă istorică a timpului dobândește careva parametri comuni mentali, care ne permite să vorbim despre sănătatea psihică a națiunii. Perioada contemporană a dezvoltării istorice se caracterizează dintr-o parte prin niște fenomene pozitive, cum ar fi restabilirea libertății și democrației, distrugerea regimului totalitar, dobândirea personalității propriilor drepturi,libertate, convingeri religioase etc. Din altă parte astfel de schimbări în toate sferele vieții sociale, nu pot să nu acorde o influență stresantă asupra psihicului majorității lumii. Tendențios se schimbă și mediul și se formează o nouă atmosferă care nu are orientări concrete, contribuind la dezvoltarea și întărirea fricilor existențiale față de realitate.

Influențele culturale și economice reprezintă factori de risc al adicțiilor. Normele sociale și valorile culturale legate de consumul de substanțe sau de anumite comportamente adictive pot influența modul în care o persoană percepe și abordează aceste comportamente. De asemenea, există un model explicativ al comportamentale dependente denumit **modelul socioeconomic al comportamentelor adictive.** Conform modelului, adicțiile apar la persoanele care au dezechilibre semnificative și care se confruntă cu situații în care obiectele adicției sunt disponibile, accesibile și

atractive. De asemenea, există cinci factori care modifică puterea dezechilibrului: capitalul personal al individului, capitalul social al individului, capitalul de consum al individului, influențele sociale și comunitare asupra individului și presiunea anturajului. În esență, modelul sugerează că indivizii cu un grad de dezechilibru peste o anumită limită au tendința de a avea o percepție distorsionată a ceea ce oferă obiectul adicției, tind să supravalorizeze beneficiile așteptate și să subestimeze costurile așteptate.

Capitalul personal reprezintă capacitatea umană care rezultă din calitățile personale de bază ale unei persoane. Capitalul personal reflectă calitatea funcționării psihologice, fizice și spirituale ale unei persoane. Această capacitate este oglinda echilibrului biochimic intern al unei persoane, a sănătății și condiției fizice, a forțelor și vulnerabilităților psihologice. În centru modelului se află ideea conform căreia oamenii care devin dependenți au dezechilibre semnificative care le afectează capacitatea de a obține satisfacții și recompense reale din activitățile vieții. Vorbim de capitalul personal atunci când gradul de dezechilibru al unei persoane ajunge la o anumită limită și individul găsește o activitate sau un bun care poate să restabilească o senzație de echilibru și control. Dotarea unei persoane cu capital social este o a doua influență principală asupra probabilității ca o persoană să devină dependentă. *Capitalul social* se referă la capacitatea care este încorporată în relațiile sociale ale unei persoane sau în legăturile și conexiunile dintre o persoană și ceilalți. Capitalul social este încorporat în familii, instituții, comunități civice și în societatea mai largă. Capitalul social îi permite unei persoane să facă mult mai mult și să-și atingă scopurile într-o măsură mai mare decât fără această resursă. În prezența unor relații sociale puternic semnificative, dezechilibrele oamenilor sunt susceptibile la atenuare și mai puțin problematice. În mod invers, atunci când capitalul social este slab și negativ, dezechilibrele oamenilor sunt susceptibile să fie mai pronunțate și mai problematice. O a treia influență asupra probabilității ca o persoană să devină dependentă este *capitalul de consum al individului*. Este un lucru să ai dezechilibre care te predispun către o adicție și este altceva să ai o dependență reală. Formarea unei dependențe implică o investiție în capitalul de consum. A acumula capital de consum implică dezvoltarea capacității de a utiliza și a aprecia o substanță sa un comportament, adică dezvoltarea unei preferințe reale pentru posibila adicție, nu doar una potențială.

Influențele sociale și culturale generale din societatea și comunitatea în care trăiește un individ sunt un alt factor determinant al probabilității ca o persoană să devină dependentă. Aceste influențe din partea liderilor, grupurilor de prieteni, organizațiilor, mass-media etc. încurajează oamenii să adopte anumite valori, stiluri de viață și modele de consum. Mai ales în perioada adolescenței, adicții precum fumatul, consumul de alcool sau de substanțe pot reprezenta o gratificare a sentimentului de apartenență pe care persoana care se angajează în comportamente de risc îl poate simți. Ca urmare a angajării în comportamente pe care anturajul le săvârșește, stima de sine a adolescentului poate crește odată cu instalarea percepției de egalitate cu ceilalți membri ai grupului. Totodată accesibilitatea la alcool, tutun, droguri sau jocuri de noroc poate reprezenta un factor de mediu de risc al dezvoltării adicțiilor. Studiile anterioare au evidențiat existența unei relații semnificative și pozitive între disponibilitatea

substanțelor și consumul acestora. Țările în care există reguli și restricții mai stricte în privința vânzării și consumului de alcool au în general rate mai scăzute ale consumului excesiv de alcool si ale problemelor asociate.

Greutățile social-economice agravează conflictele interpersonale, ce contribuie la izolarea membrilor societății. Pierderea sentimentului de confort pe timp de criză, a echilibrului, al siguranței devine pentru mulți un factor important în lupta cu comportamentul strategiilor adictive ca răspuns la trebuințele mediului. Creşte nivelul alcoolismului şi narcomaniei în societate. Tot mai mult şi mai mult în astfel de adicţii se implică tineretul. De rând cu factorii de dezvoltare scocial-economici şi cu întărirea comportamentului adictiv, contribuie unele convingeri incorecte, stereotipuri, care influențează aceşti factori. Întâi de toate, majoritatea oamenilor nu sunt gata să-şi asume responsabilitatea de faptele ce li se întâmplă. Aceasta generează într-o mare măsură inactivismul sau căutarea responsabilului. Aşa majoritatea îşi lasă responsabilitatea la discreţia parlamentului, şefiei, persoanelor apropiate, etc. Unii sunt convinşi că totul e în voia Domnului, şi de om nu depinde nimic. Această îşi găseşte loc în gândirea magică, care întoarce credinţa în neajutorare, credinţa în aceea că de soartă nimeni nu poate fugi. Neputinţa şi nedorinţa de a trăi cu prezentul se apreciază în atitudinea superioară faţă de trecut, când oamenii mereu trăiesc cu amintiri din trecut. Ei se scufundă în nostalgie, dacă trecutul lor a rămas o ca o pată strălucitoare în viaţa lor, sau se scufundă în îndurerare dacă trecutul lor le-a pricinuit multă durere şi suferinţă. Contra acestui fenomen se observă altceva, când omul se scufundă în fanteziile sale despre viitorul său, îşi desenează iluzii imaginare aşa cum şi-ar dori să se vadă, negândindu-se la faptul că singur ar putea face ceva ca să-şi asigure acest viitor. Pasiunea excesivă faţă de romantism la fel duce la abaterea omului de la realitate. În impulsurile sale romantice oamenii devin cei mai mari iubitori ai naturii. Aceasta nu se atribuie celor care îşi lasă problemele sociale din oraş şi pleacă în căutarea locurilor frumoase din natură ca să se odihnească şi să acumuleze noi puteri. Pericolul constă în aceea că unii îşi fac aşa stil de viaţă. Urând tulburările sociale şi imprevizibilitatea, nerezolvându-şi problemele, ei pleacă în pădure, în munţi, la mare, la pescuit, la vânătoare, ştiind că acolo vor primi acele senzaţii, mulţumită cărora vor recăpăta armonia. Aceşti oameni devin dependenţi de astfel de armonie. În familiile sale ei au multe neînţelegeri şi reproşuri, deoarece ei trebuie să rezolve probleme reale- educaţia copiilor, să asigure condiţiile casnice, să acorde atenţie partenerilor, etc. Uneori, în calitate de reclamă a diferitor tipuri de comportament adicitv, ne poate fi de folos simţul umorului-sentiment comun tuturor. Neîndoielnic, acest sentiment/emoţie ne ajută să trăim viaţa mai uşor, dar mai excesiv de veseli şi glumeţi în poante se adeveresc alcoolicii, narcomanii şi toxicomanii. La unii oameni, în măsura caracteristicelor sale, aceasta le poate întări comportamentul, aşa cum posibilitatea de a fi vesel în faţa tuturor este una din modalităţile expresivităţii personale autoprezentării şi apărării. Ar fi de dorit să mai amintim un alt fenomen, care se numeşte **susţinerea socială.** Majoritatea au nevoie de susţinere şi se adresează după ajutor sau se dezic de ajutor din cauza fricii de a se despărţi de obişnuita fugă de realitate şi în măsura nivelului scăzut de a percepe susținerea socială. O altă parte al acestui fenomen, vorbeşte despre oamenii care îl însoţesc pe omul cu comportament adictiv, nu ştiu că acel om are nevoie de ajutor, sau

nu ştiu ce fel de ajutor să-i acorde, deoarece pe cei alcoolici şi narcomani în societate e primit să râdă de ei şi să-i urască. Desigur, persoanele cu comportament adictiv fac viaţa celor apropiaţi insuportabilă, dar e posibil, dacă pentru oameni ar fi clară şi accesibilă informaţia despre mecanismele generale adictive, despre natura provenienţei lor, multe dificultăţi legate de comportamentul adictiv ar fi posibil de evitat.

Învățământul. O mare influenţă asupra vieţii şi a perspectivei de dezvoltare asupra persoanei care se maturizează este şcoala. Şcolii îi revin principalele funcţii: oferirea cunoştinţelor, a valorilor culturale şi educaţionale, ajutor în adaptarea socială şi formarea unui model de comportament, prosperarea personală. Dar şcoala nu întotdeauna îşi îndeplineşte funcţiile. Mai mult decât atât, unele sisteme ale învățământului pot contribui la formarea şi întărirea mecanismelor adictive. Învățământul tradiţional poartă caracteristici adicitve, care sunt îndreptate identificarea adevărului. Întâi de toate, aceasta se evidenţiază în oferirea materialului educativ înafara integrităţii sale cu lumea reală, orientarea la prioritatea cunoştinţelor la obiectele învăţate, în accentuarea beneficiului cunoştinţelor în contrast cu relaţiile interpersonale neprevăzute. Nivelarea importanţei relaţiilor interpersonale poate fi din cauza că pe elevi îi îndreaptă spre o muncă asiduă/intensă, care foarte activ se întărește. Suprasolicitarea prin activitatea de învăţare, tendinţa nelimitată al pedagogilor şi părinţilor de a ocupa copii într-atât ca lor să nu le rămână timp de „a face şotii/glume", toate acestea aducând copiilor nu le rămâne timp pentru a-şi aparţine sie, să se joace, să vorbească cu semenii. Frustrarea apare numai din cauza că a apărut o problemă, dar şi de aceea că apare necesitatea de a lua o decizie, de a face o alegere, de a fi responsabil pentru cele întâmplate şi de urmările care pot fi. Școala nu face mai dificilă fixarea unilaterală în activitatea de învățare dar poate provoca aceasta fixare, să o întărească ca fiind o activitate dorită și aprobată.

Sursele mass-media. O instituție de socializare nu mai puțin importantă sunt și sursele mass-media informaționale. Meritele lor sunt deosebite în diverse sfere ale vieții cotidiene: cultură, politică, economie, învățământ și educație, etc. Dar împreună cu acestea, își aduc contribuția în retragerea oamenilor de la realitate, propunând o industrie a senzațiilor în schimbul relațiilor normale interpersonale, dau modele gata făcute al gândurilor și al faptelor....există pericolul folosinței escesive al culturi televizate, care se răsfrânge negativ asupra dezvoltării creativității, individualității și activității sociale ale personalității. Televiziunea, în mare parte izolează oamenii. Ei se dezvață să discute. Membrii familiei, după serviciu și după lecții se adună în fața ecranului pe mai multe ore, aruncând doar replici în legătură cu ceea ce privesc, dar nu acordă atenție problemelor și intereselor interpersonale. Majoritatea găsesc în televiziune, după părerea lor, o metodă efectivă de a fugi de probleme. Dar personajele din ecran vorbesc despre aceea că realitatea e plicticoasă, dificilă, imprevizibilă, și de aceea trebuie să ne distrăm, să ne relaxăm, să ne odihnim. Unii oameni pot considera aceasta ca o formulă de a supraviețui și de a-și face concluzii, că pentru a întreprinde careva acțiuni, de a reorganiza propriul plan de viață-sunt doar niște cheltuieli mari, și ar fi mai bine să ne refugiem. Prezentarea emoțională a materialului poate contribui la însușirea rapidă și rigidă a acestor formule.

Religia joacă un rol important în istorie, cultură, codul moral al societății. În momentele grele omul se adresează religiei, și ea îi dă credință, speranță și putere pentru a rezista ispitelor grele. Vorbind despre reprezentările religioase, S. Freud scrie, că tezaurul acestor reprezentări este născut din trebuința de a face neajutorarea omului mai rezistentă; viața în această lume slujește unui scop suprem, care într-adevăr e dificil să-l ghicim, dar care neîndoielnic înseamnă desăvârșirea ființei umane. Religia poate deveni o putere mare, care ne ajută să trecem pe acest drum al vieții cu toate privațiunile sale, ca sprijin de nădejde în zilele grele. Dar, împreună cu acestea, religia poate deveni și putere care abate de la realitate. Căutarea de sine, tendința spre autorealizare ne aduc în lumea iluziilor religioase. Uneori, pe neobservate, omul poate fi atras în una din sectele religioase, care se cred a fi distrugătoare. Sub adăpostul scopului benefic ,tendința spre duhovnicie, are loc o retragere violentă de realitate. Conform cercetărilor lui I.I. Polishiuk, oamenii tineri, incluși într-o sectă distructivă, îi deosebesc după:

- Îndepărtarea de cei apropiați, uneori printr-o expresie a răutății. Poate fi însoțită de plecarea de acasă;
- Refuzul de a învăța sau de a lucra printr-o aprofundare totală în activitatea sectei
- Nu mai citesc literatură artistică, ziare, jurnale, înafara de citirea editurilor religioase care le descoperă diverse învățături
- Refuzul de utilizare al televizorului și radioului
- Schimbarea regimului de alimentare sistematică (Rezultatul suprasolicitare și supraoboseală fizică)
- Limitarea bruscă al somnului. 3-4 ore din 24
- Închiderea în sine, pierderea prietenilor, pierderea intereselor actuale, pierderea interesului față de sexul opus
- Încrederea totală corectitudinea alegerii al învățării duhovnicești
- Manifestarea anemiei (anemie-lipsa mimicii),al văzului calm, tonul rece al glasului, indiferența față de exteriorul său
- Surplusul ideilor prețioase

Deseori la astfel de oameni apar tulburări psihice serioase. La aceasta contribuie supraoboseala fizică și psihică, inducerea multiplă într-o stare hipnotică sub forma propovăduirilor religioase, ritualurilor, sugestii directe sau fundamentale. Meditațiile îndelungate aduc la o stare de autohipnoză printr-o totală deconectare de realitate. La membrii sectelor se dezvoltă o dependență psihică și duhovnicească față de propăvăduitori, de narcoticul duhovnicesc. După simțirea plăcerii din urma procedurilor religioase, apare o tendință, o necesitate de a resimți această senzație. Această necesitate poate cizela multe alte necesități. Astfel, sub forma religiei pe om îl îndreaptă spre refuzul de la viața pământească, de la necesitățile naturale, de la convingeri. Aceasta poate duce la autodistrugerea fizică și psihică.

3.3. Factorii psihologici

Factorii psihologici care pot genera predispoziție pentru comportamente specifice adicției sunt tulburările de anxietate sau depresie, stresul, panica, agresivitatea sau alte stări psihologice negative. *Trăsăturile de personalitate* au fost identificate ca fiind posibili factori de risc în dezvoltarea adicțiilor. Impulsivitatea a fost în centrul

atenției în numeroase studii asupra adicțiilor de substanțe și a celor comportamentale. Astfel, s-a constatat că persoanele cu trăsături de personalitate precum impulsivitatea sau căutarea de senzații tari prezintă un risc crescut de a dezvolta adicții.

Stresul și strategiile de coping fac parte din categoria factorilor psihologici ai adicțiilor. Strategiile de coping reprezintă modalitățile prin care indivizii fac față stresului, dificultăților și provocărilor vieții. În esență, acestea sunt abordări și comportamente pe care indivizii le utilizează pentru a gestiona emoțiile negative, a face față situațiilor tensionate și a rezolva problemele cu care aceștia se confruntă. Strategiile de coping pot varia de la strategii sănătoase și eficiente la strategii disfuncționale, iar modul în care o persoană abordează și gestionează stresul poate influența sănătatea mintală și rezistența la adicții. În acest sens a fost sugerat că persoanele care se confruntă cu niveluri ridicate ale stresului pot utiliza substanțe sau pot adopta anumite comportamente ca modalități de a face față stresului sau de a se relaxa. Un nivel ridicat de stres experimentat de o persoană determină riscul ca aceasta să se „refugieze în consumul de alcool", pentru a trece mai ușor peste această perioadă. Cercetările au arătat că problemele legate de jocurile de noroc sunt asociate pozitiv cu utilizarea strategiilor de evitare și de focalizare emoțională și negativ cu utilizarea strategiilor de coping axate pe rezolvarea problemelor.

Sentimentul de singurătate determină o persoană să consume anumite substanţe din dorinţa de a umple golul interior produs de singurătate, expunîndu-se unui risc ridicat de a suferi de adicţie.

Un alt factor - *vârsta* când substanţa a fost consumată prima dată - potrivit studiilor, cu cât vârsta la care a fost consumată pentru prima dată o substanţă este mai mică, cu atât riscul de a manifesta o dependență este mai ridicat.

Unul dintre factorii-cheie care interacționează cu strategiile de coping este reprezentat de *stilurile de atașament*. Sistemul de atașament este considerat un sistem reglator comportamental care mediază relațiile apropiate, reflectă cognițiile și emoțiile caracteristice ale individului și prezice diferite modalități de interacțiune cu ceilalți indivizi. Calitatea atașamentului copilului determină nivelul de siguranță al copilului cu care va explora lumea, iar aceste relații timpurii formează modelele din care sunt dezvoltate relațiile ulterioare în adolescență și în viața adultă. Atașamentul din copilărie îi oferă copilului capacitatea de a răspunde favorabil la factorii de risc ulteriori pe care acesta i-ar putea întâlni. Dacă un copil se simte nedorit și neglijat poate dezvolta un concept de sine negativ. Astfel, apare tendința de a evita astfel de sentimente, dezvoltând un comportament adictiv. Adicțiile comportamentale pot fi considerate o tulburare de atașament. De exemplu, în cazul tulburările legate de jocurile de noroc, adolescenții cu un atașament evitant de tip respingător par să prezinte un risc mai mare de a o dezvolta. În cazul dependenței de internet indivizii cu niveluri ridicate de atașament evitant tind să se ferească de apropierea de ceilalți deoarece nu simt nevoia de relații sociale, crescându-și astfel riscuri de izolare socială. Indivizii cu acest tip de atașament sunt mai puțin flexibili în abordarea factorilor de stres, iar strategiile de reglare a disconfrotului adesea conduc la răspunsuri maladaptative.

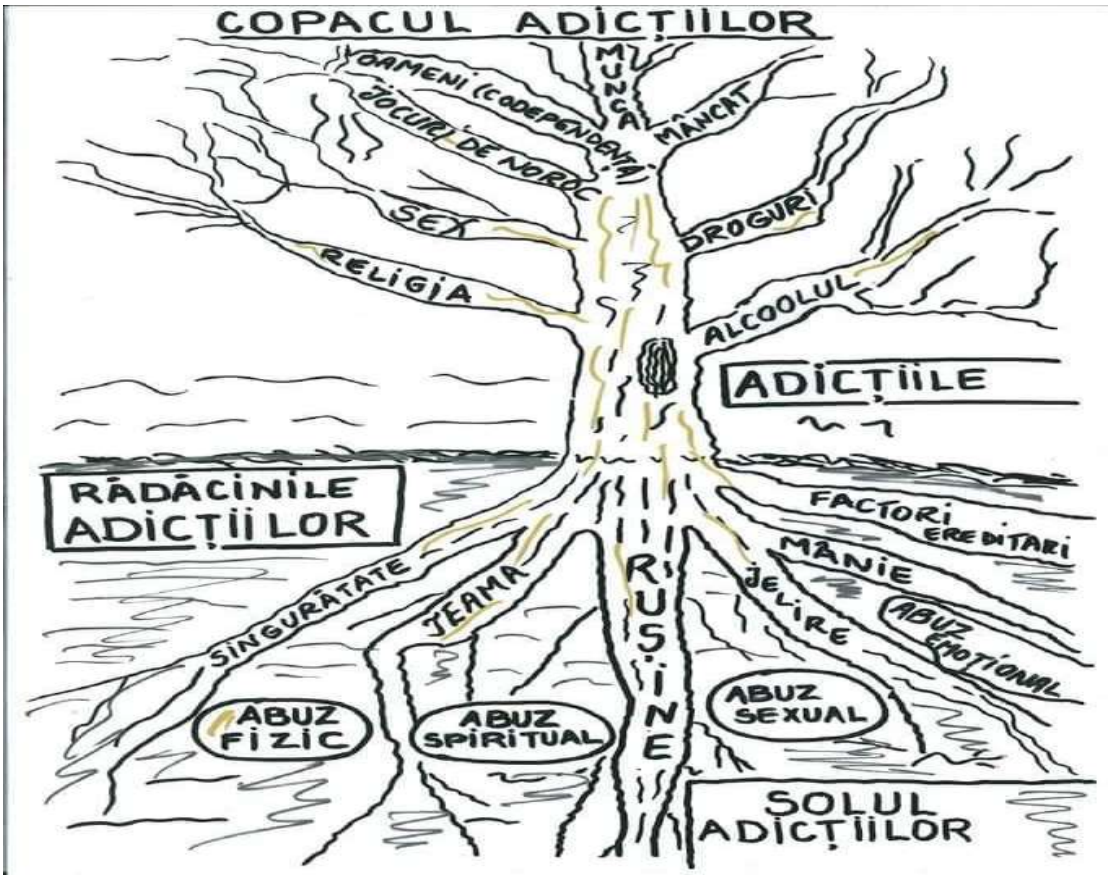


Fig. 4. Copacul adicțiilor



Sarcini și activități de învățare:

1. Analizați factorii care ar putea condiționa apariția comportamentelor dependente.
2. Caracterizați factorii biologici care ar putea influența apariția dependenții.
3. Analizați factorii sociali care pot fi generatori ai comportamentelor dependente.
4. Care este rolul factorilor psihologici în apariția dependenței?
5. Identificați factorii sociali prevalenți din societatea modernă care duc la apariția și menținerea comportamentelor dependente.

4. TABAGISMUL

Finalități de studiu:

1. Să identifice cauzele fumatului și riscurile pentru sănătate.
2. Să caracterizeze principalele tipuri de fumători.
3. Să distingă măsurile de prevenire/combatere a tabagismului.

4.1. Considerații generale

Conform declarației OMS, anual la 31 mai se desfășoară Ziua Mondială fără tutun, iar la 26 iunie - Ziua Internaţională de luptă împotriva drogurilor. Necesitatea conștientizării în rândul unor tot mai largi categorii de populaţie, a consecinţelor dezastruoase pe care le generează fumatul, face ca problema să devină o reală prioritate de sănătate publică. În prezent, tabagismul este considerat o maladie care are toate atribuţiile unei epidemii sau mai exact a unei pandemii a secolului. S-a estimat, că pierderile anuale nete datorate tutunului, suferite de resursele financiare ale planetei se ridică la 200 miliarde dolari US, fiecărei mii de tone tutun consumat îi revine 650 de morţi şi 27,2 milioane de dolari US, pierderi nete pentru economia mondială. Cu regret, trebuie însă recunoscut faptul că fumatul face parte din existența umană cotidiană, fiind încă o expresie a „stilului de viaţă modern". Răspândind-se în lume ca o epidemie de modă şi comportament, pornită din ţările industriale şi cu o recunoscută rapiditate, tabagismul s-a îndreptat în ultimii ani spre ţările în curs de dezvoltare, inclusiv şi în Republica Moldova. O anchetă realizată în vederea estimării prevalenţei tabagismului printre contingentele de populaţie din Republica Moldova denotă faptul, că circa 60-65 la sută din populaţie fumează. În ceea ce priveşte prevalenţa fumatului în rândul diferitor grupe de populaţie se constată, că ponderea bărbaţilor este de 40-45 la sută, iar a femeilor 18-20 la sută.

Obiceiul de a fuma este unul din comportamentele cele mai periculoase pe termen lung pentru sănătatea tinerilor. Consumul tutunului de către tineri este foarte răspândit în toate regiunile din lume și în creștere în țările în curs de dezvoltare. Se arată în majoritatea țărilor că tabagismul înregistrează o creștere mai mare la fete decât la băieți, astfel că prevalența la fete este egală cu cea înregistrată la băieți și chiar o depășește în unele țări. Tinerii încep să fumeze la o vârstă din ce în ce mai precoce (marea majoritate înainte de vârsta de 19 ani, foarte puțini tineri dobândesc acest obicei după această vârstă).

4.2. Cauzele fumatului

- *Presiunea grupului*. Adolescența este vârsta la care influența părinților scade considerabil în detrimentul anturajului (cercul de prieteni, clasa). Pentru a fi acceptat de grupul pe care-l consideră reprezentativ pentru valorile sale, adolescentul face aproape orice. În anumite contexte presiunea grupului se combină cu sentimentul de mândrie masculină, caracterizat printr-un comportament independent și temerar.
- *Tranziția școlară și presiunea socială*. Adolescentul trăiește o dramă: nu mai este copil și nu mai beneficiază de privilegiile acestei vârste, dar nici adult, deși dorește mult să se bucure de avantajele acestuia.
- *Imitarea modelelor* (starurile de cinema, vedetele muzicii moderne, sportivii de performanță)
- *Curiozitatea și nevoia de a experimenta ceva nou*. Copiii care fumează dovedesc că sunt mult mai puțin conștienți de efectele nocive ale tutunului decât cei nefumători. Din diferite considerente de ordin sociologic și psihologic este dificil să convingi tinerii de gravitatea problemelor asociate imediat sau pe termen lung cu uzul țigărilor. Această dificultate derivă în parte din faptul că anumite moduri de comportamente sunt endemice în perioada adolescentei (experimentare, răzvrătire etc.)
- *Tendința de „emancipare", de opoziție si protest fată de interdicțiile părinților* pentru ca ulterior fumatul să devină o „falsă necesitate"
- *Exemplul părinților*.
- *Publicitatea.* Industria tutunului și-a axat campaniile publicitare asupra tinerilor, mai ales prin sponsorizarea manifestărilor sportive. S-a estimat că pentru a-și menține beneficiile la același nivel, această industrie are nevoie să recruteze anual 2,5 milioane de fumători noi. Cea mai mare parte dintre ei sunt tineri.

4.3. Riscuri pentru sănătate

Nocivitatea fumului de țigară variază în funcție de caracteristicile tutunului și ale hârtiei, precum și de lungimea țigaretei (scurtarea acesteia prin fumat creste concentrația gazelor în fază solubilă). Frecventa și gravitatea bolilor produse de fumat este corelată cu numărul țigărilor fumate și cu vârsta la care se începe această activitate. Fumatul intensiv și prelungit joacă un rol determinant în apariția a numeroase afecțiuni mortale sau invalidante la adult, ca de exemplu: cancerul pulmonar, emfizemul și bronșita cronică, ateroscleroza, cardiopatia ischemică.

Efectele negative pe termen scurt în urma inspirării fumului de ţigară sunt: creșterea ritmului inimii, creșterea tensiunii arteriale, lezarea mucoaselor cavității

bucale, îngălbenirea dinţilor, eritarea naso-faringelui şi a laringelui, apariţia tusei, scăderea. rezistenţei la infecţii respiratorii a organismului, iritarea ochilor.

Pe termen lung, efectele negative sunt mult mai grave: apare sindromul respirator al fumătorului cu tuse, expectoraţie, respiraţie greoai,e dureri toracice, bronhopneumopatii, bronşite cronice, boli cardiovasculare, boli digestive, cancer al cavitaţii bucale, al esofagului, laringelui, vezicii urinare, cancer pulmonar şi alte forme de cancer, etc.

Legătura dintre **fumat şi cancer** este demonstrată indiscutabil. Dacă anual mor în lume de cancer 5 - 6 milioane de oameni, un sfert din aceste decese au drept cauză fumatul. În afară de substanţele conţinute în tutun cu efect cancerogen prin ele însele (gudron etc.), altele favorizează dezvoltarea cancerului și sunt cancerogene. Acţiunea lor nocivă se exercită atât la nivelul văilor aero-digestive, cât şi asupra organismului în general. Fumatul este implicat în numeroase localizări ale cancerului: bronho-pulmonar, buze, limbă, orofaringe, laringe, esofag, stomac, vezică urinară.

Evident că pot interveni şi alţi factori cancerogeni, dar un lucru este demonstrat şi anume faptul că frecventa **cancerului pulmonar** este proporţională în toate ţările cu consumul de ţigarete. Relaţia este aşa de evidentă încât 90% dintre marii fumători, de peste 40 de ţigări pe zi, fac cancer pulmonar. În timp ce cu două decenii în urmă cancerul pulmonar ocupa locul opt în rândul localizărilor de cancer în general, în momentul de faţă el se situează pe locurile 1 - 2 şi tinde spre ocuparea locului întâi.

În afara cancerului bronho-pulmonar primul ca frecvenţă la fumătorii înveteraţi, numeroase studii au dovedit o relaţie directă între fumat şi frecvenţa cancerului care atinge organe mai îndepărtate de contactul cu atmosfera poluată de tutun. Astfel riscul de a face **cancer al vezicii urinare** este de două ori mai mare la fumători decât la nefumători, pentru cancerul esofagului de 5 ori, pentru cancerul cavităţii bucale şi al faringelui de 6 ori, iar pentru cancerul laringelui de 10 ori.

Tutunul este de asemenea implicat în apariţia **bolilor respiratorii** acute şi a bronhopneumopatiilor cronice obstructive. Bolile respiratorii acute, traheitele, bronşitele, pneumoniile sunt de 2,2 ori mai frecvente la fumători decît la nefumători. **Bronşita** cronică se întîlneşte la 8% dintre nefumători faţă de 27% la fumătorii cu un consum pînă la 10 g tutun pe zi, 40% la fumătorii ce consumă 12 - 24 g pe zi şi 50% din fumătorii ce consumă peste 25 g tutun pe zi. Fumul de tutun provoacă o hipersecreţie a mucoasei bronşice şi consecutiv o cilio - toxicitate care împiedică drenajul secreţiilor bronşice acumulate. Îndepărtarea particulelor depuse în căile aeriene se face în mod diferit la fumători faţă de nefumători. La nefumători, îndepărtarea începe imediat după inhalare. Ea este rapidă pentru toate particulele depuse pe căile aeriene mai largi şi mai centrale, apoi mai lentă pentru particulele depuse pe căile aeriene mici şi periferice, astfel încât nu se mai observă nici o retenţie.

La fumători, fenomenele de epurație sunt întârziate şi prelungite având loc un stocaj anormal al particulelor străine în căile respiratorii. Alături de cilio - toxicitatea tutunului există şi toxicitate celulară directă în sensul unei inhibiţii a activităţii celuleor care intervin în mecanismele de epurare bacteriană. Este de menţionat de asemenea fenomenele de sensibilizare la tutun puse în evidenţă la unii astmatici. Evoluţia bronşitei cronice obstructive în cazul în care nu se abandonează fumatul duce la îngustarea căilor respiratorii, la tulburări ventilatorii progresive, la insuficienţa respiratorie gravă incompatibilă cu cel mai mic efort şi în final la dependenţă socială şi la pierderea vieţii.

Fumatul este implicat şi în apariţia numeroaselor **boli cardiovasculare**. Desigur că el nu este factorul exclusiv dar este una din cauzele importante alături de modul de alimentaţie, sedentarism, stresul nervos, hiperlipoproteinemia, hipertensiunea arterială etc. Fumatul antrenează o constricţie vasculară şi o reducere a temperaturii cutanate cu 0,5 - 3 grade la nivelul extremităţilor.

Sunt considerate de asemenea ca efecte secundare ale fumatului: modificările turbidităţii plasmatice, concentraţia de colesterol şi beta lipoproteine, obezivitatea şi agregarea trombocitelor. Tabagismul este cauza majoră a cardiopatiei ischemice. Riscul fumătorilor de a muri de cardiopatie coronariană este de două ori mai mare decât la nefumători.

Implicaţiile fumatului în evoluţia coronaropatiilor şi arteriopatiilor s-ar datora acţiunii directe asupra celulelor ganglionare ale sistemului nervos vegetativ şi efectului imediat al nicotinei asupra suprarenalelor şi hipofizei.

Printre alte **boli cardiovasculare** în care este incriminat fumatul amintim hipertensiunea arterială şi arteriopatia obliterantă a membrelor inferioare care duce la gangrene, amputaţii etc. S-a constatat, că 95% din arteritiei ar fi mari fumători şi că 11,4% din amputaţiile efectuate la arteritici ar fi putut fi evitate dacă s-ar fi abandonat tutunul. Consecinţele nefaste ale fumatului se înregistrează şi la nivelul **aparatului digestiv**. Astfel, ulcerul gastroduodenal este de două ori mai fecvent la fumători faţă de nefumători. Durerea ulceroasă este mai intensă şi mai durabilă la fumători, iar complicaţiile ulcerului sunt mai frecvent la aceştea. Principalul mecanism în inducerea ulcerului la fumători ar fi inhibiţia secreţiei pancreatice alcaline care tamponează aciditatea conţinutului gastric ajuns în duoden. Agentul care produce această inhibiţie se presupune a fi nicotina.

Fumul de tutun reduce capacitatea de apărare a organismului, riscul fumătorului de a contracta afecţiuni mai multe şi cu evoluţie mai severă fiind mult mai mare. Printre multiplele efecte toxice ale tutunului este şi acela al afectării **sistemului imun**, ducând la scăderea producerii de anticorpi. Nivelul redus al imunoglobulinelor la fumători

poate fi un factor care contribuie la infecţiile respiratorii cronice mai frecvente şi mai severe la aceştia.

Fumatul dăunează graviditătii şi noului născut, produce avorturi, malformaţii, naşteri de copii morţi, distrofici cu habdicap psihic şi fizic. Complicaţii ale naşterii, ruptura prematură a membranelor, placenta praevia, pielonefrita, sunt mai frecvente la gravidele fumătoare.

Boli	% la bărbaţi	% la femei
Boală coronariană 35-64 ani	45	41
Boala coronariană peste 65 ani	21	12
Boli cerebrovasculare 35-64 ani	51	55
Boli cerebrovasculare peste 65 ani	24	6
Cancer pulmonar	90	79
Cancer de buze, gură şi faringe	92	61
Cancer de laringe	81	87
Cancer de esofag	78	75
Cancer de pancreas	29	34
Cancer de vezică urinară	47	37
Cancer de rinichi	48	12
Bronhopneumopatie obstructivă cronică	84	79

Tabelul 1. Procentul de decese prin diverse boli atribuit fumatului

Tutunul are efecte nocive asupra fătului la fetele însărcinate fumătoare și crește riscul nașterii premature și insuficienței ponderale la naștere. În țările în curs de dezvoltare, unde statusul nutrițional al mamei este adesea nesatisfăcător, riscul este și mai mare. Mestecarea tutunului provoacă afecțiuni dentare, gingivale și cancerul cavității bucale. Un comitet OMS a estimat că în lume, folosirea tutunului este responsabilă de peste un milion de decese premature pe an.

Cu cât fumatul debutează mai devreme, cu atât este redusă mai mult speranța de viață: cu opt ani dacă fumatul debutează înainte de 15 ani și numai cu patru ani dacă debutează la 25 de ani. Pe de altă parte, persoanele care încep să fumeze de tineri au dificultăți mai mari să renunțe.

În afara complicaţiilor multiple şi grave, consecinţe ale fumatului la consumatorii de ţigări direcţi, fumul de ţigară constituie şi o veritabilă agresiune împotriva întregei colectivităţi. Aşadar, pe lângă fumătorii voluntari există **„fumători involuntari"**, victime inocente ale fumatului. Este vorba de fumatul degajat în cameră de la o ţigară care are concentraţii superioare de substanţe toxice, pe care îl inhalează şi nefumătorii.

Întrucât aproximativ 2/3 dintr-o ţigară arde în scrumieră, fumul degajat în cameră reprezintă cea mai mare parte din fumul total al ţigării. Mai mult decât atât, acest curent secundar conţine de 8,1 ori mai mult oxid de carbon, de 2,7 ori mai multă nicotină, de 2,6 ori mai mult fenol. Cât priveşte substanţele cancerogene (metil-naftan, dimetilnitriformină, gudron etc.) acestea sunt în cantitate de 10 - 39 ori mai mare în curentul secundar decât în cel principal.

Alte dovezi ale agresiunii fumului de tutun pentru ambianţa fumătorilor sunt prezenţa nicotinei în urina nefumătorilor din preajma fumătorilor, blocarea a 4 - 7% din hemoglobină sub formă de carboxihemoglobină la persoanele din anturajul imediat al fumătorilor. Ne dăm seama odată în plus cât de dăunătoare este această poluare a aerului prin fum de tutun mai ales cînd este vorba de copii, de vârstnici sau de persoane deja suferinde. Cele menţionate demonstrează clar că viciul fumatului nu mai poate fi considerat o problemă strict personală a fumătorului întrucât ea are implicaţii deosebit de serioase asupra ambianţei, deci a întregii societăţi.

Practic nu poate fi vorba de un calcul real care să estimeze totalitatea daunelor individuale şi sociale provocate de fumat. Este vorba de îmbolnăvirile grave şi de decesele survenite ca urmare a cancerelor şi a altor complicaţii redutabile ale fumatului, de cheltuielile enorme pentru tratarea bolilor provocate sau agravate de fumat, de ajutoarele medicale de boală, de pensii, de pierderile provocate producţiei prin reducerea capacităţii de muncă. Dincolo de toate aceste neajunsuri, paguba cea mai mare şi de neînlocuit pentru societate pe care o aduce fumatul este pierderea de vieţi omeneşti, care interesează oameni la vârste active, oameni în plină activitate creatoare, deosebiot de utili familiilor lor şi societăţii. Diverse statistici dau cifre îngrijorătoare, demonstrând că fumatul ucide de 4 ori mai mult decât accidentele de circulaţie.

4.4. Tipuri de fumători

a) **pasiv** - nu fumează, dar este expus la fumul celorlalţi fumători în spaţii închise
b) **ocazional** - apelează la ţigară din când în când
c) **regulat** - fumează cel puţin o dată pe zi
d) **ex-fumătorul** – persoana nu a mai fumat de cel puţin 6 luni

Nivele de dependență:

e) Dependenţa de un anumit **ritual**, care dă o anumită stare de bine
f) Nivelul **emoţional** al dependenţei de fumat
g) Nivelul **biochimic** al dependenţei de substanţă

Nilis Beierut în lucrarea „Алкоолизм, наркомания и свобода” (1983) – prezintă mecanismele apariţiei nicotinismului.

⦿ AB – perioada până a face cunoştinţă cu ţigările.

- BC – stadiul fumatului voluntar. Prima ţigară (curiozitatea, dorinţa de a părea matur, aprox. 14 – 15 ani).
- CD – stadiul dependenţei active – ataşamentul involuntar (perioada când după o stimulare masivă a creierului se schimbă atitudinea calitativă faţă de fumat. Trecerea de la utilizarea controlabilă la dependenţă).
- DE – abstinenţă, stadiul dependenţei ascunse. Încercarea de a lăsa fumatul. Dar necătând la încetarea fumatului, dependenţa de nicotină se păstrează.
- EF – stadiul dependenţei active (I-ul recidiv).
- FG – noua perioadă de abstinenţă după o încercare de a lăsa fumatul.
- GH – perioada nicotinismului cronic.

Unii fumător rămân la stadiul BC toată viaţa, pot fuma 1-2 ţigări nefiind dependenţi. Fumatul la acest stadiu se află sub control volitiv

4.5. Măsuri de prevenire și combatere

S-a stabilit că diferite măsuri legislative destinate combaterii fumatului pot, asociate cu activități energice și susținute de educație sanitară, să reducă incidenta tabagismului. Multe dintre aceste măsuri au un impact într-un mod sau altul asupra folosirii tutunului de către copii și adolescenți, dar redăm în continuare pe acelea care influențează direct tabagismul la tineri:

- Interzicerea vânzării tutunului minorilor. În țările care au interzis vânzarea de țigări tinerilor, vârsta la care se aplică această interdicție variază: în unele țări vârsta a fost fixată la 21 de ani, observându-se o tendință de reducere la 18 ani; în altele se aplică tinerilor sub 16 ani.
- Limitarea distribuirii și vânzării țigărilor. Anumite țări au început să interzică vânzarea tutunului în locuri susceptibile de a fi frecventate de tineri (chioșcuri si magazine situate în apropierea școlilor). O problemă deosebită o ridică automatele cu țigări.
- Interzicerea fumatului în locuri frecventate de tineri. În numeroase țări legislația interzice fumatul în scoli sau în diferite locuri publice, în localuri, contribuind astfel la reducerea expunerii minorilor la fumul de țigară în afara căminului.
- Interzicerea fumatului în public pentru copii și adolescenți.
- Restricții impuse publicității și promovării vânzărilor țigărilor. Se consideră că tinerii sunt sensibili la publicitate. Asocierea fumatului cu ideea de reușită, de seducție sau de popularitate poate avea un efect considerabil, și după părerea multor specialiști, incită la începerea fumatului. Un studiu privind relația dintre publicitate și consumul de țigări a concluzionat că publicitatea este una dintre armele cele mai eficiente de care dispune industria tutunului pentru a convinge oamenii să fumeze. Temele dominante ale publicității în favoarea țigărilor

asociază fumatul cu vigoarea tinereții, o sănătate bună, o fizionomie atrăgătoare și cu succesul și reușita pe plan individual, social și profesional; mai mult, fumatul ar fi compatibil cu activitățile sportive si sănătoase. În țările în care publicitatea este interzisă (Franța) s-a observat o diminuare a consumului de țigări și o schimbare de atitudine a tinerilor privitor la tutun.

- Publicitate negativă fumatului. Legislația privitoare la „publicitatea negativă" cere ca toate pachetele de țigări să aibă o etichetă de avertizare privind nocivitatea tutunului. De exemplu: „Tutunul dăunează grav sănătății".
- Promovarea educației sanitare privind tabagismul. Numeroase țări au adoptat programe naționale de luptă contra tabagismului. Acțiunile educative cuprind cursuri obligatorii de igienă în școlile publice, campanii audio-vizuale (ex. desene animate cu mesaje antitabac), afișe, broșuri, reviste și conferințe pentru tineri. Programele de educație nu trebuie axate numai pe elevi, ci și asupra profesorilor și părinților pentru a-i face să înțeleagă consecințele nocivității tutunului si importanta lor ca modele pentru tineri. Dezavantajele campaniilor educative constau în costul mare și eficientă doar după un timp îndelungat. Tinerii reprezintă un grup greu de convins de nocivitatea fumatului. Este dificil să motivezi tinerii privitor la riscuri ale căror efecte se fac simțite mulți ani mai târziu. Argumentele logice nu sunt suficiente pentru descurajarea tinerilor de a fuma. De aceea trebuie combinate o serie de strategii, iar legislația poate constitui un mod esențial pentru interzicerea fumatului în scoli și locuri publice, interzicerea vânzării către minori etc.
- Alte măsuri prevăzute în textele legislative cuprind:
  - reglementarea conținutului tutunului în substanțe nocive
  - măsuri fiscale si economice; a fost demonstrat că prin creșterea taxelor asupra țigărilor nu se obține nici un efect privind consumul de către adulți, dar se poate reduce considerabil numărul de fumători noi printre tineri.

Metode de combatere:

1. Metoda radicală: renunți complet și definitiv. Greu, dar nu imposibil.

2. Metoda „în trepte":

a. reducerea treptată a numărului de țigări consumate

b. amânarea cât mai mult posibil a orei la care îți vei aprinde prima țigară.

c. guma de mestecat sau plasture cu nicotină. Acestea acționează la nivelul gingiilor sau al pielii, unde își eliberează conținutul de nicotină, care poate fi reglat în funcție de nivelul de dependență.

d. acupunctura, masajul, fitoterapia – ajută la reducerea anxietății produse de absența nicotinei.



Sarcini și activități de învățare:

1. Analizați factorii care ar putea condiționa apariția tabagismului la tineri.
2. Identificați riscurile pentru sănătate la care sunt expuse persoanele dependente de fumat.
3. Caracterizați tipurile de fumători.
4. Stabiliți măsuri de prevenire a fumatului în rândul tinerilor reieșind din realitățile societății noastre.
5. Relatați despre măsurile de combatere a tabagismului existențe în Republica Moldova.

5. ALCOOLISMUL

Finalități de studiu:

1. Să identifice factorii de risc în apariția alcoolismului.
2. Să caracterizeze riscurile pentru sănătatea consumatorului de alcool.
3. Să identifice simptomatica timpurie a alcoolismului.
4. Să determine măsurile de prevenire/combatere a consumului de alcool.

5.1. Considerații generale

Consumul abuziv de alcool constituie primul factor de risc pentru populația din Republica Moldova. Aceasta este o problemă destul de complicată din motivul, că ţara noastră este una agrară, unde viticultura şi vinificaţia sunt ramuri importante în economia ţării. De aceea s-au creat tradiţii şi obiceiuri, unde se consumă cantităţi mari de alcool. Actual, în Republica Moldova se înregistrează circa 48 000 persoane afectate de alcoolism cronic.

Consumul de alcool a crescut în ultimul timp ca volum și frecventă, iar vârsta la care se începe băutul a scăzut. Studiile efectuate arată că obiceiul consumului de alcool începe din adolescentă si la debutul vârstei adulte, dar consecințele patologice nu apar decât în decursul mai multor ani. Adolescenții sunt rareori consumatori cronici de alcool, mai degrabă au tendința de a ceda ocazional unui consum excesiv de alcool.

Dependenta de alcool se instalează după mai mulți ani si majoritatea persoanelor care solicită asistentă medicală au peste 30 ani. Se observă diferențe importante între sexe privitor la consumul de alcool și la efectele fizice produse de acesta. În țările dezvoltate tinerele consumă alcool la fel de frecvent ca tinerii, dar în cantitate mai mică.

Conținutul mai redus în apă al organismului femeilor face ca acestea să fie mai vulnerabile decât bărbații la efectele alcoolului. Rezultă că prin consumarea aceleași cantități de alcool consecințele asupra sănătății vor fi mai grave la femei. Alte diferențe între bărbați și femei pot fi de ordin socio-cultural. În numeroase țări consumul de alcool de către tineri este considerat ca o consolidare a imaginii masculine de virilitate și maturitate. Consumarea de alcool de către femei este privită diferit: femeia care bea mult este obiectul dezaprobării sociale si, în consecință, ea încearcă să disimuleze dificultățile cu care se confruntă în loc să solicite un ajutor calificat. Alcoolismul trebuie deosebit de consumul băuturilor alcoolice**.**

Alcoolismul de fapt este o boală care se caracterizează prin dependenţa faţă de băuturile alcoolice, pierderea controlului asupra propriului comportament.

Alcoolicul este persoana care nu poate să nu bea. Treptat tot comportamentul şi sensul existenţei persoanei devine legat doar de consumul alcoolului. *Aproximativ 8% din populaţie adultă a avut dependenţă alcoolică.* Se pune întrebarea cât trebuie să consume individul şi cât de des pentru a deveni alcoolic. În mediu, pentru persoanele adulte e necesar consumul de 3 ori pe săptămână în cantităţi care să ducă la gradul de ebrietate I, II, timp de 2-3 ani. Dar această evoluţie depinde de vârsta la care individul începe consumul abuziv şi sistematic al băuturilor alcoolice, sexul, particularităţile individuale ale organismului şi ale sistemului nervos. Dar cu cât mai devreme începe individul consumul, cu atât mai multe „şanse" are de a deveni alcoolic.

5.2. Cauzele consumului de alcool la tineri:

Multipli factori social-economici, psihologici, financiari, şomajul, neîncrederea în ziua de mâine, stresul social etc. au contribuit la majorarea numărului de persoane afectate de alcoolism cronic, cu afecţiuni hepatice, cardiovasculare, cerebrovasculare, etc. condiţionate de consumul abuziv de alcool.

Încercând să luptăm cu alcoolismul, trebuie să excludem cauzele, nu numai consecinţele. Alcoolismul apare în rezultatul problemelor personale nerezolvate. Paradoxul constă în faptul că, la început omul caută să învingă neplăcerile cu ajutorul alcoolului, iar apoi, acumulând-le și înmulțind-le, se străduie să le hotărască cu ajutorul treziei.

Printre cauze ale consumului abuziv pot fi:

- Anumite tipuri de personalitate (hiperemotivi, persoane cu complexe de inferioritate si cu instabilitate psihică); alcoolul facilitează debarasarea de

dificultăți de ordin caracterial, redă încrederea si permite afișarea unei false bunăstări.

- Terenul ereditar (transmiterea genetică a unei enzime implicate în metabolismul alcoolului)
- Tradiții proalcoolice
- Presiunea grupului
- Dorința de experimentare (pentru mulți tineri alcoolul este un simbol de maturitate)
- Exemplul idolilor
- Conflicte cu părinții
- Mediu social
- Teama de obligațiile impuse de vârsta adultă (de ex. căutarea unei slujbe).

5.3. Efectele alcoolului asupra organismului

Alcoolul, spre deosebire de mâncare, nu este digerat în stomac și în intestine. Când alcoolul ajunge în stomac, o parte din el trece în celulele stomacului și apoi în circuitul sanguin. Restul trece în intestinul subțire și apoi direct în sânge. Alcoolul poate afecta țesuturile care protejează stomacul și laringele. Chiar și în cantități mici, alcoolul crește secreția sucurilor digestive din stomac și creează o senzație de foame. Iritarea constantă a învelișului stomacului poate produce gastrită: inflamația cronică a mucoasei. Mâncarea poate încetini absorbția alcoolului în sânge aproape cu 50% . Mâncărurile grase, alături de proteine, cum sunt laptele și brânza, îl pot proteja pe cel care bea de a se intoxica prea repede. Gradul de intoxicare este determinat de cantitatea de alcool consumată o singură dată precum și de viteza de consumare. Consumul lent și în doze mici permite ficatului să oxideze alcoolul mult mai eficient decât când este consumat dintr-o data. Rezultatul va fi un grad mai mic de intoxicare. Alcoolul trebuie descompus de ficat în bioxid de carbon și apă, înainte de a ieși din organism. Ficatul nu poate descompune o dată decât cantități mici. Restul alcoolului circulă în sânge până ce ficatul va fi din nou capabil să-l descompună. Când ficatul devine foarte slăbit, apar simptome în tubul digestiv și în sistemul circulator. Ciroza este o deteriorare a ficatului care distruge țesuturile sănătoase și lasă numai țesuturi grase și fibroase. Ciroza este cauzată de consumul excesiv de alcool. Pe măsura ce alcoolul circula prin sânge, el ajunge la toate pârtile organismului. In câteva minute el ajunge și la creier. Alcoolul este sedativ și depresiv, el încetinește activitatea creierului. Alcoolul împiedică atât stocarea cât și obținerea informației din memorie, poate produce halucinații și chiar apoplexie. Alcoolul poate deteriora atât vederea cât și auzul. Gustul, mirosul și pipăitul pot fi, de asemenea, afectate. Întrucât toți mușchii sunt sub controlul creierului, acest control este tulburat chiar și de cantități mici de alcool. Această deteriorare poate duce

în timp la pierderea coordonării și a puterii de reacție. Greutatea organismului reprezintă un factor determinant pentru efectul alcoolului asupra organismului. Ficatul oxidează alcoolul, ceea ce înseamnă că îl descompune chimic. O persoană mai voluminoasă, cu greutate mai mare, va putea suporta mai ușor efectele alcoolului decât o persoana cu greutate mai mica. Efectul de intoxicare apare atunci când alcoolul ajunge la creier și nu mai poate fi oxidat de ficat. Retinei, alcoolul nu este digerat, cum este mâncarea. El este absorbit în sânge, o parte prin stomac și o parte prin intestinul subțire. Tăria unei băuturi alcoolice determina și efectele sale asupra organismului. Un nivel de alcool în sânge de 0,01-0,02% nu are un efect prea mare asupra organismului; 0,10-0,15% cauzează simptome mai grave, printre care deteriorarea vederii, a auzului, a deprinderilor motorii. La un nivel de 0,10-0,15% este foarte periculos pentru șoferi să conducă mașina. La 0,20% apar clar semne de beție: dificultatea de a vorbi, de a merge. Concentrațiile peste 0,40% duc la stare de coma. Cele de 0.60-0,70% cauzează moartea.

Fazele intoxicației alcoolice:

1. *Faza de excitație* - accelerarea proceselor psihice, dezinhibare, apariţia senzaţiei de forţă, a impresiei că poate face orice
2. *Faza de depresie* – tulburări de vorbire, de echilibru şi neuro-vegetative
3. *Faza stuporoasă* – marcată de amnezie totală sau parţială a episodului

Formele alcoolismului (după Jellineck):

- **Alcoolism α** –durează câteva luni sau ani
- **Alcoolism β** – individul începe să bea pe ascuns
- **Alcoolism γ** – pierderea controlului în privinţa cantităţii de alcool consumate
- **Alcoolism δ** – beţii prelungite, decăderea simţului moral, scăderea funcţiilor intelectuale
- **Alcoolism ε** - facies buhăit, telangiectazii (dilatarea vaselor la periferii), ochi congestionaţi, conjunctivite frecvente, uscăciunea mucoaselor.

Ca urmare a consumului de alcool survine intoxicaţia organismului sau starea de ebrietate. Starea de ebrietate se manifestă prin dereglări neurologice şi somatice, gravitatea cărora depinde nu doar de cantitatea consumată, dar şi de viteza de absorbţie a alcoolului în stomac, şi de sensibilitatea individuală a organismului.

Persoanele cu gradul de ebrietate I. Starea lor e asemănătoare cu cea hipomaniacală şi se manifestă prin dispoziţie ridicată, sentimentul satisfacţiei, de confort, dorinţa de a comunica cu ceilalţi. Persoanele devin vorbăreţe, vorbesc tare, repede, mimica şi gesturile se accentuează, mişcările sunt mai puţin precise, apetitul sexual creşte, se deblochează.

Persoanele cu gradul de ebrietate II manifestă dereglări neurologice evidente: vorbirea neclară, mers clătinat, se clatină când stau, dispoziţia e instabilă: euforia cu

starea de manifestare a veseliei se succede cu irascibilitatea, înrăirea, tendinţa către scandaluri şi agresie. Poate apărea greaţa şi voma.

Persoanele cu gradul de ebrietate III manifesta o stare deprimată, abătută progredientă – de la stupoare până la comă. Persoanele nu pot sta vertical, faţa e anemică, vomită. Deseori se observă evacuarea involuntară a urinei şi fecalelor. Corpul devine rece, extremităţile cianice.

În special preadolescenţii şi copiii care consumă pentru prima dată alcool în cantităţi mari, în compania semenilor nefiind observaţi de adulţi, riscă o intoxicaţie puternică, care le pune viaţa în pericol. Deşi consumul uzual (ca ritual la o masă festivă, sau în cazul unei discuţii amicale, etc.) al alcoolului este un fenomen comun şi normal, acceptat şi chiar solicitat, totuşi e nevoie să nu uităm, că el modifică starea de conştiinţă, „scoate din priză Superego-ul", capacitatea de autocontrol a individului se reduce, ceea ce poate să se soldeze cu comiterea unor fapte care ar avea consecinţe grave pentru persoană în cauză şi pentru societate.

În proporţie de 60-70% din infracţiuni şi delicte sunt comise de persoane aflate în stare de ebrietate, nu neapărat de alcoolici.

5.4. Simptomatica timpurie a alcoolismului

Simptomatica timpurie a alcoolismului permite diferenţierea consumului ocazional, periodic de alcoolism ca boală.

a) *Atracţia patologică de alcool.* Este primul simptom, simptomul de bază şi cel mai stabil. Este un simptom psihologic, care e greu de sesizat, nu poate fi măsurat cantitativ – persoana de regulă nu conştientizează acest fapt (atracţia de alcool) sau o ascunde de ceilalţi. Indicii care arată apariţia atracţiei de alcool: individul tot mai des se manifestă ca iniţiator al consumului, apar tot mai multe pretexte pentru consum, întâlnirea cu prietenii are loc cu condiţia că se va consuma alcool, din cercul de comunicare a persoanei fac parte în special indivizii cu care poate bea, niciodată nu refuză băutura, acasă are permanent rezervă de alcool, propune celor din casă să consume pentru poftă de mâncare, se agită, se înveseleşte când e în aşteptarea băuturii, apare atitudinea pozitivă faţă de tot ce legat de consum. *Atracţia de alcool presupune atracţia anume faţă de starea de ebrietate, alcoolul în sine nu poate deveni obiectul atracţiei.*

b) *Pierderea controlului cantitativ.* Individul întâmpină dificultăţi sau nu se poate opri după o anumită cantitate de alcool consumată – el devine incapabil să limiteze conştient băutura consumată. În starea de ebrietate apare o altă variantă a atracţiei de alcool, care are denumirea de atracţie secundară. Spre deosebire de cea primară, pe care individul o poate controla prin forţa voinţei, atracţia secundară e mult mai intensă, şi nu poate fi stăpânită.

c) *Pierderea reflexului de vomă*. Alcoolul este toxic fiind consumat în cantităţi excesive, şi atunci organismul declanşează voma ca reacţia de apărare, eliminând din organism produsul respectiv. La persoanele care consumă alcool frecvent, excesiv, până când apare reacţia de vomă, se produce adaptarea organismului la alcool, ceea ce se numeşte „reactivitate modificată" – reacţia de vomă nu mai apare în cazul consumului excesiv.

d) *Creşterea toleranţei* sau capacitatea de a suporta cantităţi tot mai mari de alcool fără ca să survină dereglări evidente neurologice în organism. Toleranţa caracterizează cantitatea pe care poate să o consume individul şi efectul pe care-l are această cantitate. Indicii acestei stări: persoana începe să consume băuturi tot mai tari.

e) *Consumul sistematic al alcoolului*. Individul este cel care iniţiază consumul, chiar dacă el nu conştientizează acest lucru. Sistematic nu înseamnă neapărat zilnic. Sistematic înseamnă cu regularitate, o anumită sistemă de consum – weekend-uri, în ziua de primire a salariului, meci de fotbal.

Acestea sunt principalele semne ale riscului apariţiei bolii. Apariţia unui simptom atrage după sine altul. Cu cât mai devreme se vor lua măsuri de întrerupere a lanţului de simptome, cu atât pronosticul e mai favorabil.

Odată instalat, alcoolismul ca boala se tratează foarte dificil, probabilitatea recidivei fiind foarte mare.

5.5. Riscuri pentru sănătate și evoluția alcoolismului

Efecte de scurta durata ale alcoolului

- răspunsuri încetinite față de mediul ambiant
- scăderea coordonării
- scăderea capacității de a gândi limpede
- alterarea memoriei
- vomă
- tulburări de vedere
- risc crescut de accidente
- dificultatea de a merge sau a sta în picioare
- pierderea cunoștinței
- comă
- deces

Efectele de lunga durata ale alcoolului

- alcoolismul
- pierderea memoriei
- ciroza hepatica

- deteriorarea creierului
- boli de inimă
- malnutriția
- scurtarea duratei de viață
- moarte prin accidente (de mașină)
- moarte prin accidente legate de alcool.

Alcoolismul acut (beția) poate produce o afectare neuropsihică cu înlăturarea constrângerilor și inhibițiilor, crescând probabilitatea unui comportament cu risc (agresiunea, delicventa, suicid, accidente de circulație).

Alcoolismul cronic este o toxicomanie, consecință a consumului excesiv si sistematic. Poate induce:

- afectarea tubului digestiv: gastrită atrofică, duodenită, enterocolită, pancreatită cronică cu tulburări secundare ale digestiei si absorbției; steatoză hepatică, hepatită cronică, ciroză hepatică, cancer hepatic.
- afectarea SNC: tulburări de percepție și memorie, euforie, depresie afectivă, susceptibilitate exagerată, scăderea voinței, pasivitate, egocentrism, dementă în cazurile grave (acestea duc la afectarea mediului familial, socio-profesional).
- afectarea SN periferic: manifestări polinevritice.
- afectarea aparatului cardio-vascular.
- scăderea duratei de viață.
- afectarea fătului în cazul mamelor alcoolice: deficiente fizice (greutate mică la naștere, malformații), mortalitate infantilă, deficiente psihice și mai târziu în viață dezadaptare socială.

Începutul evoluţiei bolii poate fi depistat cu ajutorul indicilor descrişi mai sus.

Prima fază a alcoolismului – ***dependența psihică***. Semne ale dependenţei psihice de alcool: individul în stare trează (absenţa alcoolului în organism) simte un disconfort psihologic, care se manifestă prin dispoziţie proastă, nemulţumire, iritabilitate, individul poate fi certăreţ, parcă nu-i ajunge ceva, totul devine monoton, posac, dispare dorinţă de a se ocupa cu ceva. Această stare poate fi înlăturată numai consumând alcool. În acelaşi timp începe modificarea sistemului de valori, interesele iniţiale legate de familie, copii, soţie, serviciu, ocupaţii creative, sportive – totul trece în umbră. Pe lângă aceasta creşte de 5–10 ori cantitatea alcoolului consumat zilnic, creşte respectiv şi toleranţa la alcool. Individul sănătos în caz de consum excesiv nu se simte bine a doua zi şi capacitatea lui de lucru este joasă. Dar alcoolicul se simte în stare să lucreze doar „luându-şi doza”. Deci, sindromul dependenţei psihice se manifestă prin atracţia de alcool şi capacitatea de a simţi confort psihologic numai în stare de ebrietate. Durata acestei faze de regulă e de 3–5 ani. În caz de evoluţie rapidă – până la 2 ani, în caz de evoluţie lentă – 10-15 ani şi mai mult.

A doua fază a alcoolismului – ***dependenţa fizică***. Apare atracţia compulsivă faţă de alcool. Atracţia e permanentă, nu depinde de situaţie. Individul nu mai încearcă să-şi ascundă comportamentul. Cercul său de comunicare se schimbă, de regulă e alcătuit din alcoolici la fel ca şi el. Dacă nu are suficienţi bani pentru cumpărarea băuturii vinde ce are în casă, reproşurile familiei nu acţionează asupra lui.

Cantitatea de alcool consumată, atingând nivelul maxim la faza întâi, rămâne aceeaşi. Starea de ebrietate se modifică, în loc de veselie şi buna dispoziţie alcoolicul devine agresiv, irascibil, înfuriat fără motiv. Îl satisface doar starea grea de ebrietate. Apare sindromul de abstinenţă – organismul nu mai poate funcţiona normal fără alcool. Dacă consumul alcoolului încetează brusc, organismul reacţionează prin apariţia senzaţiei de frică, anxietate, accelerarea bătăilor inimii, transpiraţii, înmuierea membrelor, lipsa puterilor, dureri de cap, pete negre în faţa ochilor, tremur, sete, stare care dispare doar la consumul unei doze de alcool. În această fază pot apărea diferite tulburări psihice, delirul alcoolic. Se modifică personalitatea alcoolicului. Individul devine mincinos, egoist, brutal, uneori crud, nu e preocupat de familie. Cu persoanele de la care ia alcool e foarte linguşitor. Are loc degradarea alcoolică a personalităţii. Inteligenţa, memoria descreşte, nu mai sunt capabili de muncă intelectuală. Durata fazei a doua e în mediu 8–13 ani, în caz de evoluţie accelerată 3–5 ani, încetinită – 15–25 ani.

A treia fază a alcoolismului – ***faza encefalopatică sau degradarea psihică.*** Descreşte toleranţa şi cantitatea băuturii consumate. Încetează să bea atunci când nu mai poate. Sindromul abstinenţei decurge mai grav. Se acutizează degradarea psihică. Dispare ataşamentul emoţional, sunt indiferenţi faţă de cei apropiaţi, nu ţin cont de normele morale, devin brutali, cinici, înrăiţi, inteligenţa descreşte. Nu mai sunt apţi de muncă. În această perioadă devin mai frecvente psihozele alcoolice. Prognosticul e nefavorabil. Mortalitatea e înaltă.

Consecinţele alcoolismului sunt grave. În plan individual are loc degradarea personalităţii, suferă sfera intelectuală, morală, valorică, relaţională a persoanei. În plan familial au de suferit în aspect moral şi material rudele apropiate: scandaluri în familie, autoaprecierea copiilor e joasă, creşte riscul pentru comportamente deviante la copii, riscul nevrotizării membrilor familiei, etc. În plan social alcoolicii sunt vinovaţi de comiterea diferitor accidente, crime.

Se pot observa unele legităţi:

1. deoarece alcoolul diminuează starea de anxietate şi nelinişte, beţia se întâlneşte mai des acolo unde sunt mai multe situaţii tensionante, de conflict.

2. consumul are legătură cu formele specifice ale controlului social; în unele cazuri el este elementul unor ritualuri obligatorii, în altele e forma comportamentului orientat contra normelor, şi este mijlocul eliberării de controlul exterior.
3. motivul principal al beţiei la bărbaţi – dorinţa de a părea şi de a se simţi mai puternici; persoana beată încearcă să atragă atenţia asupra sa, mai des are comportament agresiv, încalcă normele.
4. alcoolismul deseori are rădăcini în conflictul interior, condiţionat de tendinţa persoanei de a se debarasa de starea de dependenţă. Dacă severitatea educaţiei şi deficitul căldurii emoţionale din copilărie se transformă în adolescenţă în indicaţii din partea părinţilor de a fi independent şi de a avea realizări personale, adolescentului îi vine greu să combine aceste două montaje contradictorii. Această situaţie îi creează starea de dependenţă, generează un conflict motivaţional, care-şi găseşte soluţia temporală în starea de ebrietate, oferindu-i tânărului iluzia libertăţii.

5.6. Catalizatorii dependenţei

De ce unii pot stabili relaţii adecvate cu alcoolul, dar alţii nu? Psihologii cercetează problema dată din punctul de vedere al bunăstării psihologice a adolescentului. Unele din cele mai importante aspecte ale dezvoltării adolescenţilor sunt comunicarea şi sentimentul propriei valori.

Realizările tânărului în aceste două domenii sunt determinate de două condiţii psihologice: dezvoltarea deprinderilor sociale şi sentimentul competenţei personale (Se simte confortabil comunicând cu alte persoane sau comunicarea îi provoacă îngrijorări, nelinişte, anxietate? Cât de des se neliniştеşte despre ceea ce cred alţii despre el, dacă le place altora să petreacă timpul cu el? Cât de des el este iniţiatorul întâlnirilor, comunicării, cunoaşterii? Poate el să-şi expună părerea dacă ea contrazice părerile altora?)

Cercetările au demonstrat, că anume adolescenţii cu deprinderi sociale insuficiente şi competenţă personală scăzută sunt mai predispuşi către consumul timpuriu al alcoolului. Din cauza nehotărârii în relaţiile interpersonale, autoapreciere scăzută, incapacitatea de a face alegeri, de a lua decizii – ei sunt mai susceptibili la influenţele semenilor, care le insuflă ideea despre atractivitatea consumului alcoolului.

Competenţa scăzută personală, senzaţia propriei incapacităţi, ineficienţe, incapacitatea de a obţine rezultatul necesar, a realizării propriilor intenţii – este condiţia cea mai sigură pentru formarea oricărei dependenţe.

E important ca adolescentul să fie învăţat să analizeze situaţiile concrete, să fie învăţat să ia decizii, să facă alegeri, să devină responsabil pentru alegerile făcute şi să suporte consecinţele alegerilor luate. Acest lucru este foarte important deoarece

adolescentul este mai frământat de contradicţii, el are nevoie să experimenteze diferite medii de comunicare, diferite situaţii de comunicare şi atunci este binevenit ca el să fie atras în diferite activităţi interesante şi social utile.

Consumul abuziv al alcoolului la vârsta adolescentină poate duce la dereglări psihice şi deseori alcoolismul capătă o evoluţie morbidă. După datele statistice 80% din adulţii alcoolici, au început sa facă abuz de alcool anume în adolescenţă.

Adolescenţii de regulă au o toleranţă mai scăzută la alcool, formarea tuturor simptomelor alcoolismului are loc foarte repede, iar intervalul de timp între apariţia simptomelor este scurt. În general, spre deosebire de adulţi, alcoolismul la adolescenţi evoluează mai rapid de 2-4 ori, sindromul abstinenţei apare după 1–3 ani de consum sistematic, iar tulburările psihice se manifestă de la început, viteza degradării e mai rapidă. În general prognosticul e nefavorabil, ei nu-şi recunosc boala, nu doresc tratamentul, mor timpuriu din cauza accidentelor, bătăilor, sunt cazuri de suicid.

5.7. Măsuri de prevenire și combatere

Pentru combaterea efectivă a alcoolismului e necesară asigurarea asistenței medicale și psihologice, care să ajungă la fiecare familie în parte și persoană care va avea nevoie de ajutor. Un rol important îi revine lucrului psihoterapeutic, profilactic în şcoli, familii, educaţiei în mase prin emisiunile radio-televizate, broşuri, placarde. Înțelegând că în familie există această problemă, copilul trebuie să poată să-și deschidă sufletul, fiind convins că va fi tratat pe principii de stimă, încredere şi păstrare a tainei profesionale. E necesar ca această atitudine să devină un fenomen firesc, ceea ce va contribui la creşterea atitudinii conştiente a elevilor faţă de problemele personale şi sociale.

Evitarea alcoolismului în familie este unul din cele mai de bază principii de educaţie armonioasă, de aceea, anume în familie se stabilesc bazele conştiinţei adolescentului, care determină destinul lui în viitor. Dacă este asigurată o orientare normală a adolescentului în structurile valorilor spirituale, dacă copiilor li se altoiesc dragostea de muncă, deprinderi a unui mod de viaţă sănătos, o atitudine creatoare faţă de lumea înconjurătoare, ei capătă o imunitate stabilă contra diferitor deprinderi dăunătoare, inclusiv şi contra alcoolismului.

Este necesar a reţine că e mai uşor de a lucra în direcţia prevenirii maladiei, decât de a salva pe cineva din capcana ei. Iar aceasta presupune ca părinţii să fie familiarizaţi cu factorii şi cauzele care duc la alcoolism. Educaţia antialcoolică în familie va da rezultate numai în cazul, dacă părinţii, pedagogii şi medicii se vor sprijini pe date ştiinţifice şi metode contemporane care se folosesc cu succes în lume la momentul actual, accesibilitatea de studiu a acestor programe.

Un rol important în profilaxia alcoolismului este crearea centrelor cu programe pentru copiii alcoolicilor, care fac parte din grupa de risc. Pentru a avea posibilitatea de a se întâlni în grupe cu oameni care împărtășesc probleme şi gânduri asemănătoare. Dar nu fiecare are posibilitatea de a frecventa astfel de centre şi atunci în ajutor poate veni psihoterapia individuală, consultaţiile în grup, care se pot petrece zilnic în instituţiile medicale de profil, policlinici. Terapia de constrîngere trebuie înlocuită prin terapia de dezvoltare a personalităţii

Funcţia fiecărui medic care se ocupă de această problemă este de a „molipsi" pe toţi de sănătate, de a ajuta să-şi regăsească drumul pierdut, de a căpăta ţeluri în viaţă, valori şi sens. De aceea, se spune că medicul psihoterapeut poate să aducă bolnavul doar pînă la locul unde a ajuns el singur. Fiecare din noi are o şansă, îşi face alegerea, apoi culege roada faptelor sale.

Măsuri instructiv-educative (cea mai eficientă cale de modificare a deprinderii de a consuma abuziv băuturi alcoolice) prin:

- difuzarea în rândul tinerilor a unor cunoștințe temeinice asupra efectelor alcoolului asupra sănătății, capacității de muncă, comportamentului social, implicațiilor demografice si economice cu ajutorul unor broșuri, pliante, panouri și conferințe pe aceste teme etc.
- introducerea în programul didactic a unor prelegeri despre alcoolism și efectele sale (începând din clasele a IV-a si a V-a).

Măsuri social-economice

- restrângerea producției de băuturi alcoolice mai ales a celor concentrate,
- limitarea producției ilicite,
- menținerea unor preturi ridicate,
- realizarea unor cantități sporite și variate de băuturi nealcoolice și difuzarea largă a acestora,
- interzicerea reclamei care se face la băuturile alcoolice prin mijloace mass-media sau prin etichete și ambalaje atrăgătoare,
- restrângerea spatiilor de expunere a băuturilor alcoolice,
- interzicerea vânzării de băuturi alcoolice la copii și adolescenți,
- reducerea numărului de unități în care se consumă în exclusivitate băuturi alcoolice și neautorizarea funcționării acestora în vecinătatea școlilor, căminelor, instituțiilor, întreprinderilor etc.

Etapele tratamentului:



Fig. 5. Etapele tratamentului alcoolismului

- *Premeditativă* – consumă alcool, refuzând orice observaţie pe această temă
- *Meditativă* – realitatea mult evitată pătrunde în subconştient, alcoolicul meditează şi îşi propune schimbări profunde
- *De acţiune* – procesul de căutare şi găsire a soluţiilor, hotărârea de a acţiona
- *De perseverenţă* – menţine acele soluţii găsite care îl ajută şi se potrivesc personalităţii lui şi condiţiilor de mediu.

Modelul german de program terapeutic aplicat în cazul alcoolismului
(*Schneider*, 1982)

Măsuri standardizate:

- *Analiza funcţională a comportamentului*. În rezultat pacienţii conştientizează că consumul abuziv e o acţiune ce se derulează în circumstanţe complicate şi că

constituie o posibilitate minimală de soluţionare a problemei, şi că aceste acţiuni însuşi sunt probleme. Pacienţilor li se explică, că înlăturarea „cauzei primare" a problemelor nu vor contribui la preîntâmpinarea în continuare a consumului abuziv de substanţe provocatoare de dependenţă, aşa că în continuare e necesar ca ei să menţină abstinenţa şi să-şi elaboreze o nouă concepţie a eului.

- *Training de relaxare*. Are drept scop diminuarea componentei fiziologice a emoţiilor în situaţiile de stres şi formarea alternativei acţiunii farmacologice a alcoolului.
- *Tehnica autocontrolului sau a refuzului*. Se formează o rezistenţă conştientă la dorinţele şi încercările de a consuma substanţe psihoactive (tehnica autocontrolului). Dezvoltarea unor comportamente eficiente în situaţiile, în care se propun sau se impun substanţe provocatoare de dependenţă (trainingul refuzului).
- *Trainingul încrederii în sine*. Esenţa terapiei de grup este antrenamentul încrederii în sine, adică informarea şi cunoaşterea ce înseamnă încredere în sine, ce avantaje oferă, înţelegerea de ce pacienţii uneori acţionează în detrimentul intereselor personale. Exerciţiile presupun modelarea situaţiei, care necesită deprinderi de autoafirmare, deprinderi de a comunica cu cei din jur şi de a iniţia contacte. O atenţie deosebită se acordă emoţiilor ce apar în situaţiile modelate, ca indicatori a montajelor iraţionale relevante pentru comportament.
- *Restructurarea cognitivă*. În cadrul trainingului de management al stresului pacienţii însuşesc restructurarea cognitivă, care le permite să înţeleagă că ei pot să conducă cu sentimentele proprii. Se porneşte de la ideea că emoţiile neplăcute sunt provocate de autoverbalizarea negativă şi aşteptările nerealiste.
- *Recomandări pentru organizarea raţională a timpului liber*. Restabilirea capacităţii fizice şi intelectuale de muncă prin intermediul practicării sportului, terapiei ocupaţionale.
- *Autoorganizarea*. Autoorganizarea se formează treptat. Pentru început e vorba de orarul activităţilor zilnice, ulterior – elaborarea planurilor pentru viitor în diferite domenii ale vieţii.

Măsuri individuale. În dependenţă de indicaţii acestea ar putea fi, de exemplu, terapia relaţiilor familiale sau sexuale.

Tratamentul în staţionar durează de regulă aproximativ 4 luni, uneori şase. În aprecierea rezultatelor tratamentului după un asemenea program se menţionează că 40% - 50% de pacienţi care au finisat tratamentul după plan se simt în continuare bine după o perioadă de patru ani.



Sarcini și activități de învățare:

1. Analizați factorii care ar putea condiționa apariția consumului abuziv de alcool.
2. Identificați riscurile pentru sănătate la care sunt expuse persoanele dependente de alcool.
3. Caracterizați etapele formării dependenței de alcool.
4. Stabiliți măsuri de prevenire a consumului de alcool în rândul tinerilor reieșind din realitățile societății noastre.
5. Relatați despre măsurile de combatere a alcoolismului existente în Republica Moldova.

6. TOXICOMANIA

Finalități de studiu:

1. Să caracterizeze efectele consumului diferitor tipuri de inhalanți asupra organismului.
2. Să identifice tipul de inhalanți consumat.
3. Să distingă măsurile de prevenire/combatere a toxicomaniei.

6.1. Considerații generale

Inhalanţii sunt vapori chimici care pătrund în plămâni prin inhalare şi care produc efecte psihoactive de alterare a funcțiilor mentale.

Inhalanţii sunt de 3 tipuri:

- **Solvenţii** (vopsele, adezivi, degresanţi, benzina, petrolul, acetona, produse de birou)
- **Substanţele gazoase de uz casnic** (cloroform, eter)
- **Nitriţi alifatici** (ciclohexan utilizat ca solvent în industria fibrelor sintetice, nitratul de amin, administrat ca medicament pentru durei de inimă...), care spre deosebire de ceilalţi inhalanţi acţionează direct asupra sistemului central, provocînd dilatarea vaselor sangvine şi relaxarea musculară.

Cele mai ridicate rate de consum se întâlnesc la copiii de vârsta 9-14 ani (74%).

6.2. Efectele consumului asupra organismului

În prima fază inhalanţii produc o stare de dezinhibare şi somnolenţă asemănătoare consumului de alcool. Folosiţi în **cantităţi mai mari**, aproape toţi inhalanţii produc o stare de anestezie, de amorţire a senzaţiilor, dificultăţi de concentrare, orientare încetenită, scăderea capacităţii de însuşire a materialului nou şi chiar de pierdere a cunoştinţei. Cele mai frecvente efecte: greaţă, vomă, ameţeală, apatie, dureri de cap, euforie.

Utilizaţi pe **termen lung**, inhalanţii duc la pierderi în greutate, la lipsa capacităţii de concentrare a atenţiei, iritabilitate, depresie. Pasivitatea şi neocuparea cu nimic se pot schimba cu negativism şi agresivitate. După un timp îndelungat de folosire creează dependenţa.

Pe plan fizic, în funcţie de produs, pot surveni mai multe efecte: leziuni ale ficatului, ale rinichilor, ale aparatului respirator, ale sistemului nervos.

Benzina. Îmbătarea cu vapori survine după 5-10 min după inhalaţie. Se înroşeşte faţa, se iritează caile respiratorii, apoi apare euforia fără activism motric (zîmbet satisfăcător pe faţă). Dacă inhalarea este întreruptă, atunci îmbătarea trece după 15-20 min şi apar dureri de cap, inactivism. Dacă inhalarea continuă se dezvoltă deliriul – halucinaţii vizuale colorate, cu caracter de groază, mai rar – halucinaţii sexuale. Nu tot timpul apar halucinaţii auditive. Delirul rar durează mai mult de 30 min. Şi se schimbă cu astenie, apatie, dureri de cap. Mirosul benzinei în căile respiratorii se poate păstra cîteva ore.

Dizolvanţi. De obicei, utilizează preadolescenţii care inhalează în grup. Apare rapid euforia: rîsul molipsitor este combinat cu vizualizarea imaginilor („la ce mă gîndesc, aceea voi vedea"). La inhalări prelungite, imaginile nu mai apar la dorinţă. În faţa ochilor se derulează schene continuie asemănătoare cu un film. Sunt rupţi de realitate, dar se păstrează conştiinţa faptului că imaginile apărute nu sunt reale. La întreruperea inhalării trezirea are loc rapid. În cazul inhalării **acetonei** stau înmărmuriţi, cu capul lăsat în jos, pe faţă zîmbet, la adresare bolborosesc ceva. La supradoză poate surveni coma. Simţul puternic de acetonă din gură permite depistarea acestei stări.

Clei. Îmbătarea se manifestă prin euforie şi derulări de imagini. Imaginile amintesc desene animate: oameni şi animale lilipuţi, ce se mişcă rapid şi vorbesc cu voce piţigăiată. La supradoză poate surveni coma. Se întâlnesc şi cazuri de asfixie din cauza pachetului pe cap.

Diagnosticul se stabileşte pe baza dependenţei psihice de inhalanţi. Indicatori indirecţi ai acesteia o constituie trecerea de la inhalarea în companii la inhalarea individuală, mărirea dozei, inhalări repetate pe parcursul zilei, şi chiar inhalări zilnice

prelungite cu mici întreruperi, încetează de a ascunde problema de cei apropiaţi şi de alţii, îi bruschează pe cei care încearcă să le întrerupă consumul. La întreruperea nevoită apare desforia şi depresia. La întreruperea consumului pot apărea aşa simptome ca: cefalee, aritmie, insomnii, tremor muscular, mers legănat etc.

Tratamentul se realizează neapărat în staţionar, începând cu dezintoxicare, pentru a-i controla comportamentul şi a exclude inhalări ascunse.



. Sarcini și activități de învățare:

1. Caracterizați efectele diferitor inhalanți asupra organismului.
2. Analizați factorii care ar putea condiționa apariția consumului de inhalanți.
3. Identificați riscurile pentru sănătate la care sunt expuse persoanele toxicomane.
4. Stabiliți măsuri de prevenire a inhalării substanțelor toxice.
5. Relatați despre măsurile de combatere a toxicomaniei existente în Republica Moldova și propuneți măsuri de îmbunătățire a lor.

7. DEPENDENȚA DE DROGURI

Finalități de studiu:

1. Să cunoască etapele dependenței de droguri.
2. Să caracterizeze efectele consumului diferitor tipuri de droguri asupra organismului.
3. Să identifice simptomele în funcție de tipul de drog consumat.
4. Să distingă măsurile de prevenire/combatere a consumului de droguri.

7.1. Considerații generale

Drogurile *– sunt substanţele cu diferite structuri chimice care, fiind absorbite de organism, au capacitatea de a modifica conştiinţa, dispoziţia, comportamentul, persoanei, provocând în general o stare euforică, o stare de bine şi pot crea dependenţă psihică şi fizică*

Narcomania este dependenţa de drog. Este boala care se caracterizează prin dependenţa psihică şi fizică faţă de drog. Este vorba de nevoia de a lua substanţa în

mod continuu sau periodic, pentru a-i resimţi efectele psihice şi pentru a evita suferinţele. Starea, care apare în urma consumului drogului şi este caracterizată prin modificarea conştiinţei se numeşte ***intoxicaţie*** sau ***ebrietate narcotică.*** Ebrietatea narcotică poate să se manifeste în mod diferit în dependenţă de proprietăţile drogului consumat. Consumul repetat, excesiv al drogului duce la apariţia narcomaniei, a dependenţei. Frecvenţa şi cantitatea de drog administrată care ar putea provoca dependenţă depinde iarăşi de felul drogului şi modul de administrare. Mai repede apare dependenţa de drogurile administrate intravenos. Unul dintre drogurile care provoacă cel mai rapid dependenţa este heroina – sunt suficiente 1–3 injecţii.

Evoluţia narcomaniei este asemănătoare cu cea a alcoolismului, în sens că parcurge aceleaşi trei faze de dependenţă.

Prima fază de dependenţă psihică. Se manifestă prin dorinţa intensivă sau atracţia de a consuma drogul şi sentimentul unui disconfort psihic dacă această dorinţă nu se satisface. Narcomanii încearcă orice pentru a face rost de drog, se pot angrena în acţiuni criminale, prostituţie etc. În caz de neadministrare a drogului la narcoman apar sentimente de insatisfacţie, nelinişte, tensiune psihică (disconfort psihic). Capacitatea de a trăi confortul psihic doar administrând drogul este manifestarea dependenţei psihice.

Dependenţa fizică este faza a doua a evoluţiei bolii, când drogul este necesar funcţionării normale a organismului. Stoparea consumului duce la starea gravă – sindromul abstinenţei. Gravitatea decurgerii şi durata depind de caracterul drogului consumat. Cel mai greu este suportată abstinenţa în cazul opiaceelor, cele mai puţine senzaţii de disconfort fizic apar în cazul consumului cocainei.

A treia fază de dependenţă – degradarea psihică şi fizică. Mai rare sunt cazurile când persoanele rămân în viaţă ajungând la această fază. Drogul nu mai are efect activizator, ci numai tonifiant. Dispare acţiunea euforică a drogurilor. De regulă, persoana administrează drogul pentru a avea suficientă forţă pentru a fi capabilă să execute autoservirea. Degradarea intelectuală este evidentă. Predomină starea depresivă.

7.2. Cauzele narcomaniei

Narcomania constituie rezultatul patologic de dezvoltare al personalităţii determinat de devieri grave ale procesului de socializare, de ambianţă nefavorabilă, de educaţia incorectă în familie. Cele mai importante **cauze** ale narcomaniei sunt următoarele:

1. *eliberarea de stres* – se popularizează o serie de droguri prin care viaţa poate fi suportată mai uşor, dincolo de tensiunile şi problemele ei. În acest sens, chiar medicii prescriu o serie de substanţe. Acestea ar putea sugera adolescenţilor că

utilizarea drogurilor îi poate ajuta să rezolve mai uşor conflictele cu care se confruntă;

2. *curiozitatea şi stimularea* – întrucât curiozitatea este una din proprietăţile esenţiale ale tinerilor, recurgerea la droguri este motivată iniţial de o simplă curiozitate, dorinţa de a experimenta, de a trăi senzaţii noi;
3. *presiunea grupului de prieteni* – presiunile exercitate de către grupul de prieteni la anumite petreceri pot determina pe un tânăr să experimenteze consumul drogului;
4. *înlăturarea plictiselii şi a stărilor de insatisfacţie* – experienţele adolescenţilor indică că viaţa lor este de cele mai multe ori goală de conţinut şi lipsită de semnificaţii. Consumul drogurilor are funcţia de a le crea iluzia că trăiesc cu adevărat;
5. *rebeliune şi nonconformare* – o parte importantă din adolescenţi consideră că drogurile reprezintă un veritabil factor de putere, care ar putea înfrânge autoritatea adulţilor. Consumul de droguri constituie un mijloc important de demonstrare a autonomiei şi a libertăţii personale, o formă de rebeliune şi nesupunere faţă de restricţiile impuse de către adulţi;
6. *lipsa de autopreţuire* – o număr considerabil de adolescenţi care consumă droguri au o proastă imagine de sine.

Sunt evidenţiate câteva grupuri de **factori** care condiţionează primul pas spre drog:

1. *accesibilitatea drogurilor*
2. *mediul social*
3. *starea psihologică a persoanei* (toleranţa scăzută la frustrare, nevoia imperioasă de satisfacţii, inadaptarea socială, stări de criză, căutarea unei plăceri însoţite de curiozitate, dorința de a protesta).

7.3. Caracteristica personalității persoanelor dependente de droguri

Personalitatea dependenţilor se caracterizează prin modificări bruşte ale dispoziţiei, interese instabile, sensibilitate, tendinţa scăzută către autoanaliză, încredere în sine exagerată, supraaprecierea posibilităţilor, manifestarea calităţilor polare. Personalitatea dependenţilor premorbid se manifestă prin instabilitatea şi slaba manifestare a intereselor superioare, în special a celor intelectuale, absenţa normelor ferme – trăsături ce exprimă imaturitatea psihologică, la toate acestea se mai adaogă adaptarea ineficientă, incapacitatea de a suporta stresul, labilitatea dispoziţiei.

Următorii factori de personalitate sunt prezenţi în dezvoltarea narcomaniei.

- Căutarea senzaţiilor – comportament orientat spre necesitatea în senzaţii noi, trăiri noi, ce se exprimă în tendinţa de risc social şi fizic pentru a trăi senzaţiile date;

- Infantilismul psihic – incapacitatea de a lua decizii de sine stătător, incapacitatea de a opune rezistenţă influenţelor din exterior, spirit critic redus, supărare, vulnerabilitate;
- Toleranţă crescută faţă de comportamente deviante, atitudine critică faţă de instituţiile sociale, susceptibilitate faţă de idei noi şi impresii, interes pentru creaţie, impulsivitate;
- Mica valoare a realizărilor, a aşteptării succeselor academice, a credinţei religioase, respectul scăzut faţă de normele general acceptabile de comportament;
- Locusul controlului extern, autoapreciere scăzută;
- Nu au interese mari sociale, nu au interese stabile şi nu sunt pasionaţi de vreo activitate;
- Separarea de adulţi, agresivitate faţă de societate, solidaritatea cu grupul de semeni, căutarea impresiilor senzuale, a experienţei sexuale.

Se mai menţionează că structura personalităţii are legătură cu tipul de drog administrat. Majoritatea narcomanilor preferă acel drog care are anume acelea calităţi, care pot satisface unele necesităţi ale lui. Mulţi autori susţin că drogul este un factor compensator care contribuie la depăşirea problemelor existente şi a inadaptării. Cei ce consumă substanţe psihostimulatorii sunt moi, apatici, lipsiţi de energie. Cei ce iau droguri cu efect euforic au dispoziţie scăzută, se plictisesc.

7.4. Etapele consumului de substanțe psihoactive

Semnele care pot apărea odată cu abuzul de substanțe toxice:

- miros specific (de alcool, tutun sau canabis);
- au urme de înțepături repetate și răni la nivelul vaselor de sânge;
- curge nasul, tușesc și slăbesc;
- pupilele dilatate și extrem de strălucitoare;
- hiperemie conjunctivală (ochi roşii), utilizarea inadecvată şi frecventă a picăturilor pentru ochi şi a odorizantelor bucale (gumă de mestecat, dropsuri mentolate);
- neglijarea înfăţişării fizice şi a îmbrăcămintei, precum şi o igienă inadecvată;
- pierderea poftei de mâncare şi o scădere inexplicabilă în greutate;
- stare psihică alterată (agitație, iritabilitate, incapacitate de concentrare);
- dispoziție tristă, dezinteres pentru anumite activităţi şcolare sau extraşcolare, pentru sport sau alte hobbyuri;
- apatie şi lipsa planurilor de viitor;
- sunt adesea somnolenți și uneori aproape absenți;
- absenteism şi performanţe şcolare scăzute;
- comportament care trădează încercarea de a ascunde un anumit secret;

- înstrăinare faţă de membrii familiei şi prieteni;
- prieteni şi anturaj nou, care nu sunt prezentaţi familiei;
- comportament caracterizat prin minciună şi furt;
- comportament dispreţuitor faţă de familie şi prieteni;
- atitudine ostilă, violentă.

Lipsa dependenței	***Dependența psihică***							***Dependență fizică***
				Perioada oarbă				
	Persoana care consumat:							
Persoană ce nu consumă drog	***o dată în viață***	***de 2 ori pe an***	***o dată în 2-3 luni***	***o dată pe lună***	***de 2-3 ori pe lună***	***o dată pe săptămână***	***de 2-3 ori pe săptămână***	***o dată pe zi***

Tabel 2. Etape în formarea dependenței

Totul începe de la primul consum (există, bineînțeles, persoane care se opresc la asta și nu o vor mai repeta niciodată în viață, însă acest lucru se întâmplă rar). Indiferent de faptul dacă o persoană continuă sau nu consumul de substanțe, aceasta vă păstra în memorie prima experiență, ceea ce se numește „memorie biologică”, și anume în rezultatul acestei memorii biologice se formează ulterior dependența de droguri. La această etapă omul primește plăcere de la administrarea drogurilor, ceea ce provoacă ***dependența psihică***. Dependența psihică = „nevoia de a păstra sau de a readuce senzațiile plăcute (starea de bine, relaxare, stimulare și euforie) produse de substanța respectivă, prin dorința (craving) puternică de consum ce determină căutarea compulsivă a substanței”.

În formarea dependenței de substanța consumată, dependența psihică se poate dezvolta chiar și după ce aceasta a fost consumată o singură dată sau de câteva ori (în funcție de persoană). Dependența psihică se păstrează la toate etapele ulterioare, adică dacă la o persoană s-a format dependența psihică, aceasta se va păstra, într-o măsură sau alta, pentru toată viața.

Dependența fizică = „nevoia care nu mai poate fi reprimată și care obligă individul să consume substanța pentru a evita starea de sevraj legată de privarea de produs”. Ea se poate identifica prin apariția *toleranței* (organismul se obișnuiește cu substanța și este nevoie să se mărească doza pentru a obține un efect asemănător) și a ***sevrajului*** (apariția unor somptome și semne extrem de chinuitoare în lipsa substanței).

De la instalarea dependenței psihice până la instalarea și a dependenței fizice există o perioadă numită „oarbă”. Este așa numită deoarece individul crede că va putea renunța la timp să consume drogul, fără să devină absolut dependent. Acesta poate avea deseori rolul de mobilizator, întrucât atrage noi membri în cercul consumatorilor de droguri, povestindu-le în modul cel mai sincer cât este de minunat acest lucru. El nu mai aude informațiile cu privire la pericolele consumului de droguri (nici măcar de la narcomanii cu dependență fizică). Dependența se formează indiferent de modul în care ajunge drogul în organism – injecție intravenoasă, inhalare pe nas sau fumat. În majoritatea cazurilor consumul de droguri începe să fie conștientizat de persoana dată ca fiind o problemă doar atunci când devine dependentă fizic. Un consumator de droguri, aflat în dependență fizică, amintește o veveriță care aleargă pe roată. Viața unei persoane dependente este ca alergatul în cerc: să găsească bani, să facă rost de drog, să-l consume, să se simtă mai bine o perioadă, apoi iar să caute bani etc.

7.5. Măsurile cu caracter psihoprofilactic

Informaţia prezentata este necesara pentru organizarea unei activități profilactice corecte în cadrul căreia tinerii vor fi informaţi de efectele acestor preparate, urmările posibile si masurile necesare pentru evitarea contactelor cu persoanele si împrejurările care prezintă un risc pentru iniţierea in viitoarea dependenta.

Este important de subliniat ca vom putea aştepta un rezultat mai bun din activitatea de prevenţie când vom reuşi mobilizarea mai multor persoane şi structuri într-o activitate de echipă. Activitate, care necesită pe lângă implicarea familiei şi a pedagogilor, a psihologilor şcolari, a asistenţilor sociali, a lucrătorilor organelor de drept, a medicilor de familie, a reprezentaţilor organizaţiilor nonguvernamentale. Este important ca în această muncă să fie antrenaţi şi elevii, liderii claselor, colectivelor de adolescenţi, persoanele care au reuşit să evadeze din dependenta narcotica, foştii narcomani. Fiecare protagonist îşi are un rol al sau care poate aduce la rezultatul comun reuşit.

7.6. Tratamentul comportamentului adictiv

La ora actuală sunt trei abordări a tratamentului comportamentului adictiv**:**

Tratamentul medicamentos:

- susţinerea pe perioada de dezintoxicare (administrarea, de exemplu a calmantelor, analgezicilor);
- tratamentul bolilor adiacente şi a complicaţiilor;
- înlocuirea drogului cu metadona (tratamentul cu ajutorul înlocuitorilor substanţelor psihoactive interzise);
- folosirea antagoniştilor opiumului;

• tratamentul cu medicamentele care creează sensibilitatea la alcool; • utilizarea substanţelor, care micşorează necesitatea în alcool, drog.
Psihoterapia: • terapia comportamentală; • terapii analitice; • terapii eclectice.
Socioterapia: • „cămine" terapeutice cu foştii narcomani şi alcoolici în calitate de „personal"; • societăţi terapeutice cu terapeuţi profesionişti (clinici specializate); • grupurile ambulatorii de autoajutor (de exemplu, Societatea alcoolicilor anonimi, Crucea albastră – Blaukreuz).

Cele mai răspândite acţiuni se referă la înlocuirea în condiţii de ambulator a drogului cu metadonă şi la grupurile staţionare terapeutice de autoajutor. Un model de program de tratament care include măsuri cu caracter psihoterapeutic şi socioterapeutice elaborat de germanii *Buhringer* şi *De Jong,* 1980:

Scopuri sau arii de comportament	Scopuri generale (şi măsuri)
Sfera comport I *Comportamentul legat de utilizarea grogurilor*	• Formarea noilor mijloace de comportament alternative în situaţii critice, care anterior puteau provoca consumul drogului (jocuri pe roluri, controlul pe etape asupra excitanţilor cu scopul limitării stimulilor discriminativi pentru abuzul de droguri) • Activităţi pentru întărirea autocontrolului (controlul ascuns, training „oprirea gândurilor", sensibilizarea ascunsă)
Sfera comport. II *Comportamentul în timpul liber*	• Formarea noilor sau stimularea, încurajarea intereselor existente (program de întărire pe etape)
Sfera comport. III *Comportamentul legat de muncă*	• Formarea modelelor de comportament, care contribuie la normalizarea activităţii profesionale şi a învăţăturii • Pregătirea pentru integrarea în viaţa profesională sau de studii (training de învăţare, trening de luare a deciziilor, training de roluri)
Sfera comport. IV *Comportamentul social*	• Stabilirea contactelor noi, dezvoltarea încrederii sociale şi schimbului eficient de întăriri în relaţiile sociale

	(training de formare a deprinderilor şi abilităţilor sociale, training asertiv) • Îmbunătăţirea deprinderilor de comunicare (training asertiv, training de comunicare)
Sfera comportam.V *Autoorganizarea*	• Dezvoltarea felurilor de comportament, care ar facilita sau ar face posibilă viaţa de sine stătător (contracte, jocuri de rol)
Sfera comport. VI *Comportamentul legat de soluţion. problemelor şi luarea deciziilor*	• Depăşirea activă a problemelor, alegerea gândită a soluţiei (analiza problemelor şi training de luare a deciziilor)

Printre cei 80% care au finisat programul de tratament 32% peste doi ani de zile de la finisarea terapiei erau liberi de dependenţă.



Sarcini și activități de învățare:

1. Analizați factorii care ar putea condiționa apariția consumului de droguri.
2. Caracterizați efectele diferitor droguri asupra organismului.
3. Identificați riscurile pentru sănătate la care sunt expuse persoanele dependente de droguri.
4. Stabiliți măsuri de prevenire a consumului de droguri: la nivel de familie, instituție de învățământ, societate, legislație.
5. Relatați despre măsurile de combatere a dependenței de droguri existente în Republica Moldova.

8. INTERVENȚIA ÎN ABUZUL DE SUBSTANȚE

Finalități de studiu:

1. Să cunoască și să identifice indicatorii consumului de alcool și droguri în rândul adolescenților.
2. Să aplice consilierea psihologică în consumul de alcool și droguri.
3. Să selecteze modul de intervenție în funcție de stadiul în care se află consumatorul
4. Să distingă tipul de suport care poate fi acordat persoanei dependente.

8.1. Indicatori ai consumului de alcool și droguri în rândul adolescenților

Psihologii care profesează în sistemul de învățământ se află într-o poziție specială, unde au o oportunitate unică de a lucra strâns cu elevii, cu părinții, cu cadrele didactice și cu managerii și își pot folosi poziția și relația cu aceștia pentru a interveni din timp atunci când au suspiciuni de consum abuziv de substanțe. Atât părinții, cât și profesorii trebuie să cunoască indicatorii ai consumului de alcool și droguri, deoarece cunoașterea lor poate ajuta la identificarea timpurie a consumului de substanțe în rândul adolescenților.

Clasificările actuale ale tulburărilor legate de consumul de substanțe psihoactive descriu pe baza criteriilor moderne din DSM-5 două categorii generice: abuzul și dependența. Prelipceanu D. definește abuzul de substanțe „drept un patern maladaptativ al utilizării acesteia care conduce la o suferință sau disfuncție semnificativă”, iar „dependența de substanțe presupune suferințe și dificultăți mai grave, la care se adaugă semnele dependenței fizice (toleranța și sevrajul)”. Pentru intervențiile din școală prezintă interes parcursul consumului până la aceste faze extreme, adică situațiile de consum experimental, ocazional sau periodic. Becoña Iglesias a realizat modelul secvențial și comprehensiv al fazelor consumului de droguri ce cuprinde:

1. *faza de predispoziție / preliminară* (factori biologici, psihologici și socioculturali),
2. *faza de cunoaștere* (se manifestă influența mediului, socializarea și expectații personale),
3. *faza de experimentare și inițiere a consumului* (factorii de risc și protecție au un rol esențial),
4. *faza de consolidare a consumului* (abuz și dependență),
5. *faza de abandon / menținere* (perioadele de încetare a consumului sau de menținere a lui)
6. *faza de recădere* (reluarea consumului după o perioadă de abstinentă, ce poate apărea uneori până ce persoana reușește să rămână abstinentă).

Corelând încadrările teoretice cu particularitățile mediului școlar putem delimita următoarele tipuri de consum de substanțe psihoactive (tutun, alcool sau droguri):

Experimental – când substanțele sunt încercate din curiozitate sau ca răspuns la mesajele din jur (elevul ia o țigară/un pahar pentru că este curios/dornic să se relaxeze/dornic să fie acceptat).

Ocazional – când substanțele încep să fie căutate și consumate ori de câte ori apar (elevul începe să fumeze/bea ori de câte ori se întâmplă să aibă substanța la îndemână).

Abuziv (de risc) – apare preocuparea zilnică pentru consum și restul activităților se subordonează acestei preocupări (chiulește special ca să fumeze/bea).

Dependent – preocuparea pentru consum devine principală și permanentă, restul activităților fiind reduse la minimum sau chiar eliminate; este resimțită nevoia permanentă și irezistibilă (nu poate rezista impulsului să fumeze/bea chiar dacă ar trebui să stea la oră pentru teză).

Principalii indicatori ai consumului de substanțe psihoactive sunt:

Cum arată adolescentul. Mirosul de alcool sau canabis nu sunt singurii identificatori ai consumului. Adolescentul poate adopta un stil vestimentar dezorganizat sau poate fi neîngrijit și poate pierde în greutate, mai ales în cazul consumului de marijuana și hașiș. Adolescentul are ochii roșii și strălucitori, iar pupilele sunt dilatate. La încheietura mâinilor și pe antebrațe ar putea avea urme de înțepături și poate prezenta edem la nivelul extremităților. Din cauza căderilor din timpul consumului de substanțe pot apărea traumatisme la nivelul capului.

Ce simte adolescentul. Adolescentul, în general, are o stare apatică, de somnolență și uneori resimte tristețe. Consumul de cocaină îi poate induce stări emoționale de bucurie intensă alternate de tristețe profundă, iar consumul de amfetamine îi poate adolescentului idei paranoide, iritabilitate excesivă ți nervozitate. În cazul consumului de halucinogene are căderi emoționale și uneori este rupt de realitate. Adolescentul poate manifesta furie și frustrare. Nu mai manifestă interes pentru activitățile preferate, mai ales ca urmare a consumului de marijuana.

Ce comportamente manifestă adolescentul. Adolescentul își schimbă grupul de prieteni sau își face prieteni noi despre care familia și restul prietenilor nu cunosc multe detalii. La școală poate să înregistreze performanțe scăzute la testele de evaluare sau să lipsească de la ore. În plus, poate să adoarmă în timpul orelor, uneori doar din cauza stresului de acasă, alteori din cauza perturbărilor de somn induse de sevraj. Poate avea motricitate scăzută sau dezorganizată. Se poate instala și o tuse cronică în urma consumului de marijuana. În relația cu părinții, profesorii și unii colegi, adolescentul poate manifesta agresivitate. La școală agresivitatea poate fi de natură fizică, verbală și socială. Adolescentul poate lipsi de acasă fără ca nimeni să știe unde a fost.

Ce gândește adolescentul. În general, adolescentul percepe consumul de substanțe ca pe un mod de afirmare personală sau un mod de a experimenta senzații noi sau de a se distrage. Crede că va fi acceptat mai ușor de un anumit grup de prieteni dacă și el consumă substanțe. Poate percepe evenimentele din viață ca fiind greu de gestionat. Nu consideră că în jurul lui există oameni care l-ar putea ajuta sau care îl pot înțelege.

Adolescenții percep anumite beneficii sociale imediate ca urmare a consumului ocazional de alcool sau droguri și nu evaluează corect riscurile la care se expun. De

exemplu, un adolescent poate adopta comportamentul mai ales este alături de prieteni, întrucât resimte presiunea grupului, dar și aprobarea acestuia. Treptat consumul ocazional se poate transforma în tulburare de consum de substanțe, numită și dependență fizică, atunci când individul este incapabil să-și mai controleze nevoia de a consuma. În ce privește tulburarea de consum de droguri, există o durată de variabilă de instalare care este influențată de puterea substanței, cantitatea consumată și factori fiziologici individuali. Tulburarea de consum de substanțe se definește printr-o serie de criterii, cum ar fi: incapacitatea de a mai controla consumul de substanțe, pofta (craving), toleranța și sevrajul.

Dacă *observați posibile semne ale consumului* la un elev se recomandă:

- invitați elevul la o discuție individuală cât mai curând posibil;
- pe parcursul discuției verificați care este situația reală, manifestați-vă interesul/surprinderea față de cele observate, stabiliți o nouă întâlnire pentru a verifica atât evoluția semnelor observate, cât și situația sa în general (sănătatea fizică și psihică, viața personală, situație școlară etc.);
- la a doua întâlnire evaluați situația. Dacă estimați un risc de consum/abuz de substanțe, continuați o scurtă intervenție individualizată (informare, psihoeducație de 1-2 ședințe, după care reevaluați și, dacă riscul se menține contactați familia).

Dacă *surprindeți elevul care consumă alcool sau droguri* se recomandă:

- reacționați imediat, oprind elevul din activitate și solicitându-i să arunce/distrugă tot ce posedă asupra lui;
- invitați-l la o discuție de clarificare cât mai curând posibil (preferabil în acea zi);
- pe parcursul discuției solicitați-i la început să prezinte propria versiune a faptelor; întrebați-l direct dacă știe ce consecințe (de sănătate, personale, legale) are comportamentul său și corectați informațiile eronate (de exemplu, e ceva natural, sunt atâția care consumă fără probleme; sunt minor nu au ce să-mi facă); investigați cum decurge restul vieții sale (Ce se întâmplă la tine acasă în ultimul timp? Cum îți merge? Ai planuri? Te distrezi? Ești cu cineva?); solicitați-i un punct de vedere despre situația în care se află (Ce părere ai despre situația asta?); prezentați-i posibilitatea de a participa la ședințele speciale de informare pentru minori organizate de anumite centre (de exemplu, Neovita);
- stabiliți împreună un curs al acțiunii: propuneți-i un interval de reflecție (în care nu va repeta consumul) și stabiliți o ședință follow-up. Manifestați interes, empatie și suport față de persoana lui concomitent cu dezaprobare față de consum;
- la a doua întâlnire evaluați dacă este dispus să renunțe la consum sau nu. Dacă apreciați că este în continuare în situație de risc contactați familia.

8.2. Consilierea psihologică în consumul de alcool și droguri. Intervenția individualizată

Este esențial să identificăm și să ne adresăm nevoii din spatele consumului:

- La elevii din ciclul primar și gimnazial există o nevoie naturală umană de experimentare (pentru cunoașterea și înțelegerea lumii în care trăiesc);
- La elevii din liceu apare nevoia de afirmare personală.

Intervențiile consilierului școlar (informare, psihoeducație, terapie scurtă) trebuie să se focalizeze tocmai pentru a susține elevul să răspundă adecvat acestor nevoi. Se pot face intervenții atât în format individual, cât și de grup (în activități de prevenție primară). Acestea vor fi urmate de intervenții scurte focalizate pe problematice de consum. În dependență de situația concretă și nivelul motivației lui pentru renunțare la consum de pot determina stadiul de consum și modul potrivit de abordare din partea consilierului.

Literatura de specialitate încurajează utilizarea unor terapii nondirective în detrimentul celor directive atunci când pacienții sunt copii sau adolescenți. Procesul de schimbare poate presupune parcurgerea stadiilor de schimbare postulate de Prochaska și DiClimente. Confrom autorilor, stadiile de schimbare sunt: precontemplare, contemplare, pregătire, acțiune și menținere.

Modelul stadiilor schimbării oferă cadrul teoretic care permite înțelegerea și evaluarea disponibilității și resurselor individuale și/sau de grup de a adopta un nou comportament sănătos. Prin descrierea proceselor de schimbare sunt oferite implicit și strategiile stadiale care facilitează adoptarea de către persoană/grup și practicarea de durata a noilor comportamente. Acest model a fost dezvoltat de către Prochaska si DiClemente și a fost elaborat inițial pentru a înțelege schimbarea comportamentului de a fuma. Ulterior a devenit unul dintre cele mai populare modele de modificare comportamentală, utilizat cu succes de medici, psihologi, educatori în sănătate, în controlul greutății, al fumatului, nutriție, activitate fizică, consum de droguri și abuz de alcool. Fundamentarea modelului are la baza ideea centrală că modificarea unui comportament indezirabil se realizează treptat, prin parcurgerea unor etape (stadii) susținute de informații, convingeri, atitudini și valori diferite. Prin urmare, conceptul-cheie în cadrul acestui model este acela de stadiu. Figura 6 ilustrează schematic stadiile modelului. Conform autorilor modificarea comportamentală presupune parcurgerea următoarelor stadii:

- **stadiul de precontemplare**: nu există dorința de schimbare sau comportamentul de risc nu este conștientizat ca fiind problematic;
- **stadiul de contemplare**: apare intenția de a schimba comportamentul de risc în următoarele 3-6 luni, dar fără realizarea unui plan concret în acest sens, fără a învăță modalități de a inița modificări comportamentale;
- **stadiul de pregătire pentru acțiune:** apare intenția de a trece la acțiune în următoarea lună, intenție care de multe ori este declarată explicit; totodată, se explorează modalitățile în care schimbarea poate fi realizată;
- **stadiul acțiunii** în vederea realizării schimbărilor dorite (de exemplu, scăderea în greutate); se învață modalități specifice de modificare sau diminuare a

comportamentelor de risc, se pun în aplicare aceste modalități și se înregistrează progresele obținute);

- **stadiul de menținere** și practicare constanta a comportamentelor noi, achiziționate în urma procesului de schimbare;
- evitarea recidivelor, adică a reluării practicării comportamentelor de risc.

O etapă o dată parcursă nu presupune de la sine și succesul ei. În fiecare dintre aceste stadii (precontemplare, contemplare, pregătirea acțiunii, acțiune și menținerea schimbării) pot să intervină abandonul și reluarea practicilor anterioare. Aceste „devieri" de la traseul stadial nu trebuie considerate eșecuri, ci noi oportunități de învățare în relația cu obstacole sau tentații. Progresul de-a lungul stadiilor este atins prin diferite procese de schimbare, respectiv prin ceea ce face o persoană pentru a-și modifica comportamentele, emoțiile și gândurile și a avansa la o etapă următoare. Identificarea stadiului în care se află o persoana la un moment dat permite adaptarea intervenției astfel încât aceasta să răspundă nevoilor specifice de schimbare. Scopul intervenției este acela de a ajuta persoana să progreseze de-a lungul stadiilor schimbării, să prevină recidivele și să mențină pe termen lung achiziția dobândita.

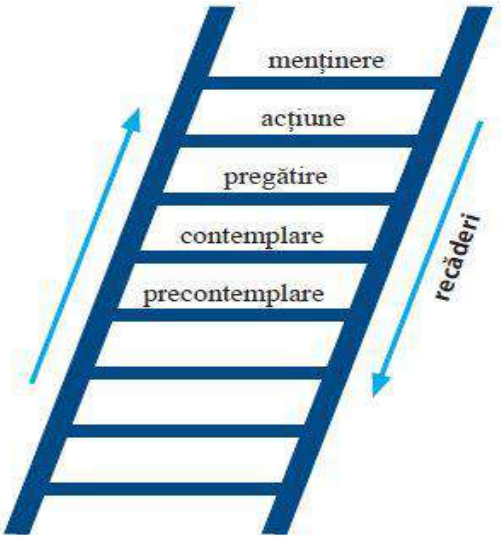


Fig. 6. Modelul stadiilor schimbării

Prochaska descrie stadiile schimbării ca fiind integrate într-un continuum cognitiv-comportamental. Primele două stadii (precontemplarea si contemplarea) sunt cognitive deoarece persoanele aflate în aceste stadii „se gândesc" (sau nu), reflecta la modificarea comportamentală, evaluând costurile și beneficiile implicate. Prin urmare, este recomandat ca tehnicile de modificare comportamentală să se focalizeze pe aspectele cognitive relevante (de exemplu oferirea de informații, provocarea convingerilor iraționale, formarea unui set cognitiv realist privind consecințele comportamentelor de risc sau ale vulnerabilității proprii). De cele mai multe ori, persoana aflată în stadiul de precontemplare nu conștientizează consecințele negative

ale comportamentelor de risc, nu va considera că aceste consecințe „se aplica” și propriei persoane sau va simți că nu deține resurse și control asupra modificării comportamentului. În acest stadiu, pe lângă tehnicile cognitive menționate sunt utile și tehnici de persuasiune prin puterea exemplului unor persoane-model pentru cei în cauză sau prin personalizarea factorilor de risc și oferirea de informații despre beneficiile adoptării comportamentelor sanogene.

Stadiul de contemplare se caracterizează printr-o ambivalență cu privire la dorința de schimbare. Perspectiva schimbării stilului de viață determină o supraapreciere a costurilor schimbării (de exemplu, timp, efort, costuri financiare, psihologice etc.). Potențarea motivației inițiale de schimbare prin identificarea beneficiilor aduse de schimbarea comportamentală este strategia cheie. Valorizarea stilului de viață sănătos, formarea unei atitudini cu valențe pozitive pentru comportamente ce promovează sănătatea facilitează trecerea de la faza de contemplorare la următorul stadiu.

Persoanele ajunse în stadiul de pregătire pentru acțiune au luat decizia să își modifice comportamentul. De exemplu, o persoana care a decis să își schimbe dieta nesănătoasa poate să înceapă deja în acest stadiu să reducă consumul de sare. Intervențiile se vor focaliza pe planificarea modificărilor comportamentale și recompensarea eforturilor de schimbare. Totodată, nu se va omite analiza posibilelor bariere (reale și percepute) care pot apărea pe parcursul acțiunilor de schimbare și de asemenea, se vor discuta soluții pentru depășirea acestora.

Stadiul acțiunii presupune modificarea efectivă a comportamentului. Intervențiile vor cuprinde în acest stadiu tehnici comportamentale de învățare a practicării noului comportament, de automonitorizare (de exemplu, tehnica jurnalului), controlul stimulilor asociați cu comportamentul indezirabil, contraconditionarea, recompensarea, utilizarea suportului social disponibil. De asemenea, pot fi utilizate și tehnici cognitive precum refraiming-ul (reîncadrarea situației) care ajută la perceperea dificultăților întâmpinate ca pe o sursă de informație pentru perfecționarea strategiilor de schimbare și nu ca pe o bariera în calea acesteia.

Menținerea comportamentului și prevenirea „recidivelor ” constituie stadiile finale în cadrul procesului de modificare comportamentală. Pentru persoanele aflate în aceste stadii se vor analiza strategiile care s-au dovedit cele mai eficiente (de exemplu, persoana va fi întrebată „ai reușit să faci zilnic activități fizice. Ce crezi ca te-a ajutat în acest sens?”) și vor fi recompensate modificările comportamentale realizate. De asemenea, se va sublinia ideea că schimbarea comportamentului este un proces și, prin urmare, recidivele sunt posibile și normale, fiind totodată și oportunități de învățare. Educatorul va încuraja copiii în eforturile acestora de practicare a comportamentului sănătos sau de modificare a celui cu risc și îi va ajuta să se focalizeze pe progresele înregistrate, mai degrabă decât pe eșec.

Identificarea stadiului în care se află consumatorul direcționează specialiștii în alegerea modului de intervenție. Există o corelație între stadiu și tipul de intervenție:

Stadiile schimbării și intervenției (Prelipceanu, 2002)

Stadii	Intervenții
Precontemplare	Interviu motivațional
Contemplare	Balanța decizională
Pregătire/decizie	Plan de acțiuni – unde și când
Acțiune	Implementarea planului de acțiune Însușirea de noi abilități de coping Strategii cognitiv-comportamentale
Menținere (prevenția recăderilor)	Evaluarea și strategii de abordare a situațiilor de risc crescut și a craving-urilor

Intervenția consilierului școlar constă în următoarele:
Particularități ale consilierii școlare în abuzul de substanțe (Wood, Hinkelman, 2011)

Stadiu	Obiective pentru elev	Sarcini pentru consilier
Precontemplare	Înțelegerea motivelor pentru schimbare; luarea în considerare a posibilității unei schimbări.	Creșterea conștientizării elevului asupra motivelor pentru schimbare. Explorarea și identificarea factorilor interni și de mediu care contribuie la menținerea situației de consum
Contemplare	Evaluarea realistă, ce duce la creșterea motivației elevului pentru schimbare.	Susținerea elevului pentru cântărirea argumentelor pro și contra schimbării. Susținerea elevului pentru orientarea balanței în favoarea schimbării.
Pregătire/ decizie	Crearea unui plan pentru schimbare clar și bine articulat, cu susținerea eficienței personale a elevului.	Evaluarea nivelului de implicare a elevului în procesul schimbării. Sprijinirea elevului pentru realizarea unui plan de schimbare cu șanse majore de reușită.
Acțiune	Implementarea continuă a planului pentru schimbare.	Susținerea și confirmarea eforturilor continue ale elevilor pentru schimbare. Ajutor pentru elev în revizuirea planului în caz de nevoie.
Menținere (prevenția recăderilor)	Noul comportament îl înlocuiește în permanență pe cel vechi	Susținerea implicării elevului în menținerea noilor alegeri/opțiuni de stil de viață. Ajutor pentru revenire după eventualele recăderi și pentru continuarea construirii schimbării asumate.

În general, pentru a progresa în direcția implicării în comportamentul nou vizat, persoanele au nevoie de:

1. conștientizarea faptului că avantajele adoptării noului comportament depășesc costurile menținerii celui vechi;
2. încrederea ca ei pot să realizeze și să mențină schimbarea comportamentelor în situațiile care îi tentează să se reîntoarcă la vechiul comportament;
3. strategiile care pot ajuta în producerea și menținerea schimbării. Printre acestea enumeram:
   - creșterea conștientizării prin educație, informare și feedback personal despre noul comportament de sănătate;
   - autoreevaluare - realizarea faptului ăa acel comportament de sănătate este o parte importanta a propriei persoane;
   - reevaluarea mediului - analizarea modului în care mediul proxim le afectează comportamentul;
   - relații suportive - construirea de relații care să le sprijine modificarea comportamentului;
   - recompensarea implicării în noul comportament;
   - controlul stimulilor din mediu.

Totodată, acest model se bazează pe o serie de evidente despre natura schimbării comportamentale și intervențiile de promovare a sănătății la nivel individual, de grup, comunitar sau populațional:

- schimbarea comportamentală este un proces care se dezvoltă de-a lungul timpului prin trecerea printr-o secvență de stadii; programele de schimbare comportamentală trebuie să asiste persoanele în toate stadiile;
- stadiile pot fi consolidate, dar și deschise schimbării;
- programele de schimbare comportamentală pot să activeze și să motiveze schimbarea comportamentală prin facilitarea înțelegerii faptului că beneficiile adoptării noului comportament depășesc costurile actualului comportament;
- majoritatea persoanelor care la un moment dat constituie grupul/populația de interes pentru educatorul în sănătate nu sunt pregătite pentru modificare comportamentala; în consecința, acestea au nevoie de sprijin pentru a-și stabili scopuri realiste în progresul de la un stadiu la altul, pentru a-și identifica și mobiliza resursele de schimbare, pentru a persista în schimbarea inițiată și pentru a menține și consolida achiziția comportamentală pozitivă. Tocmai în acest sens, rolul cadrului didactic este foarte important și formarea lui ca o persoană cheie în promovarea sănătății copilului și a elevului devine un deziderat al oricărui sistem modern de învățământ și de sănătate.

Interviul motivațional (IM) este un set de tehnici de consiliere de orientare cognitiv-comportamentală destinat consumatorilor de substanțe psihoactive pentru a-i ajuta să-și depășească ambivalența și să se angajeze într-o schimbare. IM se concentrează pe creșterea motivației pentru schimbare și trecere la acțiune, evitând

tehnicile confruntative și coercitive ce pot determina reîntărirea orientării către consum. Principiile IM sunt următoarele:

1. Exprimarea empatiei și ascultarea reflexivă.
2. Evidențierea discrepanței dintre comportamentul de consum și obiectivele personale.
3. Evitarea argumentării excesive și a confruntării directe.
4. Plierea pe rezistențe.
5. Creșterea încrederii în autoeficiența personală.

IM cuprinde 3 faze, cea de-a treia îmbinându-se cu.

Prevenirea recăderilor:

Faza I: Clarificarea și rezolvarea ambivalenței.
Consolidarea motivației către schimbare.

Faza II: Consolidarea angajării în schimbare.
Elaborarea unui plan de acțiuni.

Faza III: Monitorizarea, încurajarea și întărirea schimbărilor.
Abordarea recăderilor și alunecărilor ca oportunități de a învăța și redecide.

Faza I: Clarificarea și rezolvarea ambivalenței. Consolidarea motivației către schimbare.

Sunt recomandate cinci strategii de lucru, dintre care primele patru sunt menite să-l ajute pe elev să-și exploreze și să-și înțeleagă ambivalența și apoi să găsească motivații pentru schimbare. Ce-a de-a cincea le integrează și ghidează pe primele patru spre dezvoltarea motivației pentru schimbarea consumului problematic.

1. *Întrebări deschise.* Contribuie la crearea unui climat de acceptare și colaborare și ajută la formarea alianței terapeutice. Oferă spațiu pentru exprimarea clientului/elevului și deschid calea explorării. De exemplu, vreau să aud de la tine ce s-a întâmplat în curte cu țigările? Ce anume îți place când fumezi iarbă? Ai observat vreo schimbare la tine când bei?
2. *Ascultarea reflexivă.* Presupune atenție atât asupra comunicării verbale, cât și asupra celei nonverbale și decodificarea mesajului transmis de către elev. Necesită verificare ulterioară împreună cu interlocutorul.

De exemplu,

E: Îmi place să fumez iarbă pentru că reușesc să mă relaxez în toată nebunia asta cu examenele.
C: Înțeleg că ești în căutarea unui mijloc de a face față stresului de la sfârșit de an.
E: Da, se apropie admiterea și am nevoie să fiu în formă. De asta fumez.
C: Adică marijuana te ajută să înveți mai mult? Am înțeles bine?
E: Sincer, așa cred. Sunt mai relaxat, parcă gândesc mai bine, mai repede...
C: Asta spui că se întâmplă când fumezi? Mereu?
E: Da, așa e. Mă rog, așa era în anii trecuți. Și acum, doar că acum trebuie să fumez mai mult. Sunt mai obosit. Am început să uit chestii și nu prea am chef.

Atenție! Ascultarea reflexivă prezintă câteva capcane: directivitate, amenințări, sfaturi și soluții personale, etichetări, dezaprobări/aprobări, analize și interpretări, glume și distragerea de la subiect.

3. *Exprimarea suportului.* Este extrem de important pentru crearea alianței terapeutice. Se pot face prin exprimarea aprecierii și a înțelegerii: Cred că e greu să te oprești după ce ai băut atâția ani. Apreciez ceea ce faci. Sunt alături de tine. Poți să-ți revii după prafurile alea.
4. *Extragerea declarațiilor motivaționale.* Necesită crearea de către consilier a unui cadru adecvat, astfel încât elevul să-și poată verbaliza argumentele pentru realizarea schimbării și să-și rezolve ambivalența. Se realizează prin adresarea de către consilier a unor întrebări deschise:
   a) Recunoașterea problemei: Ce probleme ți-au adus consumul de droguri? Cum crezi că îi afectează pe cei apropiați faptul că bei în timpul școlii?
   b) Exprimarea îngrijorării: Ce crezi că se va întâmpla dacă continui să bei? În ce măsură te preocupă faptul că fumezi zilnic?
   c) Exprimarea intenției de schimbare: Care ar fi avantajele unei schimbări? Faptul că stăm acum de vorbă înseamnă că te gândești să schimbi ceva legat de băut?
   d) Optimism: Care sunt calitățile pe care te bazezi pentru schimbare? Unde crezi că ai putea ajunge (ce ai putea realiza) dacă te-ai opri de băut?
   e) Tot pentru extragerea declarațiilor motivaționale se mai pot folosi: *balanța decizională*.
   f) *Utilizarea extremelor*: Ce ar putea fi cel mai rău pentru tine dacă continui să te droghezi?
   g) *Evocarea perioadei anterioare consumului problematic și comparația cu prezentul*: Care este diferența între felul cum te concentrai la matematică la începutul liceului față de acum?
   h) Prospectarea viitorului: Cum crezi că va fi după ce vei renunța să bei?
5. *Inventarul rezumativ din finalul ședinței*. Se poate rezuma periodic și mai ales la sfârșitul ședinței. Necesar pentru:
   - confirmare pentru elev că a fost ascultat cu interes;
   - sublinierea ambivalenței (dacă este cazul);
   - întărirea celor spuse de elev;
   - oferă posibilitatea elevului de a-și relua/reasculta declarațiile motivaționale;
   - pregătește continuarea procesului în ședințele următoare.

Faza II: Consolidarea angajării în schimbare. Elaborarea unui plan de acțiuni.

Trecerea în această fază se poate face atunci când elevul consiliat prezintă anumite indicii:

- scăderea rezistenței (dispar negațiile, contrargumentele și obiecțiile);
- întrebările legate de problemă se răresc;
- găsește rezolvări pentru problemele proprii legate de consum;
- face declarații motivaționale;
- pune întrebări legate de o posibilă schimbare personală;
- prospectează viitorul propriu după renunțarea la consum, anticipează dificultățile și discută despre avantaje;

- experimentează din proprie inițiativă mici schimbări: încearcă să reducă dozele sau să fi abstinent pe perioade mici, vizitează grupuri de suport etc.

Abia atunci când elevul consiliat realizează aceste lucruri, consilierul poate trece la faza de consolidare. Pentru început este nevoie să facă o rezumare a stării prezente a elevului consumator, în care să puncteze: propria percepție asupra problemei, ambivalența încă prezentă și declarațiile motivaționale extrase pe parcursul procesului. După aceasta se poate trece la negocierea unui plan împreună cu elevul:

1. Se stabilesc obiectivele consilierii.
2. Sunt luate în considerare opțiunile.
3. Se concepe planul pentru schimbare.

Balanța decizională constă în explorarea ambivalenței prin evaluarea și discutarea aspectelor pozitive și negative ale comportamentului de consum. Poate fi realizată în scris sau verbal. Prezintă câteva variante:

Balanță cu avantaje/dezavantaje

Balanță cu argumente pro și contra pentru consum

Balanță decizională – avantaje/dezavantaje/timp

De exemplu, Balanță decizională privind consumul de alcool (Alex, 14 ani)

	Avantajele consumului	**Dezavantajele consumului**
Termen scurt	Stare de bine Dispare tristețea Curaj Uitarea necazurilor Relaxare	Bani mulți cheltuiți Amețeli, dureri de cap, de stomac, grețuri Aspect neplăcut Mahmureală Miros urât Neglijarea igienei personale
Termen lung	Obicei plăcut Strategie de a face impresie bună (fetelor spre exemplu)	Probleme de sănătate, boli de stomac, ficat Depresie Separare de familie Probleme sexuale.

Faza III: Monitorizarea, încurajarea și întărirea schimbărilor. Abordarea recăderilor și alunecărilor ca oportunități de a învăța și redecide.

Realitatea este că situațiile de risc sunt prezente frecvent în viața elevilor și influențează deciziile lor de experimentare sau de continuare/încetare a consumului. Pofta de consum (craving-ul) poate fi prezentă și ea frecvent la elevii care au experimentat o substanță psihoactivă. De aceea este nevoie ca aceste situații să fie luate în considerare și de către consilierul școlar, atât în cadrul intervențiilor individuale (ce premerg intervențiile specializate), cât ți în activitățile de grup (când pot fi subiectul unor jocuri de rol, dezbateri cu caracter general, etc.).

Situațiile de risc crescut sunt considerate ca fiind acele situații care presupun o amenințare la dresa sentimentului de control al propriei persoane din partea individului (elevului) și astfel crește riscul începerii sau reluării consumului. Studiile au identificat trei categorii de situații de risc:

1. Stările emoționale negative (frustrarea, furia, anxietate, tristețea, plictiseala) și dificultatea de a le gestiona.
2. Conflictele interpersonale (mai puternice cu cât persoanele sunt mai apropiate).
3. Presiunea socială (din partea adulților, dar mai ales din partea grupului de egali).

De asemenea, emoțiile pozitive intense (mai ales cele neașteptate sau apărute după stări emoționale negative) pot fi uneori factori de risc pentru elevi.

Identificarea acestor situații este extrem de utilă (o simplă ședință de evaluare). Ea poate fi urmată (în aceeași ședință) de stabilirea unei strategii generale de a face față situației = răspuns adaptativ la situația concretă a elevului (strategia de coping). În funcție de gravitatea consumului și de complexitatea situației vor urma intervenții specializate și contactarea familiei.

Craving-ul este o reacție fiziologică ce durează doar câteva minute, cu o evoluție ondulatorie, care are un început, o pantă ascendentă, un maxim sau un vârf care durează aproximativ 8 secunde, un traseu descendent și un sfârșit. Aceasta este curba oricărei emoții. Gândurile clientului despre senzațiile respective sunt cele care mențin craving-ul la un nivel ridicat sau îl fac să revină în mod frecvent. Mitul despre această poftă este că apare din senin și că nu i se poate rezista, de aici teama și cedarea în fața impulsului inițial. Abordarea poftei de consum (managementul craving-ului) este o parte a intervenției specializate.

8.3. Suportul persoanelor dependente

Suportul medical

Atunci când un consum ocazional se transformă în tulburare de consum de substanțe, pe lângă apelarea la un psihoterapeut și implicarea familiei în procesul de psihoterapie, este obligatorie apelarea la un medic psihiatru. Medicul psihiatru va trata sevrajul, dacă e cazul. De asemenea, tratamentul medicamentos poate completa psihoterapia prin prevenția recăderilor în consumul de alcool. În situația instalării unui obicei de consum de substanțe, diagnosticul de tulburare de consum de substanțe poate fi stabilit doar de un medic psihiatru, iar administrarea de medicamente se va realiza doar pe baza prescripțiilor medicale. Merită de menționat că medicamentele nu vor rezolva problemele de gestionare a emoțiilor pe termen lung și nu-l vor ajuta pe adolescent să identifice și să schimbe modul de interpretare a dificultăților vieții.

Schemele de gândire disfuncționale se instalează pe parcursul vieții și vor putea fi modificate în cadrul unui proces de psihoterapie cognitiv-comportamentală. De asemenea, dacă interacțiunile sistemelor familiale contribuie la menținerea consumului de substanțe, terapia sistemică de familie va fi foarte utilă.

Suportul familial

Adolescenții care consumă alcool sau droguri pot adopta comportamente agresive la școală, cât și acasă. Problemele de furie și agresivitate în rândul acestor adolescenți sunt uzuale, deoarece la baza consumului de substanțe stau inclusiv problemele de gestionare a emoțiilor. În procesul de consiliere psihologică membrii familiei pot ajuta psihologul cu informații despre factorii stresori din viața adolescentului și pot asigura respectarea programului de tratament. Suportul familial este important în rezolvarea problemelor de consum de substanțe, întrucât poate promova starea de bine a adolescentului. Suportul familiei se definește prin instalarea unui raport călduros părinte-adolescent, manifestat prin: abilități de relaționare familială, abilități de comunicare și abilități parentale de monitorizare a adolescentului.

În familia adolescentului pot exista probleme care contribuie la recăderea în consumul de substanțe: probleme de comunicare, stiluri parentale problematice, dezorganizarea familiei și altele. Pentru gestionarea problemelor de comunicare o sesiune de training de comunicare va putea ajuta membrii familiei să elimine blamarea adolescentului, comentariile negative cu privire la personalitatea lui, critica excesivă și non-constructivă etc. Părinții vor putea să formuleze critici constructive, care vor favoriza dezvoltarea socio-emoțională sănătoasă a adolescentului. Atât părinții, cât și adolescenții vor învăța abilități de comunicare asertivă pentru a-și putea exprima emoțiile fără să-i rănească pe cei dragi.

Suportul prietenilor

Odată întrerupt consumul de substanțe, prietenii pot să-l încurajeze pe adolescent să rezistă tentației de a relua consumul, ajutându-l să înțeleagă că riscurile pentru sănătate sunt tot mai mari. Instalarea consumului de alcool sau droguri vine la pachet cu renunțarea la vechile prietenii sau la activitățile realizate împreună. Reluarea acestor activități și comunicarea deschisă vor prilejui reidentificarea adolescentului cu obiceiurile sănătoase avute până la apariția consumului de substanțe.

Suportul grupului de prieteni este foarte important, deoarece adolescentul începe să vadă problema ca fiind separată de propria persoană. Cu ajutorul prietenilor el realizează că acest comportament nu îl definește și este ceva la care poate renunța. De asemenea, prietenii îl pot ajuta pe adolescent să depășească diverse dificultăți care apar în interacțiunile sociale: stigmatizarea și lipsa de recunoaștere. Prietenii care oferă

suport vor fi atenți simultan și la propria vulnerabilitate la a consuma substanțe, dar și la autenticitatea relației cu adolescentul care consumă substanțe, menținând un raport sincer, dar cu respectarea unor limite (neimplicarea în consum, neacoperirea recăderilor etc.). Un alt sprijin important din partea prietenilor este să ofere informații despre consumul de substanțe din școală atât profesorilor, cât și părinților. Adolescenții care au obiceiul să consume substanțe sunt persoane aflate în suferință care au nevoie de ajutorul unui specialist, nu să fie acoperite.

Suportul cadrelor didactice

Cadrele didactice reprezintă o figură importantă pentru adolescent și pot fi un sprijin important în procesul consilierii psihologice, deoarece profesorii interacționează cu adolescentul mai mult timp decât o face consilierul. Atitudinea profesorilor față de problema consumului de substanțe, în general, dar și față de adolescentul care consumă trebuie să semene cu atitudinea față de oricare altă boală sau persoană bolnavă. Empatia cu adolescentul, dar și evitarea judecării acestuia sau a familiei acestuia sunt esențiale pentru ca adolescentul să simtă în continuare validarea profesorului. Nu va fi validat comportamentul, ci adolescentul ca persoană, care rămâne valoroasă dincolo de consumul de substanțe.

Redarea unor mesaje audio în școală privind evitarea consumului de substanțe reduce traficul de consum de substanțe. Având în vedere că dezvoltarea creierului este afectată de consumul de substanțe mesaje utile pentru adolescenți pot fi: „Consumul de alcool și droguri dăunează grav dezvoltării creierului”. Momente pentru redarea acestor mesaje audio sunt acelea în care apar zvonuri în școală sau chiar informații concrete cu privire la consumul de substanțe.

Facilitarea desfășurării campaniilor de prevenție în unitățile școlare este importantă deoarece oferă sprijin informațional atât elevilor, cât și profesorilor. Încurajarea elevilor să pună întrebări atunci când se derulează campania de prevenție poate fi un alt mod pentru a crește rezultatele acesteia.

Suportul religios

Suportul religios este benefic în general atunci când religiozitatea este identificată ca resursă interioară a individului, după principiul ericksonian „acceptă și utilizează”. Literatura de specialitate indică religia și spiritualitatea ca factori protectivi în consumul de substanțe. Sprijinul unui duhovnic poate avea unele beneficii atunci când completează, dar nu înlocuiește serviciile specialistului în psihologie.

8.4. Intervenția de grup

În această categorie sun cuprinse activitățile din sfera prevenției desfășurate cu clasa de elevi. Ele pot fi realizate de către consilierul școlar (informare, dezvoltare personală și psihoeducație) și de către specialiști în prevenirea consumului abuziv de substanțe sau de către tineri de vârste apropiate cu cei care participă. Intervențiile în grupuri de egali au la bază posibilitatea de comunicare și de relaționale directă între indivizi aparținând aceleiași generații, ceea ce aduce credibilitate și elocvență pentru mesajele și modelele comportamentale promovate.

Intervenția consilierului școlar în cazul abuzului de substanțe în rândul elevilor se înscrie în sfera prevenției primare, care se realizează înainte de apariția unei probleme de sănătate. Prevenția primară se concentrează în special asupra influenței comportamentului și atitudinilor grupului vizat în sensul menținerii sau schimbării stilului de viață în sensul dorit. Educația și informarea joacă un rol esențial în acest proces. Este vorba despre o educație care să vizeze creșterea stimei de sine, a sentimentului de încredere, siguranță emoțională și autoeficiență personală a copiilor și tinerilor. Astfel, ei dispun de o bază proprie de siguranță, de pe care își pot orienta corect comportamentele de explorare și experimentare a realității și pot dezvolta relații sănătoase cu cei din jur.



Sarcini și activități de învățare:

1. Analizați indicatorii consumului de alcool și droguri la copii și adolescenți.
2. Caracterizați specificul consilierii psihologice a elevilor din ciclul primar, gimnazial și liceal consumatori de alcool, droguri.
3. Identificați nevoile care stau în spatele consumului de substanțe toxice de către copii de diferite vârste.
4. Analizați rolul *Interviului motivațional* destinat consumatorilor de substanțe psihoactive pentru a-i ajuta să-și depășească ambivalența și să se angajeze într-o schimbare și caracterizați fiecare etapă a acestuia.
5. Dezvoltați măsurile de suport ce poate fi acordat persoanelor dependente de substanțe toxice.
6. Argumentați rolul intervențiilor de grup în prevenire/combaterea consumului de substanțe toxice.

9. DEPENDENŢA DE GADGET-URI

Finalităţi de studiu:

1. Să cunoască etapele dependenței de gadget-uri.
2. Să caracterizeze efectele utilizării excesive a gadget-urilor asupra organismului.
3. Să identifice simptomele dependenței de gadget-uri.
4. Să distingă măsurile de prevenire/combatere a utilizării excesive a gadget-urilor.

9.1. Consideraţii generale

În dicţionarul explicativ al limbii române, cuvântul gadget, este definit drept un *„obiect mic, ingenios construit, de valoare şi utilitate neînsemnată".* Definit drept „un obiect de utilitate neînsemnată", ajunge, cu regret, un element indispensabil din viața copiilor. În ultimul timp tot mai mulți părinți sunt disperați cu privire la timpul pe care copiii lor îl petrec în fața unui gadget.

În ultimii 10 ani s-a dublat procentul de utilizare a jocurilor video. 60 % dintre copii între 8 și 18 ani joacă zilnic jocuri computerizate și 30 % din ei petrec mai mult de o oră cu astfel de activități. Copii uită de ce se întâmplă în jurul lor şi se izolează pentru a petrece mai mult timp în compania acestor obiecte, pentru a experimenta şi testa diversele aplicaţii, timp luat din contul altor activități sănătoase pentru ei din punct de vedere fizic și psihic: *plimbări, jocuri la aer liberi, comunicare cu părinții, semenii etc.*

Ivanova D. V. constată că copiii sunt ademeniți de gadget-uri prin:

- realismul proceselor şi abstractizarea absolută de lumea înconjurătoare,
- prezenţa lumii personale (intime), în care nu are acces nimeni în afară de el,
- lipsa responsabilităţii,
- posibilitatea de a corecta orice greşeală prin încercări multiple,
- posibilitatea de a lua de sine stătător orice decizie, indiferent de consecinţele acestora.

Internetul este ademenitor prin:

- accesibilitatea informaţiei, zonelor interactive, imaginilor pornografice;
- controlul personal şi anonimatul informaţiei transmise;
- posibilitatea interacţiunilor sociale anonime;
- grad sporit de încredere faţă de comunicarea on-line;
- refugiu de la problemele cotidiene;
- modalitate de compensare a unor deficienţe (de exemplu, incapacitatea de a iniţia şi a menţinere o relaţie).

În prezent nu există un consens asupra definiției comportamentului dependent și asupra diferitelor forme de comportamente dependente. Totuși, de exemplu, utilizarea excesivă a telefonului este definită ca o formă de comportament caracterizată de utilizarea compulsivă a dispozitivului, care are ca consecință diferite manifestări de rău fizic, psihoemoțional sau social. Cunoscuta cercetătoare a problemei dependenței de gadget-uri C. Young definește dependența de internet drept o tulburare mintală ce se caracterizează prin dificultăți de control al impulsurilor, incapacitate de deconectare de la internet, iar simptomele clinice ale acestui tip de dependență sunt asemănătoare cu cele ale dependenței de jocurile de noroc compulsive. În literatura de specialitate sunt expuse două modele de definire ale dependenței de internet sau de smartphone-uri: modelul care face referire la dificultatea controlului impulsiv (DellOsso, Marazziti, Holander, 2006) și modelul obsesiv-compulsiv.

Evaluarea comportamentului dependent de internet include prezența a patru elemente:

1. Utilizarea excesivă a internetului, adesea asociată cu o pierdere a noțiunii timpului sau o neglijare a activităților de bază.
2. Retragerea, inclusiv prezența unor sentimente de furie, tensiune și/sau depresie, atunci când computerul este inaccesibil.
3. Toleranță, inclusiv necesitatea unui echipament de computer mai bun, software mai performant sau mai multe ore de utilizare.
4. Consecințe negative: minciuni, rezultate școlare sau vocaționale slabe, izolare socială și oboseală permanentă.

Toată lumea utilizează tehnologiile contemporane. Ele ne ușurează foarte mult existența. Doar că cercetătorii menționează faptul că aflarea unei perioade îndelungate în fața ecranelor și pe internet devine o problemă atunci când acest fapt afectează capacitatea unui copil de a avea o viață normală. Cu referire la dependența de internet, cercetătorii consideră că un comportament excesiv (sau, în unele cazuri, deranjant) nu justifică în totalitate diagnosticarea dependenței comportamentale, ci mai degrabă incapacitatea individului de a restrânge activitatea în pofida consecințelor negative și este ceea ce reprezintă semnul distinctiv al procesului de dependență. Televiziunea, computerul, telefonul și jocurile online îi expun pe copii unui număr foarte mare de stimuli pentru creierul lor, iar acest lucru îi poate determina să nu-și dorească să ia pauze, să uite de obligațiile cotidiene sau să renunțe la somn și alimentație, să aibă un regim dezordonat de viață. În studiile de specialitate sunt expuse numeroase comportamente ce denotă instalarea dependenței de internet: pierderea noțiunii timpului atâta timp cât este online, reduce orele de somn necesare pentru a petrece timp online; preferă să petreacă timpul în fața gadget-urilor în detrimentul timpul petrecut cu prietenii sau familia, pierde interesul pentru activitățile pentru care altă dată era

interesat, manifestă comportamente de agresivitate, furie atunci când timpul petrecut online este întrerupt etc. Dependența de tehnologii aduce, ca și celelalte dependențe de fapt, schimbări negative în comportamentul copiilor. Tehnologia are un impact negativ asupra copiilor dacă aceștia petrec atât de mult timp pe ecrane încât renunță regimul normal de viață, la mâncare, somn, la efectuarea temelor sau la petrecerea timpului cu prietenii și familia. Deseori adolescenții sun prinși în fluxul, febra, curgerea jocului. Brad Marshall menționează că starea de flux este asociată cu distorsiunea percepției timpului. E un mod mai pretențios de a spune că jucătorii se pierd în zona lor de plăcere și pierd noțiunea timpului. Ele definește fluxul drept „o stare mentală pe care jocurile i-o produc și sunt create cu intenția de a i-o produce unui jucător, stimulându-i stările de excitație, făcându-l să devină extrem de concentrat și să-și concentreze atenția exclusiv pe ceea ce face pe moment". Cercetările sugerează că utilizarea intensă a internetului poate fi, de asemenea, un factor de risc pentru stări anxioase și agresive, în special în rândul adolescenților. Studiile demonstrează că atunci când copiii petrec prea mult timp în internet manifestă comportamente de izolare socială în viața reală, stări de nervozitate și anxietate, capacități reduse de concentrare și nivel mic de angajament în alte activități.

Modelele psihologice și sociale ale înțelegerii adicției pun accent pe faptul că ea se dezvoltă treptat, de-a lungul timpului, și că poate fi mai bine înțeleasă ca o metodă învățată de adaptare la medii specifice, dar o metodă care poate deveni puternică și compulsivă. Diverse teorii se concentrează pe aspecte diferite ale adicției, de exemplu: este o alegere (Heyman, 2013) și/sau o metodă de a trata durerea fizică sau psihologică insuportabilă (Khantzian, 1985). Într-un studiu aprofundat asupra 98 de teorii și modele din domeniul adicției, profesorul Robert West și dr. Jamie Brown de la University College, Londra, au definit o „teorie sintetică a adicției". Teoria lor este foarte explicită și atotcuprinzătoare, explicând diferite forme ale adicției și arată că aceasta este legată de alte comportamente în care rațiunea este înfrântă de stimulii și motivații puternice. Este o metodă utilă de abordare a adicției. Toți avem capacitatea de a deveni dependenți de diferite obiecte sau substanțe, în diferite momente ale vieții, în funcție de ce ni se întâmplă și de împrejurări, și toți avem capacitatea de a depăși această etapă. Problema nu este că unii dintre noi au o boală și alții nu o au. Modul de dezvoltare a unei adicții este influențat genetic., dar nu poate fi redus doar la vulnerabilitate genetică, chiar dacă această explicație este o metodă atrăgătoare de rezolvare a unor probleme complexe și dificile. Nu putem înțelege pe deplin comportamentele dependente dacă nu suntem dispuși să ne punem în locul celor pe care i-a afectat și, pentru a face asta, avem nevoie să ne gândim la influența extrem de negativă a stigmatizării asupra modului în care este văzută dependența în societatea în care trăim [7, p.25].

În cazul adicției nonsubstanță, cum este cea de tehnologii, caracteristicile mediului extern și ale contextului interpersonal au rolul de trigger în declanșarea și manifestarea tulburării de adicție. În DSM – 5 sau ICD – 10 până nu demult era descrisă doar forma de dependență de substanțe, adică cea fiziologică. Recent, în 2013, a fost inclusă și dependența de jocuri. Cu toate acestea, practica clinică ne conduce la constatarea unui fapt evident, și anume existența unui comportament de dependență legat de alte activități și care implică apariția unor noi forme de dependență. Constatările neuroimagistice au arătat că, indiferent de prezența sau absența unei substanțe psihoactive, la nivel neurobiologic, ariile care susțin comportamentele de recompense și plăcere se activau în diferite situații de dependență și manifestare a unor comportamente compulsive și impulsive. Aceste rezultate de la nivelul substratului neurobiologic au permis includerea manifestărilor de dependență psihologică și fiziologică (chimică) sub aceeași perspectivă, definind totodată, noi forme de experiență a adicției. Cu referire la apariția și manifestarea comportamentelor dependente, cercetările experimentale de durată au arătat că persoanele cu dependență de substanțe prezintă un risc mai mare de a dezvolta și alte dependențe patologice, cum ar fi cea de tehnologii sau cumpărături, iar persoanele care au comportamente dependente de jocuri sau dependența de internet au mai multe șanse să abuzeze de alcool, tutun sau alte droguri. Acest fapt denotă existența unei corelații între diferite tiruri de dependență, fapt ce poate fi explicat, argumentat prin existența unui mecanism psihologic comun de adicție.

Pe baza experienței clinice și a rezultatelor obținute din cercetările anterioare, au fost stabilite opt caracteristici clinice primare ale dependenței de internet:

1. *Preocuparea:* o dorință puternică pentru internet, gânduri persistente privind activitatea online anterioară sau anticiparea următoarei sesiuni online; utilizarea internetului este activitatea dominantă în viața de zi cu zi.
2. *Retragerea:* manifestată printr-o dispoziție disforică, anxietate, iritabilitate și plictiseală după câteva zile sau chiar ore fără activitate pe internet.
3. *Toleranța:* nevoia de creștere semnificativă a utilizării internetului, necesară pentru a atinge satisfacția psihoemoțională.
4. *Dificultățile de control:* dorința persistentă și/sau încercări nereușite de a controla, a reduce sau întrerupe utilizarea internetului.
5. *Nerespectarea consecințelor nocive:* utilizarea excesivă și continuă a internetului în ciuda conștientizării consecințelor, precum problemele fizice sau psihice persistente sau recurente cauzate de utilizarea internetului.
6. *Comunicarea și interesele, interacțiunile sociale directe (face to face) se diminuează:* pierderea interesului pentru anumite activități anterioare și hobby-uri, pentru activitățile de divertisment, ca rezultat direct al utilizării internetului.

7. *Ameliorarea emoțiilor negative:* folosirea exclusivă a internetului pentru a estompa sau a ameliora o dispoziție disforică (de exemplu, sentimente de neputință, vinovăție, anxietate).
8. *Tendința de a se ascunde de prieteni și rude:* raportarea falsă a costurilor/timpului implicării pe internet către membrii familiei, terapeut și alte persoane.

În urma studiilor din ultimii ani cercetarea psihologică asupra tulburărilor legate de adicție a cunoscut o profundă reevaluare. Ca urmare a fost reformulată perspectiva cu privire la reabilitarea persoanelor cu probleme comportamentale dependente. S-au conturat noi modele de apreciere și direcții de reabilitare a persoanelor cu comportamente adictive. Aceste modele se referă la patru factori centrali, din perspectiva cărora se intervine:

1. Perspectivele și tehnicile din domeniul neuroștiințelor;
2. Abordarea bazată pe fapte evidente cu scopul individualizării intervenției de specialitate;
3. Abordarea transdiagnostică orientată pe proces, care ia în considerare procesele legate de abilitățile cognitive, emoționale și sociale deoarece deficitele legate de aceste dimensiuni se manifestă constant în rândul persoanelor cu tulburări de dependență;
4. Recunoașterea constructului de dependență comportamentală, care se referă la faptul că unele comportamente repetate afectează funcționalitatea personalității și pot fi conceptualizate ca tulburări de dependență, inclusiv în situațiile când nu există consum de substanțe psihoactive.

9.2. Simptoame ale utilizării patologice a gadget-urilor

Maressa Hecht Orzack a evidenţiat următoarele simptoame caracteristice utilizării patologice a calculatorului:

1. **psihologice:**
   - dispoziţie ridicată, euforie când stă în faţa calculatorului;
   - imposibilitatea de a se opri;
   - creşterea duratei de timp petrecut la calculator;
   - ignorarea prietenilor, familiei;
   - senzaţia de gol lăuntric, depresie, irascibilitate când nu este la calculator;
   - probleme la şcoală sau serviciu;
   - minţirea membrilor familiei sau persoanelor sus-puse (profesori, şefi) vis-a-vis de propriile ocupaţii.
2. **fizice:**
   - senzaţia de umectare insuficientă a sclerei (сухость в глазах);
   - dureri de cap de tipul migrenei;

- dureri în spate;
- alimentare neregulată, iraţională;
- ignorarea regulilor de igienă personală;
  dereglări ale somnului, schimbarea regimului de odihnă

9.3. Tipologie

Gadget-urile cele mai la modă printre copii sunt telefoanele mobile inteligente şi tabletele, adică un fel de calculatoare miniaturizate. Ambele, împreună cu computerele personale, permit două lucruri care constituie distracţia a sute de mii de copii şi tineri de la noi:

1. ***Jocurile electronice***, cu o grafică şi o complexitate impresionante, care ajung să ţină loc vieţii reale.
2. ***Contactul cu reţele de socializare***, în care copiii îşi pot asuma orice identitate vor, pot comunica într-o lume virtuală cu alţi copii, cu adulţii, cu diverse grupuri etc.

*Dependenţa de gadgeturi (*de computer, televizor, smartphone, Ipad, PSP etc.*) include în sine*:

- dependenţa de internet
- dependența de jocurile electronice
- dependenţa de lucru la calculator
- utilizarea compulsivă a
- internetului (web-surfing
- obsesiv, shoping online etc.)
- dependenţa de kiber-
- relaţii (relaţii virtuale)

Termenul de internet-addicţie a fost propus de *Ivan Goldberg* în 1996 pentru a descrie atracţia patologică faţă de net. Totuşi el dă preferinţă termenului „utilizarea patologică a calculatorului” (pathological computer use), ce include în sine utilizarea calculatorului nu doar pentru implicarea în interacţiuni sociale (internet), dar şi pentru activităţi nesociale (jocuri, informaţii).

Odată cu apariţia computerului au apărut *jocurile de calculator*, care şi-au găsit admiratori şi care ating performanţe grafice şi tematice înalte care se perfectează odată cu inovaţiile reţelei globale de Internet. Iar odată cu Internetul au apărut şi unii oameni prea entuziasmaţi de el şi care petrec prea mult timp in lumea creată de Internet – lumea virtuală. Aceasta a dus la apariţia problemei: **comportamente adictive.**

Dependenţa de calculator (ca orice alt tip de addicţie), de obicei, este observată de prieteni şi părinţi, dar nu de însăşi persoana dependentă. Acest tip de addicţie, ca şi oricare altul, duce la degradarea personalităţii, pierderea statutului social, izolare socială, pierderea EU-lui, înrăutăţirea stării psihologice, acutizarea depresiei, apariţia

agresivităţii, închiderii în sine, scăderea performanţelor şcolare, pierderea serviciului. Spre deosebire de celelalte addicţii (tutun, alcool, drog, jocuri de noroc), în cazul dependenţei de calculator apare un moment în care survine saturaţia şi persoana ori începe să devină profesionist, ori nu-i mai acordă calculatorului atâta atenţie.

Dependenţa faţă de jocuri este una din formele distructive ale comportamentului, care se reflectă prin tendinţa de a fugi de realitate pentru a-şi schimba starea sa psihică prin intermediul unei activităţi permanente.

Clasificarea jocurilor de calculator după ŞmeliovA.:

1. Jocurile de rol:

- Jocurile cu viziunea de tipul "din interiorul" eroului său virtual.
- Jocurile cu aspect "din exteriorul" eroului său virtual.
- Jocurile de conducere.

2.Jocurile non-rol:

- Jocurile de arcadă.
- Probleme de logică.
- Jocurile la viteza reacţiei.
- Jocurile traditional-hazarde.

Jocurile de rol:

1. Jocuri cu viziunea „din interiorul" eroului său virtual

- forţa mai mare de „atracţie" şi „intrare" în rol
- aspectul "din interior" provoacă jucătorul la o identificare integrală cu personajului său virtual
- după câteva minute de joc copilul începe să piardă legătura cu viaţa reală, concentrându-şi total atenţia asupra jocului, transpunându-se în lumea virtuală.
- poate destul de serios să accepte lumea virtuală şi acţiunile eroului drept ale sale
- în momentele critice ale eroului său poate să devină palid şi să se învârtească pe scaun, să încerce să se apere de loviturile şi împuşcăturile "duşmanilor" virtuali

2. Jocuri cu aspect din „exteriorul" eroului său virtual

- forţa mai mică de intrare în rol, decât în tipul precedent
- jucătorul "se priveşte" dintr-o parte coordonând acţiunile acestui erou
- identificarea sine-lui cu personajul virtual poartă un caracter mai puţin exprimat
- manifestările externe sunt mai moderate, însă necazul sau moartea "sine-lui" în ipostaza eroului virtual este trăit de jucător nu mai puţin intens.

3. Jocuri de conducere

- jucătorul conduce acţiunile supuşilor săi virtuali
- poate să activeze drept conducător de orice specificare: conducătorul detaşamentului forţelor armate, conducătorul statului, chiar "Dumnezeul", care deţine acea putere de care jucătorul în viaţa reală este privat
- omul nu vede pe ecran eroul său, ci singur îşi alcătuieşte rolul.
- e unicul tip de joc, unde rolul nu este impus concret, ci este creat de însuşi jucătorul.
- în cazul dat profunzimea intrării în joc şi în rolul său vor fi evidenţiate doar la persoanele cu imaginaţie dezvoltată
- incorporarea motivată în procesul de joc şi mecanismul formării dependenţei psihologice de joc ca putere nu depăşesc celelalte jocuri de rol.

Jocuri non-rol:

1. ***Jocurile de arcadă.*** (Dandy, adăugate)
   - subiectul, de regulă, e slab, linear
   - jucătorul trebuie doar să se mişte repede, să împuşte şi să colecţioneze diferite premii, conducând eroul virtual sau vreun mijloc de transport
   - aceste jocuri nu sunt dăunătoare, în sensul influenţei asupra personalităţii jucătorului, deoarece dependenţa psihologică de ele cel mai des poartă un caracter temporar.
2. ***Probleme de logică***.
   - la acest tip se referă variantele virtuale a jocurilor de masă (şah, jocul de dame, etc.), de asemenea orice tip de probleme de logică executate sub forma unor programe de calculator
   - motivarea bazată pe hazard în cazul dat e determinată de dorinţa de a învinge calculatorul, de a arăta dominarea sa asupra unei maşini.
3. ***Jocurile la viteza reacţiei***.
   - jucătorul trebuie să-şi mobilizeze viteza reacţiei.
   - spre deosebirea de jocurile de arcadă, aceste jocuri nu au deloc subiect, de regulă sunt abstracte şi nu au nici o legătură cu viaţa reală
   - motivarea bazată pe hazard, necesitatea de "a trece" jocul, de a colecta mai multe puncte, poate forma o dependenţă psihologică temporară

4. Jocuri tradiţional-hazarde.

- cuvântul „tradiţional" se foloseşte, fiindcă acestui tip nu i se poate spune doar "jocuri hazard", deoarece practic toate jocurile non-rol după natura lor sunt hazarde

- aici intră variantele virtuale a jocurilor în cărţi, rulete, imitatorii automatelor de joc, aceste jocuri sunt varianta computerizată a repertoriului unui cazinou.

Dependenţa de televizor

Cauze pentru care copiii pot deveni dependenţi de tubul catodic:

- absenţa părinţilor din viaţa cotidiană a puştiului, programul încărcat la serviciu interferând cu timpul pe care adultul şi copilul ar trebui sa-l petreacă împreună. Se întâmpla de foarte multe ori ca obişnuirea micuţului de a sta în fata micului ecran să fie provocată tocmai de un părinte prea ocupat şi prea obosit să mai acorde maximum de atenţie odraslei după ce a muncit toata ziua. Astfel, responsabilitatea petrecerii timpului într-un mod constructiv este abandonată, iar adultul îşi vede de ale lui în timp ce copilul este prins de imaginile de pe ecran;
- până la vârsta de şase ani copilul învaţă copiind modelele din jur, iar daca părinţii au un comportament care are în centru televizorul, atunci este sigur că micuţul se va dezvolta pe aceeaşi linie. Soluţia ar fi ca părinţii extrem de ocupaţi sa angajeze o persoană de încredere, care să se ocupe de umplerea corectă a timpului liber al copilului, antrenându-l în diverse jocuri ori scoţându-l în parc sau, pur si simplu, afară la joacă împreună cu ceilalţi pitici de vârsta lui;
- ideea greşită a părintelui că desenele animate sau emisiunile pentru copii nu au cum sa-i facă rău puştiului. Dependenţa se produce şi în acest mod şi, în timp, poate creşte alarmant. Politica de acţiune este foarte simplă. Se va concepe un program zilnic, în care televizorul să nu aibă o pondere mai mare decât restul activităţilor necesare micuţului în funcţie de vârsta pe care el o are. Rigurozitatea şi perseverenţa sunt condiţii esenţiale;
- încercarea de a scăpa de stresul cotidian îl determină pe copil să urmărească pasiv emisiunile la rând, consumându-şi emoţiile.

Efectele negative:

1. afectează sănătatea ochilor, cu precădere la micuţii care suferă de anumite afecţiuni oculare de tipul miopiei sau strabismului. Optim ar fi sa nu se stea în faţa micului ecran mai mult de o oră–o oră şi jumătate zilnic, de preferinţă seara. În cameră nu trebuie sa fie, de asemenea, o sursă puternică de lumina, de preferat fiind ca aceasta să lipsească sau să fie foarte difuză, pentru a nu forţa ochiul să se adapteze intensităţii ambelor;
2. favorizează apariţia nevrozelor la copii prin mesajele agresive, de groază;
3. radiaţia duce la dereglări neuro-somatice, ca rezultat – sistem nervos epuizat;
4. vizionarea îndelungată a televizorului (lucrul la calculator) duce la dereglări astenonevrotice care slăbesc rezistenţa organismului;

5. dereglări psihoemoţionale: memorie slabă, incapacitate de concentrare a atenţiei, greu judecă, dereglări ale somnului, irascibilitate, iritare, supărare;
6. înrăutăţirea relaţiilor cu părinţii, mai ales dacă aceştia insistă să deconecteze televizorul;
7. incapacitatea de a percepe critic informaţia difuzată contribuie la formarea unei concepţii distorsionate despre lume.

9.4. Etapele dependenţei

În ultimul timp se evidenţiază tendinţa de studiu analogic al dependenţei de jocurile de rol de calculator cu dependența psihologică de droguri, alcool şi alte dependenţe „tradiţionale". Mai jos ne vom strădui să menţionăm un oarecare specific al dependenţei de joc. Cert este faptul că valoarea dependenţei de droguri creşte cu trecerea timpului, adică, în lipsa specială a influenței terapeutice asupra narcomanului, dependenţa lui psiho-fiziologică de droguri e în creştere. Un astfel de factor ca scăderea spontana a volumului de dependenţă de droguri, sau dispariţia totală a dependenţei poate fi privită ca o excepţie condiţonată mai degrabă de particularităţile individuale ca atare.

Șapkin A. descrie următoarea dinamică a dezvoltării dependenţei de calculator: perioada de adaptare, copilul "simte gustul", apoi vine perioada de creştere bruscă, etapă în care are loc formarea rapidă a dependenţei. În rezultatul creşterii volumul dependenţei atinge punctul maxim, poziţia căreia depinde de particularităţile individuale ale personalităţii şi de factorii mediului. În continuare, forţa dependenţei rămâne stabilă pe o perioadă de timp, pe urmă scade şi în final iarăşi se fixează la acelaşi nivel şi rămâne neschimbat pe o perioada îndelungată.

Scăderea nivelului dependenţei poate fi influenţat de diferiţi factori. Însuşi jucătorul apreciază acest lucru ca ceva legat de procesul de maturizare, a formării personalităţii, creşterii nivelului de instruire şi a experienţei de viaţă. Majoritatea jucătorilor ce au deja o experienţă, spun că odată cu maturizarea a avut loc şi o schimbare interioară, revizuirea valorilor. Din cele relatate de subiecţii cercetaţi de A. Şapkin, putem deduce că calculatorul i-a ajutat să contrapună lumea virtuală, unde totul "este corect şi sigur", cu lumea reală, în care ei trăiesc alături de alţi oameni, unde sunt anumite legi, norme, principii, valori. Dependenta de jocurile de calculator, după aspectele sale psihologice, este foarte apropiată de cea a drogurilor. Însă, în cazul dependenţei de jocurile de calculator, după criză vine descreşterea, ceea ce nu este caracteristic dinamicii formării dependenţei de droguri. Aşa dar, pe baza dinamicii propuse a dependenţei de jocurile de calculator se evidenţiază 4 etape de dezvoltare a dependenţei psihologice de jocurile de calculator de rol, fiecare având specificul sau:

1. etapa pasiunii uşoare
2. etapa implicării
3. etapa dependenţei
4. etapa de ataşament.

1.Etapa pasiunii uşoare

După ce copilul a jucat o dată sau de mai multe ori în jocurile de rol de calculator el începe să „simtă gustul", începe să-i placă grafica virtuală, sunetul, însuşi faptul de imitare a vieţii reale şi a unor situaţii fantastice. Cineva a visat toată viaţa să împuşte cu arma, cineva să stea la volanul unei maşini luxoase sau la manşa cu volan a unui avion. Calculatorul permite omului cu maximă aproximaţie de realitate să-şi îndeplinească dorinţele şi visele sale. Începe o realizare inconştientă a necesităţii de interpretare a rolurilor. Omul primeşte plăcere aflându-se în lumea virtuală, ceea ce-i provoacă emoţii pozitive. Omul este de o aşa natură, încât se strădui să repete acţiunile ce-i provoacă plăcere şi-i satisfac necesităţile. După aceasta, aflându-se în faţa calculatorului, începe să joace nu întâmplător, ci deja cu un scop bine definit. Specificul acestei etape este că jocul de calculator poartă mai degrabă un caracter situaţional decât sistematic. Necesitatea permanentă şi stabilă de a juca la această etapă nu este formată, joaca nu are o valoare importantă pentru om la acest moment.

2.Etapa implicării

Factorul ce demonstrează trecerea omului la această etapă de formare a dependenţei, este apariţia în ierarhia necesităţilor a unei noi trebuinţe: jocurile de calculator. Desigur structura formării acestei trebuinţe este mult mai complicată, ea depinde de factorii de personalitate, de factorii socio-culturali. Tendinţa de a juca este o necesitate determinată de necesităţile de a fugi de realitate şi preluarea rolului la această etapă îşi asumă un caracter sistematic. Dacă omul nu are acces permanent la calculator, adică satisfacerea necesităţilor este frustrată, sunt posibile acţiunile destul de active de înlăturare a situațiilor frustrante

3.Etapa dependenţei

Doar 10-14 % dintre jucători sunt „jucători înrăiţi," adică se află la stadiul dependenţei psihologice faţă de jocuri. Această etapă se caracterizează prin schimbări în sfera valorică a personalităţii. Necesitatea de a juca se transferă la nivelele inferioare ale piramidei necesităţilor. După datele lui A. Şmelev are loc internalizarea locus-ului of control şi modificarea conştiinţei de sine şi a autoaprecierii. Dependenţa se poate manifesta în una din următoarele două forme:

- **Forma socializată**. Se distinge prin menţinerea contactelor sociale. Preferă să joace în grup, prin intermediul jocurilor de reţea. Activitatea d joc are mai mult un caracter de competiţie.
- **Forma individualizată**. Este o formă extremă a dependenţei, când sunt perturbate nu doar viziunea proprie asupra lumii, dar şi contactele cu ceilalţi. Elementul specific constă în neperceperea realităţii obiective, în schimbul perceperii realităţii virtuale ale jocului ca fiind realitate obiectivă. Pentru ei jocul devine ca un drog. Dacă nu se joacă devin depresivi, agresivi, frustraţi.

4.Etapa ataşamentului

Această etapă este caracterizată prin diminuarea activităţii de joc a omului. Relaţia omului cu lumea virtuală la această etapă poate fi comparată cu un nasture ce nu-i cusut strâns, dar destul de calitativ, adică omul ţine distanţa de lumea virtuală, dar nu poate definitiv să renunţe la jocurile de calculator. Persoana menţine o distanţă faţă de jocurile video, dar nu poate să rupă definitiv relaţia cu acestea. Aceasta este etapa cea mai îndelungată, care poate dura o viaţă întreagă.

În concluzie, putem afirma că jocurile de rol în mai mare măsură permit omului „să intre" în lumea virtuală, să se debaraseze (cel puţin în timpul jocului) de realitate. În urma acestui proces, jocurile de rol la calculator au o influenţă semnificativă asupra personalităţii omului: rezolvând probleme de "salvare a omenirii" în lumea virtuală, omul amână rezolvarea problemelor sale din viaţa reală.

În continuare vom descrie acel mecanism de „atracţie" a persoanei în dependenţa de jocuri. Mai multe cercetări s-au făcut în domeniul motivaţiei jocului, însă cu toate că motivaţia are un rol important, totuşi nu are un rol hotărâtor în mecanismul de formare a dependenţei faţă de jocurile la computer. Unii cercetători consideră că rolul hotărâtor a *mecanismului de formare a dependenţei faţă de jocurile computerizate îl are fuga de la realitate şi preluarea rolului.* Acest mecanism funcţionează independent de caracterul motivaţiei, de nivelul conştiinţei persoanei, momentul începerii preocupărilor faţă de aceste jocuri, - mecanismul începe să funcţionează odată cu cunoaşterea acestor jocuri de rol şi începutul jocului mai puţin sau mai mult regulat. Deci se deosebesc două momente importante în acest mecanism:

9.5. Mecanismele ce stau la baza formării dependenţei de calculator:

Mecanismul formării dependenţei de joc este bazat pe trebuinţele şi tendinţele parţial neconştientizate (plecarea de la realitate, asumarea unui rol). Aceste mecanisme funcţionează independent de conştiinţa copilului şi caracterul motivaţiei lui de a juca, ele încep să funcţioneze imediat ce copilul începe a juca sistematic.

La baza mecanismului **„fuga de realitate**” se află necesitatea copilului de a se îndepărta de griji şi problemele cotidiene. Autorii au folosit termenul „fuga de realitate” în schimbul termenului „fuga de societate” (despre care vorbesc unii autori), datorită faptului că persoana nu doar evită pur şi simplu mediul, comunitatea, dar întreaga realitate obiectivă. Fuga de societate este posibilă prin diverse tipuri d jocuri sau diferite tipuri de activităţi, însă fuga de realitate este doar în cazul când subiectul „trece” în altă realitate virtuală.

Aspectul psihologic al acestui mecanism este bazat pe tendinţa firească a copilului de a scăpa de diferite tipuri de probleme şi neplăceri cotidiene. Jocul de rol la calculator e un refugiu accesibil şi simplu care-ţi oferă posibilitatea de a modela o altă viaţă sau nişte situaţii luate din viaţa reală, îţi oferă posibilitatea de a trăi într-o altă lume (virtuală) unde nu există probleme.

Jocurile de rol sunt o metodă simplă şi accesibilă pentru a modela o lume nouă sau situaţii de viaţă în care subiectul nu a mai fost şi chiar nu va mai fi în realitate. Aceasta este o metodă simplă de a trăi în altă viaţă unde nu ai probleme, etc.

Preluarea rolului.

La baza acestui mecanism stă necesitatea de a juca şi tendinţa de a prelua rolul personajului virtual care-i permite copilului satisfacerea necesităţilor, care sînt imposibile în viaţa reală din anumite motive. Jocurile de calculator de rol sunt ca o parte din activitatea de cunoaşterea a omului, mai cu seamă în copilărie. Toţi copiii se joacă, conştient preiau rolurile adulţilor, astfel satisfăcînd necesitatea inconştientă de cunoaştere a lumii înconjurătoare. Odată cu vîrsta, locul jocurilor de rol este preluat de jocurile intelectuale, iar persoana rar are posibilitatea de a prelua rolul altei persoane, deşi această necesitate este păstrată

Însăşi mecanismul de formare a dependenţei se bazează pe trebuinţa preluării rolului. După ce subiectul a avut posibilitate să se expună jocurilor video, el înţelege că eroul şi lumea virtuală a jocului permite acestuia să realizeze acele necesităţi care nu sunt satisfăcute în viaţa reală. Cu cît mai mult joacă subiectul, cu atît mai mult el vede deosebirea dintre eul real şi cel virtual. Jocul devine o cale de compensare a dificultăţilor cotidiene, iar personalitatea începe să se realizeze în cadrul jocului şi nu în cadrul realităţii obiective.

9.6. Consecințele

Chiar dacă staţi uneori mai mult timp în faţa calculatorului nu înseamnă că sunteţi dependenţi. Lucrul la calculator are şi efecte pozitive. Michael Real, Raluca Ene menționează avantajele educaționale ale unor jocuri:

- dezvoltarea capacităţii de gândire,

- dezvoltarea imaginaţiei,
- achiziţionarea unor strategii de lucru,
- dezvoltarea proceselor de decizie,
- dezvoltarea unor reflexe rapide (a coordonărilor spaţiale sau a celei mână-ochi),
- generalizarea şi aplicarea strategiilor la alte jocuri sau situaţii,
- înţelegerea sintetică a situaţiei şi strategiilor la alte jocuri,
- decodificarea graficii dinamice,
- exersarea învăţării de tip „încercare şi eroare" etc.

Dar deoarece lucrurile în sine nu pot fi foarte bune sau doar rele, chiar dacă sunt efectele aceste pozitive, există şi partea opusă: efecte negative. Majoritatea autorilor susţin că frecventarea acestor lumi virtuale ar avea un impact real asupra comportamentului şi ar favoriza la anumiţi subiecţi emergenţa comportamentelor patologice cum ar fi adicţia sau comportamentele deviante (cea mai periculoasă fiind violenţa). Jocurile video şi Internetul pun în discuţie problema confuziei între ceea ce este real şi ceea ce este virtual (în anumite cazuri una întreținând pe cealaltă), între ceea ce este moral şi ceea ce este imoral, între ceea ce este valoare şi ceea ce este nonvaloare etc. Printre efectele negative ale utilizării excesive a gadget-urilor constatăm următoarele:

- ✓ influențează formarea personalității în perioada socializării active (jucând-se la calc. Se simte liber, relaxat, dar aceasta îi acutizează şi mai mult deficitul de relaţionare; în joc nimeni nu-i ripostează, dar în viaţa reală trebuie să ia atitudini..).
- ✓ lumea virtuală le modifică percepţia de sine, contribuie la formarea unei identităţi confuze (se simte erou, autotputernic, dar în realitate e slab şi neputincios) după Erixon la vârsta preadolescentă se face alegerea între simţul datoriei, tendinţa spre realizări şi complexul inferiorităţii, iar la v. Adolescentă – între identitatea clară şi cea confuză.
- ✓ influențează asimilarea rolurilor sociale (deoarece multe necesităţi îi sunt satisfăcute în joc, aceasta îi reduce timpul de relaţionare.).
- ✓ crearea unei lumi interioare, a personajelor imaginare(uneori transpun în practică acele comportamente agresive, violente din joc).
- ✓ stimulează anxietatea şi inadaptarea socială.
- ✓ izolarea sociala, sedentarismul, care pot duce la tulburări psihice (depresii, angoase, agresivitate, tulburări de atenţie din cauza suprasolicitării sistemului nervos etc.).
- ✓ stimulează doar câteva zone din creier, care corespund văzului şi auzului, ceea ce va duce la subdezvoltarea unor funcţii ale creierului, mai ales cele care ţin de simţul tactil, olfactiv, gustativ, de senzaţiile termice.

- ✓ obosesc foarte mult sistemul nervos - jocurile electronice şi internetul au devenit atât de atractive şi fascinante, încât copiii ajung să stea ore sau zeci de ore în faţa ecranelor. Pare o simplă distracţie pentru ei, dar solicitarea este enormă.
- ✓ „ucid" zonele care răspund de creativitate la nivelul creierului - copiii care se joacă mereu pe dispozitive electronice se obişnuiesc doar să fie mereu receptivi la stimulii calculatoarelor, devenind nefiresc de docili şi lipsiţi de iniţiativă din anumite puncte de vedere. Or, în mod normal, copiii îşi creează propriile jocuri, trăiesc în grup, socializează, au fanteziile lor, poveştile lor, care stimulează funcţia imaginativă şi creativă.
- ✓ creează o hiperexcitabilitate a sistemului nervos - un copil care are un acces foarte larg la jocurile electronice se obişnuieşte, de-a lungul sutelor de ore de joacă, cu timpul de răspuns al calculatorului. Or, computerele răspund în zecimi de secundă la o comandă, imprimând minţii copiilor o viteză incredibilă. Problemele intervin atunci când copiii interacţionează cu oamenii și nu cu calculatoarele. S-a demonstrat că, dacă ei pun o întrebare unui adult şi nu primesc răspunsul într-o secundă, deja atenţia lor s-a deplasat de la acea întrebare.
- ✓ inhibă zonele din creier care ţin de emoţie - de fapt, aceasta este cea mai bizară şi totodată gravă acţiune pe care suprautilizarea gadgeturilor o are. Copiii dependenţi de jocuri sofisticate nu mai pot simţi decât emoţii primare, în timp ce cei împătimiți de reţelele de socializare trăiesc numai surogate de emoţii (scăderea empatiei, reținerea maturizării emoționale). Electroencefalogramele arată că, pur și simplu, copiii devin treptat insensibili sau cu o sensibilitate simulată la dragostea semenilor lor, la suferinţa sau la bucuria umană.

9.7. Intervenția psihologică în dependența de gadget-uri

Dependența de gadget-uri include în sine în mare parte utilizarea excesivă a internetului și a tuturor activităților pe care acesta îl oferă: jocuri, rețele de socializare, cumpărături online etc. Dependența de internet presupune utilizarea excesivă și prelungită a internetului, caracterizată prin pierderea controlului asupra jocului, nevoia de a crește numărul de ore de joc pentru a resimți aceeași satisfacție (dezvoltarea toleranței), agitație și iritabilitate atunci când le este restricționat accesul (simptome de sevraj) și afectarea ariilor de funcționare (socială, școlară, profesională). În prezent DSM-5 identifică doar dependența de jocuri la calculator ca având însemnătate clinică, fără a include în această categorie utilizarea excesivă a internetului în alte scopuri, cum ar fi rețelele de socializare sau pornografia, cu toate că implicațiile acestora din urmă și amploarea alarmantă pe care au luat-o în ultimii ani, mai ales în rândul adolescenților, au beneficiat de tot mai multă atenție din partea specialiștilor. De asemenea, DSM-5

face distincție între dependența de jocuri de internet și jocuri de noroc, care implică o importantă componentă financiară.

Deși prevalența dependenței de internet este alarmantă în general, indiferent de categoria de vârstă, utilizarea tehnologiei este mai ridicată în rândul adolescenților datorită accesului lor la aceasta. Pentru a ajuta eficient intervențiile este necesar să cunoaștem și să putem identifica acei factori care predispun adolescenții la dezvoltarea unor comportamente disfuncționale în raport cu tehnologia. Studiile arată că dependența de internet este mai frecventă în rândul adolescenților impulsivi, ostili sau dezagreabili, deschiși spre experiențe, cu un nivel scăzut de conștiinciozitate, al celor care resimt preponderent afecte negative și care nu au încredere în propriile competențe academice.

Numeroase studii au constatat influența negativă pe care devic-urile le pot avea asupra copiilor și adolescenților. În acest context, au fost studiate tehnicile de mediere pe care părinții le adoptă pentru a scădea impactul negativ al acestora sau a preveni o influență negativă. Nathanson constată că în literatura de specialitate persistă descrierea a trei tipuri de tehnici de mediere, utilizate de către părinți, în funcție de vârsta copiilor și de informațiile difuzate în media și de implicare a părinților:

1. *Medierea factuală* se realizează atunci când părintele oferă explicații asupra modului în care este produs și prezentat conținutul media. Singer și Zuckerman menționează că atunci când copiii beneficiază de acest tip de mediere, aceștia dovedesc o mai bună cunoaștere a materialului media și o dezvoltare a competențelor de analiză critică a conținutului. În pofida faptului că acest tip de mediere are o influență pozitivă asupra capacității copilului de a înțelege conținutul, acest tip nu este eficient în combaterea stereotipurilor sau diminuarea agresivității.
2. *Tehnicile de mediere evaluative* se referă la discuțiile dintre părinți și copii cu privire la conținutul media, explicațiile pentru interpretarea sensului sau a semnificațiilor acestuia, emiterea unor judecăți de valoare, explicații pentru realizarea dintre real și imaginar. Aceste tehnici presupun atât vizionarea împreună, cât și interpretarea conținutului media de către copil în urma discuțiilor cu părinții. Interpretarea conținutului vizualizat scade influența negativă a conținuturilor media asupra comportamentului copiilor și la formarea unei percepții corecte a realității, îl învață să facă distincție între lumea reală și cea virtuală.
3. *Tehnicile de mediere restrictive* fac referire la implementarea regulilor și la constrângerile privind utilizarea tehnologiilor digitale și a accesului la internet Acest tip de mediere presupune stabilirea regulilor sau a limitelor de către părinți în utilizarea gadget-urilor de către copii. Aceasta poate avea 2 forme: fixarea

regulilor pentru timpul acordat și pentru conținutul urmărit. Timpul și conținutul permis copiilor pentru a fi accesat pot fi folosite ca stimulări, recompense sau ca pedepse

Studiile susțin și importanța factorilor familiali, astfel că atmosfera conflictuală în familie, lipsa afecțiunii din partea familiei, stilul parental punitiv, nereceptiv, lipsa monitorizării de către părinți sau absența lor vulnerabilizează adolescenții și dependența de internet. Alți potențiali factori de risc includ lipsa suportului social, lipsa de inițiativă în relații sociale, hiperactivitatea, dificultăți de concentrare sau tulburări emoționale, cum ar fi singurătatea, dispoziția depresivă sau anxietatea socială. Timpul excesiv petrecut la calculator dă naștere unui cerc vicios, amplificând sau menținând tocmai acele dificultăți care au creat vulnerabilitatea inițială spre dependență. Adolescenții de sex masculin sunt mai predispuși la dependența de internet, posibil pentru că aceștia utilizează internetul pentru activități cu potențial mai mare de a crea dependență (jocuri online, pornografie), dar și pentru că trăsăturile de personalitate predispozante (impulsivitatea, căutarea de senzații) tind să fie mai pregnante în rândul lor. Relațiile între factorii menționați și dependența de internet sunt în mare parte bidirecționale, ei fiind nu doar factori care predispun adolescenții la dezvoltarea comportamentelor adictive, ci și consecințe ale acestor comportamente.

Există o legătură între stilurile educaționale adoptate de către părinți și tipul de mediere. Astfel, Eastin și colaboratorii săi au stabilit că părinții autoritari utilizează tehnici de mediere evaluative în mai mare măsură decât părinții autocrați sau cei dezinteresați. Totodată, tehnicile de mediere adoptate de către părinți sunt influențate și de nivelul socioeconomic și cultural al familiei, de statutul marital al părinților și de vârsta sau genul copiilor. În familia nucleară este mai frecvent întâlnită medierea activă, iar în familia monoparentală, când copilul este crescut de mamă, există mai puține reguli legate de timpul petrecut în fața televizorului sau în internet. Astfel, tehnicile de mediere active sunt utilizate preponderent în relațiile cu adolescenții, iar tehnicile de mediere restrictive, ce presupun limite de conținut și timp, sunt utilizate mai frecvent de către părinți pentru băieții adolescenți.

Evident că controlul parental presupune restricții în legătură cu utilizarea tehnologiei și de reguli clare despre ce conținut este acceptabil sau nu. Acesta poate fi un control parental în grad ridicat de supraveghere personal, sau control prin diverse filtre, pentru a urmări utilizarea internetului, cu impunerea unor restricții și reguli clare în ceea ce privește limita folosirii tehnologiei. Totuși cel mai potrivit stil parental, este cel, care reușește să îmbine armonios atât afecțiunea părintească cât și controlul parental. Putem obține acest lucru doar prin comunicarea neîntreruptă și asertivă în familie.

Utilizare tehnologiilor informaționale în exces de către adolescent nu afectează atât de mult timpul petrecut în familie, cât mai ales calitatea relației părinte-adolescent. Golde menționează trei aspecte importante pe care părintele ar trebui să le ia în calcul în crearea unui climat familial suportiv pentru copiii săi, dar mai ales pentru ca tehnologia digitală să nu influențeze negativ relațiile din interiorul familiei:

1. Conștientizați-vă stilul parental și cultura familială.
2. Înțelegeți lumea digitală și nevoia de a o utiliza a generației Z.
3. Elaborați un plan familial pentru tehnologie și stabiliți reguli pentru utilizarea media ca să vă asigurați că tehnologia are un impact pozitiv asupra dezvoltării copilului.

Generația Z are caracteristici unice pentru a crește în era digitală, era în care informațiile sunt partajate și transmise în timp real de la un utilizator la altul sau la un întreg grup de utilizatori. În pofida faptului că perioada adolescenței aduce modificări semnificative în relația părinte-adolescent, fiind o perioadă marcată de dispute sau conflicte frecvente și tumultoase, s-a constatat că aceste conflicte sunt generate și de deciziile părinților de a limita accesul la tehnologiile digitale. Deși nivelul de control și implicare parentală descresc pe măsură ce copilul înaintează în vârstă, adoptarea tehnicilor de mediere în utilizarea tehnologiilor digitale și a internetului este necesară, indiferent de vârsta copiilor

Adicția de internet diferă substanțial de alte adicții prin faptul că intervențiile nu au ca obiectiv întreruperea definitivă a consumului, ci încadrarea lui în limitele funcționale, atât în ceea ce privește cantitatea de timp petrecută în fața calculatorului, cât și scopurile în care este utilizat. Cu referire la intervențiile de care dispunem, este important de menționat faptul că ele se află încă în fază incipientă, majoritatea reprezentând versiuni adaptate ale terapiei cognitiv-comportamentale individuale sau de grup. Intervențiile cognitiv-comportamentale au două componente:

1. **cognitivă** – care își propune să modifice acele gânduri la acre recurge adolescentul pentru a justifica utilizarea excesivă a internetului și pentru a-l determina să conștientizezi și să accepte existența tulburării;
2. **comportamentală** – care presupune modificarea comportamentului în două direcții majore: reducerea activităților virtuale și înlocuirea lor cu alte pozitive/benefice/productive.

La nivel cognitiv elevii pot fi copleșiți de gânduri negative cu privire la propria capacitate de a reduce timpul petrecut pe internet și au tendința de a exagera avantajele utilizării internetului. Pentru a ajuta elevii să rămână concentrați asupra obiectivului de reducere a comportamentelor adictive în raport cu tehnologia consilierul poate recurge la strategii de motivare precum realizarea de fiecare elev, în sesiuni individuale sau de grup, a unei liste care să conțină consecințele negative majore asupra funcționării

proprii și avantajele renunțării la anumite activități virtuale, cum ar fi posibilitatea de a-și face mai mulți prieteni în viața reală sau obținerea unor rezultate școlare mai bune. Aceste liste pot fi păstrate și consultate de adolescent ori de câte ori se simt tentați să revină la anumite obiceiuri relaționate cu lumea internetului sau demotivați în ceea ce privește abilitatea lor de a face față tentației. De asemenea, ei pot fi încurajați să memorizeze acele momente în care au considerat că au avut succes în viața reală, fie că vorbim despre interacțiuni sociale, performanțe școlare sau extracurriculare, pentru a le modela convingerile negative frecvente în rândul celor dependenți de internet cu privire la măsura în care nevoile lor sunt îndeplinite în viața reală.

În ceea ce privește *modificarea comportamentului*, în mediul școlar se poate interveni în special pentru înlocuirea activităților virtuale disfuncționale cu unele educative. Obiectivul principal al intervențiilor este promovarea unei utilizări sănătoase, benefice și moderate. Consilierii școlari se pot consulta cu profesorii pentru a-i instrui cu privire la metodele de care dispun. Îndrumarea elevilor spre activități educaționale care presupun utilizarea internetului, activități care pot reduce din timpul activităților mai puțin benefice.

Tehnologia a devenit o parte componentă și importantă a copiilor noștri. Și aceste devic-uri trebuie să fie folosite eficient pentru studiu, pentru dezvoltare personală, pentru comunicare ți relaxare, dar trebuie utilizate în siguranță, nu în dauna activităților ți comunicării reale. Este important ca părinții să conștientizeze prezența și necesitatea acestora în viața copiilor, dar și impactul negativ pe care-l pot avea atunci când sunt utilizate necontrolat și fără limită de timp. Este evident că tehnologia digitală aduce multe beneficii copiilor și adolescenților atunci când este folosită în siguranță, cu limite de timp. Pentru a utiliza tehnologia cu moderație este necesar ca părinții /familia să ocupe o poziție activă, să asigure un control parental în selectarea jocurilor video, alegerea programelor televizate adecvate vârstei copilului, nivelului său de dezvoltare, implicarea copiilor în treburile casnice, activități comune cu membrii familiei etc.

Utilizarea internetului de către copii și adolescenți a devenit o parte componentă relevantă a vieții de zi cu zi. Cercetările semnalează existența unor devieri cognitive, emoționale și comportamentale în caz de utilizare în exces a gadget-urilor. Tocmai din acest motiv misiunea părinților și a altor actori sociali care participă la educația generației în creștere este de ai ajuta să navigheze pe internet în mod sănătos și adecvat vârstei lor. Este important ca părinții sau adulții din viața copiilor să stabilească limite și reguli clare în ceea ce privește timpul în fața ecranelor și în internet, să înțeleagă ce fac copiii lor online, pentru a se simți încrezători că aceștia accesează conținuturi media bune. Folosirea gadget-urilor pentru a socializa cu prietenii, a pregăti teme, a se relaxa ascultând muzică, a explora universul, nu ar trebui să fie o problemă, atât timp cât totul se petrece cu moderației și cât timp de accesează un conținut informațional adecvat

vârstei. Internetul poate avea multe funcții educative. Adolescenții ar putea fi încurajați să citească lucruri noi despre ceea ce îi pasionează, să folosească internetul drept resursă pentru diverse teme și proiecte la școală sau să acceseze jocuri care să le dezvolte flexibilitatea, gândirea critică, creativitatea și capacitatea de gândire strategică. Dar, în general, activitatea online a copiilor și adolescenților trebuie monitorizată. Este esențial ca părinții să cunoască ce sait-uri accesează copiii în mod regulat, să urmărească cât timp stau zilnic online și să observe ce activități desfășoară. Părinții trebuie să se învețe să aibă o atitudine deschisă și flexibilă pentru a înțelege motivele pentru care copiii și adolescenții își doresc tot mai mult timp pe internet. Dar, cred că aspectul cu un puternic impact educativ este puterea exemplului. Toți membrii familiei ar trebui să aibă un program adecvat și echilibrat de utilizare a dispozitivelor digitale și a internetului, să păstreze un echilibru în ceea ce privește utilizarea tehnologiilor digitale.

9.8. Consilierea școlară de grup

Sesiunile de grup pot fi organizate cu scopul de a identifica adolescenții dependenți de tehnologie sau care prezintă factori de risc ce pot duce la dezvoltarea dependenței. Sesiunile de consiliere reprezintă activități structurate, fiind stabilite în prealabil durata, obiectivele, activitățile de predare/informare, alte tipuri de activități, distribuirea pe teme, autodezvăluirea și feedbackul din partea elevilor cu privire la utilizarea sesiunilor. Consilierul școlar poate diferite instrumente pentru evaluarea funcționării psihice a elevilor, care vor facilita identificarea nu doar a unor potențiale simptome de adicție, ci și a unor tulburări comorbide (anxietate, depresie) și a altor factori de risc care pot contribui la acestea (dificultăți de relaționare). În lipsa unor instrumente de evaluare consilierul poate adresa întrebări referitoare la site-urile sau activitățile virtuale preferate, timpul dedicat acestor activități săptămânal și caracteristicile care îi atrag cel mai mult la acestea, pentru a putea face inferențe despre motivele pentru care le utilizează excesiv și nevoile pe care și le satisfac. Informațiile obținute în urma consilierii de grup pot completa tabloul de indicatori ce sugerează prezența unei adicții. Dacă în urma evaluării există motive de îngrijorare cu privire la anumiți elevi, consilierii pot discuta individual cu aceștia pentru a-și face o imagine mai clară asupra gravității simptomelor. În probleme de adicție adolescenții vor fi adesea necooperanți. Astfel, dacă informațiile obținute sunt insuficiente sau trezesc suspiciuni, consilierul poate lua legătura cu familia pentru a afla informații privind numărul de ore petrecute în fața calculatorului casă, măsura în care activitatea pe internet a elevului este monitorizată și natura activității acestuia în mediul virtual. Acestea vor fi completate de date obiective, cum ar fi rezultatele școlare sau numărul de absențe ale elevului, de informațiile de la cadrele didactice despre comportamentul

și performanța lui în timpul orelor (de exemplu, oboseala excesivă sau incapacitatea de concentrare tipice în cazul adicției de internet).

De asemenea, consilierea școlară de grup poate lua forma sesiunilor de informare, în care elevii sunt instruiți cu privire la dependența de internet, riscurile pe care le atrage după sine utilizarea în exces a calculatorului și, mai ales, a anumitor activități virtuale. Elevii ar trebui să beneficieze de informații referitoare la pericolele spațiului virtual, precum hărțuirea, comunicarea cu persoane necunoscute, sexualitatea, reclamele și standardele nerealiste de frumusețe. Întrucât consilierea școlară presupune și interacțiunea cu părinții, aceștia pot beneficia la rândul lor de sesiuni de informare, în care, pe lângă cele menționate anterior, vor beneficia de informații privind acțiunile specifice pe care ar putea să le întreprindă pentru a diminua riscurile dezvoltării adicției (monitorizarea activității online, implicarea adolescenților în alte activități, restricționarea accesului la anumite site-uri etc.).

Sesiunile de consiliere școlară de grup au și o componentă comportamentală importantă. Adolescenții care utilizează compulsiv internetul se simt adesea izolați în viața reală, consideră că nu se pot integra sau că nu sunt înțeleși ori apreciați de ceilalți și nu reușesc să comunice eficient sau să preia inițiativa în interacțiunile sociale. Astfel, ei recurg la jocurile virtuale care la asigură o poziție de putere, de control, în care ajung să aibă succes, protejându-și imaginea de sine sau construiesc relații virtuale cu persoane pe care nu le cunosc, dar de care se simt valorizați și înțeleși. Consilierul școlar va organiza sesiuni de grup în cadrul cărora pot fi implementate exerciții și activități pentru antrenarea abilităților sociale, a abilităților de comunicare, discutarea deschisă de către elevi a dificultăților cu care se confruntă, oportunitatea de a primi atenția, recunoașterea sau înțelegerea celorlalți într-un cadru securizant. Aceste sesiuni pot oferi elevilor un mijloc de a-și cunoaște mai bine colegii și de a identifica printre aceștia persoane similare lor. Membrii grupului pot învăța strategii de automotivare, își pot oferi feedback reciproc și se pot implica împreună în activități alternative, pentru a le înlocui parțial pe cele din mediul virtual. Strategiile specifice psihologiei pozitive, precum formularea unei scrisori de recunoștință sau de iertare, se pot dovedi, de asemenea, utile pentru gestionarea potențialelor probleme relaționale care întrețin de obicei comportamente adictive în raport cu tehnologia.

Consilierii școlari pot utiliza și interviul motivațional prin care elevii sunt îndrumați să identifice și să accepte ambivalența sau conflictul interior firesc între avantajele și dezavantajele atât ale stagnării (păstrarea statutului actual, care presupune consumul compulsiv de tehnologie), cât și al demarării schimbării. În cadrul acestei tehnici adolescenții vor fi instruiți cu privire la faptul că responsabilitatea schimbării le aparține în totalitate și că orice fel de intervenție este inutilă cât timp ei nu au luat decizia de a se schimba. De asemenea, aceștia își pot numi dorințele, nevoile, planurile

de viitor, urmate de o analiză critică asupra modului și măsurii în care dependența de internet interferează cu satisfacerea sau realizarea acestora.

Totuși intervenția consilierului școlar nu poate înlocui intervenția psihoterapeutică sau pe cea psihofarmacologică.



Sarcini și activități de învățare:

1. Ce include dependența de gadgeturi?
2. Care sunt simptomele dependenței de gadgeturi? Amintiţi-vă de vreo persoană din cercul cunoscuţilor care consideraţi că este dependentă de calculator. Care sunt acele manifestări fizice, comportamentale, psihice, care vă determină să credeţi că nu e un simplu interes, ci dependenţă?
3. Numiţi tipurile de jocuri la calculator
4. Care tipuri de jocuri duc la instalarea rapidă a dependenţei?
5. Numiţi etapele dependenţei de jocuri
6. Tratamentul dependenţei de jocuri presupune:
7. Dezvoltați măsurile de prevenire a dependenței de gadget-uri la copii.
8. Argumentați rolul intervențiilor de grup în prevenire/combaterea utilizării excesive a gadget-urilor.
9. Propuneți un șir de acţiuni interesante, care ar distrage atenţia copilului de la gadget, ținând cont de particularităţile de vârstă.

10. DEPENDENȚA DE JOCURILE DE NOROC

Finalități de studiu:

1. Să cunoască și să identifice simptomele dependenței de jocurile de noroc.
2. Să identifice factorii de risc în apariția dependenței de jocurile de noroc.
3. Să determine riscurile dependenței de jocurile de noroc.
4. Să distingă măsurile de prevenire/combatere a dependenței de jocurile de noroc.

10.1. Considerații generale

Forma patologică a jocului de şansă nu reprezintă un fenomen izolat, ci o problemă de înaltă complexitate, care afectează profund atât jucătorii de şansă, cât şi familiile lor şi societatea în ansamblul ei. Începând cu anul 1970, practicarea jocurilor de şansă a luat o mare amploare, fiind considerată drept o formă plăcută de petrecere a timpului liber şi de socializare, acceptată de către comunitate (Rizeanu). Avem de-a face cu o creştere progresivă a categoriilor de persoane care practică activitatea de jocuri de noroc, iar gradul de acoperire cel mai ridicat se înregistrează la tinerii adolescenţi, care petrec din ce în ce mai mult timp în sălile de jocuri sau în compania jocurilor video.

Jocurile de noroc şi pariurile în societatea contemporană reprezintă o formă de divertisment acceptată social, iar forma patologică a jocului de şansă este conceptualizată drept o preocupare crescută faţă de joc, însoţită de pierderea controlului asupra jocului, de sentimente de vinovăţie şi izolare atunci când se încearcă stoparea jocului şi de dificultăţi în relaţionarea socială.

Pentru cea mai mare parte a populaţiei, jocurile de noroc constituie o modalitate de **recreere** sau petrecere a timpului liber şi o tentativă, reuşită sau nu, de a câştiga sume mari de bani. Atunci când o persoană joacă tot mai mult timp şi alocă tot mai mulţi bani jocurilor de noroc în detrimentul celorlalte activităţi zilnice, se poate considera că apare şi se dezvoltă un comportament excesiv, compulsiv, care riscă să se transforme în dependenţă. Acest comportament poate duce la destrămarea familiilor, pierderea slujbei, pierderi financiare substanţiale.

Derevensky şi Gupta conceptualizează dependenţa de jocuri de noroc drept o preocupare crescută faţă de joc, însoţită de pierderea controlului asupra jocului, de sentimente de vinovăţie şi izolare, atunci când se încearcă încetarea participării la jocul de noroc şi dificultăţi în relaţionarea socială.

S. Rizeanu consideră că jocurile de noroc reprezintă în esenţă „o activitate plăcută, o formă de petrecere a timpului liber şi de socializare în care au fost implicaţi majoritatea oamenilor într-o anumită perioadă a vieţii lor; a juca cărţi pe bani împreună

cu membrii familiei şi prietenii, a juca bingo sau a cumpăra bilete loto, reprezintă un comportament obişnuit în rândul membrilor societăţii contemporane“

Jucătorul care prezintă forma patologică a jocului de şansă nu mai resimte nici o bucurie a jocului, ci urmăreşte doar sa-şi recupereze pierderea de bani anterioară, ceea ce îl determină să fie mai tot timpul depresiv, anxios, absent când îşi petrece timpul în mijlocul familiei, foarte iritabil atunci când este în imposibilitatea de a juca şi această incapacitate de a mai simţi bucuria vieţii ajunge să fie deja o regulă în modul lui de viaţă .

Urmărirea recuperării pierderilor devine ţelul suprem al vieţii unui dependent de jocuri de noroc – iniţial acesta urmăreşte câştigul şi are parte de o experienţă emoţională deosebită de plăcere atunci când câştigă, dar se reîntoarce cu banii câştigaţi să joace din nou şi inevitabil, el va pierde tot.

Dependenţa de jocuri de noroc este dificil de diagnosticat, deoarece aceasta nu prezintă semne vizibile pentru cei din jur şi persoanele ce prezintă acest comportament nu solicită ajutor profesional decât în ultima fază de dependenţă. Membrii familiei jucătorului sunt aceia care descoperă de obicei dependenţa; puţin informaţi cu privire la acest aspect, ei tind fie să nu observe semnele acesteia, fie să se îndoiască de faptul că cel iubit este într-adevăr dependent. Datorită dependenţei, jucătorii ajung frecvent în imposibilitatea de a-şi achita datoriile curente ale familiei, iar la descoperirea adevăratei dimensiuni a pierderilor financiare, partenerul persoanei dependente poate avea sentimente de vinovăţie, neajutorare, disperare, furie, neîncredere şi pierderea oricărei speranţe cu privire la viitorul familiei.

10.2. Factorii de risc în apariția dependenței de jocurile de noroc

Având în vedere că o mare parte dintre noi am experimentat la un moment dat activitatea de jocuri de noroc, însă proporţia celor care au ajuns dependenţi este foarte mică, specialiştii în domeniul sănătăţii mentale au stabilit că principalii factori de risc în apariţia dependenţei de jocuri de noroc sunt următorii (Blaszczynski, 2010):

a) venitul persoanei reprezintă un factor important în sensul că cei cu un venit scăzut sau fără un loc de muncă stabil sunt mai vulnerabili să atingă stadiul de dependenţă. Această categorie de persoane va fi mai afectată de cheltuirea unor sume mari de bani şi, din acest motiv, va insista mai mult să îşi recupereze pierderile suferite;
b) vârsta, sexul şi categoria de jocuri de noroc la care joacă reprezintă, de asemenea, un factor de risc pentru apariţia dependenţei; bărbaţii tineri între 16-30 ani prezintă un risc mai mare de a ajunge dependenţi, ca şi cei care joacă la aparatele electronice cu câştiguri şi la cursele de cai;

c) impulsivitatea jucătorului este un factor cu risc ridicat de a contribui la apariţia dependenţei: persoanele impulsive încep să joace încă de la vârste fragede, cheltuiesc sume ridicate de bani pe pariuri şi întâmpină dificultăţi mai mari decât ceilalţi jucători în încercarea de a controla jocul.

Raylu şi Oei (2010) consideră că persoanele care se implică iniţial în activitatea de jocuri de şansă au ca principale motivaţii: dorinţa de a demonstra celorlalţi că sunt persoane demne de respect, dorinţa de a obţine aprobarea şi acceptarea celor din jur şi nevoia de a-şi reduce plictiseala sau a ameliora unele stări emoţionale negative.

Autorii menţionaţi au afirmat că există trei categorii de factori ce pot contribui la apariţia şi dezvoltarea jocului de şansă patologic: factorii familiali, factorii individuali şi cei sociologici.

1. Factorii familiali.Studiile de specialitate în domeniu au demonstrat că atât modelele parentale de comportament, cât şi factorii genetici reprezintă pentru orice jucător un risc de dezvoltare a unui comportament de joc de şansă patologic. Astfel, jucătorii cu forma patologică a jocului de şansă au raportat într-o măsură mai mare decât cei fără probleme de acest fel faptul că un membru al familiei lor este jucător, de cele mai multe ori fiind vorba de tată. Eisen şi colaboratorii săi (2001) au afirmat că factorii genetici pot explica variaţiile în ceea ce priveşte riscul apariţiei acestei tulburări psihice într-un procent de 40 - 54%.

2. Factorii individuali care sunt implicaţi în apariţia şi menţinerea formei patologice a jocului de şansă includ personalitatea jucătorului, cogniţiile acestuia, stările emoţionale negative şi factorii biologici.

- Dintre trăsăturile de personalitate existente în categoria persoanelor cu forma patologică a jocului de şansă, cele mai studiate au fost impulsivitatea şi căutarea de senzaţii. Un nivel ridicat al impulsivităţii reprezintă un bun predictor al apariţiei formei patologice a jocului de şansă şi un factor important care determină renunţarea jucătorilor la tratament. Conform unor studii recente, căutarea de senzaţii noi reprezintă un factor cu potenţial de risc doar pentru anumite categorii de jucători, cum ar fi persoanele tinere şi cele care preferă anumite categorii de jocuri de casino, ce oferă un grad ridicat de divertisment. Tot în această categorie se includ şi trăsăturile de personalitate comorbide şi, în acest sens, Blaszczynsky şi Steel (1998) au efectuat un studiu în urma căruia au constatat că 93% dintre persoanele aflate în tratament pentru forma patologică a jocului de şansă îndeplinesc condiţiile pentru diagnosticarea cel puţin a unei forme de tulburare de personalitate, în special din clusterul B.
- Cogniţiile iraţionale ale jucătorului legate de comportamentul de joc de şansă joacă un rol important în apariţia şi menţinerea acestei patologii şi acestea se referă în mod special la capacitatea de a influenţa sau predicţiona câştigul

(Rizeanu, 2012). Iluzia controlului se manifestă mai pregnant în rândul jucătorilor la aparatele electronice cu câştiguri, unde rezultatul jocului apare la intervale foarte scurte de timp şi le oferă posibilitatea unor gratificaţii imediate.

- Stările emoţionale negative, cum ar fi depresia, anxietatea sau stresul ocupă un loc important în apariţia şi menţinerea formei patologice a jocului de şansă, dar încă nu s-a demonstrat cu certitudine dacă aceste stări reprezintă cauza sau consecinţa acestui comportament. S-a constatat o rată a sinuciderilor între 12-24% în rândul jucătorilor de şansă patologici, în mod special a acelora care prezintă un grad ridicat de severitate a problemelor, consumă diferite substanţe şi au grave probleme relaţionale.
- Factorii biologici legaţi de apariţia şi dezvoltarea formei patologice a jocului de şansă se referă la deficitele de lob frontal, disfuncţionalităţi la nivelul neurotransmiţătorilor (anomalii în sistemele serotoninergic, noradrenergic şi dopaminergic) şi modificări în funcţionarea sistemului de recompensă al creierului.

3. Factorii sociologici care sunt legaţi de apariţia formei patologice a jocului de şansă se referă la existenţa unui status socio-economic scăzut al jucătorului, şomajul, un nivel scăzut de educaţie; studiile de specialitate au demonstrat faptul că un procent ridicat de jucători cu forma patologică a jocului de şansă au numeroase probleme în familiile lor de origine, au beneficiat de un nivel scăzut de educaţie şi locuiesc în anumite zone defavorizate. Centrul pentru Adicţii şi Sănătate Mentală din Toronto a enumerat următoarele situaţii în care jucătorii prezintă riscul apariţiei formei patologice a jocului de şansă:

a) Au avut câştiguri mari în timpul jocului în perioada de început a acestei activităţi;
b) Au acces facil la formele preferate de jocuri;
c) Deţin unele credinţe iraţionale în legătură cu şansa de a câştiga şi abilităţile lor deosebite în timpul jocului;
d) Nu-şi monitorizează câştigurile şi pierderile din timpul jocului;
e) Au suferit recent o pierdere sau a experimentat o schimbare importantă în viaţă, cum ar fi: divorţul, pierderea slujbei, pensionarea, pierderea unei persoane dragi;
f) Simt frecvent senzaţia de plictiseală sau singurătate şi au în general un comportament impulsiv;
g) Au în istoricul lor medical antecedente de depresie şi anxietate;
h) Au fost abuzaţi sau traumatizaţi;
i) Unul din părinţi a fost sau este jucător;
j) Au avut sau are probleme cu alcoolul, drogurile sau au tendinţa de a cheltui uşor;
k) Consideră că propria valoare poate fi apreciată în funcţie de câştigurile obţinute la jocul de şansă.

Studiile efectuate în Canada de către Adams, Sullivan, Horton, Menna şi Guilmette (2007) au relevat faptul că proximitatea unui casino creşte probabilitatea apariţiei unui joc de şansă problematic.

În Thailanda, Ariyabuddhiphongs şi Chancarlermporn (2007) au concluzionat faptul că superstiţiile, speranţa şi caracteristicile mediului înconjurător determină persoanele să cumpere cât mai multe bilete loto.

Studiile empirice efectuate de către Dixon, Trigg şi Griffith (2007) au relevat faptul că ritmul muzicii din interiorul sălilor de jocuri şi al casinourilor corelează cu viteza cu care pariază jucătorii, iar Gibson şi Sanbonmatsu (2004) au constatat că persoanele optimiste, care cred cu mai multă uşurinţă în posibilitatea unui câştig substanţial, prezintă riscul de a dezvolta forma patologică a jocului de şansă.

Johansson şi Gotestam (2004) subliniază că la nivel mondial există aproximativ 30 factori de risc de a dezvolta forma patologică a jocului de şansă şi dintre aceştia, numai 9 factori au un rol determinant în apariţia acestei patologii: vârsta jucătorilor; sexul; iluzia controlului asupra jocului; disponibilitatea de a juca; atmosfera plăcută din interiorul sălilor de jocuri (muzica şi luminile); întărirea pozitivă a comportamentului de joc; posibilitateaa de recompensă; consumul de droguri şi delincvenţa.

McMillen şi colaboratorii săi (2004) au afirmat că în Australia, izolarea socială a persoanelor din anumite zone reprezintă un important factor de risc în apariţia jocului de şansă patologic.

În urma efectuării a cinci cercetări privind efectul proximităţii sălilor de jocuri şi a casinourilor asupra participării la joc, s-a constatat existenţa unei asocieri pozitive între aceasta şi apariţia problemelor legate de jocul de şansă.

În România, în urma efectuării unui studiu de analiză a factorilor de risc pentru dependenţa de jocuri de noroc la adolescenţi, pe un lot de 231 elevi (Lupu, 2008) s-au constatat următorii factori de risc pentru acest tip de adicţie:

a) divorţul /separarea părinţilor;
b) boală fizică gravă a unui membru al familiei;
c) decesul unui membru al familiei;
d) întreruperea unei relaţii afective;
e) o boală psihică gravă a unui membru al familiei;
f) prezenţa în antecedente a unui accident grav;
g) abuzul sexual asupra puberilor şi adolescenţilor

10.3. Simptomele dependenței de jocurile de noroc

Atât în dependenţa de droguri şi de alcool, cât şi în jocul de şansă patologic vom regăsi următoarele aspecte comune: dorinţa crescută de a juca (sau a ingera substanţe); negarea severităţii problemei de către dependent; probleme în relaţia cu familia; o înaltă

rată a recăderilor; pierderea controlului; minciuna, pentru a-şi acoperi aceste activităţi; preocuparea crescută pentru aceste activităţi; tulburarea psihologică progresivă; dezvoltarea toleranţei; apelarea la aceste activităţi pentru a scăpa de probleme.

Orice jucător poate considera că este posibil să aibă o problemă de dependenţă, dacă în afara banilor cheltuiţi, această activitate ajunge să-i afecteze întreaga viaţă, în următoarele sensuri (Rizeanu):

- interferează cu munca sa, cu şcoala sau celelalte activităţi;
- îi provoacă stări emoţionale negative sau alte probleme de sănătate;
- îi cauzează importante pierderi financiare;
- îi afectează relaţia cu membrii familiei şi cu ceilalţi.

Cercetările în domeniu au demonstrat existenţa următoarelor manifestări psiho-comportamentale ale persoanelor dependente de jocuri de noroc pe calculator (Rizeanu) [9]:

- petrec foarte mult timp în faţa calculatorului;
- îşi lasă proiectele neterminate;
- îşi mint partenerii şi pe alţi membri ai familiei în legătură cu sumele cheltuite în timpul jocurilor on-line;
- manifestă lipsa de interes pentru orice aspect al vieţii lor care nu are legătură cu jocurile on-line;
- se retrag din mijlocul familiei şi al prietenilor;
- par tot timpul cu gândurile aiurea, anxioşi;
- au dificultăţi de concentrare;
- prezintă numeroase schimbări ale dispoziţiei şi accese bruşte de furie;
- sunt mai tot timpul neliniştiţi sau plictisiţi;
- par trişti, apatici, depresivi;
- se plâng de frecvente probleme cu stomacul;
- prezintă dificultăţi în legătură cu somnul;
- îşi pierd pofta de mâncare;
- înregistrează scăderi în greutate.

Studii recente au relevat faptul că dependenţa de jocuri de noroc are următoarele consecinţe negative asupra jucătorilor: depresia, gândurile suicidare, anxietatea, consumul de alcool şi de droguri, dificultăţi în menţinerea locului de muncă, minciuni şi înşelătorii, scăderea performanţelor cognitive, simptome fizice (Blaszczynski)

Specialiştii în domeniul adicţiilor au afirmat faptul că pentru fiecare persoană dependentă de jocuri de noroc, vor exista consecinţe negative care afectează în medie între 5-10 persoane din anturajul său (Darbyshire, Oster & Carrig).

La nivel mondial, prevalenţa dependenţei de jocuri de noroc în rândul populaţiei este între 0,8% şi 5% la adulţi, procente de prevalenţă mai mari, mergând de la 2,8% la 8%, fiind raportate la adolescenţi şi studenţii de colegiu (Rizeanu).

10.4. Riscurile dependenței de jocurile de noroc

În general, jucătorii dependenţi de jocul de şansă prezintă următoarele fantezii:

1. mă pot opri din joc atunci când vreau;
2. mă voi opri după primul câştig;
3. pot învăţa să joc moderat;
4. problemele mele au apărut numai datorită unei împrejurări;
5. de îndată ce problema mea reală va fi rezolvată, dependenţa de jocuri de noroc va dispărea;
6. dependenţa de jocuri de noroc reprezintă doar o etapă trecătoare a vieţii mele;
7. terapeutul meu va rezolva problema în scurt timp;
8. vindecarea (recuperarea) mea va fi uşoară, fără dureri de cap;
9. odată ce renunţ la joc, toate celelalte probleme ale mele vor dispărea;
10. dacă joc încă o dată sau de două ori, nu se va întâmpla nimic rău.

Studiile efectuate de Derevensky şi Gupta au relevat existenţa următoarelor consecinţe asociate dependenţei de jocurile de noroc:

- jucătorii mint, fură, manipulează;
- prezintă frecvent depresie, anxietate, boli ale stresului;
- tind să se izoleze de ceilalţi şi pot avea probleme legale;
- caracterul lor se deteriorează rapid;
- jocul ajunge să le domine viaţa şi pierderile financiare îi aduc uneori în situaţia de a se gândi la suicid (în jur de 20% dintre dependenţi au avut tentative de suicid).

Toneatto a completat următoarea listă cu gândurile iraţionale legate de forma patologică a jocului de şansă, comune în rândul majorităţii subiecţilor cu acest tip de comportament [14]:

- iluzia controlului asupra jocului;
- capacitatea de a controla jocul;
- biasuri interpretative: memoria selectivă, urmărirea recuperării pierderilor, raţionamente greşite;
- aşteptări nerealiste legate de câştig;
- incapacitatea de a stopa şi controla jocul.

În literatura de specialitate se precizează faptul că principalele consecinţe ale formei patologice a jocului de şansă sunt următoarele (Rizeanu) :

- probleme profesionale: pierderea jobului sau compromiterea carierei din cauza preocupării pentru jocul de şansă, care determină scăderea randamentului la serviciu şi creşterea absenteismului;
- probleme cu familia, prietenii: jucătorul dependent în general ascunde adevărul despre această dependenţă care îl stăpâneşte, abuzează sau îşi neglijează responsabilităţile familiale;
- probleme financiare: se împrumută, vinde bunuri, face datorii pentru a-şi finanţa adicţia;
- probleme legale: înşelătorii, falsuri, furturi;
- boli ale stresului: insomnie, nervozitate, depresie, anxietate, culminând cu tentative de sinucidere atunci când viaţa însăşi devine un joc de şansă.

Repercusiunile psihice ale adicţiei au pus problema structurii de personalitate a individului şi a trăsăturilor premorbide de personalitate. În structura psihică a indivizilor cu comportamente adictive se întâlnesc o serie de constante, dintre care se pot enumera: dependenţa afectivă; angoasa de separaţie; izolarea; anxietatea în relaţie cu ceilalţi; intoleranţa la frustrare; nevoia inepuizabilă de iubire, aprobare şi valorizare; satisfacerea imediată a dorinţelor; lipsa de încredere în sine şi pasivitatea; încăpăţânarea şi iritabilitatea; timiditatea şi hipersensibilitatea; lipsa ambiţiilor şi a competitivităţii.

O sursă de conflict intrapsihic o constituie dezacordul subiectului cu propria lui identitate (biologică, tipologică şi corporală); el poate fi nemulţumit de şansele pe care le-a avut în viaţă, de firea sa, de propriile slăbiciuni, de statutul social, de felul în care este apreciat şi sprijinit de ceilalţi. Toate acestea îi induc o stare de nemulţumire cronică ce se poate traduce prin conflict cu sine, prin creşterea agresivităţii.

Pentru tinerii jucători din România la care a fost identificată o dependenţă de joc, coordonatele sunt următoarele: pe de o parte există tineri introvertiţi ce provin dintr-un mediu familial şi social nefavorabil, în care se confruntă cu diverşi stimuli traumatizanţi, variind de la neglijare pînă la abuz fizic şi sexual, la care dependenţa funcţionează ca mecanism de coping la stresul cronic (Lupu); pe de altă parte, există un pattern specific adolescenţilor de 15-16 ani proveniţi dintr-un mediu familial şi social favorabil, cu un venit mediu spre mare, în care motivul neglijării acestora este cel mai frecvent din cauza programului încărcat al părinţilor. În ambele situaţii în care delimităm fenomenul de dependenţă, este decelată şi încercarea de a depăşi dispoziţia depresivă şi insecuritatea personală. Structurile labile şi vulnerabile găsesc în jocul de şansă patologic o pseudomodalitate de a-şi asigura confortul psihoafectiv; astfel, cu cât apelul la jocuri, ca modalitate de resimţire a plăcerii şi evadare într-o lume iluzorie, este mai frecvent, cu atât desprinderea de realitatea obiectivă este mai puternică şi constantă, iar distorsiunile intrapsihice sunt mai pronunţate.

În ceea ce priveşte profilul psihologic al jucătorului dependent de jocuri de noroc, rezultatele unei cercetări efectuate în Bucureşti în perioada 2010-2012 pe un lot de 119 subiecţi diagnosticaţi cu forma patologică a jocului de şansă cu ajutorul chestionarului SOGS (South Oaks Gambling Screen), cu vârsta medie de 29,86 ani, au relevat faptul că 79,83% dintre aceştia sunt căsătoriţi sau sunt într-o relaţie de uniune consensuală, 62,18% urmează în momentul de faţă sau au finalizat o formă de învăţământ superior şi 70,58% prezintă şi o altă formă de dependenţă pe lângă cea de jocuri de noroc, după cum urmează: 50% consumă alcool în mod abuziv; 41,20% fumează în mod abuziv şi 16,8% consumă ocazional substanţe interzise (Rizeanu). Debutul jocului a avut loc la majoritatea subiecţilor devreme, în adolescenţă, jocurile preferate ale participanţilor la această cercetare sunt aparatele electronice cu câştiguri şi ruleta, iar principala motivaţie de a se implica în joc o reprezintă dorinţa de a câştiga bani. De asemenea, un procent de 76,47% dintre subiecţii dependenţi prezintă o formă de tulburare depresivă, având stări de iritabilitate, lipsă de concentrare, lipsă de interes în angajarea unor activităţi sociale, lipsă de energie şi tulburări ale somnului; 64,7% dintre ei prezintă o formă de tulburare anxioasă şi 44,5% au cel puţin o formă de tulburare de personalitate pe axa II a DSM, preponderent de tip narcisistic.

10.5. Tratamentul dependenței

Tratamentul psihologic care, în principal, încearcă să schimbe convingerile distorsionate ale pacienţilor cu formă patologică a jocului de şansă beneficiază de cel mai important suport empiric; studii recente au demonstrat că atât consilierea, cât şi terapia cognitiv-comportamentală reprezintă modalităţi eficiente de tratare a jocului patologic de şansă (Raylu & Oei). Consilierea şi terapia cognitiv-comportamentală se fundamentează pe principiile teoriei învăţării sociale şi consideră că schimbarea gândurilor şi a comportamentului sunt esenţiale în patologia jocului de şansă.

Pentru ca terapia să aibă efectul scontat, persoana dependentă trebuie să accepte că scopul final al acesteia este renunţarea definitivă la joc, având în vedere modelul biologic al dependenţei, din care reiese că exercitarea unei activităţi plăcute în mod excesiv (în cazul nostru, jocul de noroc) duce la disfuncţionalităţi progresive în sistemul de recompensă al creierului, ceea ce îl împiedică pe dependent să mai poată controla vreodata jocul. El prezintă, din acest motiv, o vulnerabilitate cronică spre recădere în această dependenţă periculoasă.

Raylu şi Oei consideră că principala problemă care se pune în legătură cu tratamentul jocului de şansă patologic este aceea că mai puţin de 10% dintre dependenţii de jocuri de noroc solicită ajutorul psihologic de specialitate (faţă de 50% dintre dependenţii de droguri) şi în această situaţie, nu poate exista succes terapeutic în lipsa începerii unui tratament.

Puţinii jucători dependenţi care ajung la psiholog sunt împinşi sau aproape obligaţi de către membrii familiei lor – părinţi, soţie, frate, atunci când iese la iveală dimensiunea pierderilor financiare suferite, însoţite de multe ori chiar de pierderea locului de muncă.

Deasemenea, persoanele dependente de jocuri de noroc ajung la psiholog într-o fază târzie a dependenţei lor, ceea ce îngreunează procesul psihoterapeutic şi îi prelungeşte durata, ştiut fiind că o tulburare psihologică este cu atât mai greu de tratat cu cât a debutat de mai multă vreme.

Prevenţia primară în cazul dependenţei de jocurile de noroc presupune măsuri de informare în masă a populaţiei privind riscurile asociate şi limitarea accesului copiilor în sălile de jocuri; în acest sens, prevenţia trebuie aplicată cât mai precoce, începând cu vârsta de 10 ani, având în vedere că riscul de a dezvolta dependenţă de joc creşte cu atât mai mult cu cât debutul practicării jocului este mai precoce (Lupu).

Strategiile de *prevenţie secundară* se adresează persoanelor care au început deja să joace şi prezintă riscul de a deveni dependente şi se centrează asupra procedeelor de screening pentru evaluarea jocului de şansă patologic; programele de prevenţie secundară au ca scop învăţarea unor abilităţi de rezolvare de probleme, însuşirea unui comportament pro-social (aptitudini sociale, flexibilitate, comunicare eficientă), asumarea propriei responsabilităţi şi crearea unor perspective optimiste pentru viitor.

Prevenţia terţiară se referă la măsurile întreprinse în timpul tratamentului persoanelor care prezintă acest comportament: intervenţii clinice de sănătate, servicii terapeutice şi de consiliere, servicii financiare şi lucrul cu familiile subiecţilor. Tratamentul presupune intervenţii psihoterapeutice care se adresează atât tulburării jocului de şansă patologic, prin tehnici de restructurare cognitivă, cât şi tulburărilor asociate: depresie, anxietate, abuz de alcool, droguri, tentative de suicid etc.



Sarcini și activități de învățare:

1. Numiți simptomele dependenței de jocurile de noroc. Amintiţi-vă de vreo persoană din cercul cunoscuţilor care consideraţi că este dependentă jocurile de noroc. Care sunt acele manifestări fizice, comportamentale, psihice, care vă determină să credeţi că nu e un simplu interes, ci dependenţă?
2. Identificați factorii de risc în apariția dependenței de jocurile de noroc.
3. Care sunt riscurile dependenței de jocurile de noroc?
4. Dezvoltați măsurile de prevenire/combatere a dependenței de jocuri de noroc

11. DEPENDENŢA DE MUNCĂ

Finalități de studiu:

1. Să cunoască și să identifice criteriile dependenței de muncă.
2. Să identifice stadiul dependenței de muncă.
3. Să determine particularitățile psihologice ale persoanelor dependente de muncă.
4. Să distingă caracteristicile organizației care favorizează instalarea dependenței de muncă.
5. Să dezvolte măsuri de prevenire/combatere a dependenței de muncă la nivel individul și la nivelul organizației.

11.1. Considerații generale

Vorbind despre dependenţă, avem formată o imagine negativă, cu o singură excepţie, cea de muncă, fiind probabil singura dependenţă acceptată de educaţie, religie, societate şi de lumea afacerilor. Cei care muncesc mult sunt priviţi în societate ca persoane mature , responsabile şi chiar patrioţi. Ei nu obţin doar promovări şi recompense (bani şi putere) , dar obţin şi respectul colegilor de muncă şi aprecierea superiorilor. Creşterea productivităţii cu orice scop este principalul obiectiv al oricărei companii.

Dependenţa de muncă nu este în mod necesar cunoscută ca o problemă sau o boală. În lucrarea sa intitulată „Working Ourselves to Death" (1993), Diane Fassel numeşte această stare „cea mai curată dintre toate dependenţele". Munca prelungită, eficienţa şi conștiinciozitatea sunt virtuţi ale lumii moderne, şi dacă munca devine dominantă în viaţa persoanei, acest fapt nu este uşor recunoscut sau admis. Cultura existentă în zilele noastre şi etica muncii, justifică acest focus pe performanţă şi ajută la dezvoltarea dependenţei de muncă. Această formă de dependenţă nu include elemente de ruşine socială de exemplu, spre deosebire de alcoolism sau alte dependenţe.

Avem tendinţa de a privi munca ca un mijloc de dezvoltare psihologică şi împlinire. Deşi mulţi dintre noi muncesc pentru a-şi asigura traiul decent, preferăm să găsim locuri de muncă care ne pot îmbogăţii în alte feluri, mai puţin tangibile. Dacă activitatea pe care o considerăm muncă nu ne oferă recompense psihologice atunci suntem mai dispuşi să ne căutăm împlinirea în altă parte. Mai mult, angajaţii zilelor noastre sunt tot mai mult implicaţi în muncă, tehnologia modernă făcându-i accesibili

24 de ore şefilor lor sau clienţilor şi în multe companii filosofia care conduce este aceea că un angajat bun nu renunţă niciodată.

Din păcate recompensele pozitive satisfac nevoile *self-esteemului* ceea ce îi încurajează pe unii angajaţi să muncească şi mai mult. Aceia a căror singură sursă de *self-esteem* este munca nu vor dezvolta strategii de coping privind dezamăgirile vieţii.

Termenul „workaholic" (dependent de muncă) a fost utilizat pentru prima dată în 1968, în articolul „On Being a 'Workaholic' (A serious Jest)", apărut în Pastoral Psychology, semnat de Wayne Oates, profesor de psihologia religiilor. W. Oates o definește drept „nevoia incontrolabilă de a munci fără încetare". Felicia Crumpei menționează că dependenţii de muncă sunt persoane raţionale, în cazul cărora se produce o ruptură între emoţie şi gândire. Sunt persoane pentru care verbul "a simţi" nu are nici o relevanţă, însă verbul "a face" ocupă întreaga lor existenţă.

Există puţine rezultate bazate pe cercetare asupra acestui subiect, deoarece dependenţa de muncă ca un concept științific e mai degrabă vag şi dificil de definit. Fenomenul a fost înregistrat datorită experienţei practice. Ca rezultat al şomajului de masă, cantitatea de lucru pe angajat a crescut şi este dificil de definit care din simptomele ce pot fi interpretate ca specifice dependenţei de muncă se datorează factorilor externi mediului de lucru şi care datorită caracteristicilor interne ale individului.

Dependenţa de muncă este mai prezentă în rândul angajaţilor cu studii superioare decât în rândul muncitorilor cu un nivel educaţional mai scăzut. Acest lucru este explicat printr-o mai mare responsabilitate şi un nivel al stresului mai ridicat, în acord cu nivelul din ierarhia organizaţiei.

Cu cât serviciul oferă mai multe satisfacţii de altă natură decât cea financiară, cu atât mai repede ajung oamenii dependenți de muncă. În cazul în care munca se împletește cu pasiunile şi hobby-urile este de aşteptat ca timpul liber sau pentru relaxare să fie ocupat tot de muncă.

Cercetările au condus la ideea, că o persoană nu poate munci mai mult de 12 ore pe zi, timp de 6 sau 7 zile pe săptămână, fără a suferi de tulburări fizice şi psihice.

11.2. Definirea conceptului. Cauzele apariției dependenței de muncă

Termenul de „dependență de muncă" a fost prima dată folosit la sfârşitul anilor 1960 şi defineşte o relaţie patologică cu o experienţă ce provoacă modificări ale dispoziţiei interne. Caracterizată de stări compulsive şi în final de pierderea controlului, această dependenţă nu este întreruptă, în ciuda consecinţelor adverse, cum ar fi sănătate precară şi un grad de relaționări interumane foarte scăzut.

Spre deosebire de dependența de droguri sau alcoolism, dependenţa de muncă este un proces care implică o serie de acţiuni şi interacţiuni. Se aseamănă unor alte dependenţe acest tip cum ar fi dependenţa de jocuri de noroc sau de sex.

Dependența de muncă poate fi declanşată de tiparul clasic „belşug sau sărăcie" comun celor ce lucrează în afaceri mici. Astfel, ai ori prea puţin de lucru, ori prea mult. Împăcarea cu oricare din extreme nu este niciodată uşoară. Prea puţină muncă te face să simţi că ar trebui să munceşti mai mult: sunt facturi de plătit, guri de hrănit şi afacerea trebuie să funcţioneze. Dependenţii de muncă în loc să beneficieze de oportunitatea unei pauze stau şi fixează îndelung telefonul, fără să îndrăznească să se mişte deoarece un client poate suna. Privind cealaltă extremă te simţi puternic, în control şi chiar dacă cu ceilalţi joacă roluri de martir de fapt le place fiecare minut.

Unii cercetători aseamănă dependenţa de muncă tulburărilor obsesiv compulsive , deoarece implică o concentrare restrânsă, activitate neîntreruptă şi comportament „ritualistic". Persoanele afectate care încearcă să se schimbe au deseori recidive şi au nevoie de încurajări şi suport pentru a încerca din nou. Dependenţa de muncă nu ţine cont de genul persoanei sau de locul de muncă.

Cauzele apariției dependenței de muncă:

a. Contextuale:

- O companie care pune în mod exagerat accentul pe performanţă
- Serviciu bazat pe competiţie şi nu pe autodezvoltare
- Valorizarea excesivă a promovării pe scara ierarhică
- O societate în care se consideră că reuşita în viaţă ţine doar de bani

b. Personale:

- Ambiţie puternică, un egou puternic
- Setea de ascensiune şi de recunoaştere socială
- Tendinţa spre perfecţiune
- Nivel înalt al nesiguranţei de sine
- Pierderea autocontrolului
- Dificultăţi de comunicare
- Probleme în viaţa intimă

Stadiile dependenţei de muncă

Fassel (apud. R.W. Conroy „Addiction to Work Proves Harmful") a identificat trei stadii ale acestei dependenţe: stadiul iniţial, stadiul de mijloc şi stadiul final.

1. *Stadiul iniţial* - în acest stadiu, dependentul este ocupat constant, deseori încercând să muncească mai mult decât poate. Dependentul se gândeşte la muncă tot timpul, lucrează peste program în mod regulat şi refuză să-şi ia zile libere.
2. *Stadiul de mijloc* - odată cu progresarea dependenţei de muncă se poate observa totodată şi o creştere în intensitate a altor dependenţe. Dependentul începe să

renunţe la relaţii personale până în momentul când viaţa sa socială este aproape inexistentă. Încercările sumare de schimbare de obicei eşuează. Ajuns în acest punct, dependentul de muncă începe să devină tot mai epuizat fizic şi poate avea dificultăţi în a dormi. Semne mai serioase ale dependenţei sunt pierderi scurte ale memoriei şi perioade de comatoză în care acesta priveşte în gol.

3. *Stadiul final* - în acest ultim stadiu dependenţa de muncă devine tot mai problematică. Persoana dependentă poate avea dureri de cap cronice, dureri de spate, creşterea tensiunii, ulcer şi depresie. Îmbolnăviri serioase cum ar fi accidentele vasculare cerebrale sau infarcturile pot duce la spitalizare, aceasta determinându-l pe dependent să-şi schimbe viaţa.

11.3. Caracteristicile persoanei dependente

Persoana căreia îi place foarte mult să lucreze se simte satisfăcută de rezultate şi munceşte din greu şi îndelung spre un ţel care nu este în mod necesar o dependenţă. Nu poate fi numită dependentă o persoană care lucrează ocazional peste program. Dependentul de muncă se gândeşte la aceasta tot timpul. Un alt aspect important al dependenţei este inabilitatea de a trăi fără plăcerea oferită de muncă. Când un proiect sau o sarcină este încheiat sau intervine o îmbolnăvire în familie ce necesită o absenţă de la serviciu, persoana dependentă se poate simţi depresivă sau poate avea stări de panică. Alte semne includ refuzul admiterii oboselii. Dependentul de muncă încearcă să execute şi să îndeplinească sarcini cât mai dificile şi mai multe, datorită inabilităţii de a se relaxa şi a se mulţumi cu ceea ce a obţinut. Tipic pentru el sunt viteza, intensitatea şi zelul. Aceste comportamente asociate unui program de lucru intens pot fi simptome ale insecurităţii, evitarea unor probleme din compartimente de viaţă diferite de cel de serviciu, sau un *self-esteem* scăzut. Gratificarea obţinută din orele lungi petrecute la lucru şi plăcerea de a "devora" biroul plin de hârtii poate fi o cale de deturnare a atenţiei de la chestiuni exterioare mai importante. Activitatea continuă şi concentrarea pe performanţă devine o necesitate internă. Munca nu necesar îl face pe dependent fericit ci mai degrabă foarte obosit, stresat şi incapabil de relaxare.

Dependentul este deseori incapabil să refuze acceptarea de noi sarcini şi se poate simţi vinovat pentru ceea ce nu s-a realizat sau nu s-a realizat la un nivel optim. Pentru el este dificil să separe munca de timpul liber. Chiar şi acest timp liber îl planifică în cele mai mici detalii, astfel încât rămâne puţin timp pentru relaxare şi recreare.

Dependenţii de muncă de obicei se agaţă de lumea organizată a muncii cu scopurile ei clare, mai degrabă decât să se implice în relaţii interumane în care limitele şi scopurile sunt mai puţin clare. Persoanele dependente de muncă mai degrabă pun accentul pe logică şi intelect în defavoarea sentimentelor. Ei se concentrează pe

performanţa în sarcină chiar şi în cadrul familiei, fixând standarde înalte şi netolerând slăbiciunea uşor. În locul colaborării, aceste persoane agresive şi orientate spre acţiune au plăcerea de a lucra singuri. Ei se pot simţi prea epuizaţi fizic şi emoţional pentru a se apropia de membrii familiei. Aceia care încearcă să-şi satisfacă nevoile de afiliere la locul de muncă îşi vor definii colegii drept prieteni şi pot deveni atraşi sexual de persoane care lucrează în acelaşi loc. Dependenţilor de muncă le lipseşte entuziasmul adevărat ei sunt rupţi de contactul cu sentimentele lor. Conduşi de nevoia de a impresiona ei eşuează în a trăi cu adevărat.

Este important să se facă diferenţierea între cineva care manifestă comportamente de tip A şi este un angajat silitor, şi altcineva care prezintă caracteristicile dependenţei de muncă. Angajatul de tip A pare a fi un dependent de muncă, deşi întotdeauna demonstrează abilitatea de a stabilii limite sănătoase când este nevoie. În schimb, dependenţii de muncă demonstrează pierderea controlului şi o inabilitate de a stabili singuri programul propriu şi limite sănătoase. În ciuda consecinţelor negative aceşti indivizi persistă în tiparele negative afectându-şi astfel viaţa.

Deci, o persoană dependentă de muncă:

- Se gândeşte la muncă tot timpul şi îi este greu să separe serviciul de timpul liber. Deseori îşi ia de lucru în week-end şi în vacanţe.
- Nu poate trăi fără plăcerea oferită de muncă. Când termină un proiect persoana dependentă se simte deprimată sau poate avea stări de panică.
- Îşi asumă sarcini tot mai multe şi mai grele, pentru că niciodată nu se mulţumeşte cu ceea ce a obţinut. Tipice pentru ea sunt viteza, intensitatea şi zelul depuse.
- Se implică mai degrabă în activităţi precise, cum ar fi organizarea şi administrarea, decât în relaţiile interumane, în care limitele şi scopurile sunt mai puţin precise.
- Pune accentul mai mult pe logică şi intelect, în defavoarea sentimentelor. Se concentrează pe performanţă chiar şi în ceea ce ţine de familie, fixând standarde înalte şi netolerând slăbiciunile.
- Este agresivă şi orientată spre acţiune, preferând să lucreze singur, nu în echipă.

După cum afirmă Dr. Paul Baard una dintre problemele acestor persoane este aceea că nu s-au definit adecvat, depinzând de altcineva care să le definească valoarea. Au fost identificate anumite tipuri de personalităţi codependente: „supereroul", „mămici şi tătici de birou", „evitatori de conflicte", „consumatori constrânş".

- *Supereroul* - doreşte cu înfocare recunoaştere, putere, respect şi recompense financiare. Pentru el nici o sarcină nu este copleşitoare, complexă şi nu îi ia prea mult timp să o efectueze. Sub această bravadă se află necesitatea de a-i controla

pe ceilalţi. Barbara Moses, autoarea cărţii „Career Intelligence: The 12 New Rules for Work and Life Success” (1998) afirmă că aceştia vor să poată spune „eu sunt cel care a salvat ziu” (apud Kim Ritzenthaler, "Addicted to Work? In the End, Everyone Suffers"). Salvând colegii de birou supereroii permit dezvoltarea dependenţei asupra lor. Ei au nevoie să fie doriţi, şi mulţi se concentrează asupra muncii pentru a evita problemele din viaţa lor personală.

- *Mămici şi tătici de birou* - ei se comportă ca nişte părinţi ai personalului firmei din care fac parte. Astfel, ei cumpără sau oferă prăjituri, cafea, pentru colegii care lucrează peste program, trimit flori la cei bolnavi, felicitări la cei depresivi şi îşi asumă sarcinile altora în absenţa lor. În copilăria acestora mulţi dintre ei au fost forţaţi să se maturizeze rapid deoarece asupra lor atârnau responsabilităţile pe care părinţii lor nu şi le-au putut asuma. Inconştient au învăţat că pentru a fi apreciaţi trebuie să fie simpatici şi să ofere ajutor. Barbara Moses denumeşte acesta „sindromul fetei bune”, deoarece caută dragostea pe care nu au obţinut-o din partea familiilor lor.
- *Evitatori de conflicte* - aceştia nu pot spune NU. Ei mai degrabă îşi neglijează familia sau timpul liber decât să rişte un conflict în cadrul companiei. Chiar dacă sunt îngropaţi în muncă, nu vor cere ajutor. Ei vor evita conflictele şi în alte părţi ale vieţii lor. O explicaţie a atitudinii lor ar fi aceea că în copilărie au fost formaţi după modelul părinţilor al căror motto era „Nu vezi, nu auzi, nu vorbeşti nimic rău”.
- *Consumatori constrânşi* - sunt prinşi într-un ciclu nesfârşit pe care şi l-au creat singuri. Ei îşi folosesc toate resursele financiare pentru a cumpăra cele mai noi şi mai mari simboluri ale statutului pe care trebuie „neapărat să le aibă”. Astfel ei trebuie să muncească în continuu pentru a plăti lucrurile pe care nu au timpul sau energia să le folosească.

Asemănător altor dependenţe, dependenţii de muncă îşi vor nega dependenţa. Ei vor spune că se pot opri oricând vor. Totodată pot justifica faptul că muncesc peste program drept temporar sau datorită faptului că le permite să asigure mai mult familiilor lor. De fapt ei muncesc atât deoarece le place ceea ce fac şi se simt mai confortabil la serviciu. În acest timp membrii familiilor lor ar schimba luxul nenecesar cu mai mult timp petrecut împreună. Factorul negării îi împiedică să vadă sau să trăiască realitatea aşa cum este. Ei au o percepţie alterată care se aplică acestei arii din viaţa lor. De multe ori persoana dependentă posedă o imagine de sine foarte dezvoltată în privinţa carierei lor, aceasta ajungând să-i definească ca ceea ce sunt nu prin ceea ce fac.

11.4. Trăsături ale organizaţiilor care favorizează dependenţa de muncă

Într-o organizaţie nesănătoasă la prima vedere totul este în regulă. O privire mai atentă relevă semne ale unei disfuncţii. De exemplu, membrii unei organizaţii observă că lucrurile nu merg bine şi totuşi nu comunică acest lucru celor implicaţi, ci vorbesc în grupuri restrânse fără ca această discuţie să aibă o finalitate. Într-o organizaţie care favorizează dependenţa persoanele evită conflictele sau le confruntă indirect. Conducerea nu controlează eficient, trimite mesaje conflictuale şi are aşteptări nerealiste de la angajaţi. Dacă acestea sunt aduse la cunoştinţă conducerii, aceasta tinde să le ignore sau să le nege. Necinstea şi reţinerea informaţiilor cresc confuzia. Nivelul de stres şi competiţie între angajaţii aceleiaşi firme este mai ridicat decât cel normal. Spiritul de echipă, cooperarea şi coordonarea sunt departe de cele optime. Calitatea producţiei suferă şi creativitatea este înăbuşită.

11.5. Recuperarea de dependența față de muncă

Pentru a stabili un mai bun echilibru în viaţă toţi avem nevoie de a identifica şi căuta să ne îndeplinim prioritățile. Aceasta necesită ajutorul şi suportul familiei, prietenilor şi colegilor de muncă. Totodată trebuie să învăţăm să ne relaxăm şi să începem să avem grijă de nevoile noastre personale. Reducerea gradului dependenţei de muncă poate detensiona situaţiile familiale şi reduce riscul problemelor de sănătate. Stabilirea unui echilibru mai bun între viaţă şi muncă poate duce la creşterea calităţii muncii.

Sindromul dependenţei de muncă nu este un rezultat al voinţei, lipsei de talent, educaţiei, moralei sau a valorilor familiale ale subiectului. Câteodată cei afectaţi nu sunt conştienţi de natura problemei, ci doar de faptul că viaţa nu mai are haz ca înainte şi că le este afectată atât viaţa privată cât si cea profesională.

Deci, *procesul de depășire a dependenței de muncă* presupune:

- Primul pas este recunoaşterea că există o problemă şi că aceasta trebuie înlăturată. Se va reduce treptat programul de lucru, renunţându-se la muncă în week-end-uri şi peste program;
- Apoi se va forma treptat un timp liber care sa fie petrecut cu prietenii, cu familia sau practicând un hobby. Indiferent de alegere, scopul acestui timp liber este deconectarea de la muncă, relaxarea, încărcarea cu energie.
- Daca există deja simptome legate de sănătate, este cazul sa fie făcute nişte analize şi să se acţioneze conform rezultatelor. În paralel, sportul zilnic este mai mult decât binevenit, recomandându-se şi renunţarea la cofeină sau tutun în exces şi la mâncatul pe fugă.

Datorită numărului mare de cazuri întâlnite s-au realizat instrumente pentru măsurarea intensităţii dependenţei de muncă. Dintre acestea numim: The WART (Work Addiction Risk Test), ODIST (Overdoing It Screening Test), POBI (Power of Being Inventory).

Recomandări pentru depășirea dependenței de muncă:

- Petreceţi timpul liber cu familia şi cu prieteni care nu fac parte din anturajul de serviciu.
- Învăţaţi să delegaţi însărcinările şi să spuneţi „NU” noilor provocări.
- Învăţaţi-vă să vă relaxaţi şi să petreceţi vacanțele departe de lucru.
- Găsiţi-vă una sau mai multe ocupații preferate.
- Încercaţi să vă convingeţi că este în regulă să staţi uneori fără a face ceva.
- Acceptaţi ideea că fiecare are nevoie de un somn bun pentru a fi în formă.
- Luptaţi împotriva dorinţei de a face totul perfect.
- Dacă nu reuşiţi să urmaţi sfaturile anterioare, ar fi bine să apelaţi la ajutorul unui specialist.



. Sarcini și activități de învățare:

1. Numiți simptomele dependenței de muncă.
2. Caracterizați etapele instalării dependenței de muncă.
3. Identificați cauzele apariției dependenței de muncă.
4. Dezvoltați măsurile de prevenire a dependenței muncă: la nivelul organizației, la nivel individual.
5. Estimați avantajele/dezavantajele pentru organizație existența angajaților dependenți de muncă.
6. Argumentați rolul organizațiilor în prevenirea dependenței de muncă.
7. Elaborați propriile recomandări de prevenire a apariției dependenței de muncă la Dmv.

12. DEPENDENȚELE ALIMENTARE

Finalități de studiu:

1. Să cunoască și să identifice adicțiile alimentare și tipurile de alimente care pot crea adicția.
2. Să identifice simptomele și tulburările de comportament alimentar.
3. Să determine cauzele adicțiilor alimentare.
4. Să distingă tratamentul persoanelor dependente de anumite alimente.

12.1. Considerații generale

Cercetările privind adicția de alimente au început în 1956, însă interesul pentru acest subiect a crescut în ultimul deceniu. Conceptul de *„adicție alimentară”* se referă la comportamente specifice legate de alimente, caracterizate prin consumul excesiv și dereglări de alimente bogate în energie sau grăsimi. Aceasta este considerată o afecțiune cronică și recidivantă, cauzată de interacțiunea mai multor factori care cresc pofta de anumite alimente specifice, pentru a obține o stare de mare plăcere, energie sau excitare sau pentru a ameliora stările emoționale sau fizice negative. Sintagma „adicție alimentară” nu este universal acceptată în cadrul comunității științifice. Este cea mai civilizată formă şi social acceptată de dependenţă, deşi debarasarea de ea este extrem de complicată. Studiile arată că sistemele creierului implicate în dependența de droguri sun aceleași care ne motivează să căutăm recompense naturale, inclusiv mâncarea și sexul. Acest tip de adicție nu a fost încă inclus în Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale, chiar dacă au fost recunoscute asemănări cu consumul de substanțe. Criteriile care se suprapun cu dependența de substanțe DSM-5 includ:

1) Substanța consumată în cantități mai mari și pentru o perioadă mai lungă decât era de așteptat;
2) Dorința persistentă sau încercări eșuate repetate de a renunța;
3) O cantitate mai mare de timp și energie cheltuită pentru obținerea, utilizarea sau eliminarea substanțelor;
4) Reducerea activităților sociale, ocupaționale sau recreative importante din cauza consumului de substanțe;
5) Utilizarea continuă în ciuda cunoașterii consecințelor negative;
6) Toleranță;
7) Simptome de sevraj.

Studiile asupra populației generale sugerează că aproximativ 20% dintre oameni pot prezenta adicție față de alimente și aceasta este mai răspândită la femei decât la bărbați.

12.2. Cauzele dependenței alimentare

Dependența de alimente este probabil punctul culminant al mai multor factori care interacționează și care duc la această tulburare alimentară. Un bărbat sau o femeie poate dezvolta o dependență din cauza unor motive biologice, psihologice sau sociale.

- **Cauze biologice.** Cauzele biologice care pot influența progresia acestei tulburări de alimentație pot include dezechilibre hormonale, anomalii ale diferitelor structuri ale creierului, efecte secundare de la utilizarea anumitor medicamente sau existența membrilor familiei cu acest tip de probleme de dependență.
- **Cauze psihologice.** Ar putea fi, de asemenea, rezultatul unor factori psihologici (izolare emoțională, depresia, teama de obezitate). Factorii incluși în această categorie pot include abuzul emoțional sau sexual, a fi victima sau supraviețuitorul unui eveniment traumatic, a nu avea capacitatea de a face față sănătos situațiilor negative, o stimă de sine scăzută. Factorii psihologici precum aceștia pot influența un individ să folosească alimentele ca mecanism de adaptare pentru a ușura emoțiile dureroase.
- **Cauze sociale.** În cele din urmă, există implicații sociale care pot fi implicate cu dependența de alimente, inclusiv factori precum tulburările în rândul familiei, presiunea din partea colegilor sau a societății, izolarea socială, abuzul asupra copiilor, lipsa suportului social și evenimentele de viață stresante (sărăcia, tradiții familiale, lipsa unor noţiuni elementare despre alimentaţia sănătoasă, industria alimentară modernă care promovează produse alimentare prelucrate şi rafinate, reclame publicitare). O dependență de alimente poate fi asociată și cu alte tulburări concomitente, cum ar fi tulburările de alimentație sau abuzul de substanțe.

O persoană dependentă de mâncare începe să mănânce din ce în ce mai mult pentru a se simți bine și de a elimina gândurile și stările negative. Lipsa încrederii în sine sau traumele emoționale din copilărie sunt cauze ale dependenței de alimente. Cel mai important aspect psihic al dependenţei de alimente este că dependenţii devin obsedaţi de tot ce ţine de mâncare. *Dependenţii se izolează pentru a putea mânca, pentru a-şi putea urma obiceiurile alimentare, fără să fie nevoiți să înfrunte criticile din partea prietenilor, a familiei, a colectivului de la munca*. Încep să calculeze obsesiv caloriile alimentelor, caută obsesiv să mănânce tot timpul şi devin agitaţi dacă nu au posibilitatea sau – mai rău – fac tot posibilul să pună mâna pe ceva de-ale gurii, se gândesc tot timpul la greutatea pe care o au, fac exerciţii fizice până la epuizare pentru a combate excesul de greutate, iau laxative cu pumnul sau îşi provoacă vărsături.

12.3. Tipuri de alimente care pot crea adicția

Alimentele determină eliberarea de dopamină, „substanța chimică a motivației", în creier, aceeași reacție ca în cazul drogurilor. În timp ce multe comportamente plăcute și sănătoase, precum ascultarea muzicii și consumul de substanțe sănătoase determină eliberarea de dopamină, suprastimularea acestui sistem poate duce la dependență.

Există dovezi care sugerează similitudini în mecanismele neurobiologice între comportamentele de dependență și comportamentul de consum alimentar cu caracter adictiv, la fel cum există și diferențe semnificative. Unele studii sugerează că gustul dulce produs de zahăr poate activa regiunile crierului responsabile de recompensă și gust într-o măsură mai mare decât grăsimile. Alimentele foarte procesate, respectiv alimentele create industrial care conțin niveluri nefiresc de ridicate de carbohidrați rafinați (de exemplu, zahărul din făină albă) și/sau grăsimi saturate sunt considerate alimente care pot duce la dependență. Acestea sunt mai eficiente decât alimentele neprocesate (de exemplu, fructele și legumele) în activarea sistemelor neuronale legate de recompensă, care sunt, de asemenea, activate în timpul consumului de substanțe. Acest fapt poate duce la o dorință mai puternică de a achiziționa și a consuma aceste alimente. În cazul unor persoane poate duce la comportamente alimentare asemănătoare adicției. Aceste alimente sunt ciocolata, înghețata și pizza. Alimentele care pot genera dificultăți în ceea ce privește controlul alimentar:

1) *Dulciuri* – înghețată, ciocolată, gogoși, prăjituri.
2) *Alimente ce conțin carbohidrați rafinați* – pâine albă, paste făinoase, orez, gustări și snack-uri sărate (cipsuri, covrigei).
3) *Alimente bogate în grăsimi* – carne grasă, bacon, hamburger, pizza și cartofi prăjiți.
4) *Băuturi îndulcite* – băuturi carbogazoase, sucuri, limonadă sau băuturi energizante

.

12.4. Semne și simptome asociate cu adicția de alimente

Adicția de alimente este caracterizată printr-o serie de semne și simptome ce indică o pierdere a controlului și un comportament compulsiv în jurul alimentelor. Unele simptome pot să nu fie specifice adicției, referindu-se la alimentație în general (de exemplu, dorință persistentă sau încercări repetate nereușite de a reduce consumul de alimente). Deși nu există o listă exhaustivă, următoarele semne și simptome sunt de obicei asociate cu adicția de alimente:

1) *Pofte și obsesie pentru anumite alimente*. Persoanele cu adicție de alimente simt adesea pofte intense și au gânduri obsesive despre anumite alimente, în special cele bogate în zahăr, grăsimi și sare. Cuvântul „pofte" („food craving") se referă la o dorință intensă de a consuma un anumit aliment și este un simptom important și aprobat pe scară largă pentru adicția de alimente, precum și un predictor pozitiv semnificativ al simptomelor asociate cu aceasta. Poftele alimentare recurente au fost asociate cu alimentația excesivă, consumul crescut de alimente și un indice de masă musculară crescut. În plus, așa cum pofta de droguri este asociată cu o probabilitate

crescută de recădere, poftele alimentare au fost legate de un succes slab al dietei. De asemenea, pofta a fost asociată și cu alte tulburări de comportamnet alimentar: bulimia nervoasă, anorexia nervoasă, alimentația compulsivă și sindromul de alimentație nocturnă.

2) *Pierderea controlului.* Una din caracteristicile distinctive ale adicției de alimente este incapacitatea persistentă de a controla sau a opri alimentația, chiar și atunci când persoana se simte sătulă. Consumul unor cantități mai mari de alimente, pe perioade mai lungi decât s-a prevăzut, a fost descris ca unul dintre simptomele cele mai frecvente la persoanele supraponderale sau obeze, dar și la persoanele cu tulburare de alimentație compulsivă. În plus, eforturile zadarnice de a restricționa consumul de alimente sunt întâlnite și la persoanele care nu reușesc să mențină o dietă pentru pierderea în greutate pe termen lung.
3) *Epizoade de alimentație compulsivă*. Persoanele dependente de alimente se implică frecvent în epizoade de alimentație compulsivă, consumând cantități mari de alimente într-o perioadă relativ scurtă, adesea rapid și necontrolat. Atât mâncatul compulsiv (binge eating disorder - BED), cât și adicția de alimente sunt caracterizate prin pierderea controlului asupra consumului, continuarea consumului în ciuda consecințelor negative și încercări eșuate repetate de reducere a consumului. Având în vedere aceste asemănări, există dificultăți în evaluarea și distingerea celor două concepte. În general persoanele cu BED au tendința de a prezenta tipare episodice de comportament (crize recurente), în timp ce pacienții cu adicție de alimente prezintă un comportament continuu dezordonat. De asemenea, distincția dintre cele două tulburări este influențată de gustul alimentelor: persoanele cu BED nu sunt interesate de gust, ci de cantitate, pe când cele cu adicție de alimente aleg în funcție de gustul preferat.
4) *Utilizarea continuă în ciuda consecințelor negative*. Consumul de alimente prezent în mod constant, în ciuda consecințelor negative fizice, emoționale sau sociale, cum ar fi creșterea în greutate, probleme de sănătate sau relații tensionate.
5) *Simptome asemănătoare sevrajului*. Atunci când persoana încearcă să reducă sau să oprească consumul anumitor alimente, apar simptome asemănătoare sevrajului: iritabilitate, schimbări de dispoziție și disconfort fizic.
6) *Preocupare excesivă pentru alimente și mâncare*. Persoanele dependente se gândesc în mod constant la următoarea masă, planifică activități legate de alimente sau se implică în comportamente alimentare secrete.

Aceste semne și simptome pot varia în intensitate și frecvență în rândul persoanelor cu adicție de alimente. Diagnosticul trebuie pus de profesioniști calificați în domeniul sănătății, folosind evaluări și criterii standardizate (de exemplu, YFAS – Yale Food Scale – Scala Yale pentru evaluarea adicției alimentare).

12.5. Consecințele adicției alimentare

Deși conceptul de „dependență alimentară” nu a fost deocamdată complet definit pe baza datelor provenite din cercetarea clinică sau epidemiologică, interesul pentru acest subiect -determinat, în principal, de consecințele nocive asupra sănătății ale acestei adicții a făcut ca un număr mare de informații despre pericolul dependenței de

anumite categorii de alimente să fie publicate atât în literatura de specialitate, cât și în mass-media. În prezent, dependența de alimente este considerată o verigă importantă în demersul de înțelegere a modului în care apar unele disfuncții ale comportamentului alimentar, de exemplu, obezitatea, sindromul metabolic, tulburarea de mâncat compulsiv sau bulimia nervoasă.

Dependența de alimente este explorată ca o potențială tulburare psiho-nutrițională deoarece are consecințe funcționale negative și asociază *riscuri pentru starea de bine psihologic* (de exemplu, scăderea stimei de sine, semne de neglijare a propriei persoane, impulsivitatea crescută, atacuri de panică, anxietate, iritabilitate, mai ales atunci când este restricționat accesul la alimente), *riscuri pentru sănătatea fizică* (de exemplu, dislipidemia, diabetul zaharat tip 2, bolile cardiovasculare, tulburări de somn, artrită, osteoporoză), riscuri sociale (reducerea performanței la lucru, izolare față de familie și prieteni, lipsa plăcerii în activități recreative, evitarea evenimentelor sociale) .

Consecințele adicției asupra sănătății pot fi semnificative și pot afecta multiple aspecte ale organismului:

- *Creşterea în greutate şi obezitatea*. Consumul excesiv și necontrolat de alimente cu caracter adictiv, în special cele bogate în calorii, grăsimi și zaharuri rafinate, pot duce la creștere în greutate și până la urmă la obezitate. Acest consum poate crește riscul de afecțiuni grave precum diabetul de tip 2, bolile cardiovasculare, hipertensiunea arterială și anumite tipuri de cancer. Deși adicția de alimente în sine poate să nu conducă la obezitate, aceasta poate modula factori care contribuie fie la obezitate, fie la rezultate slabe în gestionarea pierderii în greutate, cum ar fi depresia, controlul afectat al impulsurilor, tulburările de alimentație și preferința pentru alimente foarte gustoase.
- *Tulburări de comportament alimentar*. Adicția de alimente poate contribui la dezvoltarea unor tulburări de comportament alimentar, precum bulimia și mâncatul compulsiv.
- *Deficiențe nutriționale*. Dependența de alimente poate duce la consumul excesiv al acestora și la neglijarea consumului de alimente sănătoase și nutritive. Acest dezechilibru alimentar poate duce la deficiența nutriționale, cum ar fi deficitul de vitamine și minerale esențiale.
- *Probleme digestive*. Consumul excesiv de alimente adictive poate provoca tulburări digestive, cum ar fi refluxul gastro-esofagian, indigestia și constipația, și poate, de asemenea, să afecteze echilibrul florei intestinale.
- *Impactul asupra sănătății mintale*. Adicția de alimente contribuie la apariția stresului, anxietății și depresiei. Aceste probleme pot fi rezultatul frustrării și al sentimentelor de vinovăție asociate cu comportamentul alimentar nesănătos.

12.6. Tulburări de comportament alimentar

Anorexia. Reprezintă afecţiunea care constă în limitarea conştientă a alimentaţiei proprii cu scopul de a slăbi. Este caracteristică în special pentru fetele adolescente. Dorinţa de a slăbi şi intenţia este deosebit de insistentă, tânăra are tăria de caracter pe parcursul unei perioade îndelungate să-şi limiteze considerabil cantitatea de

mâncare. Dacă nu reuşeşte să se abţină de la o masă consistentă sau este forţată să o facă, recurge la vomă. De asemenea, tinerele pot recurge la medicamente diuretice şi laxative. Raţionul alimentar pe zi al unei anorexice îl poate constitui: un pesmete, o portocală, un păhar de ceai fără zahăr. Ajung la micşorarea considerabilă a masei corporale (între 20 - 50% din masa corporală), dar, cu toate acestea, continuă să „ţină regim", ceea ce duce la distrofie, oprirea în dezvoltarea fizică, dispariţia ciclului menstrual, atrofia organelor interne, istovire musculară, pielea devine uscată, de culoare cenuşie, ş.a. În 7-30% cazuri această afecţiune se termină cu decesul bolnavei.

Anorexicii au o imagine denaturată despre propriul corp, de cele mai dese ori convingerea despre propria greutate excesivă are caracter obsesiv. Deoarece sunt predispuse pentru disimulare, ele reuşesc să ascundă de cei din jur comportamentul alimentar restrictiv. De asemenea, disimularea frecventă a stării lor duce la dificultăţi în stabilirea diagnozei. De aceea e nevoie de acordat o deosebită atenţie anamnezei.

Fenomenul anorexiei se întâlneşte destul de frecvent: un caz la 200 de eleve până la 16 ani, un caz la 100 de eleve peste 16 ani şi un caz la 50 printre studente.

Cauzele: rămân pe deplin neelucidate. Dar, ţinând cont de perioada când apare şi de faptul că suferă în special fetele, se presupune că e expresia dereglărilor în dezvoltarea pubertară, legate de „refuzul insistent de la feminizarea exteriorului", legat de frica de incest. Un rol important îi revine situaţiei familiale, rolului dominant al mamei. Fetele anorexice nu se acceptă pe sine, au un sentiment al inferiorităţii, dependenţă de mamă, în acelaşi timp relaţii conflictuale cu ea.

Tratamentul: e necesar de a ajuta pacienta să conştientizeze realitatea simptomaticii sale, să aprecieze corect modificările organismului. Se recomandă psihoterapia orientată spre corecţia imaginii de sine, autoacceptare, ameliorare a relaţiilor din familie.

Dereglarea nevrotică a poftei de mâncare (anorexia) poate fi întâlnită şi la copiii de vârstă preşcolară. Apare în rezultatul acţiunii factorului psihogen legat de alimentaţie (arsuri cauzate de hrană, hrănirea forţată) sau ca urmare a pedepsei, a plasamentului în instituţia pentru copii, a separării de mamă, ca reacţie la apariţia unui alt copil în familie. La fel poate fi generată de atitudinea anxioasă a mamei faţă de procesul de alimentare, de hiperprotecţia şi alintarea copilului.

La preşcolari se manifestă prin refuzul de a mânca orice mâncare. Alimentaţia provoacă la copil capricii, lacrimi, deseori apare voma. În unele cazuri încercările părinţilor de a hrăni copilul, distrăgându-i atenţia (poveşti spuse la masă, fraze de genul „zboară avionul", promisiuni de a-i cumpăra ceva) sau prin pedepse întăresc şi mai mult sindromul anorexiei.

Tratamentul în asemenea cazuri trebuie să fie orientat în primul rând spre lichidarea cauzelor afecţiunii date: excluderea alimentaţiei forţate, a poveştilor, a alimentării excesive, încurajarea copilului să mănânce singur, crearea atitudinilor educative adecvate la părinţi, înlăturarea deprivării materne şi a hiperprotecţiei.

Bulimia. Este o boală „mintală", care se întâlneşte aproape în exclusivitate la femei (aproximativ 10% din toate femeile la vârsta dintre 12 – 39 ani). Este tendinţa de a mânca excesiv, fără a avea satisfacţia gustativă de la mâncarea luată, neavând senzaţia

de a fi sătul. Cu cât este ironizat mai mult, cu atât îi creşte mai mult pofta de mâncare. „El îşi umple stomacul, neputându-şi umple golul din suflet” (*A.Berge*).

În acest caz hrana realmente consolează: este simbolul mamei hrănitoare. Tânăra găseşte în ea iluzia tandreţei materne. Restricţiile impuse fie de alţii, fie de propria persoană sunt resimţite frustrant. Comportamentul simptomatic poate avea caracter ciclic: tânăra îşi impune restricţii, pe care le respectă o anumită perioadă de timp, după care din nou se alimentează excesiv, fără control, apoi poate recurge la vomă, sau medicamente laxative, şi din nou încearcă să–şi controleze comportamentul alimentar. Simptomatica se înteţeşte atunci când trece prin anumite momente tensionate, de exemplu, separarea de cineva apropiat.

Cauzalitatea este de cele mai deseori legată de conflictul ascuns între mamă şi copil, mama are rolul principal în satisfacerea necesităţii copilului în dragoste, tandreţe, acceptare. Insatisfacerea acestei trebuinţe în copilărie şi trăirea frecventă a sentimentului de neacceptare, părăsire, non valoare, respingere, insecuritate poate provoca compensatoriu bulimia. Apare frica de a fi respins asociată cu absenţa respectului de sine, mai ales dacă recent tânăra a fost părăsită de iubitul său. În asemenea caz mâncatul compulsiv este o modalitate de a umple cu ceva timpul liber, care este atât de insuportabil pentru cel respins, astfel bulimia este o formă de recompensă adusă sieşi.

Tratamentul psihoterapeutic este cel mai indicat. Se recomandă terapia aversivă, asociată cu relaxarea, hipnoza. Se acordă atenţie soluţionării conflictelor interne, dezvoltării încrederii în sine, autoacceptării, îmbunătăţirii imaginii de sine, reconstituirea imaginii dereglate a propriului corp, terapia reacţiilor la stres, terapia interpersonală.

Ortorexia nervoasă (ON). Este o tulburare de alimentație caracterizată de preocuparea extremă și obsesivă pentru consumul de alimente sănătoase. Persoana afectată evită alimente precum carnea roșie, produsele care conțin conservanți, pesticide și coloranți. Astfel aceste persoane petrec ore bune la cumpărături pentru a analiza etichetele și ambalajele, fiind dispuse să plătească prețuri exorbitante pentru produsele selectate. Ceea ce diferențiază preocuparea pentru alimentația sănătoasă de ortorexie este limitarea și obsesia pentru selecția alimentelor. Ortorexicii devin incapabili să-și desfășoare activitățile de zi cu zi, se izolează și adesea devin itoleranți la modul în care se alimentează oamenii cu care interaționează. Bolnavul de ortorexie duce lucrurile la extrem. Nu se mai atinge de niciun fel de alimente care conţin grăsimi sau modificări genetice și își stabileşte o serie de reguli mult prea severe în privinţa dietei. Ortorexia poate duce în timp la malnutriţie şi în final la moarte.

Când grija de a mânca natural și sănătos se transformă în manie, asta înseamnă ortorexie. Definită în 1997 de medicul Steven Bratman, *ortorexia nervoasă* este o tulburare psihiatrică înrudită cu anorexia și constă în obsesia maniacală de a avea o alimentație sănătoasă (termenul de ortorexie provine din alăturarea cuvintelor greceşti „orthos”- corect şi „orexis” - apetit.). Asemenea orthodoxului fanatic, orthorexicul își organizează întreaga existență în jurul subiectelor ce țin de alimentație, își reduce câmpul de interes la probleme legate de mâncare, relația sa cu hrana se transformă într-

un sistem rigid și aspru de reguli și valori ce duc cu gândul la asceză, călugărie, pocăință.

Criterii de identificare. Pentru a delimita ortorexia nervoasă, în anul 2000, au fost elaborate următoarele 5 criterii de identificare:

a. Alocarea exagerată de timp, zilnic, pentru prepararea mesei sau găsirea alimentelor perfecte.
b. Afişarea unor sentimente de superioritate în ceea ce priveşte alimentația în fața celor cu alte obiceiuri alimentare.
c. Urmărirea unui anumit regim alimentar considerat sănătos şi pur de către subiect.
d. Asocierea respectului de sine cu reuşita urmăririi regimului alimentar impus de ei înşişi ca fiind cel corect (simțind vinovăție dacă regimul nu se respectă şi satisfacție maximă când se reuşeste)
e. Actul alimentației devine focalizarea centrală a existenței, în detrimentul altor valori personale, a relațiilor interumane dezvoltate până atunci sau a activităților de care anterior persoana se bucura.
f. Alocarea unor mari sume de bani pentru alimente bio, organice, venite din țări exotice etc.

Consecințe. O atitudine extremistă de acest gen are consecințe cel puțin contradictorii: deși obiectivul țintit este sănătatea, restricțiile alimentare autoimpuse duc orthorexicul în pragul carențelor grave și chiar a amenințării cu moartea. Mâncarea devine din prieten, un dușman sau, cum e specificat în DSM (Diagnostic and Statistical of Mental Disorders): „tulburare anxioasă ce cuprinde o dimensiune fobică în credința că alimentul e periculos și o dimensiune obsesiv-compulsivă de elaborare a unor strategii şi mecanisme de protecție împotriva acestui dușman".

Atenție, nu orice dietă strictă înseamnă ortorexie! Dacă ții un regim alimentar și sunteți mulțumiți, fericiți, bine în pielea voastră, conectați cu cei din jur și funcționali din punct de vedere social, profesional și familial, atunci nu suferiți de ortorexie. Riscul apare atunci când grija de a mânca sănătos se transformă în obsesie, când apar carențe nutriționale grave, iar persoana respectivă se izolează, nu mai are o viață normală. Obsedat de căutarea alimentului perfect, ortorexicul protestează împotriva mâncării și societății, își construiește propriul univers de valori și se izolează de restul lumii, în dorința absurdă de a găsi puritatea, pacea, echilibrul, nemurirea.

Tratamentul. Mulți pacienți cu ortorexie nervoasă nu se percep pe ei înșiși ca având o problemă de sănătate, prin urmare aderența lor la tratament este discutabilă de la început. Chiar mai mult, pacienții cu ON se pot considera pe ei înșiși ca fiind pe calea unei sănătăți idealizate, prin urmare ar putea percepe o intervenție terapeutică ca pe o intruziune în stilul lor de viață și în convingerile lor de bază

Tratamentul trebuie să fie realizat de către o echipă multidisciplinară formată din psihologi, psihiatri și nutriționiști. O abordare multidisciplinară, care să includă farmacoterapie, psihoterapie și psihoeducație, este considerată cea mai bună abordare. O dietă echilibrată și terapia cognitiv-comportamentală sunt considerate elementul-cheie al planului de tratament.. Restructurarea cognitivă la pacienții cu ON ar trebui să abordeze semnificația „alimentelor sănătoase", relația dintre sănătate și nutriție, anticiparea catastrofală a consumului de „alimente nesănătoase" etc. O confruntare cu

„alimentele temute”, în cadrul unei terapii de expunere graduală, ar putea face parte din tratament, ca în orice fobie, iar lucrul cu ideile ipohondre este un alt aspect important care poate atenua simptomele ON centrale. Obiectivul principal al psihoterapiei la acești pacienți este crearea unui „concept de sănătate” realist, atât în ceea ce privește alimentația, cât și funcționarea organismului. Prevenirea expunerii și a răspunsului, în combinație cu antrenamentul de inversare a obiceiurilor, poate avea succes în tratarea aspectelor obsesive și compulsive ale ortorexiei nervoase. Antrenamentul de relaxare poate fi util pentru ameliorarea anxietății.

La pacienții care suferă de malnutriție din cauza restricției alimentare excesive, poate fi necesară spitalizarea. Atunci când lista de ON a pacienților permite doar foarte puține alimente și/sau când există o insuficiență severă a aprovizionării cu nutrienți esențiali, spitalizarea este, de asemenea, o opțiune preferată. Participarea membrilor familiei și a rudelor este recomandată atunci când copiii sunt afectați ca urmare a pacienților care prezintă ON.

12.7. Tratarea adicției alimentare

Adicția de alimente este o tulburare complexă și multidimensională, cu o patogeneză biopsihosială complicată, ce necesită o abordare terapeutică integrată. Deși adicția alimentară nu este larg recunoscută drept concept medical, există tratamente disponibile atât pentru simptome, cât și pentru condițiile care se suprapun cu aceasta. Intervențiile actuale și dovezile care susțin aceste tratamente sunt însă limitate și este necesară adoptarea unei abordări ample, multidisciplinare pentru a îmbunătăți simptomele adicției, dar și pentru a preveni consecințele acesteia. Intervențiile posibile includ terapie cognitiv-comportamentală, psihoeducație, medicație, chirurgie baiatrică, terapie nutrițională etc.

Nu există un tratament adecvat pentru toate tulburările alimentare. Tratamentul trebuie adaptat de către un specialist la factorii fizici și emoționali care mențin relația toxică cu alimentele. Un istoric complet al alimentației va permite terapeutului să identifice evenimentele și provocările care l-au predispus pe pacient la această problemă. Persoanele tratate cu succes pentru o tulburare de alimentație se simt diferită în multe privințe, nu doar lipsite de simptome, ci și mai fericite și mai eficiente. Pierderea în greutate nu este primul rezultat al terapiei, deoarece gestionarea greutății este posibilă doar atunci când relația cu alimentele este îmbunătățită și pacientul se simte stăpân asupra alimentelor și asupra multor aspecte ale vieții sale. Tratamentul abordează nu doar simptomele de suprafață, cum ar fi îndemnurile și poftele și orice formă de alimentație excesivă. Tratamentul vizează, de asemenea, factorii care stau la baza problemei, cum ar fi dificultățile cu emoțiile, obiceiurile, mentalitatea de alimentație excesivă, imaginea despre sine, tulburările de gândire alimentare și efectele fizice ale haosului alimentar.

Terapia cognitiv-comportamentală este folosită pentru tratarea comportamentului alimentar dezordonat, inclusiv a comportamentului de consum asemănător dependenței și a altor tulburări conexe de consum excesiv în timpul epizoadelor de alimentație complusivă. Până în momentul actual, nici o terapie psihologică cu a fost validată în managementul adicției alimentare la pacienții cu

obezitate, însă această abordare ar trebui inclusă în programele multidisciplinare ce combină abordări empatice și intervenții de sprijin social, pentru a=i ajuta pe pacienți să facă față confruntărilor, dar și stigmatizării sociale.

Programe bazate pe abstinență, de tipul „12 pași". Acestea au fost inițial dezvoltate pentru tratarea alcoolismului, fiind adaptate ulterior și la alte tipuri de dependențe, inclusiv adicția alimentară, aplicându-se „abstinența" la ingrediente ca zahărul.

Medicamentele și chirurgia bariatrică. Anumite medicamente reduc simptomele asociate cu adicția alimentară și/sau dorința de a consuma mâncare. Chirurgia bariatrică – grup de proceduri operatorii concepute pentru a îmbunătăți condițiile medicale legate de greutate nu este indicată specific pentru adicția alimentară, însă la persoanele cu obezitate operate s-a observat reducerea simptomelor de adicție alimentară. Chirurgia bariatrică și anumite medicamente nu pot fi aplicate pentru persoanele cu greutate normală și adicție alimentară.

Terapia nutrițională. Dietele des cădere în greutate reduc poftele de anumite alimente specifice, însă impactul restricțiilor alimentare în rândul persoanelor cu simptome de adicție alimentară nu a fost clar stabilit.

Psihoeducația. Intervențiile de modificare a stilului de viață ar trebui să fie considerate o parte principală a unui program de tratament al adicțiilor.

Sunt foarte importante măsurile preventive pentru prevenirea adicției de alimente, reducerea incidenței obezității. Evaluarea stimulilor declanșatori (de exemplu, stimulii vizuali – publicitatea sau stimuli olfactivi – trecerea pe lângă o brutărie), consumul de alimente doar în prezența senzației de foame, îmbunătățirea controlului emoțional și exercițiile fizice regulate sunt metode simple care pot avea impact semnificativ în prevenirea adicțiilor alimentare, dar și a efectelor nedorite ale acesteia.



Sarcini și activități de învățare:

1. Identificați alimentele care pot crea adicție.
2. Numiți simptomele dependenței alimentare.
3. Caracterizați tulburările de comportament alimentar.
4. Identificați cauzele apariției dependențelor alimentare.
5. Dezvoltați măsurile de prevenire a dependenței de alimente.
6. Argumentați rolul familiei în prevenirea adicțiilor alimentare.
7. Ce presupune tratarea adicției alimentare?

13. DEPENDENȚA DE CUMPĂRĂTURI

Finalități de studiu:

1. Să cunoască și să identifice simptomele dependenței de cumpărături.
2. Să identifice cauzele ce pot duce la apariția dependenței de cumpărături.
3. Să cunoască tiparele shopping-ului compulsiv.
4. Să proiecteze măsuri de prevenire și controlul al shopping-ului compulsiv.

13.1.Considerații generale

În prezent dependența de cumpărături nu a primit o încadrare anume în Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistica a Tulburărilor Mintale, fiind încă în studiu alături de comportamente de tip adicție care periclitează viața individului în majoritatea domeniilor în care acesta activează.

Dependența de cumpărături poate fi integrată în tulburarea obsesiv compulsivă (TOC), dar poate fi considerată și o tulburare de control al impulsurilor. Adevărul este că atunci când vorbim despre o adicție, efectele ei sunt nocive, indiferent de obiectul dependenței noastre. În cazul cumpărăturilor, persoana ajunge să își cheltuie toți banii, să facă împrumuturi, intrând în numeroase datorii pentru a putea să își satisfacă dorința de a cheltui, rareori bucurându-se de achizițiile făcute.

Persoanele care suferă de această tulburare simt nevoia să cheltuie banii pe orice poate fi vorba despre bijuterii, haine, cadouri, farduri sau chiar produse alimentare, chiar dacă nu au nevoie de lucrurile respective. În momentul achiziției, persoana dependentă de shopping simte o plăcere similară cu cea pe care o simte dependentul de droguri când își administrează doza. Statistic vorbind, persoanele care suferă de dependență de cumpărături au în jur de 30 de ani.

Psihiatrul german Emil Kraepelin a definit pentru prima dată „dependența de cumpărături" la începutul anilor 1900, ca fiind un tip de comportament impulsiv similar cu cleptomania. Ca și alte forme de dependență, dependența de cumpărături se caracterizează prin problemele ulterioare pe care le provoacă individului, familiilor și societății în general. Cineva care face cumpărături în fiecare zi poate să nu fie neapărat considerat dependent atunci când face asta într-un mod sănătos, fără probleme, cum ar fi achiziționarea regulată de produse, alimente, bunuri de uz casnic și alte articole esențiale de zi cu zi. Dependența de cumpărături, cunoscută și sub numele de oniomanie sau tulburare de cumpărare compulsivă (CBD) afectează aproximativ 18 milioane de adulți din Statele Unite ale Americii. Unul dintre motive era conotația pozitivă dată cumpărăturilor, femeile fiind de mici obișnuite să se bucure de shopping alături de

mame sau prietene. Odată cu evoluția comerțului digital, a crescut și numărul bărbaților, iar în prezent, unul dintre efectele social-mediei și a *influencerilor* este ca luxul să nu ocolească pe nimeni, iar imaginea noastră să fie croită prin comparație cu ei.

Dependența de cumpărături poate urmări evoluția tipică a dependenței în care cineva continuă să se angajeze într-un comportament nesănătos, în ciuda consecințelor fizice, cognitive, emoționale și interpersonale. Cumpărăturile încep să crească în frecvență și intensitate. Cei cu dependență de cumpărături pot ajunge în cele din urmă într-un punct în care fac achiziții inutile de dragul de a cumpăra ceva, chiar dacă nu au nevoie de acel obiect, care le epuizează resursele financiare.

Experții subliniază că emoțiile trăite în timpul cumpărăturilor compulsive - dorința de a cumpăra, pierderea controlului și sentimentele pozitive pe termen scurt ulterioare - sunt similare cu cele ale dependenței de droguri.

Astăzi, mulți specialiști de sănătate mintală recunosc cumpărările compulsive ca o problemă de comportament. Totuși, specialiștii de la Asociația Americană de Psihiatrie (APA) pentru diagnosticarea tulburărilor clinice de sănătate mintală au spus, într-o declarație în 2021, că încă nu este clar cum să clasifice o adevărată dependență de cumpărături – și că dependența de cumpărături poate fi un semn al unei tulburări psihiatrice sau de comportament, mai degrabă decât o tulburare în sine.

13.2. Cauzele și simptomatica dependenței de cumpărături

Dependenții de shopping sunt, de fapt, dependenții de endorfine și de dopamina eliberate în momentul achiziționării unui produs. Specialiștii de la APA au sugerat că există dovezi că izolarea socială și stresul pot crește riscul de a dezvolta o dependență de cumpărături. Această dinamică ar fi putut fi în joc în timp ce mulți oameni au petrecut mai mult timp acasă în timpul pandemiei de COVID-19.

Cauzele dependenței **pot** fi emoționale, psihice sau fizice:

- încercarea de a acoperi o nevoie socială sau emoțională (lipsa de atenție din partea celorlalți, lipsa de afecțiune etc.);
- nemulțumirea unei persoane privind modul în care arată o poate face să investească excesiv în haine sau produse de înfrumusețare;
- dificultăți în controlul impulsurilor / incapacitatea de autocontrol.

S-a constatat, de asemenea, că anumiți factori de risc de mediu pun oamenii la un risc mai mare de a dezvolta dependență de cumpărături. De exemplu, a avea un venit mai mare sau a avea carduri de credit poate face cumpărăturile compulsive mai accesibile. Schimbările din mediul tău personal, cum ar fi un divorț sau îndepărtarea de cei dragi, ar putea influența, de asemenea, cumpărăturile compulsive determinate de

emoții, deoarece unii oameni spun că cumpărăturile au ca scop atenuarea sentimentelor de singurătate, neputință sau vinovăție.

Dependența de cumpărături poate coincide cu afecțiuni de sănătate mintală care implică impulsivitate și compulsivitate, inclusiv tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC), tulburările de personalitate, tulburările de anxietate și tulburarea de alimentație excesivă. De asemenea, poate fi asociată cu tulburări afective, cum ar fi depresia. Alte cercetări au arătat că dependența de cumpărături tinde să apară în familii, în special în familiile care trăiesc cu tulburări de dispoziție, anxietate sau consum de substanțe.

Care este diferența dintre shopping-ul impulsiv și cel compulsiv? Atunci când faci o achiziție neplanificată, însă utilă, vorbim despre shopping impulsiv. Shopping-ul compulsiv este mai degrabă planificat cu intenția de a estompa sentimentele negative. Persoana dependentă de cumpărături poate face și shopping impulsiv.

Semne și simptome care trădează dependența de cumpărături. De multe ori, persoana care suferă de o asemenea dependență fie nu conștientizează că are o problemă, fie o ascunde de cei din jur. Persoana care suferă de shopping compulsiv este trădată de următoarele:

- Obsesia de a face cumpărături zilnic sau săptămânal
- Nevoia de a face cumpărături pentru a se calma, relaxa, detensiona
- Este copleșită de euforie și de încântare după ce face o achiziție
- Cumpără lucruri inutile
- Fură sau minte pentru a putea face shopping
- Se simte vinovată după ce face cumpărături, însă face acest lucru în continuare
- Are probleme financiare din cauza cumpărăturilor, cheltuiește mai mult decât are
- Nu reușește să se abțină de la cumpărături
- Face cumpărături în secret (în special online)

Una din formele dependneței de cumpărături este dependența de *cumpărături online.* Internetul este platforma perfectă pentru a face cumpărăturile și mai incitante și există dovezi care susțin afirmația că au crescut cumpărăturile problematice. Capacitatea de a cumpăra articole cu doar un click este incitantă. Este simplu și rapid. De asemenea, elimină nevoia de a te plimba de la un magazin la altul, ceea ce întârzie procesul de cumpărături și achiziție. Pentru cei cărora le place varietatea, există numeroase magazine pentru cumpărături online – unele dintre ele par să vândă aproape orice și oricât. În această măsură, cumpărăturile online pot dura doar câteva secunde sau ore, zile și chiar săptămâni sau mai mult, în funcție de achiziție. Aici, cumpărătorul primește satisfacții de două ori – după ce face achiziția și după ce primește acel articol. Pentru cei dependenți de cumpărături, totuși, există din ce în ce mai puțină plăcere față de articolul achiziționat. De fapt, poate duce la rușine și regret – două sentimente pe care le trăiesc în mod obișnuit cei care se confruntă cu dependența.

13.3. Tipare ale shoppingului compulsiv

Shoppingul compulsiv este asemănător cu alte adicții comportamentale, precum mâncatul compulsiv sau jocurile de noroc. Asemeni acestora din urmă, primul se asociază și cu alte probleme de ordin psihologic precum depresia, anxietatea și chiar cu tulburarea obsesiv-compulsivă. Totodată, dacă celelalte adicții se dezvoltă în adolescență, cea de cumpărături se dezvoltă, în mare parte, după vârsta de 30 de ani, când oamenii devin independenți financiar.

1. **Impulsul de a cumpăra.** Cei care au dependență de cumpărături vor face achiziții impulsive, fără a ține cont de utilitatea sau necesitatea celor cumpărate. Adesea își vor ascunde obiceiurile, iar lucrurile cumpărate pot rămâne perioade îndelungate nedesfăcute, ei continuându-și ciclul achizițiilor neevaluate corespunzător. Mai târziu, astfel de persoane pot dezvolta „hoarding" (tulburare de tezaurizare).
2. **Euforia cumpărătorului.** Persoanele care au dependență de cumpărături vor experimenta o stare euforică atunci când fac achiziții. Starea nu este dată de posesia anumitor lucruri, ci de acțiunea de a cumpăra. Această stare poate deveni adictivă.
3. **Amorțirea emoțiilor negative.** Shoppingul compulsiv este și o tentativă de a umple un gol emoțional resimțit în singurătate, lipsă de control sau stimă de sine scăzută. Adesea o emoție negativă precum cea în urma unui conflict, sau o frustrare resimțită vor atrage nevoia de a face cumpărături. Scăderea emoției negative este doar temporară și, adesea, urmată de sentimente de vinovăție și anxietate crescută în urma comportamentului compulsiv.
4. **Vinovăție și remușcări.** O sesiune de cumpărături compulsive este urmată de remușcări care, la rândul lor pot deveni un nou *trigger* pentru repetarea comportamentului. Se creează astfel un cerc vicios, fiind tot mai dificil să ținem sub control un astfel de comportament.

Persoanele cu dependența de cumpărături se încadrează probabil într-unul dintre aceste tipuri:

- **Consumatorii compulsivi**: oameni care fac cumpărături atunci când se confruntă cu o suferință emoțională.
- **Pasionați de trofee:** întotdeauna cumpără articolul perfect.
- **Pasionații de cumpărături:** își doresc imaginea de mari cheltuitori și iubesc articolele strălucitoare.
- **Căutători de chilipiruri:** cumpără articole de care nu au nevoie pentru că sunt la reducere.

- **Cumpărători bulimici:** sunt cei prinși într-un cerc vicios de cumpărare și returnare a obiectelor achiziționate.
- **Colecționari:** nu se simt completi decât dacă au un articol în fiecare culoare sau fiecare piesă dintr-un set.

Pe termen scurt, dependența de shopping oferă o stare de bine. Pe parcurs, din cauza dificultăților financiare, apar anxietatea și vina. Pe termen lung, pot apărea datoriile, problemele financiare tot mai mari, conflictele cu cei apropiați și, în unele cazuri, divorțul.

Psihologul american Scott Bea, profesor la Facultatea de medicină din Cleveland, Ohio, afirmă că există cercetări care demonstrează că „*retail therapy*" (terapia prin cumpărături) are un impact pozitiv, atunci când este făcută cu moderație, desigur. Fie că adaugi produse în coșul de cumpărături virtual sau petreci câteva ore în magazinul preferat, ai parte de emoții pozitive și o stare psihică mai bună. Din nou, recomandat este să nu exagerăm pentru a ne putea bucura de aceste recompense menite să ne dea o stare plăcută.

Shopping-ul ne poate da un sentiment de control. Un alt studiu din 2014, condus de Universitatea din Michigan arată că achiziționarea unor produse pe placul tău este de 40 de ori mai eficientă în dobândirea sentimentului de control decât lipsa shopping-ului. Cei care au făcut achiziții au fost evaluați și ca fiind mai puțin triști decât cei care doar au căutat produse on-line, fără a achiziționa nimic. Cumpărăturile oferă și o stimulare senzorială care ne poate ajuta să vizualizăm rezultate pozitive afirmă Scott Bea. Atleții, spre exemplu, au constatat că acest mod de vizualizare poate crea anticipări pozitive reducând anxietatea. Eliberarea dopaminei are loc chiar înainte de a efectua cumpărăturile, din momentul căutărilor și anticipării plăcerii ce urmează.

13.4. Tratamentul dependenței de cumpărături

Tratamentul dependenței de cumpărături este în mare parte, bazat pe terapia cognitiv- comportamentală. Pacientul și terapeutul său vor lucra în acest sens pentru a determina ce anume a determinat această adicție, care au fost emoțiile și tiparele mentale care au generat dependența de shopping, iar ulterior vor stabili mecanisme de coping care să ajute persoana în cauză să renunțe la aceste acte repetitive. Înțelegând ce gânduri și emoții i-au determinat apariția dependenței față de cumpărături, pacientului îi va fi mai ușor să iasă de sub dominația acesteia și-și va relua activitățile.

Terapia cognitiv-comportamentală și consilierea psihologică pot fi folosite în tratarea dependenței de shopping. Terapeutul și clientul lucrează împreună pentru a descoperi credințele greșite și gândurile problematice. De exemplu, credința greșită ar putea fi: „Trebuie să cumpăr lucruri ca să mă simt bine". Gândul problematic poate fi: „Trebuie să cumpăr asta acum și văd eu cum acopăr gaura din buget mai târziu".

Un psiholog poate ajuta pacientul să identifice cauzele pentru care simte nevoia compulsivă de a face achiziții inutile. Scopul este de a înlocui aceste gânduri negative cu gânduri pozitive și de a dezvolta mecanisme de adaptare utile care pot înlocui impulsurile bruște. Vor fi sugerate noi strategii până când individul își va reveni. În acel moment, accentul se pune pe întreținere, care implică oprirea oricăror comportamente inutile sau compulsive de cumpărături.

Obiectivele terapiei vor fi:

- acceptarea faptului că shopping-ul nu ne scapă de probleme, ci este doar o falsă evadare din fața realității
- dorința de schimbare
- înlocuirea acestei plăceri cu o alta mai sănătoasă/ mai puțin costisitoare
- înțelegerea faptului că fiecare persoană poate deține controlul asupra propriei vieți.

Este necesar de a realiza modificări în *stilul de a face cumpărături*:

- stabilirea unui buget personal cu toate necesitățile lunii respective și sumele de bani alocate pentru fiecare, apoi completarea tuturor cheltuielilor zilnice
- dezabonarea de la newsletterele magazinelor online
- renunțarea la cardul de credit
- la cumpărături se va merge cu o sumă de bani prestabilită, fără vreun card la dispoziție
- economisirea banilor pentru ceva important pentru persoana respectiva (o casa, masina, o excursie)
- înainte de plecarea la cumpărături se va face un necesar de acasă (o lista de cumpărături), inventariind întâi lucrurile pe care le are deja, pentru a vedea dacă mai are nevoie sau nu de un anumit produs
- cumpărarea unui produs de o valoare mare nu se va face într-un impuls de moment, ci a doua zi, lăsând un timp de gândire privind necesitatea acestuia.

Tratamentul medicamentos poate fi necesar atunci când dependența de cumpărături se asociază cu anxietate, depresie, tulburare obsesiv-compulsivă, cu alte dependențe (de alcool, de medicamente etc.).

13.5.Prevenirea și controlul shopping-ului compulsiv

Oricui îi place să facă, în limita bunului simt, cumpărături. Însă dacă atunci când mergi la cumpărături experimentezi trăiri anormal de intense și plăcute, e posibil să fii în pericol de dependență.

Pentru început, este importantă o limitare a bugetului. Concret, o persoană apropiată (soț, mamă, soră, copil) trebuie să îi țină banii și să îi ofere strict când are nevoie de ei, limitând astfel posibilitatea dependentului de a face cumpărături.

Stabilește-ți lunar o limită a bugetului pentru cumpărături, de la care nu te vei abate, orice ar fi. Încearcă, atunci când vezi ceva într-o vitrină, să te gândești de două ori înainte de a face achiziția. Dacă ajungi la concluzia că ai nevoie de articolul respectiv, atunci e în regulă să îl cumperi dacă te încadrezi în buget. Tratarea tulburărilor psihice precum depresia sau anxietatea este foarte importantă întrucât pe fondul acestora pot apărea tot felul de dependențe, printre care și cea de cumpărături.

Când vorbim despre o dependență, recomandat este să apelăm la specialiști care ne pot ajuta să o depășim folosind o serie de instrumente care să ne sprijine în acest proces deloc simplu. Rolul specialistului este și acela de a ne ajuta să înțelegem care este rolul cumpărăturilor în viața noastră și de ce păstrăm acest comportament.

Iată și câteva sfaturi pentru a ne ghida în acest demers:

1. **Atunci când mergi la cumpărături nu lua un coș**. Cei care iau un coș de cumpărături vor avea tendința de a cumpăra mai multe lucruri decât și-au propus, așadar, dacă știi că ai această dificultate, renunță la coș sau să împingi vreun cărucior de cumpărături.
2. **Nu petrece prea mult timp în magazin.** Dacă este necesar, poți seta o alarmă, în special dacă știi că ai obiceiul să rămâi printre rafturi să studiezi îndelung produsele. Cu cât petreci mai mult timp acolo, crește riscul de a cumpăra lucruri nenecesare.
3. **Dacă ești femeie, fă cumpărăturile însoțită de un bărbat.** Adesea, femeile vor petrece mai mult timp în magazine dacă sunt însoțite de prietene sau chiar de copii. Cum bărbații sunt cunoscuți a nu avea răbdare la cumpărături, acest lucru ajută să reducem timpul petrecut acolo.
4. **Nu atinge și nu gusta**. Anumite cumpărături impulsive sunt declanșate de experiențe senzoriale și te ajuți dacă înveți să reziști tentației de a simți materialul unei cămăși de care nu ai nevoie sau de a gusta produsele oferite într-un magazin alimentar.
5. **Observă-te și distrage-ți atenția cât stai la casă pentru a achita produsele**. Multe cumpărături impulsive au loc așteptând la casa de marcat, cu o sumedenie de produse în apropiere. Poți vorbi la telefon cu o prietenă sau îți poți verifica mesajele și email-urile în acele momente.
6. **Nu uita să îți arăți compasiune.** Comportamentul este menit să ne ajute să gestionăm o problemă, este o adaptare normală a noastră la un mediu de viață. Dacă rolul adicției este cel al unui protector, în primul rând ne ajută să renunțăm la blamare și rușine, care întreține adicția. Compasiunea înseamnă acceptarea suferinței cu blândețe față de propria persoană și găsirea resurselor pentru a ne ajuta



. Sarcini și activități de învățare:

1. Identificați cauzele ce pot duce la apariția dependenței de cumpărături.
2. Numiți simptomele dependenței de cumpărături.
3. simptomele dependenței alimentare.
4. Numiți și caracterizați tiparele de shopping compulsiv.
5. Dezvoltați măsurile de prevenire de prevenire/controlul al shopping-ului compulsiv.

14. PREVENȚIA, TRATAMENTUL ADICȚIILOR

Finalități de studiu:

1. Să cunoască modelele științifice explicative ale comportamentelor adictive.
2. Să aplice cele trei tipuri de prevenție a adicțiilor: primară, secundară, terțiară.
3. Să proiecteze măsuri de prevenire/combatere a dependențelor.

14.1. Considerații generale

Există două tipuri de adicții: cele care presupun consumul de substanțe și cele comportamentale.

Tipurile de substanțe față de care persoanele ar putea dezvolta o adicție, conform Manualului de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor mintale (DSM-5), sunt următoarele:

- Cafeaua;
- Alcoolul;
- Tutunul/nicotina;
- Canabisul/marijuana;
- Substanțe halucinogene (LSD, PCP – „praful îngerilor”);
- Hipnotice, sedative sau anxiolitice (pastile pentru dormit, benzodiazepine, barbiturice);
- Inhalanți de tipul aerosolilor, al diluanților de vopsea, al gazelor și al nutriților;
- Opioide (codeină, oxicodină, heroină);
- Substanțe stimulante (amfetamină, cocaină, metamfetamină).

În ceea ce privește adicțiile comportamentale DSM-5 recunoaște în prezent doar jocul patologic de noroc ca fiind o dependență și nu include alte comportamente din cauza lipsei cercetărilor în detaliu. Însă, în prezent experții comportamentali se axează pe studierea și a altor conduite care au luat din ce în ce mai multă amploare în rândul oamenilor și pe care aceștia le consideră adicții comportamentale:

- Social media (petrecerea unui timp îndelungat pe rețelele de socializare);
- Jocuri online;
- Consumul de pornografie;
- Comportamente riscante (de exemplu, furatul din magazine);
- Cumpărături;
- Mâncatul;
- Sport sau urmarea unei diete.

14.2. Modele teoretice

De-a lungul timpului cercetătorii au încercat să dezvolte modele teoretice cât mai potrivite pentru elaborarea programelor de prevenție atât în cazul adicțiilor de substanțe, cât și în cazul celor comportamentale. Vom descrie câteva modele teoretice care funcționează în conceperea unor strategii de prevenție pentru ambele tipuri de adicții.

1. Modelul social-cognitiv

Acest model se bazează pe teoriile conform cărora credințele pe care oamenii le au despre un anumit comportament (de exemplu, atitudine, riscul perceput, controlul comportamental perceput) influențează intenția de a implementa sau nu acel comportament în viitor. Astfel, pentru ca o persoană să adopte un comportament sănătos sau să renunțe la unul nociv este important ca acesta să conștientizeze că acel comportament dăunător reprezintă o amenințare pentru sănătatea sa, că este capabil să își însușească comportamentul sănătos și că, făcând această schimbare, viața sa nu va mai fi în pericol. Pentru ca programul bazat pe modelul social-cognitiv să aibă efect persoana trebuie convinsă că beneficiile obținute în urma abordării comportamentului sănătos sunt mult mai mari decât în cazul în care acesta continuă să realizeze acele acțiuni nocive. În caz contrar, este puțin probabil ca schimbarea să survină. De exemplu, dacă o persoană este nemulțumită de mediul dăunător în care trăiește, ea va considera consumul de droguri ca fiind o modalitate de evadare de realitate, ceea ce pentru acea persoană, în acest moment, reprezintă un beneficiu mult mai mare decât dacă ar renunța la acest comportament. De asemenea, o persoană poate considera că este mai benefic să mănânce în continuare alimente nesănătoase, deoarece un stil de viață sănătos ar fi mult mai costisitor financiar.

2. Modelul environmental

Atunci când ne referim la condițiile din mediul înconjurător care pot să ajute în prevenirea adicțiilor sau, în caz contrar, să potențeze dezvoltarea unei dependențe, regăsim o serie de factori care pot să varieze: statutul socioeconomic, contextul familial, relațiile cu vecinătatea/anturajul, expunerea la poluare.

Dacă ar fi să catalogăm aceste condiții, factorii de risc din mediu în dezvoltarea unor dependențe sunt reprezentați de experiențele de viață negative care înglobează un statut socioeconomic scăzut, disfuncțiile din mediul familial (adicția unui părinte, violența domestică), lipsa grupului de prieteni și singurătatea. Factorii protectivi din mediu sunt reprezentați de experiențele de viață pozitive astfel încât o familie suportivă și echilibrată, dar și suportul social perceput pot să reducă riscul dezvoltării unei dependențe. Astfel, se poate observa că mediul este extrem de important în ceea ce privește prevenția dependențelor, recomandându-se intervenția atât la nivel intrapersonal, cât și interpersonal.

Având în vedere modelul environmental în elaborarea programelor de prevenție în adicții, Gibson și Collins aduc în vedere importanța accesibilității pe care o avem în ceea ce privește anumite obiecte sau comportamente. Astfel, în momentul în care realizăm o intervenție pentru a reduce riscul de a dezvolta o dependență, putem să modelăm mediul înconjurător astfel încât persoanele să nu aibă un acces atât de facil la o anumită substanță/stimul. Pornind de la această teorie, faptul că anumite tipuri de alcool sunt servite în pahare mai mari (de exemplu, berea) sau faptul că shot-urile de tequila/vodcă sunt servite toate la un loc pe o tavă și nu individual pot să afecteze decizia unei persoane de a consuma mai mult sau mai puțin alcool.

3. Modelul neuroștiințific

Steinberg a studiat modul în care adolescenții își asumă riscuri și iau decizii dezvoltând un model neuroștiințific care să explice întregul proces. Conform acestuia, asumarea riscurilor este activată de sistemul dopaminergic, care duce la creșterea căutării recompenselor în timpul pubertății prin impactul pe care îl are asupra sistemului emoțional și social al puberilor. Deși căutarea recompensei în această perioadă este la un nivel destul de ridicat, ea precedă maturizarea structurală a controlului sistemului cognitiv, precum și a conexiunilor acestuia cu cel socioemoțional, acest proces desfășurându-se treptat pe întreaga perioadă a adolescenței, ca la finalul acestei etape adolescentul să aibă o capacitate ridicată de autoreglare emoțională și un nivel crescut al controlului impulsurilor. Riscul de a se confrunta cu o dependență este foarte ridicat în această perioadă de tranziție, de la pubertate la adolescență, deoarece există diferența de timp între dezvoltarea sistemului

socioemoțional și maturizarea si maturizarea sistemului cognitiv, astfel încât cele două să fie într-un echilibru, este una destul de crescută, iar aceasta creează o perioadă de vulnerabilitate în ceea ce privește asumarea riscurilor și luarea deciziilor.

Este important ca programele de prevenție să se bazeze și pe modelul neuroștiințific, deoarece oferă indicii importante privind dezvoltarea puberilor și adolescenților, dar și detalii despre ariile în care aceștia ar avea nevoie de suport pentru a evita confruntarea cu o anumită dependență.

14.3.Tipuri de prevenții în adicție

1. Prevenția primară

Această abordare urmărește să prevină dezvoltarea unor dependențe înainte ca acestea să apară. În ceea ce privește consumul de substanțe, LeNoue și Riggs propun două tipuri de prevenții primare:

- *la nivel individual:* programul are în primul rând o componentă de psihoeducație, prin care se dorește diseminarea infromațiilor referitoare la consecințele consumului de substanțe și efectele acestora pe termen lung, precum și promovarea unor atitudini împotriva realizării acestui comportament. Următoarele aspecte luate în considerare înglobează creșterea stimei de sine și a abilităților decizionale, oferirea alternativelor pentru consumul de substanțe, creșterea gradului de conștientizare asupra influenței sociale pe care o are o substanță. În urma consumului persoanele pot deveni paranoice, pot considera că prietenii lor se transformă în dușmani, dar și agresive și violente față de cei apropiați, astfel încât drogurile pot cauza o ruptură a relațiilor sociale cu ceilalți.
- *la nivelul comunității:* are tot o componentă de psihoeducație, în urma căreia comunitatea să se mobilizeze împotriva consumului de substanțe. Pe lângă aceasta, programul preventiv propune reducere aprovizionării prin restricționarea accesului la substanțe, implementarea în comunitate/la nivel național a unor programe mai ample de asistență socială, promovarea sănătății și educației.

Pe lângă cele două tipuri de prevenții primare ce pot fi preluate și adaptate în cazul comportamentelor adictive pot fi elaborate și aplicate programe de prevenție la nivel familial destinat părinților/tutorelui legal. Având în vedere că relațiile bune cu familia reprezintă un factor protectiv, aceștia pot învăța în timpul programului cum să comunice eficient și asertiv, cum să își seteze clar expectanțele față de copii, cum să îi supravegheze fără să fie băgăreți, cum să stabilească limite și află informații despre consumul de substanțe sau alte comportamente adictive.

2. Prevenția secundară

Acest tip de prevenție are ca scop întreruperea consumului de substanțe sau a comportamentelor adictive în rândul persoanelor care prezintă semne timpurii ale consumului. Practic, se bazează pe identificarea timpurie a dependenților pentru a putea interveni cât mai repede în reducerea sau stoparea consumului/comportamentului. Focusul acestui tip de prevenție îl constituie identificarea problemei și oferirea unui tratament mai rapid pentru a interveni/încetini consecințele negative care apar în urma confruntării cu o dependență. Față de prevenția primară acest tip de program nu poate să ajungă în profunzimea problemelor ce cauzează dependențe, axându-se pe intervenția asupra simptomelor identificate în prezent. Pentru a putea detecta devreme semnele unei eventuale dependențe, programele fundamentate pe acest tip de prevenție presupun în cea mai mare parte screeningul populației cu risc crescut de a dezvolta o adicție. De exemplu, în momentul unor vizite medicale, se utilizează chestionare și instrumente de screening pentru a identifica un posibil abuz de substanțe. De asemenea, cadrele didactice sunt instruite pentru a putea observa de timpuriu semne ale dezvoltării unei posibile dependențe în rândul elevilor. Un program de prevenție secundară, în cazul dependenței de substanțe, se poate fundamenta pe accesul la informație și tratament (atât medicamentos, cât și psihoterapeutic), fără ca persoanele să fie judecate. Accesul la echipament steril (de exemplu, seringi, în cazul consumului de heroină). Toate aceste strategii se pot folosi în centre special dezvoltate pentru a preveni consumul de substanțe, astfel încât persoanele aflate în situații de această natură să știe unde pot să apeleze.

Prevenția secundară bazată pe screening se folosește și în cazul adicțiilor comportamentale, existând anumite strategii care pot fi preluate și adaptate prin programele de prevenție a dependenței de substanțe (de exemplu, medicație și psihoterapie, lipsa judecării din partea celor ce asigură intervenția), însă în acest caz sunt necesare și strategii specifice și particularizate în funcție de tipul comportamentului adictiv.

2. Prevenția terțiară

Această abordare implică tratarea persoanelor care sunt deja afectate de consumul de substanțe sau de recurgerea la un anumit comportament adictiv. Activitățile de prevenție în acest sens își propun să împiedice apariția unor consecințe mai grave în ceea ce privește sănătatea fizică și mintală a oamenilor care se confruntă cu o anumită dependență. Programele care sunt fundamentate pe acest tip de intervenție se axează pe reabilitarea persoanelor dependente și prevenirea recăderilor.

În ambele tipuri de adicții, prevenția terțiară înglobează majoritatea strategiilor prezentate: intervenții timpurii la nivel individual/interpersonal, tratament farmacologic, reabilitare și reintegrare socială, psihoterapie și consiliere.

14.4. Tratamentul adicțiilor

Programul de tratament al adicțiilor este orientat spre trei direcții:

1. **Tratamentul consecinţelor somatice**: dependenţa fizică de substanţă, bolile somatice alăturate.
2. **Tratamentul dereglărilor funcţiilor psihice**: dereglările percepţiei, memoriei, gîndirii sau a capacităţii de a soluţiona problemele, dereglările limbajului, dereglările emoţionale, motivaţionale, dreglarea psihomotoricii.
3. **Tratamentul dereglărilor în dezvoltare**, care influenţează modul de viaţă. Incapacitatea de a duce un mod de viaţă sinestătător, lipsa studiilor medii sau profesionale, absenţa prietenilor sau existenţa acestora doar în mediul dependenţilor, lipsa perspectivelor de viaţă.

Un tratament reușit este condiționat și de un diagnostic corect stabilit. Astfel, trebuie de luat în considerare:

1. **Excitaţii din mediul extern** (prietenii, grupul de referinţă)
2. **Particularităţile interne individuale** (dispoziţie depresivă, dureri, etc.)
3. **Motivaţia.** Se exprimă prin gradul de predispunere de a modifica starea actuală şi presupune:
   - ✓ Dorinţa de a începe tratamentul.
   - ✓ Colaborarea activă în atingerea scopurilor terapeutice.
   - ✓ Tendinţa de a evita recidivele după finisarea tratamentului.

Doar după câțiva ani, când consecințele negative ale consumului încep să devină mai puternice, persoana este gata să înceapă tratamentul.

Izolarea socială, pierderea serviciului, problemele apărute cu legea, multiplele afecţiuni somatice joacă un rol important în motivarea tratamentului.

Dar deoarece motivaţia extrinsecă după începutul tratamentului slăbeşte, trece pe planul doi, amintirile despre trăirile plăcute ce survin în urma consumului încep din nou să domine. Aici e important să susţinem motivaţia individului prin conştientizarea consecinţelor negative ale consumului şi a consecinţelor pozitive de durată a tratamentului. Peste 2-3 ani după terminarea tratamentului de la 40-80%din toţi ce au trecut tratamentul din nou încep consumul substanţelor.

Pentru debarasarea definitivă de dependenţă deseori e nevoie de 10-20 ani, pe parcursul cărora continuă măsurile terapeutice şi încercările de autotratament.

Metodele terapeutice care sunt orientate spre preîntâmpinarea recidivelor se bazează pe principii comportamentale:

- analiza situaţiilor individuale critice,
- evitarea situaţiilor critice,
- antrenarea unor comportamente incompatibile cu recidivele.

Tratamentul comportamentului adictiv presupune:

1. **Tratament medicamentos:**
   - Susţinerea pe perioada de dezintoxicare (administrarea calmantelor, analgezicilor...)
   - Tratamentul bolilor adiacente şi a complicaţiilor
   - Înlocuirea treptată a drogului
   - Tratamentul cu medicamente ce creează sensibilitatea la alcool
   - Utilizarea substanţelor ce micşorează necesitatea în alcool.
2. **Tratament psihoterapeutic:**
   - Terapia comportamentală
   - Terapii analitice
   - Terapii eclectice
   - Etc.
3. **Socioterapia:**
   - „Cămine" terapeutice cu foştii narcomani şi alcoolici în calitate de "personal"
   - Societăţi terapeutice cu terapeuţi profesionişti (clinici specializate)
   - Grupurile ambulatorii de autoajutor (de ex. Societatea alcoolicilor anonimi etc.)



Sarcini și activități de învățare:

1. Aplicați modelele științifice explicative ale comportamentelor adictive în elaborarea măsurilor de psihoprofilaxie.
2. Explicați cele trei tipuri de prevenție a adicțiilor: primară, secundară, terțiară
3. Proiectați măsuri de combatere a dependențelor.

BIBLIOGRAFIE:

1. ADAMS, G., BERZONSKY, M. *Psihologia adolescenței: Manualul Blackwell.* Iași: Polirom, 2009. 704 p. ISBN 978-973-46-1303- 8-1.
2. ANDRE, C. *Cum sa ne exprimăm emoţiile şi sentimentele.* București: Trei, 2003. 368 p. ISBN 978-973-707-904-6.
3. BRAD, M. *Copiii şi lumea virtuală: program în 7 paşi pentru vindecarea copilăriei copilului tău.* București: For You, 2020. ISBN 978-606-639-365-2.
4. BONCHIȘ, E. (coord.) *Generația Z: o perspectivă psihologică și educațională*. Iași: Polirom, 2021. ISBN 978-973-46-8384-0.
5. CALANCEA, A. *Trainingul de dezvoltare a competențelor afective.* Chișinău: Tipografia Centrală, 2012. ISBN 978-9975-53-096-5.
6. CHOPRA, D. *Comportamente dependente*. București: Curtea veche, 2003. ISBN 973-669-016-4.
7. CLEGG, B. *Dezvoltarea personală*. Iași: Polirom, 2003. ISBN 973-681-318-5.
8. DAVID, D. *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*. Iași: Polirom, 2013. ISBN 978-973-46-6819-9.
9. DUCANDA, Anne-Lise. *Copiii în fața ecranelor: cum îi protejăm*. București: Corint print, 2023. ISBN 978-606-088-095-0.
10. ENEA, V. *Intervenții psihologice în școală. Manualul consilierului școlar*. Iași: Polirom, 2019. 704 p. ISBN 978-973-46-6358-3.
11. ENEA V., MOLDOVAN A., ANTON R. *Tulburările de comportament alimentar şi obezitatea la copii şi adolescenți.* Iași: Polirom, 2017. 248 p. ISBN 978-973-46-6466-5.
12. MATE, G. *Pe tărâmul fantomelor înfometate. Prizonieri în lumea dependenței.* București: Ed. Herald, 2019. ISBN 978-973-111-581-8.
13. GOLDEBERG, R. *Dependențele copiilor și tinerilor. Lupta pentru libertate.* București: Univers Enciclopedic Gold, 2016. ISBN 978-606-704-150-0.
14. HERMEZIU, C. (coord.) *Viața pe Facebook: dau like, deci exist*. Iași: Polirom, 2020. ISBN 978-973-46-8070-2.
15. HOLDEVICI, I., CRACIUN, B. *Orientări contemporane în psihoterapie și consiliere psihologică.* București: Trei, 2019. ISBN 978-606-40-0631-8.
16. KARNER-HUȚULEAC, A., HUȚUL, T. (coord.). *Adicțiile în societatea contemporană. De la acceptare la schimbare.* Iași: Polirom, 2023. ISBN 978-973-46-9599-7.
17. LUPU, V. *Jocul patologic de noroc la adolescenţi.* Cluj-Napoca: Ed. Risoprint, 2008. ISBN 978-973-751-925-2.
18. MARHAN, A. M. *Psihologia utilizării noilor tehnologii.* Iași: Ed. Institutul

European, 2007. ISBN 978-973-611-513-4.
19. MARSHALL, B. *Copiii şi lumea virtuală*. Bucureşti: For You, 2020. 263 p. ISBN 978-606-639-365-2.
20. PALLADINO, L. *Copiii în epoca dependenței de tehnologie*. Iași: Polirom 2015. ISBN 978-973-46-5267-9.
21. PÂNIȘOARĂ, G. *Parenting de la A la Z: 83 de teme provocatoare pentru părinții de zi.* Iași: Polirom, 2022. ISBN 978-973-46-8782-4.
22. PRELIPCEANU, D., VOICU, V. *Abuzul şi dependența de substanțe psihoactive.* București: InfoMedica, 2004. ISBN 973-791-2330.
23. RIZEANU, S. *Psihoterapia jocului de şansă patologic*. Bucureşti: Universitară, 2013. ISBN 978-606-591-673-9.
24. RIZEANU, S. *Dependenţa de jocuri de noroc. Ghid de ajutor pentru jucătorii patologici de noroc şi familiile acestora*. Bucureşti: Universitară, 2012. ISBN 978-606-591-357-8.
25. RIZEANU, S. *Psihoterapie și consiliere.* București: Editura Universitară, 2014. ISBN 978-606-280-07-10.
26. RIZEANU, S., HAICA, C. *Consiliere psihologică.* București: Editura Universitară, 2020. ISBN 978-606-28-1164-8.
27. SVANBERG, J. Addiction. *Psihologia dependenței și a comportamentului adictiv.* București: Prior, 2019. ISBN 978-973-88195-6-6.
28. WRIGHT, H. Norman. *Ghid complet de consiliere în criză și traumă.* București: Gramma, 2023. ISBN 978-630-651-31-85.