

FACTORI DE RISC ÎN COMPORTAMENTELE ADICTIVE

*Cucer Angela, doctor în psihologie, conferențiar cercetător,
cercetător științific coordonator, Institutul de Științe ale Educației
Hoidrag Traian, psiholog Agenția Națională Antidrog, România,
doctorand UPS „Ion Creangă” din Chișinău*

CZU: 159.9

Abstract

In this article we aim to identify and analyze the risk factors associated with sex addiction, taking into account the fact that, at its initiation and development, several factors contribute, which are called "risk factors". We chose this type of dependence because its prevalence and consequences are underestimated, there are some divergences among researchers regarding the diagnostic criteria, and in psychological practice it is observed that a significant number of people seeking counseling have the elements of such a addictions in the background, in addition to their main problem, which may be gambling addiction or other disorder.

Key-words: addictive behaviors, risk factors, sex addiction.

Domeniul adictologiei s-a dezvoltat foarte mult în ultimii 30 ani, prin apariția multor lucrări de referință, care încearcă să ofere explicații ale cauzelor inițierii și dezvoltării dependenței sau noi modalități de intervenție psihologică. Dacă despre consumul de substanțe există o literatură de specialitate semnificativă, despre celelalte comportamente adictive, cum ar fi dependența de jocurile de noroc, jocurile pe internet, utilizarea rețelelor de socializare sau dependența de muncă, studiu, cumpărături, sex, bronzare și cleptomanie, încă mai sunt unele aspecte care necesită o analiză aprofundată. O astfel de adicție, care are nevoie o conceptualizare și analiză profundă, este dependența de sex, care face subiectul acestui articol, și pentru o mai bună înțelegere a sa, vom utiliza următoarele concepte:

Adicția este „o stare de dependență psihologică sau fizică (sau ambele) de consumul de alcool sau alte medicamente. Termenul este adesea folosit ca termen echivalent pentru dependența de substanțe și uneori aplicat tulburărilor de comportament, cum ar fi dependențele sexuale, internetul și jocurile de noroc” [3].

Factorii de risc sunt „acele caracteristici, variabile sau circumstanțe care, acționând în viața unei persoane, contribuie la creșterea probabilității ca acea persoana să dezvolte o problemă de comportament, în comparație cu orice altă persoană din populația generală, selecționată la întâmplare” [12].

Dependența de sex mai este cunoscută și cu următoarele **denumiri**: „tipul Casanova, promiscuitate compulsivă, sexualitate compulsivă, Don Juan(ita)ism, sindromul Don Juan, complexul Don Juan, erotomania, hiperestezia, hipereroticism, hiperlibido, hipersexualitate, precocitate sexuală idiopatică, libertinism, complexul Messalina, nimfomanie, suprasexualitate, promiscuitate pansexuală, multiparteneriat patologic, promiscuitate patologică, satiriazis, hiperversiune sexuală, uretromania” [10] și comportament sexual compulsiv. Acest tip de adicție este **definită** ca o „tulburare în care o anumită formă de comportament sexual care poate funcționa atât pentru a produce plăcere, cât și pentru a asigura o evadare din disconfortul intern este folosit într-un tipar caracterizat de: 1) eșecul recurent în controlul comportamentului sexual și 2) continuarea comportamentului sexual, în ciuda consecințelor dăunătoare semnificative,, [7].

O persoană cu dependență de sex are impulsul de a căuta și a se implica în comportamentul sexual, în ciuda problemelor pe care și le poate provoca sănătății fizice și psihice, și în plan familial, social, educațional ori profesional. Poate cuprinde un singur comportament sexual sau mai multe, din următoarele **tipuri**: masturbarea compulsivă, utilizarea excesivă a pornografiei

(fie printată, fie în format video sau electronic), frecvente relații extraconjugale, relații sexuale cu mai mulți parteneri, vizitarea cluburilor de striptease, exhibiționism, fetișism, travestism, practici sexuale periculoase, prostituție, sex anonim, voyeurism, sex telefonic, videochat / sex online, practici sexuale ilegale, cum ar fi incestul, pedofilia sau violul. Un dependent poate petrece un timp îndelungat în planificarea, realizarea și recuperarea din activitatea sexuală aleasă. Și în ciuda costurilor fizice, emoționale, relaționale, financiare și chiar ilegale ale acestor activități, aceste persoane se simt incapabile să-și controleze comportamentul și cu atât mai puțin să obțină și să mențină abținerea. O altă caracteristică a dependenților de sex este că aceste comportamente sexuale, descrise anterior, sunt folosite pentru a ameliora disstresul psihologic resimțit intens și frecvent, adică tristețea, anxietatea, depresia și simptomele altor tulburări mintale. În același mod, cum un dependent de alcool consumă băuturi alcoolice sau un dependent de jocuri de noroc se gândește la următoarea victorie pentru a evita problemele întâmpinate în viața personală, așa dependentul de sex alege sexul ca modalitate de a-și ameliora unele stări emoționale negative și a face față unor situații stresante sau neplăcute.

Referitor la factorii de risc, menționăm că au fost efectuate mai multe clasificări ale acestora. Astfel, J.D. Hawkins (1992), pentru dependența de substanțe, a împărțit factorii de risc în categoriile următoare: Genetici, Constituționali, Psihologici și Socioculturali (Familia, Egalii, Școala și Comunitatea) [11]. O altă clasificare realizată de Georgescu, Moldovan & Cicu (2007), enumeră următoarele trei grupe de factori de risc: sociali/contextuali, familiali și individuali [8]. În demersul nostru vom utiliza modelul *biopsihosocial*, care ia în considerare factorii de risc din domeniul biologic, psihologic și social, care pot contribui la inițierea, menținerea și severitatea dependenței. Astfel, referitor la dependența de sex, putem menționa următorii factori de risc:

I. Factori biologici

1. *Antecedente heredo-colaterale*: dacă unul sau mai mulți membri ai familiei au avut sau au o boală somatică ori o tulburare mintală, cum ar fi dependența de substanțe sau altă adicție, există posibilitatea de a dezvolta un comportament adictiv.
2. *Genele responsabile de adicție*, care se pot transmite de la părinți la copil.
3. *Genul*: în proporție majoritară predomină bărbații, adică aproximativ $\frac{3}{4}$ din persoanele cu o astfel de dependență sunt bărbați.
4. *Vârsta debutului*: dacă este situată sub 18 ani, cu atât mai severă va fi dependența și probabilitatea de a apărea și alte complicații. Dar totodată și recuperarea va fi îngreunată. Se cunoaște faptul că rețelele neuronale ajung la maturitate în jurul vârstei de 20 de ani, și de aceea orice comportament adictiv cu un istoric înainte de această vârstă afectează dezvoltarea creierului.
5. *Antecedente fiziologice și patologice*: Tulburarea deficitului de atenție și hiperactivitate (ADHD); Epilepsie; Tulburări neurologice; Tulburări endocrine, hormonale; Tulburări anxioase; Tulburări depressive; Tulburări de personalitate, în general predominând cele din clusterul B:
 - **antisocială** (ex.: nepăsare față de siguranța personală sau a celorlalți, fără a se gândi la consecințe; lipsa de remușcări, manifestată prin indiferența individului față de prejudiciile aduse altora și prin explicarea detașată a motivelor pentru care a agresat, maltratat sau escrocat alte persoane) [2, p. 659];
 - **borderline** (ex.: un tipar de relații interpersonale instabile și intense, caracterizat prin alternarea între extremele de idealizare și devalorizare; tulburări de identitate: instabilitatea imaginii de sine sau a sentimentului de sine; impulsivitate, manifestată în cel puțin 2 situații

potențial autodistructiv, cum ar fi cheltuieli excesive, relații sexuale periculoase, abuz de substanțe, condus imprudent sau alimentație compulsivă) [2, p. 663];

- **histrionică** (ex.: se simte incomod în situațiile în care nu se află în centrul atenției; interacțiunea individului cu alte persoane este adesea nepotrivită din cauza comportamentului inadecvat, cu tentă sexuală sau provocatoare; afișează o trecere rapidă de la o emoție la alta și exprimă emoții superficiale; individul se folosește în mod regulat de aspectul său fizic pentru a atrage atenția asupra sa) [2, p. 667];

- **narcisistă** (ex.: are un sentiment exagerat al importanței de sine; are nevoie constantă de admirație excesivă; are tendința de a profita de relațiile interpersonale; este lipsit de empatie: este incapabil să recunoască sau să identifice sentimentele și nevoile celorlalți; are comportament sau atitudine arogantă, de superioritate) [2, p. 659].

6. medicație pentru anumite tulburări psihice și/sau somatice.

7. Istoricul unui consum de substanțe psihoactive, cum ar fi băuturile alcoolice, cocaina, heroina sau noile substanțe psihoactive.

8. Frecvența realizării comportamentului adictiv. Cu cât este realizat mai des comportamentul adictiv, cu atât mai repede se instalează dependența și pot apărea și alte complicații.

II. Factori Psihologici

1. Stilul de gândire nefuncțional, marcat de prezența unor patternuri de gândire problematice:

➤ **Credințe iraționale**

- „Sunt, practice, o persoană proastă, nedemnă” – Imaginea de sine.

- „Nimeni nu m-ar iubi așa cum sunt” – Relațiile.

- „Nevoile mele nu vor fi satisfăcute niciodată dacă trebuie să depind de ceilalți” – Nevoi.

- „Sexul este cea mai importantă nevoie a mea” – Sexualitatea [4, p. 4].

➤ **Distorsiuni cognitive**

- „Nu merit să fiu iubit”.

- „Dacă oamenii m-ar cunoaște cu adevărat, m-ar respinge”.

- „Nu pot să mă încred în nimeni, pentru a-mi împlini nevoile”.

- „Trebuie să găsesc ceva care să pot controla pentru a-mi împlini nevoile”.

- „O lume ireală este mult mai bună decât una reală, pentru că o pot controla”.

- „Comportamentul adictiv este cea mai mare nevoie și sursă de confort”.

➤ **Scheme maladaptative timpurii**

- **Neîncredere / Abuz** (Anticiparea faptului că ceilalți îl vor răni, abuza, umili, înșela, minți, manipula sau vor profita de el. Orice formă de rănire este, de regulă, percepută ca fiind intenționată sau rezultatul unei neglijențe nejustificate și extreme. Ar putea include senzația persoanei că ajunge mereu să fie înșelată sau că iese în dezavantaj în comparație cu ceilalți).

- **Dependență / Incompetență** (Se referă la convingerea persoanei că este incapabilă să facă față responsabilităților cotidiene într-o manieră competentă, în absența ajutorului substanțial din partea celorlalți, de exemplu, să aibă grijă de sine, să rezolve probleme cotidiene, să judece lucrurile rațional, să abordeze sarcini noi, să ia decizii corecte. Se manifestă adesea sub forma neajutorării).

- **Deprivare emoțională** (Se referă la anticiparea faptului că dorința de a fi sprijinit emoțional nu va fi îndeplinită adecvat de către ceilalți, cu toate că se situează între limite normale. Există trei forme: a) deprivarea de *îngrijire*: absența atenției, a afecțiunii și căldurii sufletești sau a prieteniei; b) deprivarea de *empatie*: absența înțelegerii, a atenției, a autodezvăluirii

sau a împărtășirii reciproce a sentimentelor din partea celorlalți; c) deprivarea de *protecție*: absența sprijinului, a direcționării sau a îndrumării din partea celorlalți.

- *Subjugarea emoțiilor* (Se referă la cedarea exagerată a controlului în favoarea celorlalți, ca urmare a faptului că persoana se simte constrânsă – se supune pentru a evita furia, represaliile sau abandonul. Cele trei forme principale de subjugare sunt: *a. subjugarea nevoilor*: supresia suferințelor, a deciziilor și a dorințelor propria; *b. subjugarea emoțiilor*: supresia emoțiilor, în special a furiei. Implică de regulă, percepția că propriile dorințe, opinii și sentimente nu sunt acceptate sau importante pentru ceilalți. Apare frecvent sub forma unei complianțe exagerate, în asocieră cu o hipersensibilitate față de senzația de a fi prins într-o capcană. În general, duce la acumularea furiei, care se manifestă ulterior prin simptome dezadaptative (ex.: comportament pasiv-agresiv, izbucniri necontrolate de furie, simptome psihosomatice, retragerea afecțiunii, „scandal”, abuz de substanțe).
 - *Vulnerabilitate* (reprezintă teama exagerată că o catastrofă iminentă se va dezlănțui în orice moment și că aceasta nu va putea fi prevenită. Frica se centrează pe una sau mai multe din următoarele: a. catastrofe *medicale* (ex.: atac de cord, SIDA); b. catastrofe *emoționale* (ex.: a înnebuni); c. catastrofe *externe* (ex.: prăbușirea liftului sau a avionului, a deveni victima unui criminal, cutremur) [14].
2. Trăsături de personalitate specifice: nevrotism ridicat, extraversie și conștiinciozitate redusă, [1], agreabilitate scăzută, insatisfacție sexuală.
 3. În relațiile romantice din viața adultă manifestă un stil de atașament nesigur, temător și evitant [15], ceea ce denotă lipsa abilității de a crea intimitate [10] cu persoanele de sex opus.
 4. Istoric de tulburări emoționale (anxietate, depresie, impulsivitate).
 5. Autocontrol emoțional și comportamental foarte redus.
 6. Experimentarea la un nivel foarte ridicat și foarte frecvent a unor emoții negative: dezgust față de propria persoană, rușine [10], anxietate, depresie [13], apatie, negativism, ură, furie, gelozie, egocentrism, nemulțumire față de viață, alte persoane și cu sine, neîncredere în sine și în alții.
 7. Stimă de sine redusă [1], respectiv imagine de sine deteriorată.
 8. Fascinație pentru risc, pentru activități generatoare de senzații puternice (practicarea unor sporturi extreme, jocuri de noroc și/sau pariuri pe sume mari de bani; condusul unui autovehicul depășind limita vitezei maxime admise.
 9. Dorința de a obține beneficii imediate. Nu are planuri pe termen mediu și lung. Vrea totul aici și acum.
 10. Autovictimizare și (auto)agresivitate.
 11. Impulsivitate la un nivel ridicat, adică ia decizii de moment fără să se gândească și la potențialele capcane, riscuri sau pierderi.
 12. Tendințe obsesiv-compulsive.
 13. Traume în copilărie care nu au fost tratate și, ca o adaptare la ele, a inițiat comportamentul adictiv, de cele mai multe ori, precedat de o altă adicție, cum ar fi consumul de droguri.
 14. Tendința de a se folosi de celelalte persoane în interes propriu, de a manipula / minți.
 15. Toleranță foarte scăzută la frustrare și la pierdere.
 16. Nerespectarea regulilor și a promisiunilor, în general.
 17. Dorința și încercări repetate de a se opri din comportament, dar fără niciun rezultat [10].

18. Inițiativa accesării serviciilor de consiliere aparține familiei sau altor persoane și de aici derivă fie nicio motivație, fie motivație predominant extrinsecă pentru consiliere.
19. Relația disfuncțională cu familia, părinții și/sau frații.
20. Stil de viață dezorganizat, fără nicio minimă ordine și planificare.
21. Tendința de a sexualiza persoanele, situațiile și conversațiile și identificarea unor conotații sexuale în orice lucru mărunț sau remarcă verbală.
22. Așteptări pozitive de la realizarea comportamentului adictiv.
23. Așteptări irealiste sau inexistente de la sine, alte persoane, viață și tratament.
24. Reglare emoțională problematică: a) neacceptarea răspunsurilor emoționale; b) implicarea limitată în comportamente direcționate spre scopuri, ca răspuns la emoțiile negative și c) strategii de reglare emoțională minimale [5].

III. Factori sociali

1. Familie disfuncțională, divorțată, monoparentală sau (i)migrată economic ori politic.
2. Familie permisivă fără reguli, care manifestă neglijare față de copil sau familie cu reguli foarte stricte și rigide.
3. Locuiește singur, fără un suport psihoemoțional din partea cuiva.
4. (În curs de) Divorț sau separat.
5. Relații de concubinaj pentru perioade scurte de timp.
6. Relaționare disfuncțională cu familia, colegii sau prietenii.
7. Experimentarea în copilărie a uneia sau a mai multor forme de agresiune verbală, emoțională, fizică și/sau sexuală.
8. Profesie: multiple locuri schimbate, loc de muncă riscant, care facilitează experimentarea unui distress emoțional frecvent și intens, fie că ne referim la sarcinile profesionale care trebuiesc realizate, fie mediul – colegii și șefii.
9. Loc de muncă: transport public (taxi) sau de mărfuri (TIR), cluburi de noapte, sau joburi care presupun interacțiunea frecventă cu femei care practică sexul comercial.
10. Petrece cea mai mare parte a timpului cu acele comportamente/activități care îi întăresc convingerile eronate cu privire la sex și comportamentul sexual, decât cu alte activități recreative sau să relaționeze într-un mod eficient cu familia, prietenii și colegii.
11. Gestionarea problematică a finanțelor personale: cheltuirea frecventă a unor sume de bani pentru realizarea și/sau recuperarea după efectuarea comportamentului.
12. Juridic: cu antecedente sau probleme juridice.

Înainte de a formula unele concluzii, trebuie să avem în vedere următoarele cinci principii generale, atunci când abordăm factorii de risc:

1. Factorii de risc (caracteristici individuale sau condiții ambientale) pot sau nu să fie prezenți într-un caz concret. Practic, atunci când un factor de risc este prezent, probabilitatea ca o persoană să aibă o dependență este mai mare decât atunci când nu este prezent.
2. Prezența unui singur factor de risc nu este o garanție a producerii respectivului comportament adictiv, dar și, contrariul, absența acestuia nu garantează că acel comportament nu se va produce. De obicei adicția este mai probabilă și în orice caz este rezultatul intervenției mai multor factori, fie de ordin biologic, psihologic și social.
3. Numărul factorilor de risc prezenți este direct relaționat cu probabilitatea dependenței, chiar dacă acest efect aditiv poate fi atenuat în funcție de natura, conținutul și numărul factorilor de risc implicați.

4. Majoritatea factorilor de risc și de protecție au multiple dimensiuni măsurabile și fiecare dintre ei influențează într-o manieră independentă și global adicția.
5. Intervențiile directe sunt posibile în cazul anumitor factori de risc detectați și pot avea ca rezultat eliminarea sau reducerea acestora, scăzând probabilitatea dependenței. Contrariul, în cazul altor factori de risc, intervenția directă nu este posibilă, obiectivul principal fiind atenuarea influenței sale și, în acest fel, reducerea la maxim a posibilității ca acești factori să conducă la comportamentul adictiv [6].

Concluzii și recomandări

1. Dependența de sex se caracterizează prin prezența unui număr semnificativ de factori de risc combinați, din toate cele trei arii: biologic-medical, psihologic și social, iar analiza acestor factori de risc ne oferă posibilitatea atât pentru conceptualizarea relației dintre cauze și efecte, cât și pentru elaborarea unui plan individualizat de intervenție psihologică.
2. Consilierea psihologică, fie că este individuală, de familie sau de grup (asemănător grupurilor Alcoolicilor Anonimi), trebuie să ia în considerare restructurarea cognițiilor, ameliorarea stărilor emoționale negative care mențin adicția, patternurile comportamentale, care pot conduce la recădere și reducerea influenței factorilor de risc asupra obiectivelor consilierii.
3. Având în vedere că aceste persoane sunt neîncrezătoare în sine și în alții, și cu motivație foarte redusă în frecventarea ședințelor de consiliere este de dorit ca pe parcursul primelor întâlniri să se aplice tehnica interviului motivațional în vederea creșterii motivației interioare, după care să se introducă cu acordul beneficiarului și 1-2 sesiuni de psihoeducație, pentru a crește conștientizarea riscurilor, respectiv realizarea discrepanței între beneficiile și pierderile care pot surveni din menținerea dependenței și posibilele schimbări în conduita personală.
4. Desfășurarea unei cercetări cu scopul de a ierarhiza acești factori de risc și a-i diferenția în funcție de gen și tipurile de dependență sexuală.

BIBLIOGRAFIE

1. AMAMOU, B.; MISSAOUI, C.; HAOUALA, A.B.; MHALLA, A.; ZAAFRANE, F. and GAHA, L. Sexual addiction, self-esteem and personality dimensions. In: *Journal of Addiction Therapy and Research*. 2020, No.4, pp.6-12.
2. American Psychiatric Association. *DSM-5 Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale*. București: Editura Medicală Callisto, 2016, pp. 659, 663, 667, 669-670.
3. American Psychological Association, APA Dictionary of Psychology, ©2020. (accesat 05.05.2020). Disponibil: <https://dictionary.apa.org/addiction>.
4. CARNES, P. *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. Minneapolis, Minnesota: Hazeldon, 2001.
5. Cashwell C.S., Giordano A.L., KING K. et al. Emotion Regulation and Sex Addiction among College Students. *Int J Ment Health Addiction*. 2017, No.15, pp.16–27. (accesat 05.05.2020) <https://doi.org/10.1007/s11469-016-9646-6>.
6. CLAYTON, R.R. Transitions in drug use: Risk and protective factors. In M. D. Glantz & R. W. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse*, 1992, (pp. 15–51). American Psychological Association. DOI: 10.1037/10107-001 apud CICU, G., PODARU, D. & MOLDOVAN, A.M. *Prevenire și Consiliere Antidrog*. București: Editura Ministerului Administrației și Internelor, 2004.
7. Estellon V. & Mouras H. Sexual addiction: insights from psychoanalysis and functional neuroimaging. În: *Socioaffective neuroscience & psychology*. 2012, No. 2, 11814. (accesat 10.05.2020). <https://doi.org/10.3402/snp.v2i0.11814>.
8. GEORGESCU, D.; MOLDOVAN, A.M. și CICU, G. *Ghid de prevenire a consumului de droguri în rândul adolescenților și tinerilor*. București: Editura Ministerului Administrației și Internelor, 2007.

9. GOODMAN, A. Diagnosis and Treatment of Sexual Addiction. În: *Journal of Sex & Marital Therapy*. 1993, No. 19.3 , pp. 225-251.
10. GRIFFITHS, M.D. Addicted to love: the psychology of sex addiction. În: *Psychology Review*. 2001, No.8, pp. 20-23.
11. Hawkins J.D., Catalano R.F. & Miller J.Y. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. În: *Psychological Bulletin*. 1992, No.112(1), pp. 64–105. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>.
12. Institute of Medicine. Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. Washington, DC: The National Academies Press. 1994, p. 6. (accesat 05.05.2020), <https://doi.org/10.17226/2139>.
13. RAVIV, M. Personality characteristics of sexual addicts and pathological gamblers. În: *Journal of Gambling Studies*. 1993, No. 9.1: pp.17-30.
14. Soltani A.E., Mohammadian A., Heydari D.A.N. & Mohammadkhani P. A. Comparative Examination of Maladaptive Schemas in Sex Addicts and Normal Individuals. In: *Journal of Practice in Clinical Psychology*. 2016, No. 4(3), pp. 159-166 (accesat 05.05.2020) <https://dx.crossref.org/10.15412/J.JPCP.06040303>.
15. Zapf J.L., Greiner J. & Carroll J. Attachment styles and male sex addiction. În: *Sexual Addiction & Compulsivity*. 2008, No.15.2, pp.158-175, (accesat 10.05.2020).

CONSUMUL DE ALCOOL ÎN CERCETĂRI DIN ROMÂNIA, REPUBLICA MOLDOVA ȘI LA NIVEL INTERNAȚIONAL

*Grigore Ionașcu, profesor psiholog,
Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Galați,
doctorand, UPS „Ion Creangă” din Chișinău*

CZU: 613.817

Abstract

Alcohol consumption has taken the form of a social phenomenon in the world, the population most exposed to this risky behavior being adolescents and young people. Studies and research conducted internationally show that in recent years the age of onset of experimental alcohol consumption has decreased. In all regions of the globe, more than a quarter (26.5% or 155 million) of adolescents between the ages of 15 and 19 consume alcohol. Episodic excessive alcohol consumption is lower among adolescents than in the general population, so that at the age of 20-24 to register an alarming increase, especially in males. Alcohol consumption at parties is often accompanied by the use of recreational drugs, increasing the risks of negative consequences.

Globally, the annual alcohol consumption is 6.3 liters of pure alcohol / person aged 15 and over, Europe is the region with the highest level of consumption, followed by the Americas, China, some African countries, Southeast Asia and the Eastern Mediterranean region. (WHO, 2016) Protecting young people, children and unborn children is the first of the five priority areas of intervention of the Global Strategy on Combating the Effects of Harmful Alcohol Consumption in the Member States and one of the objectives of the 2030 Sustainable Development Strategy.

Key-words: alcohol, alcohol consumption, risk.

Introducere

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), după fumat și hipertensiunea arterială, alcoolul este al treilea factor de risc pentru boală și moarte prematură pentru populația generală din Uniunea Europeană (UE). (WHO, 2014:3; Lammerich & Kullas, 2015:4) Pentru adolescenții și tinerii cu vârsta cuprinsă între 10 și 24 ani, alcoolul este însă principalul factor de