

PARTICULARITĂȚI ALE CONSILIERII ADOLESCENȚILOR CU DIZABILITĂȚI ȘI CONSUM DE DROGURI

Hoidrag Traian,
Drd. UPS "Ion Creangă" din Chișinău,
psiholog Agenția Națională Antidrog, România

Rezumat

În consilierea adolescenților cu dizabilități și consum de droguri trebuie luate în considerare mai multe particularități, cum ar fi tipul și severitatea dizabilității, percepția distorsionată a realității, percepția stigmei și a stresului, presiunea din partea grupului de egali și alte aspecte specifice care necesită o evaluare multidisciplinară. De aceea, în acest articol se analizează elementele contribuatoare la eficientizarea intervențiilor psihologice cu această categorie de beneficiari.

Cuvinte cheie: *consum de droguri, dependență, dizabilitate*

Summary

Several particularities need to be considered in counseling adolescents with disabilities and drug use, such as the type and severity of disability, distorted perceptions of reality, perception of stigma and stress, peer pressure, and other specific issues that require a multidisciplinary evaluation. Therefore, this article analyzes the contributing elements to the efficiency of psychological interventions with this category of beneficiaries.

Keywords: *drug use, addiction, disability*

I. Introducere

Consilierea adolescenților cu dizabilități și consum de droguri este o temă actuală datorită ratei constante de creștere a prevalenței consumului de droguri în populația generală, dar este și sensibilă pentru că în realizarea oricărui tip de intervenție psihologică asupra acestei categorii de beneficiari trebuie ținut cont de multiplele complicații specifice fiecărui tip de dizabilitate. Legislația românească definește conceptele utilizate în prezentul articol în modul următor: a) *dizabilitate* = rezultatul sau efectul unor relații complexe dintre starea de sănătate a individului, factorii personali și factorii externi care reprezintă circumstanțele de viață ale acestui individ. Datorită acestei relații, impactul diverselor medii asupra aceluiași individ, cu o stare de sănătate dată, poate fi extrem de diferit. "Dizabilitatea" este termenul generic pentru afectări, limitări ale activității și restricții de participare, conform Clasificării internaționale a funcționării, dizabilității și sănătății [6]; b) *consiliere și psihoterapie* = ansamblu de metode și tehnici specifice destinate să faciliteze schimbări ale comportamentului, eliminarea dependenței psihice și dezvoltarea unor abilități personale care să permită integrarea socială a consumatorului" [7].

În evidența ANDPDCA, la data de 30 iunie 2020 se aflau în 69625 de copiii cu handicap, din care 4672 cu handicap fizic, 15297 cu handicap somatic, 2085 cu handicap auditiv, 2812 cu handicap vizual, 9588 cu handicap mintal, 16604 cu handicap psihic, 16631 cu handicap asociat, 177 cu HIV/SIDA, 1754 cu boli rare și 5 cu surdocecitate. Iar din cei 69925 de copiii cu handicap, 42171 prezintă un grad sever, 9740 un grad accentuat, 16454 un grad mediu și 1260 un grad minor.

De asemenea, aceeași statistică ne arată că în grupa de vârstă 10-14 ani sunt 22693 de copii, din care 8990 sunt fete, iar în grupa de vârstă 15-17 ani sunt 13131 de copii, din care 5477 sunt fete [1].

Deși s-au realizat la nivel internațional unele studii, din care putem menționa că 25 % dintre persoanele aflate în grupa de vârstă 16-30 de ani, cu diabet tip 1, din Marea Britanie, consumă droguri de stradă (canabis, cocaină, amfetamine, ecstasy, ciuperci halucinogene, LSD, solvenți) [5], în legătură cu această categorie de copii din România, nu sunt date privind prevalența consumului de alcool, tutun ori alte droguri, deoarece este o problemă subdiagnosticată din două motive principale: 1. Consumul de substanțe este ascuns de către adolescenții cu dizabilități, fie de părinții lor, fie de grupul de egali, fie de specialiștii care ar putea să-i observe, din cauza fricii pe care o experimentează atunci când se gândesc că dacă sunt descoperiți nu mai pot primi unele beneficii și servicii, și de asemenea prin muștrările pe care eventual le-ar primi și mai mult s-ar accentua stigmatizarea și emoțiile negative (ex. vinovăția și rușinea) pe care le simt; 2. Consumul de droguri este trecut cu vederea de către membrii familiei și personalul de consiliere, fie datorită incapacității de a observa, fie dacă membrii familiei și/sau consilierul observă, aceștia decid adesea în mod conștient să nu dea atenție problemei, deoarece cred că adolescentul este suficient de stigmatizat fără a mai adăuga și diagnosticul tulburării consumului de substanțe [8]. În plus, putem adăuga că, deși cauza morbidității sau mortalității clinice a unui pacient poate fi documentată ca fiind leziune traumatică, SIDA, ciroză hepatică, insuficiență cardiacă sau alte probleme medicale, o investigație mai atentă va arăta adesea că boala sau leziunea au fost de fapt cauzate sau mult amplificate de către consumul de substanțe [4, p.6].

II. Caracteristicile adolescenților cu dizabilități și consum de substanțe:

Adolescenții cu dizabilități se confruntă atât cu stresul schimbărilor biologice, psihologice și sociale (pubertate, dobândirea autonomiei față de părinți, construirea relațiilor sentimentale, etc) – specifice vârstei lor, la care se adaugă efectele pe care le implică tipul și severitatea dizabilității cu care s-au născut ori pe care au dezvoltat-o până la această vârstă. Având în vedere că dizabilitatea fizică pare să reprezinte o dimensiune a stresului care crește riscul apariției tulburărilor psihiatrice sau a tulburării consumului de substanțe [11], adolescenții cu tulburări mintale sunt predispuși la a experimenta consumul de droguri pentru a-și ameliora stările emoționale negative care sunt la o intensitate ridicată de cele mai multe ori. Concluziile studiilor de specialitate efectuate, menționează că persoanele mai tinere cu dizabilități sunt mai susceptibile de a utiliza crack sau heroină decât colegii lor fără nicio dizabilitate. Subiecții cu dizabilități fizice severe au raportat o utilizare mai mare de sedative și tranchilizante, decât subiecții fără nicio dizabilitate sau cu o dizabilitate parțială [3], ceea ce ne conduce spre a opina că o parte dintre tinerii cu dizabilități au tendința de a consuma substanțe cu efect psihoactiv (medicamente și/sau droguri) pentru a-și ameliora durerile fizice.

Există o probabilitate mai mare de consum de substanțe în rândul populațiilor cu dizabilități deoarece acestea au o rutină zilnică, imagine negativă despre sine, abilități reduse de a lucra și a interacționa social [Hubbard, Everett & Khan, 1996 apud Hubbard & Martin, 2001, p. 6], acces ușor la medicamente, dorință de evitare a realității, frustrare față de înstrăinarea socială, lipsa de prevenire și informații adecvate despre dizabilitatea lor în asociere cu consumul de substanțe, puține cunoștințe despre gestionarea medicamentelor lor, probleme grave de sănătate corelate cu dizabilitatea lor, durere cronică (pentru unii), probleme familiale, sentimentul unor diferențe mari față de grupul de egali, puțin suport social, prea mult timp inactiv și permisiunea din partea membrilor familiei, prietenilor și/sau personalului de îngrijire, care deseori tolerează consumul de droguri pentru a evita confruntarea [McMahon, 1994; Beck, Marr și Taricone, 1994; Helwig și Holicky, 1994; apud Sales, 2000].

Adulții tineri cu dizabilități au fost mai puțin susceptibili decât cei din populația generală de a raporta consumul de alcool și consumul de droguri ilegale. În plus, printre fumătorii de țigări, adulții tineri cu dizabilități au fumat mai puține țigări pe zi decât cei din populația generală. Consumul raportat de substanțe, inclusiv fumatul, consumul de alcool și consumul de marijuana și alte droguri ilegale au variat în funcție de categoria de handicap. Adulții tineri cu tulburări emoționale au fost mai predispuși decât cei din aproape toate celelalte categorii de handicap să raporteze fumatul țigărilor, consumul de alcool și consumul de marijuana sau alte droguri ilegale. Adulții tineri cu dizabilități de învățare au fost, de asemenea, mai predispuși decât cei din multe alte categorii de dizabilități să raporteze consumul de fumat, băuturi alcoolice și marijuana. Utilizarea substanțelor a variat, de asemenea, oarecum în funcție de caracteristicile demografice. Bărbații tineri adulți cu dizabilități au fost mai mult de două ori mai probabil ca femeile să raporteze că fumează marijuana. Adulții tineri albi cu dizabilități au fost mai predispuși decât colegii afro-americieni sau hispanici să raporteze fumatul zilnic de țigări în ultimele 30 de zile. Consumul raportat de alcool a fost mai mare în rândul adulților tineri cu dizabilități din gospodăriile cu niveluri de venit mai ridicate decât în rândul celor din gospodăriile cu venituri mai mici. Când acești tineri adulți cu dizabilități erau la liceu, mai mult de jumătate au primit educație pentru prevenirea abuzului de substanțe sau servicii de la școlile lor într-un anumit an școlar [12].

III. Particularitățile intervențiilor psihologice

Sesiunile de consiliere se pot desfășura individual sau cu câte un grup de participanți, fie doar cu adolescenți sau cu aparținătorii lor, fie împreună unii cu alții.

Asistența psihologică a adolescenților cu dizabilități și consum de droguri necesită din partea psihologului o bună cunoaștere atât a metodelor și tehnicilor specifice evaluării și consilierii consumatorilor de droguri, cât și a elementelor specifice persoanelor cu dizabilități fizice și psihice.

În funcție de nivelul de înțelegere al persoanei evaluate, în cadrul evaluării psihologice inițiale trebuie utilizate instrumente (ex. chestionare, teste, inventare de personalitate, interviu semistructurat) care să evidențieze problemele asociate dizabilității și consumului de droguri, abilitățile de comunicare, cunoștințele despre dependența de substanțe, abilitățile de coping, abilitățile de luare a deciziilor, tipul de motivație pentru consiliere, nevoile psihologice care se doresc a fi împlinite, nevoia de un anumit tip de terapie (ex. comportamentală, cognitivă, ocupațională, recreativă), percepția stigmei, nivelul de dezirabilitate socială, suportul psihosocial pe care adolescentul îl primește, dacă urmează un anumit tratament medicamentos și alte date oferite de către subiectul supus evaluării, ori de către aparținătorii săi, care pot contribui la o bună conceptualizarea a cazului, dar și la o planificare individualizată a viitoarelor intervenții psihologice, care să se potrivească atât nivelului psihoaptitudinal cât și abilităților senzoriale și motorii deținute.

Planurile de intervenții psihologice pentru persoanele cu dizabilități coexistente ar trebui să fie suficient de flexibile pentru a lua în considerare schimbările care pot interveni în condiția persoanei sau o nouă informație care poate apărea în timpul tratamentului [2, p. 40]. Totodată, la ședințele de consiliere de grup trebuie ca membrii participanți să aibe dizabilități asemănătoare ca tipologie și severitate.

În general, se recomandă includerea acestor beneficiari în terapii care pot contribui la realizarea următoarelor obiective: reducerea simptomelor asociate dizabilității, creșterea autonomiei personale, îmbunătățirea integrării sociale, continuarea procesului educativ, exersarea abilităților motorii, dezvoltarea abilităților de coping cognitiv, adoptarea unui stil de gândire funcțional, gestionarea eficientă a propriilor emoții negative, reducerea stresului și a stigmei percepute, și alte obiective desprinse din raportul de evaluare și stabilite împreună cu beneficiarul și/sau membrii familiei sale.

Luând în considerare conștientizarea scăzută a efectelor adverse, se evidențiază necesitatea unei educații specifice privind drogurile de stradă [5] și riscurile pe care acestea le implică în diferite domenii ale vieții.

Dar, împreună cu susținerea sesiunilor de psihoeducație, este deosebit de utilă și aplicarea tehnicilor specifice interviului motivațional, atât față de adolescenți cât și față de părinții lor, care au eficiență în creșterea conștientizării riscurilor asociate consumului de droguri, stabilirea unei bune relații terapeutice, implicarea în procesul consilierii, inițierea și menținerea unei schimbări în conduita personală a participanților, continuarea frecventării ședințelor de consiliere și finalizarea programului cu obținerea unor rezultate pozitive.

Trebuie realizate sesiuni de psihoeducație cu membrii familiei și personalul de îngrijire pentru a recunoaște adolescenții care consumă alcool, droguri și/sau medicamente prescrise. O astfel de

identificare timpurie poate diminua tiparele de consum stabilite de mult timp și comportamentele asociate [10].

Oamenii variază în ce măsură își înțeleg sau acceptă propriile dizabilități. Unele persoane care intră în tratament pentru tulburări de consum de substanțe știu ce intervenții necesită dizabilitățile lor. Alții nu. Unii oameni apreciază și beneficiază de adaptări la dizabilitatea lor, în timp ce alții pot fi reticenți să recunoască faptul că unele condiții le limitează capacitatea funcțională. În continuare sunt descriși factorii care afectează disponibilitatea unei persoane de a accepta realitățile handicapului ei [2, p. 40]: Severitatea, durata sau limitările funcționale specifice dizabilității; Reacția socială și așteptările persoanei cu handicap; Etapa de dezvoltare la momentul apariției dizabilității; Accesul la resurse și mobilitatea societății; Un istoric al comportamentelor de asumare a riscurilor înainte de debutul dizabilității; Un istoric al faptului că a folosit substanțe pentru a face față unui handicap; Forme recurente și episodice de durere personală din cauza problemelor cu handicap; Cantitatea de independență rezultată din stilul de viață și personalitatea unei persoane; Vârsta (în general, tinerii sunt mai dispuși să-și accepte în cele din urmă handicapul); Starea civilă (persoanele căsătorite sunt mai dispuse să accepte dizabilități decât cele singure sau nedurerate); Venituri (cu cât este mai mare venitul cuiva, cu atât este mai dispus să accepte invaliditatea).

Mediul în care are loc consilierea psihologică trebuie adaptat în funcție de dizabilitățile participanților:

- Cei cu dizabilități fizice, au nevoie de acces cu scaunul cu roți și suficient spațiu în încăperea astfel încât să se poată deplasa cu scaunul lor, acces la un grup sanitar pentru persoanele cu dizabilități, tabla sau suportul de coli de flipchart să fie la o înălțime accesibilă;

- Cei cu dizabilități senzoriale au nevoie de spații luminoase, respectiv cei surzi trebuie așezați astfel încât să poată urmări vizual mișcările buzelor consilierului, iar cei orbi au nevoie să fie aproape de ușă și de consilier. Pentru adolescenții surzi se recomandă comunicarea cu ei prin intermediul unui interpret mimico-gestual;

- Cei cu dizabilități cognitive au nevoie de un spațiu liniștit fără elemente (tablouri, fotografii, jucării) care să îi perturbe sau să îi stimuleze;

De asemenea, studiile au arătat că persoanele care primesc o varietate de servicii de educație privind consumul de substanțe și de sprijin comunitar psihosocial sunt semnificativ mai bune decât persoanele care primesc puțin sau nimic în ceea ce privește educația și sprijinul [Crump & Milling, 1996; Jerrell, 1996 apud Sales, 2000].

Pe măsură ce procesul de consiliere progresa, este important pentru consilier să mențină o relație puternică cu adolescentul, pentru a asigura implicarea acestuia în consiliere și progresul în explorarea problemelor pe care le dorește a fi rezolvate. Dacă adolescentul neagă problema referitoare la consumul de substanțe, atunci cel mai probabil că nu este pregătit să caute tratament

sau să beneficieze de tratamentul disponibil. Dacă clientul recunoaște că are o problemă de consum de substanțe, evaluarea va identifica dacă problema consumului de substanțe a precedat dizabilitatea sau vice versa [8].

Totodată, în vederea realizării sesiunilor de psihoeducație cu părinții și copii lor, trebuie luată în considerare și utilizarea tehnologiei video, astfel încât să se poată viziona filme și spoturi video, prezentări powerpoint cu tematică focusată pe ceea ce îi interesează și i-ar putea ajuta pe participanți.

Cazurile care implică părinți cu dizabilități intelectuale au fost mai susceptibile de a implica abuz psihologic sau emoțional, dar nu și alte tipuri de abuz și neglijare [9]. Acest aspect poate contribui la experimentarea consumului de droguri pentru a se regla emoțional, la cei care au strategii de coping dezadaptativ.

IV. Concluzii

Indiferent dacă este ascuns din alegerea clientului sau trecut cu vederea de către consilier, impactul unei probleme nediagnosticate de abuz de substanțe pune clientul într-un dezavantaj, nu îi sunt furnizate servicii adecvate, iar eșecul prestării serviciului devine un potențial puternic [8]. Datorită faptului că prevalența consumului de substanțe psihoactive în rândul adolescenților cu dizabilități este subraportată, este nevoie de aplicarea unor strategii eficiente de outreach astfel încât să crească numărul persoanelor atrase și incluse în serviciile de asistență psihologică. De asemenea, este de dorit pregătirea personalului care se ocupă în mod direct cu asistența medicală, psihologică sau socială a acestor persoane și menținerea unei legături periodice cu aceștia.

Totodată este de dorit să se încurajeze participarea membrilor familiei ori a aparținătorilor acestor adolescenți la grupurile de suport sau la sesiunile de consiliere individuale ori de grup pentru a primi informații din categoria *evidence based* cu privire la etiopatologia dependenței și dizabilităților, interacțiunea dintre ele, intervențiile psihologice recomandate și gestionarea eficientă a relației cu astfel de adolescenți, gestionarea emoțiilor negative pe care le experimentează frecvent (ex. neputință, rușine, vinovăție, furie), dar și reducerea stigmei și a stresului.

În interacțiunea cu acești adolescenți prioritatea consilierului este inițierea și menținerea unei relații terapeutice eficiente și concentrarea pe nevoile lor imediate. Având în vedere că pot apărea unele elemente neprevăzute în legătură cu modul de manifestare a acestor adolescenți, consilierul trebuie să-și evalueze la fiecare ședință starea participantului, și chiar de mai multe ori în timpul unei sesiuni de consiliere.

Deși în cadrul acestui articol subiecții principali au fost adolescenții cu dizabilități și consum de droguri, iar în plan secundar au fost părinții acestora, trebuie subliniat și rolul foarte important pe care îl au psihologii care lucrează cu astfel de beneficiari. Astfel, nu orice persoană devine psiholog, și nu orice psiholog va oferi servicii de asistență psihologică adolescenților cu dizabilități și consum

de substanțe. Dintre trăsăturile și abilitățile specifice unui psiholog din acest domeniu, sunt de menționat stabilitatea emoțională, creativitatea, rezistența la frustrări și stres, toleranța la incertitudine, abilitățile artistice, atenția distributivă, spontaneitatea și alte abilități necesare într-un proces de consiliere.

Bibliografie:

1. Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții (ANDPDCA), Buletin Statistic ANDPDCA adulți TRIM II 2020, Citat la [09.10.2020] Disponibil la [http://anpd.gov.ro/web/wp-content/uploads/2020/10/BULETIN-STATISTIC-ANDPDCA_adulti-TRIM-II-2020-27-10-20.pdf]
2. CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT, et al. Substance use disorder treatment for people with physical and cognitive disabilities. 1998, p.40
3. GILSON, Stephen French; CHILCOAT, Howard D.; STAPLETON, June M. Illicit drug use by persons with disabilities: insights from the National Household Survey on Drug Abuse. *American Journal of Public Health*, 1996, 86.11: pp. 1613-1615
4. HUBBARD, John R.; MARTIN, Peter R. *Substance abuse in the mentally and physically disabled*. CRC Press, 2001, p. 6
5. NG, R.S.H.; DARKO, D.A.; HILLSON, R.M. Street drug use among young patients with Type 1 diabetes in the UK. *Diabetic medicine*, 2004, 21.3: pp. 295-296
6. Ordin nr. 5574 din 7 octombrie 2011 pentru aprobarea Metodologiei privind organizarea serviciilor de sprijin educațional pentru copiii, elevii și tinerii cu cerințe educaționale speciale integrați în învățământul de masă, articolul 3, litera p
7. Regulament din 28 iulie 2005 de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare, articolul 1, litera y. În *Monitorul Oficial nr. nr. 749 din 17 august 2005* [citat 20.11.2020]. Disponibil: <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/96700>
8. SALES, Amos. *Substance Abuse and Disability*. 2000
9. SLAYTER, Elspeth M.; JENSEN, Jordan. Parents with intellectual disabilities in the child protection system. *Children and Youth Services Review*, 2019, 98: pp. 297-304
10. TAGGART, Laurence, et al. An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2006, 50.8: pp.588-597
11. TURNER, R. Jay; LLOYD, Donald A.; TAYLOR, John. Physical disability and mental health: An epidemiology of psychiatric and substance disorders. *Rehabilitation Psychology*, 2006, 51.3: pp. 214-223
12. YU, Jennifer, et al. Substance use among young adults with disabilities. 2008

MODELE DE ABORDARE A DIZABILITĂȚII

Georgescu Maria,

Drd., UPS „Ion Creangă” Chișinău, Republica Moldova

Profesor, Grad didactic I,

Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Vâlcea, România

Rezumat

Diagnosticul dizabilității presupune o serie de schimbări majore: ajustări emoționale, stres generat de lipsa de informații privind etiologia și consecințele bolii, precum și de incertitudinea privind disponibilitatea și eficacitatea tratamentului. Aceste circumstanțe fac cu atât mai necesar apelul la ajutorul de specialitate. Răspunsurile specialiștilor și atitudinile acestora constituie un factor semnificativ de negociere a perspectivei asupra dizabilității, a strategiilor de căutare de suport și a soluțiilor, care pot agrava sau îmbunătăți situația individului.