

# DEPENDENȚA DE CANABIS LA ADOLESCENȚI

CZU: 159.923.072.4:613.83-053.6  
DOI: 10.46727/c.17-11-2023.p292-300

Traian HOIDRAG  
psiholog,  
Agenția Națională Antidrog,  
județul Vâlcea, România  
ORCID iD: 0000-0003-4818-5692

**Rezumat.** *Dependența de Cannabis (DC) este o tulburare cu multiple implicații. Studiul actual și-a propus identificarea la 1302 adolescenți de 12-18 ani a diferențelor de gen și vârstă și a corelației acestei dependențe cu satisfacerea nevoilor psihologice de bază (NPB), motivația pentru consiliere, credințele iraționale (CI), dificultățile în strategiile de reglare emoțională (DSRE) și alte comportamente adictive (CA). Rezultatele arată că DC predomină în rândul băieților, corelează negativ cu satisfacerea NPB și cu motivația intrinsecă pentru consiliere, dar este asociată pozitiv cu motivația extrinsecă, CI, DSRE și CA. Este de dorit să se cerceteze eficiența utilizării interviului motivațional, a terapiei rațional-emoțive și comportamentale și a strategiilor de reglare emoțională în tratarea acestei adicții.*

**Cuvinte-cheie:** *adolescenți, dependența de cannabis, adicții.*

**Abstract:** *Cannabis addiction (CA) is a disorder with multiple implications. The current study aimed to identify in 1302 adolescents aged 12-18 years the gender and age differences and the correlation between this addiction with the satisfaction of basic psychological needs (BPS), the motivation for counseling, the irrational beliefs (IB), the difficulties in emotion regulation strategies (DERS) and other addictive behaviors (AB). Results show that CA predominates among boys, correlates negatively with BPS satisfaction and with intrinsic motivation for counseling, but is positively associated with extrinsic motivation, IB, DERS, and AB. It is desirable to investigate the effectiveness of the use of motivational interviewing, of the rational emotive and of the behavioral therapy and emotional regulation strategies in the treatment of this addiction.*

**Keywords:** *teenagers, cannabis addiction, addictions.*

## Introducere

Consumul de cannabis în societatea contemporană este un subiect care preocupă în aceeași măsură atât pe specialiștii din domeniile sănătății mintale și educației, cât și pe cei din cadrul instituțiilor de aplicare a legii – poliție, parchet, tribunal, servicii de probațiune. Pe de o parte, sunt unii medici care pe parcursul anumitor proceduri medicale propun utilizarea canabidiolului (CBD) – substanța activă secundară extrasă din cannabis, pentru ameliorarea efectelor adverse ale unor tratamente, cum ar fi chimioterapia în cazul bolnavilor de cancer, care provoacă dureri musculare, scăderea poftei de mâncare, tulburări de somn, căderea părului, etc. Pe de altă parte, medicii care lucrează în secțiile de primiri urgențe și în secțiile de psihiatrie infantilă, datorită faptului că întâlnesc

adesea tineri și adolescenți cu intoxicație de canabis, propun o reglementare mai strictă a comerțului cu canabis.

În unitățile de învățământ cadrele didactice observă adesea comportamente ciudate și schimbătoare la unii elevi, care le provoacă o anumită neputință în relaționarea cu aceștia, neștiind cum să îi motiveze pentru a se implica în procesul educațional. Acest fapt, îi determină pe profesori să apeleze frecvent la psihologii școlari pentru a-i evalua și consilia psihologic pe elevii cu comportamente deviate, cum este și consumul de canabis.

Specialiștii care lucrează în domeniul combaterii criminalității organizate sunt suprasolicitați cu numeroasele dosare în care trebuie să investigheze cazurile de încălcare a legislației referitoare la regimul substanțelor interzise, din care ponderea cea mai mare o are canabisul. Totodată, aceștia atrag atenția asupra faptului că din cantitățile de canabis confiscate în ultimii 25 de ani se observă creșterea concentrației de tetrahidrocanabinol (THC) – substanța activă principală din canabis, de la 3% la 21%, chiar 24% în anumite cazuri. Acest aspect se datorează faptului că majoritatea cantității de canabis care se comercializează în țările europene provine din culturi de canabis realizate în spații închise, cu lumină artificială și stropit cu diferite substanțe chimice pentru a-i accelera dezvoltarea. Și astfel, traficantii obțin 2-3 culturi într-un an de zile și își maximizează profiturile. De asemenea, trebuie precizat în legătură cu concentrația de THC ridicată că aceasta favorizează experimentarea la unele persoane a intoxicației cu canabis, iar la alte persoane este responsabilă de apariția simptomelor specifice tulburării consumului de canabis, adică a dependenței.

La această situație se adaugă mesajele publice transmise de către unele ONG-uri care propun legalizarea utilizării canabisului în scop medical, iar altele chiar legalizarea comerțului cu canabis. Același tip de mesaje de încurajare a consumului sunt transmise de către mai multe persoane influente (ex. cântăreți, artiști, jurnaliști) pe rețelele de socializare sau în cadrul întâlnirilor publice ori a evenimentelor muzicale, unde participă un număr semnificativ de tineri și adolescenți.

Așadar, sunt opinii pro și contra consumului de canabis. Important este faptul că în ultimii ani, consumul de canabis reprezintă un subiect de interes, atât pentru specialiștii din diferite domenii socioprofesionale, cât și pentru părinții copiilor și adolescenților din generația actuală.

În cazul adolescenților, atât la fete cât și la băieți, studiile de specialitate menționează anumite particularități specifice etapei lor de dezvoltare, care constau în multiple schimbări biologice, psihologice și sociale, care pot fi perturbate de consumul de substanțe cu efecte psihoactive și, implicit, de canabis.

Datele statistice ne arată că *“8,7% dintre adolescenții de 16 ani au consumat canabis de-a lungul vieții, 7,2% au consumat în ultimul an, iar 3,3% dintre ei au consumat și în ultima lună. 1% dintre elevi au debutat în consumul de*

*canabis la vârsta de 13 ani sau mai devreme. Se remarcă diferențe între sexe, în ceea ce privește debutul precoce, proporția băieților care au debutat într-un astfel de consum la vârsta de 13 ani sau mai devreme fiind de 3 ori mai mare decât cea a fetelor care au experimentat un astfel de consum – 1,5% băieți, 0,5% fete” [ANTIDROG, 2022, pp.23-24].*

În activitatea profesională de evaluare și consiliere psihologică, se constată următoarele aspecte:

1. Majoritatea tinerilor cu vârsta cuprinsă între 18 și 30 de ani afirmă ca vârsta de debut în consumul de cannabis vârsta de 15-16 ani, iar ca motive pentru care doresc să continue fumatul a câte unui joint de tutun cu cannabis sunt efectele pozitive experimentate pe parcursul a 1-1,5 ore, cum ar fi euforie, relaxare, poftă de mâncare (de obicei ceva dulce), râs, sociabilitate, etc. Dar, aceștia diminuează sau neagă efectele secundare care apar imediat după ce au trecut efectele pozitive, care pot dura aproximativ 2-2,5 ore. Efectele secundare sunt somnolență, dilatarea timpului, coordonare motorie întârziată, lipsa chefului de a iniția, continua ori finaliza o activitate, apatie, iar cu cât crește frecvența și cantitatea consumată pot apărea toleranța, sevrajul, stări de nerвозitate și diferite tulburări mintale, etc.

2. Persoanele consumatoare de cannabis au un stil de gândire nefuncțional, întâmpină probleme în reglarea emoțională, manifestă o relație conflictuală cu membrii familiei lor, își schimbă frecvent grupul de prieteni, se implică în activități ilegale, cum ar fi traficul de cannabis, și implicit au probleme legale. În funcție de faptele săvârșite, pot obține neînceperea urmării penale sau continuarea acesteia, respectiv condamnarea la o pedeapsă privativă ori neprivativă de libertate pentru o anumită perioadă de timp și supunerea la unele măsuri de supraveghere pentru o anumită perioadă de timp.

3. Adolescenții refuză sau amână accesarea serviciilor de consiliere psihologică, iar atunci când se adresează unui specialist simptomele pe care le resimt s-au acutizat și sunt constrânși de către membrii familiei ori de către reprezentanții unor instituții (școală, parchet, serviciu public de asistență socială, serviciu de probațiune). Acest fapt îngreunează procesul de consiliere: pe de o parte, datorită lipsei de motivație pentru consiliere, iar pe de altă parte, datorită problemelor severe în mai multe arii de funcționare.

De aceea, consumul de cannabis în rândul adolescenților este o problemă actuală care trebuie cercetată din prisma efectelor pe care le produce (ex. reducerea motivației pentru a se implica în activitățile educative, scăderea performanței școlare, abandonarea școlii, implicarea în alte comportamente riscante, cum ar fi conducerea unui vehicul sub influența consumului de cannabis, etc.), dar și pentru identificarea unor tipuri de intervenții psihologice eficiente și adaptate particularităților adolescenților consumatori de cannabis.

### **Metodologia cercetării**

Obiectivul acestui studiu este identificarea nivelului de dependență de cannabis (DC) pe un eșantion constituit din adolescenți români și corelarea aces-

tor rezultate cu tipul credințelor iraționale, nivelul de satisfacere a nevoilor psihologice de bază, dificultățile în reglarea emoțională și alte comportamente adictive (dependența de exerciții fizice, alimente, jocuri video, jocuri de noroc și tutun).

*Eșantion:*

Adolescenți (N=1302, M=.46, SD=.49) - 703 fete (54%), 599 băieți (46%), cu vârsta cuprinsă între 12 și 18 ani (M=15,01, SD=1.97) din județul Vâlcea, România, aleși în mod aleatoriu, cu respectarea standardelor psihologice în domeniu și a regulamentului GDPR. Completarea răspunsurilor s-a realizat după obținerea consimțământului de participare la studiu, în mod individual și anonim, cu respectarea confidențialității datelor colectate.

*Instrumente utilizate:*

1. *Testul de identificare a tulburărilor legate de consumul de droguri (DUDIT)*, elaborat de către Berman et al. (2005), conține 11 itemi ( $\alpha=.92$ ) și se poate obține un scor între 0 și 44 pentru problemele asociate consumului de droguri (canabis, amfetamine, cocaină, opiacee, halucinogene, solvenți inhalanți, GHB, medicamente sedative, pentru somn sau pentru calmarea durerii), exceptând consumul de băuturi alcoolice. În cadrul acestei cercetări, testul acesta este utilizat exclusiv pentru consumul de cannabis.

2. *Scala satisfacerii nevoilor psihologice de bază*, tradusă și adaptată după Scala Satisfacerii/ Frustrării Nevoilor Psihologice de Bază elaborată de Van der Kaap-Deeder, Soenens, Ryan & Vansteenkiste, (2020), care conține 12 itemi ( $\alpha = .89$ ), și măsoară pe scală Likert (Complet Neadevărat = 1, Neadevărat = 2, Neutru = 3, Adevărat = 4, Complet Adevărat = 5) gradul de satisfacere al nevoilor psihologice de bază (autonomia, relaționarea și competența).

3. *Scala motivației clientului pentru terapie*, elaborată de Pelletier, Tuson și Haddad (1997), constă în 24 de itemi ( $\alpha =.94$ ) care măsoară pe o scală Likert în 5 puncte (Dezacord Puternic =1, Dezacord =2, Neutru =3, Acord =4, Acord Puternic =5) 6 stiluri de reglare motivațională: *Amotivația* (atunci când o persoană nu are nicio intenție să realizeze ceva și se simte descurajată, neajutorată, nevalorificată, incompetentă, se află în imposibilitatea de a controla), *Reglarea externă* (are așteptări și este conștientă de existența și posibilitatea apariției pedepselor și a recompenselor externe), *Reglarea introiectată* (persoana experimentează vinovăție și rușine, se implică în ceea ce are de făcut, este conștientă de unele pedepse și recompense interne), *Reglarea Identificată* (găsește relevanță și importanță într-o activitate, manifestă conștiinciozitate), *Reglarea Integrată* (are un angajament armonios și coerent, este în acord cu sine, manifestă congruență) și *Motivația Intrinsecă* (este interesată, încântată, satisfăcută și experimentează plăcere în ceea ce are de făcut).

4. *Scala de Iraționalitate pentru Copii și Adolescenți* - elaborată Bernard & Cronan (2007), are 28 de itemi ( $\alpha =.88$ ), care evaluează pe de o parte nivelul de iraționalitate totală, iar cele 4 subscale ale sale măsoară Intoleranța la frus-

trarea dată de reguli, Evaluarea globală a propriei persoane, Cerința absolutistă pentru dreptate și Intoleranța la frustrarea dată de muncă. Scorarea se realizează cu ajutorul unei scale Likert în 5 puncte (Puternic împotriva = 1, Împotriva = 2, Nesigur = 3, De acord = 4, Puternic de acord = 5).

5. *Scala Dificultăților în Reglarea Emoțională – Forma Scurtă*, elaborată de Kaufman, Xia, Fosco, Yaptangco, Skidmore & Crowell, (2016), cu 18 itemi ( $\alpha = .89$ ) care măsoară 6 dificultăți în reglarea emoțională (inabilitatea de a avea o strategie de coping atunci când se experimentează emoții negative; nonacceptarea răspunsurilor emoționale sau reacții negative la emoții; lipsa clarității cu privire la propriile emoții; dificultăți în controlul comportamentului impulsiv atunci când apar emoțiile negative; dificultăți în implicarea comportamentului spre a realiza un obiectiv atunci când experimentează emoții negative; lipsa conștientizării emoțiilor), pe o scală Likert în 5 puncte (Acord total = 1, Acord = 2, Nici acord, Nici dezacord = 3, Dezacord = 4, Dezacord total = 5).

6. *Inventarul privind Dependența de Exerciții Fizice – Forma Scurtă*, elaborat de către Terry, Szabo & Griffiths (2004), cu 6 itemi ( $\alpha = .79$ ) care măsoară Prioritizarea comportamentului, Conflictelor, Modificarea stării de spirit, Toleranța, Sevrajul și Recăderea, pe o scală Likert în 5 puncte (Dezacord puternic = 1, Dezacord = 2, Nici acord, Nici dezacord = 3, Acord = 4, Acord puternic = 5). Acest Inventar oferă un scor limită – 24, pentru persoanele cu risc de dependență de exerciții fizice, un scor cuprins între 13 și 23 pentru un individ simptomatic și un scor cuprins între 0 și 12, care este specific unei persoane asimptomatice.

7. *Scala Dimensională Yale pentru Dependența de Alimente – versiunea 2.0 pentru copii*, adaptată de Schiestl & Gearhardt (2018), cu 16 itemi ( $\alpha = .91$ ) pentru 7 simptome ale dependenței de alimente (Alimentele sunt consumate în cantități mai mari și pentru o perioadă mai lungă decât fusese prevăzut, Dorință persistentă sau încercări repetate nereușite de a renunța la acest comportament, Petrecerea unui timp îndelungat cu activitatea, ori pentru a obține și utiliza alimentele sau a se recupera, Utilizarea alimentelor în ciuda cunoașterii consecințelor adverse - probleme emoționale și/sau fizice, Toleranță, Sevraj, Poftă de a consuma), care cu ajutorul unei Scale Likert în 5 puncte (Niciodată = 0, Rar = 1, Uneori = 2, Foarte des = 3, Întotdeauna = 4) oferă un scor dimensional al dependenței de alimente, cuprins între 0 și 64.

8. *Scala privind dependența de jocuri video (eng. Gaming Addiction Scale)* versiunea franceză utilizată de către Gaetan, et al (2014), cu 7 itemi ( $\alpha = .90$ ) care sunt scorăți cu ajutorul unei scale Likert în 5 puncte (Niciodată=0, Foarte rar=1, Rar=2, Adesea=3, Foarte des=4).

9. *Scala dependenței de jocuri de noroc* - elaborată de Grant, Odlaug & Chamberlain, (2017), constă în 9 itemi ( $\alpha = .89$ ), care măsoară pe o scală dihotomică (Nu=0, Da=1) dependența de jocuri de noroc conform criteriilor DSM-5.

10. *Scala Fagerstrom privind dependența de nicotină*, elaborată de către Meneses-Gaya, Zuardi, Loureiro & Crippa, (2009), constă în 6 itemi ( $\alpha = .76$ ), care identifică nivelul dependenței de nicotină.

### *Ipotezele cercetării:*

1. Băieții vor avea un scor mai ridicat la dependența de canabis decât fetele;
2. Cu cât crește vârsta, cu atât crește dependența de canabis;
3. Dependența de canabis corelează negativ cu nivelul de satisfacere a nevoilor psihologice de bază;
4. Dependența de canabis corelează pozitiv cu amotivația și motivația extrinsecă pentru consiliere psihologică;
5. Dependența de canabis corelează pozitiv cu credințele iraționale;
6. Dependența de canabis corelează pozitiv cu dificultățile în strategiile de reglare emoțională;
7. Dependența de canabis corelează pozitiv cu alte comportamente adictive (dependența de exerciții fizice, alimente, jocuri video, jocuri de noroc și tutun);

### **Rezultate**

Aplicarea chestionarelor s-a realizat cu acordul părinților și al copiilor lor, cu respectarea confidențialității datelor și a standardelor specifice în domeniu, în perioada 01.10.2021 – 18.03.2022. Participanții au completat chestionare individual, de pe telefoanele mobile sau calculatoarele personale, pentru a reduce posibila influență externă confuză și fără precizarea unui anumit timp, pentru a diminua distorsionarea răspunsurilor oferite. Astfel, după ce au fost completate în aplicația googleforms, informațiile au fost prelucrate și analizate conform procedurilor statistice cu programul SPSS versiunea 23. Trebuie precizat faptul că, în perioada 01.10.2021 – 30.11.2021, aproximativ jumătate dintre respondenți s-au aflat în izolare la domiciliu (ca măsură de prevenire a răspândirii coronavirus) și de aceea a fost transmis pe grupurile claselor cu elevi linkul către chestionare, care le-au completat de la locuințele lor și în funcție de timpul lor disponibil.

Ipoteza 1 – „*Băieții vor avea un scor mai ridicat la dependența de canabis decât fetele*”, a fost testată cu *independent samples test*, se confirmă, și indică faptul că scorurile sunt semnificativ mai mari la băieți ( $M = 1.5$ ,  $SD = 5.31$ ) decât la fete ( $M = 0.4$ ,  $SD = 2.56$ ),  $t(1301) = 4.84$ ,  $p < .001$ , ceea ce poate fi explicat prin faptul că băieții își exprimă mai greu gândurile și emoțiile, sunt mai rigizi, socializează mai greu, experimentează stres mai intens, iar atunci când fumează câte un joint cu canabis se relaxează, socializează mai ușor, care îi determină să continue consumul.

Ipoteza 2 – „*Cu cât crește vârsta, cu atât crește dependența de canabis*”, se confirmă. Există o corelație Spearman ( $r_s = .558$ ,  $N = 1302$ ,  $p = .001$ ) semnificativă, ceea ce arată potențialul adictiv al canabisului datorat concentrației ridicate de THC din canabisul care se comercializează în zilele noastre, cât și faptul că într-o perioadă de aproximativ 1-2 ani de la momentul inițierii, unii adolescenți, în funcție de cantitatea și frecvența cu care consumă, pot deveni dependenți.

Ipoteza 3 – „*Dependența de canabis corelează negativ cu nivelul de satisfacere a nevoilor psihologice de bază*”, este confirmată. Există o corelație Pearson moderat negativă cu Autonomia ( $r = -.58$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ), și puternic negativă cu Competența ( $r = -.74$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ) și Relaționarea ( $r = -.71$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ). Adolescenții care au un nivel foarte redus de autonomie în familiile lor au o mare probabilitate de a debuta în consumul de canabis, iar cei care fumează canabis în mod frecvent au un nivel scăzut de satisfacere a competenței și relaționării, prin faptul că au multiple perioade de timp în care nu realizează nicio activitate, și își reduc foarte mult numărul de contacte sociale.

Ipoteza 4 – „*Dependența de canabis corelează pozitiv cu amotivația și motivația extrinsecă pentru consiliere psihologică*”, este confirmată. Există o corelație Pearson moderat pozitivă cu Amotivația ( $r = .51$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ), Reglarea externă ( $r = .57$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ) și Reglarea introiectată ( $r = .58$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ), nesemnificativă cu Reglarea identificată ( $r = .54$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .051$ ) și Reglarea integrată ( $r = .80$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .004$ ), și puternic negativă cu Motivația intrinsecă ( $r = -.78$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ). Astfel, se explică lipsa de motivație pentru consiliere psihologică la adolescenții dependenți de canabis, aceștia manifestând adesea dezinteres, neimplicare și insatisfacție.

Ipoteza 5 – „*Dependența de canabis corelează pozitiv cu credințele iraționale*”, este confirmată. Există o corelație Pearson puternic pozitivă cu Intoleranță la frustrarea dată de reguli ( $r = .72$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ), Intoleranța la frustrarea dată de muncă ( $r = .63$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ), moderat pozitivă cu Evaluarea globală a propriei persoane ( $r = .55$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ) și Scorul Total la Credințele Iraționale ( $r = .57$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ), și nesemnificativă cu Cerința absolutistă pentru dreptate ( $r = -.49$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .076$ ). În acest caz, sunt confirmate studiile anterioare referitoare la stilul de gândire nefuncțional utilizat de către persoanele consumatoare de droguri, care au o toleranță foarte redusă la ceea ce presupune respectarea unor reguli, a unui program ori a unui contract educațional sau de muncă. Totodată, prin faptul că frecvent utilizează evaluarea globală a propriei persoane, aceștia au tendința de a se autoeticheta ca „drogați”, a se autoblama și a se autostigmatiza.

Ipoteza 6 – „*Dependența de canabis corelează pozitiv cu dificultățile în strategiile de reglare emoțională*” este confirmată. Există o corelație Pearson moderat pozitivă cu inabilitatea de a avea o strategie de coping atunci când se experimentează emoții negative ( $r = .51$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ), nonacceptarea răspunsurilor emoționale sau reacții negative la emoții ( $r = .52$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ) și lipsa clarității cu privire la propriile emoții ( $r = .71$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ), puternic pozitivă cu dificultățile în controlul comportamentului impulsiv atunci când apar emoțiile negative ( $r = .67$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ), dar nesemnificativă cu dificultățile în implicarea comportamentului spre a realiza un obiectiv atunci când experimentează emoții negative ( $r = .22$ ,  $N = 1302$ ,

$p < .419$ ) și lipsa conștientizării emoțiilor ( $r = .32$ ,  $N = 1302$ ,  $p = .249$ ). Rezultatele analizei acestei ipoteze ne arată că atunci când experimentează stres, anxietate ori tristețe care îi copleșesc, adolescenții preferă „soluția rapidă” de a fuma un joint cu canabis, în loc să-și accepte emoțiile, să le diferențieze și să utilizeze o strategie de coping adecvată, fără efecte adverse, cum este consumul de canabis.

Ipoteza 7 – „*Dependența de canabis corelează pozitiv cu alte comportamente adictive*” (dependența de exerciții fizice, alimente, jocuri video, jocuri de noroc și tutun), este confirmată. Există o corelație Pearson moderat pozitivă cu Dependența de exerciții fizice ( $r = .48$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ), Dependența de alimente ( $r = .44$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ) și Dependența de jocuri video ( $r = .59$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ), și foarte puternică cu Dependența de tutun ( $r = .84$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ) și Dependența de jocuri de noroc ( $r = .88$ ,  $N = 1302$ ,  $p < .001$ ). Analiza acestei ipoteze ne indică faptul că dependența de canabis este asociată cu alte tipuri de adicții, cum ar fi dependența de exerciții fizice (persoanele care practică exercițiile fizice în mod excesiv au adesea oboseală fizică și pentru a se relaxa unii dintre ei utilizează canabisul), dependența de alimente (persoanele care consumă frecvent canabis au un apetit ridicat, care se poate îndrepta spre mâncatul compulsiv, respectiv spre dependența de alimente), dependența de jocuri de noroc (persoanele care joacă frecvent la „păcănele” sau pariuri trăiesc emoții foarte intense pentru perioade foarte scurte de timp, și pentru a depăși tristețea că au pierdut resursele personale – banii, timpul, bunurile personale amanetate, fumează câte un joint cu canabis pentru a se „liniști”), dependența de jocuri video (pierderile și oboseala psihică acumulate la jocurile video, sunt „ameliorate” de către unii jucători cu canabis), dependența de tutun (datorită faptului că doar fumatul de canabis facilitează frecvent unele efecte adverse, atunci majoritatea consumatorilor de canabis, amestecă la pregătirea unui joint tutun și canabis, ceea ce contribuie la potențarea ambelor tipuri de dependențe).

### **Concluzii**

Rezultatele arată că dependența de canabis predomină în rândul băieților și corelează pozitiv cu nesatisfacerea nevoilor psihologice de bază – autonomia, competența și relaționarea, lipsa motivației pentru consiliere psihologică, utilizarea credințelor iraționale (evaluarea globală a propriei persoane, intoleranța la frustrările date de reguli și muncă), dificultățile în strategiile de reglare emoțională și unele comportamente adictive (dependența de canabis, tutun, jocuri video și de rețele de socializare). Intervențiile bazate pe metoda interviului motivațional pot contribui la dezvoltarea motivației pentru inițierea, parcurgerea și finalizarea ședințelor de consiliere psihologică. De asemenea, tehnicile terapiei rațional-emoțive comportamentale pot contribui la identificarea și tratarea tipurilor de credințe iraționale care moderează consumul de canabis. Psihoeducația adolescenților, împreună cu adoptarea unor strategii eficiente



de reglare emoțională de către aceștia, pot contribui la tratarea acestei tulburări de consum de canabis și la problemele asociate acesteia.

### **Bibliografie:**

1. ANTIDROG, Agenția Națională. Raport național privind situația drogurilor. *București: Editura Reitox*, 2022, pp.23-24.
2. BERMAN, Anne H., et al. Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European addiction research*, 2005, 11.1: 22-31.
3. BERNARD, M. E.; CRONAN, F. Scala de iraționalitate pentru copii și adolescenți (adaptat de Trip, S.) În D. David (coordonator) Sistem de evaluare clinică.[Scale of irrationality for children and adolescents(adapted by Trip, S.) In D. David (coordinator) Clinical evaluation system]. 2007.
4. GAETAN, Sophie, et al. French validation of the 7-item Game Addiction Scale for adolescents. *European review of applied psychology*, 2014, 64.4: 161-168.
5. GRANT, Jon E.; ODLAUG, Brian L.; CHAMBERLAIN, Samuel R. Gambling disorder, DSM-5 criteria and symptom severity. *Comprehensive psychiatry*, 2017, 75: 1-5.
6. KAUFMAN, Erin A., et al. The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and replication in adolescent and adult samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2016, 38.3: pp. 443-455.
7. MENESES GAYA, Izilda Carolina de, et al. Psychometric properties of the Fagerström test for nicotine dependence. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2009, 35: 73-82.
8. PELLETIER, Luc G.; TUSON, Kim M.; HADDAD, Najwa K. Client motivation for therapy scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of personality assessment*, 1997, 68.2: 414-435.
9. SCHIESTL, Emma T.; GEARHARDT, Ashley N. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale for Children 2.0: a dimensional approach to scoring. *European Eating Disorders Review*, 2018, 26.6: pp. 605-617.
10. TERRY, Annabel; SZABO, Attila; GRIFFITHS, Mark. The exercise addiction inventory: A new brief screening tool. *Addiction Research & Theory*, 2004, 12.5: pp. 489-499.
11. VAN DER KAAP-DEEDER, J., et al. Manual of the basic psychological need satisfaction and frustration scale (BPNSFS). *Ghent University, Belgium*, 2020.