

Aliați împotriva alcoolismului

de Eugen Hriscu și Anca Tiurean

Acest articol este de fapt rodul colaborării mai multor psihoterapeuți din diferite școli de formare și cu experiență profesională diversă. Toți facem parte dintr-un grup de suport reciproc, în care, în afară de a ne trimite clienți unii altora, organizăm și sesiuni de intervizare, ne oferim insight-uri și materiale de la conferințe și evenimente profesionale la care am participat și mai interacționăm în discuții tematice. La intervizarea noastră de la începutul verii l-am invitat pe colegul nostru Eugen Hriscu¹ de la Clinica Aliat din București pentru a povesti despre tratamentul integrat al consumului problematic de alcool, noi dorind să ne înțelegem mai bine rolul în rețeaua profesională care se ocupă de prevenția și tratamentul adicțiilor. Eugen ne-a prezentat câteva chestiuni de bază, teoretice și aplicative, din munca lui cu adicțiile, iar în a doua întâlnire ne-a ascultat și oferit perspectivele sale asupra unor probleme și dificultăți întâlnite de către noi în practica privată.

În acest articol aș dori să împărtășim și altor colegi câteva dintre chestiunile pe care le-am abordat cu sprijinul lui Eugen. Poate că sunt lucruri pe care deja le cunoașteți, poate sunt lucruri care vă vor fi de folos și vouă sau poate că veți avea noi întrebări și, la rândul vostru, veți avea inițiativa de a-l invita pe Eugen în calitate de profesionist cu experiență, la o consultare tematică ce vă inspiră sau poate deblochează resurse utile în practica de cabinet. Am structurat acest articol după câteva dintre cele mai populare concepte și întrebări care ne-au ghidat discuțiile. Ne gândim că parcurgerea acestui articol ar putea să fie un bun punct de plecare și totodată o introducere utilă în subiectul tratamentului dependențelor.

NEÎNCREDEREA

Unii dintre noi ne-am confruntat cu situații precum refuzul clienților noștri de a efectua vizita psihiatrică necesară abordării în siguranță a reducerii consumului devenit problematic. Oamenii au refuzat pentru că le este rușine să apeleze la un psihiatru sau pentru că se tem de psihiatru sau pentru că pur și simplu nu au încredere în medici în general ori în medicii „de la noi” în particular. De la caz la caz, psihoterapeuții adresează astfel de ezitări conform pregătirii profesionale proprii. Este de folos uneori să facilităm contactul clientului

¹ Eugen Hriscu este psihiatru și psihoterapeut AT certificat din București. De-a lungul timpului a înființat și a lucrat în mai multe centre de servicii destinate tratamentului dependențelor de heroină, de alcool, etc. Acum lucrează într-o clinică privată: Clinica Aliat: <https://www.clinica-aliat.ro/echipa/>

cu cadrul medical pentru a preveni riscurile de sevraj sever asociate consumului nociv și de lungă durată. Le putem spune clienților că rolul medicației este să le scadă pofta de alcool și posibilele stări de sevraj. Poate să fie util să informăm clientul încă de la început că lucrăm în colaborare cu un anumit psihiatru și că unele ședințe se vor ține cu acesta, cu scopul ca psihoterapeutul să primească un raport de evaluare medicală a situației (așa cum uneori trimitem clienții la clinician pentru un raport clinic), ceea ce va ajuta la stabilirea unui plan eficient de tratament psihoterapeutic. Un alt potențial motivator în unele cazuri este cel financiar: informarea clientului că serviciile psihiatrice sunt decontate prin casa de asigurări îi poate răspunde temerii că l-ar costa în plus să mai meargă și la psihiatru.

OBIȘNUINȚĂ VERSUS DEPENDENȚĂ

Cum stabilim dacă este vorba despre o dependență sau pur și simplu de obișnuința de a consuma alcool? Eugen ne-a prezentat câteva manifestări uzuale ale dependenței și un model stadial al evoluției fenomenului de consum cu care ne putem orienta de la caz la caz.

Când persoana este dependentă, nu mai reușește să își mențină abținerea pe termen lung, adică dincolo de câteva săptămâni sau o lună. Îi este vizibil afectată capacitatea de auto-control. Se remarcă prezența poftei de consum (craving). I se diminuează capacitatea de a recunoaște importanța problemelor pe care le generează și impactul consumului asupra relațiilor sale sociale. Felul în care răspunde emoțional la situații devine disfuncțional. Poate deveni compulsiv în căutarea substanței și pierde controlul asupra cantităților consumate. Persoana parcurge cicluri repetitive de recădere și remisiune, iar în absența tratamentului sau recuperării, dependența are o evoluție progresivă și poate duce la dizabilitate sau moarte prematură. Poate fi necesar ca psihoterapeuții să își antreneze seturi specifice de abilități de a relaționa într-un mod terapeutic și facilitativ cu persoanele care vin nu doar cu o stare emoțională apăsătoare, ci și cu un nivel mai pronunțat de astfel de incapacitare datorată dependenței.

Modelul evoluției consumului, conceptualizat de Skinner, cuprinde șase stadii, după cum urmează:

(1) cei ce nu consumă

(2) cei ce consumă în scop experimental - pentru aceștia intervenția primară este de obicei suficientă și este eficientă când îi ajută să nu consume deloc. Acest tip de intervenție este de cele mai multe ori desfășurată în familie, în școală, în programe de dezvoltare a abilităților psiho-sociale, etc.

(3) cei ce consumă ocazional sau regulat, dar fără simptome - pentru aceștia intervenția suficientă și eficientă este cea care îi ajută să reducă sau să renunțe la a mai consuma substanța respectivă.

(4) cei care practică un consum riscant - pentru aceștia sunt de obicei utile intervențiile scurte, ce implică un screening test², o discuție despre rezultatele testului de screening și câteva recomandări în legătură cu reducerea consumului

(5) consumul ridicat, însoțit de simptome - acesta necesită tratament specializat, psihiatric și psihoterapeutic

(6) dependența cronică severă - aceasta necesită îngrijire, uneori de tip paleativ sau axat pe reducerea riscurilor, în cazurile în care nu este posibilă obținerea unor schimbări semnificative.

SEVRAJUL

Clientul spune că nu se poate lăsa de alcool pentru că se teme de sevraj. Diferiți clienți au diferite presupuneri despre ce este sevrajul, când apare, cum se manifestă și cât poate să dureze. Starea de sevraj este una în care simptomele sunt opusul efectului substanței, de aceea este util de cercetat împreună cu fiecare client ce tipuri de beneficii are din consum. Acest lucru nu numai că ne va dezvălui efectul alcoolului asupra consumatorului, ci și câte ceva din structura Copilului Liber ce este ascuns și frustrat în spatele consumului problematic. Dacă efectul alcoolului era relaxant, atunci sevrajul se va manifesta probabil prin apariția stărilor de anxietate, agitație, nervozitate etc. Dacă din starea de Copil Liber consumatorul exprimă plăcerea de a fi cu prietenii care îl acceptă așa cum este sau resimte nevoia de apartenență, atunci vom ști că sevrajul va conține și trăiri de pierdere a conexiunii cu ceilalți. În acele momente dorința de a bea apare ca o nevoie de a scăpa de stările de rău. Simptomele fizice pot include tremorul, transpirația, în cazuri mai grave convulsiile și delirul. Ele pot de obicei să fie diminuate cu ajutorul unui tratament psihiatric. Dat fiind că în unele cazuri mai grave sevrajul poate să ducă la deces, este recomandabil să încurajăm anumiți clienți să accepte o vizită la psihiatru pentru a obține o evaluare medicală și un set de recomandări adaptate situației lor personale. În multe cazuri oprirea consumului trebuie să fie lentă, nu bruscă, și să includă anumiți substituenți (medicamente, regimuri alimentare, regimuri comportamentale sistemice etc) în cadrul unui plan integrat și coerent de recuperare.

² Pentru a folosi screening-testul AUDIT și a contribui la cercetări naționale asupra consumului de alcool în rândul populației din România, puteți accesa linkul: <https://testare.saptamanaaudit.ro/home>

Doar în cazul dependențelor cronice și severe este necesară spitalizarea - iar aceasta nu este impusă, ci recomandată de medicul psihiatru pentru o perioadă minimă necesară primei faze a tratamentului. Însă multe dintre cazurile de consum nu sunt atât de problematice și persoana poate să reducă sau chiar să renunțe la consumul de alcool în siguranță, având nevoie mai degrabă de suport psihologic și social, poate niște medicație adjuvantă, după caz.

Având în vedere că în întreaga lume consumul de alcool este un fenomen social răspândit și cultural acceptat, partea dificilă a tratamentului nu este de obicei cea medicală, ci cea psiho-socială. De pildă, după renunțarea la substanța respectivă (alcool, tutun, drog), rămâne de abordat, de înțeles și de gestionat fenomenul tentației și al poftei. În această etapă, persoana are tendința de a reveni la consum nu pentru că i-ar fi rău, ci pentru că i se activează anumite reflexe construite în perioada de consum, cum ar fi: reflexul de a evita certurile cu soția prin a bea, obișnuința de a ieși la o bere cu colegii după serviciu, căutarea unei băuturi înainte de o conversație dificilă, procurarea unei băuturi pentru a reduce stresul, cutuma de a bea cu fiecare invitat la o nuntă, un botez, o sărbătoare etc. Pofța se diminuează în timp ca intensitate și frecvență, iar tentațiile uzuale pot deveni ocazii utile antrenamentului de revenire în Adult. Ceea ce consumatorii descriu ca pe un soi de nostalgie, profesioniștii numesc vulnerabilitate față de recădere.

CONFRUNTAREA TERAPEUTICĂ

Membrii comunității sau familiei extinse pot fi realmente violenți cu consumatorul de alcool și de multe ori se cred îndreptățiți, deoarece consumatorul este considerat de către societate a fi cel cu viciul. Consumatorul este privit ca imoral, ca rău, ca axat doar pe plăcerea lui de a consuma, iar ceilalți se transpun într-o autoritate morală ce încearcă să-i „*bage mințile-n cap*”. De asemenea, consumatorul poate să devină violent, fie pe fondul dezinhibiției sub influența alcoolului, fie pe fondul renunțării la consumul a cărui funcție era până atunci să-l ajute să își gestioneze trăirile afective greu de digerat. Confruntarea terapeutică a violenței fizice, verbale, a încălcărilor de contract, a minciunii și a altor tipuri de punere în act dăunătoare procesului și participanților la acesta este pentru mulți psihoterapeuți dificilă și provocatoare, întrucât ne este solicitată la maxim capacitatea de autoreglare afectivă, tactul, fermitatea, blândețea, curajul de a nu rata ocazia potrivită și capacitatea de a ne distinge curajul de o reacție impulsivă sau complementară în cadrul unui joc. Posibilitatea de a discuta cu supervizorii și cu colegii despre aceste lucruri ne ajută să reflectăm la intervențiile proprii și să deprindem în timp arta confruntării terapeutice.

Tony White atrage atenția asupra riscurile asociate limitării neadecvate a celuilalt. El scria la un moment dat: „Am fumat de la 15 la 25 de ani (...) inițial din motive de rebeliune. Mi s-a spus să nu o fac, așa că am făcut-o. Omul renunță la fumat sau la orice altă substanță dacă este investit în renunțarea asta prin Copilul Liber. Abstința pe termen lung este posibilă doar dacă e valorizată de Copilul Liber. Terapia adicției e despre a asculta ce vrea Copilul Liber. De aceea în cei 40 de ani de practică psihoterapeutică n-am spus nimănui vreodată să nu mai consume. Nu e despre a le spune eu chestii. E despre a-mi spune Copilul lor Liber chestii”³.

Felul în care confruntăm problema adicției este determinat și de concepția teoretică pe care ne bazăm intervenția. De obicei, societatea și autoritățile acționează din perspectiva că ar exista o boală numită alcoolism și că alcoolul ar fi factorul determinant, prin urmare interzicerea consumului sau accesului la alcool ar rezolva cumva problema, dar tot ce reușesc prin abordările prohibitive este să stârnească Copilul Rebel și să mențină o dinamică ce nu diminuează nici consumul, nici problemele asociate, ci chiar le accentuează. De aceea ajung să apeleze la psihoterapie. Din perspectivă psihoterapeutică, adicția este un efect al interacțiunii mai multor factori, iar intervenția trebuie să țină cont de personalitatea și mediul psihosocial al persoanei, recomandată fiind apelarea la măsuri multidisciplinare, inclusiv unele aflate în sfera politicilor de sănătate publică.

EFICIENȚA PSIHOTERAPEUTICĂ

Întrebările noastre la acest punct au fost cele mai interesante și au reprezentat momentul nostru de punere sub semnul întrebării a propriilor intervenții. În ce jocuri sunt probabil invitată de către clientul meu și cum îmi dau seama de asta? La care dintre aceste jocuri sunt mai susceptibilă să devin o parte a mecanismului ce întreține consumul problematic? Ce știu despre cum poate influența propria mea experiență de viață cu alcoolul felul în care mă manifest în relație cu un client alcoolic sau familia lui? Cum pot să răspund terapeutic situației în care un client vine beat la ședință? În funcție de care factori vom prioritiza intervențiile, ținând seama că, în cadrul consumului cronic, problemele sunt pe mai multe paliere (individual, familial, social, etc)? Care este modalitatea de evaluare dezirabilă sau eficientă pentru a stabili obiective de intervenție și ordinea optimă a acestora? Cum

³ Tony White a scris aceste cuvinte pe pagina lui de social media, unde puteți să îl urmăriți și să interacționați cu el în mod direct, deoarece o folosește mai mult pentru dialoguri profesionale și este tare interesant ce scrie: <https://www.facebook.com/photo/?fbid=10159353880534637&set=a.266016154636>

păstrăm un echilibru tactic sensibil între sprijin și fermitate pe plan terapeutic în cazul clientului cu dependențe?

De multe ori după o perioadă de psihoterapie, clientul ajunge să conștientizeze rolul alcoolului în viața sa, dar își dă seama că schimbările pe care le aduce cu sine renunțarea la consumul de alcool sunt prea greu de asumat. Din perspectiva sistemică familială, consumul de alcool al unuia dintre membri se poate dovedi a fi un soi de unic sprijin în menținerea unui echilibru intern al familiei, ce începe să se scuture puternic atunci când persoana renunță la alcool. În experiența noastră, a mai multor terapeuți, adesea după dezalcoolizare, tensiunile, certurile și chiar violența în familie au crescut, dar nu am găsit studii statistice care să ateste acest lucru și care poate că ar funcționa ca argumente în favoarea unui plan de tratament ce pune mai mult accent pe dezvoltarea deprinderilor de interacțiune sănătoasă. De exemplu, CBT, DBT, AT și EFT⁴ funcționează excelent pentru sprijinirea clientului în trecerea de la folosirea alcoolului ca *trapă de evadare* la cel puțin o minimă înțelegere și aplicare a noțiunii de *reglare emoțională*. De aceea este posibil ca intervenția să integreze colaborarea dintre un psihoterapeut individual și unul familial și chiar suport din partea unei instituții de asistență socială. Este un motiv întemeiat să încercăm a face cunoștință din timp cu diverși reprezentanți ai Direcției de Sănătate Publică, cu psihiatri locali sau colegi care practică alte forme de psihoterapie, așa încât să ne cunoaștem, să ne putem consulta și recomanda între noi la momentele potrivite și să putem colabora, la nevoie.

Și clientul și familia lui beneficiază cel mai mult de o alianță terapeutică între ei în lupta împotriva alcoolismului, având în vedere că trebuie să fie atenți la așa de mulți factori determinanți sau de influență și să își organizeze viața cotidiană în așa fel încât să reducă impactul factorilor de risc și să crească impactul și saliența⁵ factorilor protectivi. Alianța se bazează pe obiectivele și preocupările comune (cum ar fi grija față de sănătatea fizică și psihică a fiecărui membru al familiei, dorința de a crește copiii într-un mediu sănătos psihologic etc.), precum și pe capacitatea membrilor de a-și acorda recunoaștere, înțelegere, sprijin emoțional sau cel puțin de a se opri din tendințele impulsive la momentele în care se simt provocați și să preia în schimb responsabilitatea pentru propriile reacții și răspunsuri la ceea ce li se întâmplă.

⁴Am menționat aici doar câteva dintre abordările folosite și menționate de către psihoterapeuții participanți la atelier: DBT (*Terapia dialectic-comportamentală*), CBT (*Terapia cognitiv-comportamentală*), EFT (*Terapia cuplului centrată pe emoții și atașament*), AT (*Analiza Tranzacțională*)

⁵ Saliența este o calitate a unui obiect de a ieși în evidență. Ea reprezintă importanța relativă pe care obiectul respectiv o are pentru o anumită persoană sau proeminența unui anumit lucru în raport cu obiectele din vecinătatea lui.

Este de mare impact ca alianța terapeutică dintre profesioniști, oameni și societate împotriva alcoolismului să fie facilitată, întărită și menținută pe cât posibil, deoarece această alianță este în sine un puternic motivator pentru o viață lungă și sănătoasă, dar și pentru că tratamentul dependențelor este lung și complex, cuprinzând perioade de stabilitate, de recădere și de tratament al recăderii. În multe cazuri tratamentul este ca în orice altă boală cronică: persoana cu diabet nu scapă de diabet, doar are grijă la propria glicemie și are grijă să își acorde îngrijirea corespunzătoare când glicemia îi trece de o anumită graniță, ceea ce din când în când poate să însemne a apela din nou la serviciul de sănătate. A fost de impact pentru mai mulți dintre noi să ne gândim în acest fel, iar Eugen ne-a subliniat un lucru prețios: că principala noastră competență față de alte tipuri de furnizori de servicii este să tolerăm stările emoționale grele proprii și ale pacienților. Rolul nostru nu este să le controlăm comportamentele în sensul invers factorilor care-i determină să consume, ci să le facilităm recăpătarea libertății de a alege pentru ei înșiși. Alcoolul este un stimul salient, adică este atractiv pentru consumatori, iar prezența frecventă a alcoolului în mediul de viață al oamenilor îi îmbie la a-l consuma. Poate că noi, ca terapeuți, ar trebui să avem și un rol de activiști sociali în problematica alcoolului și să atragem atenția la efectul nefast al reclamelor ce normalizează consumul sau efectul nociv și greu de gestionat al cutumelor sociale de a consuma cu orice ocazie. Prin prezența constantă a acestor imagini și obișnuințe, consumatorii efectiv nu sunt lăsați să uite de alcool. În cabinet sprijinim dezvoltarea *capacității* persoanei de a *alege* să nu bea la o întâlnire unde i se servește, *capacitatea* de a refuza insistențele, spunând lucruri ca „*îmi pare rău, dar nu pot să beau cu tine acum...*” și *putința de a conține pofta proprie, de a-și conștientiza și gestiona impulsurile*, etc.

ABILITĂȚI ȘI DIFICULTĂȚI

Fiecare dintre noi are niște limite și vulnerabilități personale care pot deveni manifeste în lucrul cu adicțiile. De pildă, este în regulă să facem anumite propuneri pentru pacienți, să oferim sugestii, recomandări într-un mod respectuos, ferm și în același timp relaxat, informativ. Atunci când insistăm ca pacientul să ne ia în serios, să se lase de băut, să meargă la psihiatru etc, exercităm o formă de insistență care nu este în sprijinul clientului, ci reprezintă modul defensiv prin care psihoterapeutul reacționează atunci când nu-și mai tolerează propriile stări de neputință, de insucces și de frustrare în raport cu pacientul. Reflexele noastre de a corecta ceea ce spune sau ceea ce face pacientul îi stârnește cel mai probabil rezistență, deoarece clienții cu adicție sunt de cele mai multe ori ambivalenți cu

privire la consumul lor, iar presând pe un *braț* al ambivalenței, stimulăm de fapt *brațul* celălalt. Destul de tipică și de răspândită este și capcana jocului de-a expertul, când pacientul cere „*zi-mi și mie niște sfaturi*”, o cerere la capătul căreia se așterne o liniște din care se poate naște un gest de infantilizare a pacientului de către terapeut. Este important pentru noi să putem conține tăcerea respectivă ca spațiu de reflecție, să putem oglindi mesajul pacientului și să ne angajăm în explorarea sfaturilor deja primite de acesta de la alții. Astfel, transformăm un risc de *punere în act* a jocului „*Da, dar...*” într-un prilej de co-reflecție asupra jocurilor.

E nevoie să fim conștienți de propria noastră contribuție la proces (la schimbare și la menținerea problemei) pe tot parcursul acestuia. Dacă mi se pare foarte important să mergă la psihiatru, pot să mă asigur că încă de la primele ședințe menționez că felul în care eu lucrez este în colaborare cu un coleg psihiatru și că din când în când s-ar putea ca unele ședințe să aibă loc alături de acesta. Dacă nu am contractat asta de la început cu clientul, momentul propice următor ar putea fi când îmi exprim *propria* îngrijorare și îi solicit *pentru mine*, pentru ca eu să pot continua a lucra cu ei într-un mod eficient, să îmi *acorde* acest set de *analize psihiatrice* de care să pot ține cont pentru a planifica împreună cu ei pașii terapeutici pe care să îi facem mai departe. Ei pot în continuare să spună *nu*. În acest caz, oprirea sau continuarea colaborării cu clienții respectivi începe să dobândească semnificație, iar despre aceasta este nevoie să discutăm și cu ei și cu supervizorii noștri. Ambele sunt intervenții sensibile ce ridică întrebări de ordin practic și etic, putând însemna în contextul respectiv: abandon, sfidare, fermitate, structură, neglijență, acord tacit cu consumul, *enabling*⁶, respect pentru dreptul de autodeterminare etc. Consumatorii de alcool prezintă mai frecvent driverele „*fă pe plac*”, „*fii perfect*” și „*încearcă din greu*” și cu acestea este probabil să întâmpine fiecare intervenție terapeutică.

Este important pentru noi ca terapeuți să ne păstrăm curiozitatea despre „*prin ce trece pacientul*” și totodată să rămânem în contact cu noi înșine pentru a ne auto-sprrijini și aduce în relație, știind că și clientul este puternic interesat de interesul terapeutului față de client.

IMPACTUL INTERVIZĂRII

Am avut parte de „*o foarte bună sinteză a tehnicilor de intervenție*” (Maria). Potrivit feedback-ului participanților la ateliere, cel mai mult ne-a fost de folos ca psihoterapeuți

⁶ Nu avem termen românesc adecvat pentru a traduce termenul de *enabling*. Nu este vorba despre „a permite”, ci de o combinație între „a face pe cineva capabil de un anumit comportament” și „a genera condiții propice pentru realizarea unui comportament”

discuția despre rolul pe care îl avem în relație cu persoanele cu dependență. Ne ajută să avem așteptări mai realiste de la noi înșine și de la relația terapeutică. „*Dincolo de informațiile pe care le-am auzit, cel mai mult mi-a plăcut ideea că nu este necesar să le știu pe toate. Această perspectivă a fost eliberatoare pentru mine. Mulțumesc!*” (Simona).

De asemenea, a fost important pentru mai mulți dintre noi să ne dăm seama că, deși lucrurile se schimbă și *dependența trece*, rămân totuși amintiri, reflexe, scenarii familiare din perioada de consum și implicit o anumită vulnerabilitate față de substanța respectivă. Mulțumită neuroplasticității creierului avem posibilitatea să lucrăm la construcția de noi amintiri, noi scenarii și noi abilități de a gestiona vechile reflexe și nostalgii de fiecare dată când stimuli din actualitate și contexte sociale familiare predispun persoana la recădere. „*Mă bucur că am avut ocazia să particip la aceste două workshop-uri. Ce iau cu mine este conștientizarea că dependența de alcool e un mecanism de coping, dezadaptativ ce-i drept, dar e soluția găsită de persoana în cauză la durerea sa psihologică. Asta m-a ajutat să văd persoana dincolo de stigmatizarea socială, pe care am internalizat-o și eu într-o oarecare măsură. M-am bucurat și de instrumentele de lucru prezentate!*” (Manuela).

Eugen ne-a prezentat în cea de a doua sesiune de intervizare o serie de instrumente utile pacientului pentru auto-ajutor și terapeutului pentru monitorizare, inspirate din abordările cognitiv-comportamentale, cum ar fi: ținerea unui **jurnal al consumului**, ținerea unui jurnal al furiei, cuprinzând datele situaționale (ziua, data, ora, locația, relația, comportamentele, cuvintele declanșatoare, etc); **balanța decizională** (reflecția asupra avantajelor și dezavantajelor unui comportament pe termen scurt, pe termen lung, asupra propriei persoane și asupra relațiilor semnificative din viața pacientului); instrumente de **autorefecție** și recunoaștere a situațiilor cu grad ridicat de **risc** pentru recădere sau violență; tehnici de **antrenament al autoreglării afective** mai ales când pacienții consumă pentru a face față.

Încheiem acest prim articol cu o listă de resurse ce considerăm că vă vor fi utile pentru a primi și mai mult din sprijinul de care aveți nevoie atât pentru munca profesională, cât și pentru clienți. Adăugăm o scurtă listă bibliografică și așteptăm cu interes sugestiile voastre pe adresa redacției (newsletter@arat.ro) - o scurtă recenzie a ceea ce ați citit în domeniul adicțiilor și considerați că v-a ajutat mult în practica profesională sau în gestionarea unor dificultăți din viața privată ar fi un tip de articol bun pentru newsletter-ul nostru, în scopul continuării dialogului colegial și suportului profesional reciproc.

Resurse pentru psihoterapeuți și clienți

- APLICAȚIE. AlcoHelp se găsește și sub formă de [aplicație pentru auto-ajutor](#).
- ONG: Alianța pentru Lupta Împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor (ALIAT) este o asociație non-guvernamentală, non-profit, înființată în anul 1993 de specialiști în sănătate mintală, și care activează în domeniul prevenirii și tratamentului abuzului și dependenței de alcool și droguri. Informații de contact: Web: <https://aliat-ong.ro/> Email: office@aliatong.ro / Telefon și fax: [0213348406](tel:0213348406)
- ALCOLINE: La numărul de telefon [0219335](tel:0219335), de luna până vinerea între orele 10 și 17 găsim o linie națională de asistență pentru lupta cu dependența de alcool.
- SUPTOR FINANCIAR: Tratamentul dependențelor poate să fie decontat - informații suplimentare la numărul de telefon: [0771450514](tel:0771450514)
- CLINICA ALIAT: contact@clinica-aliat.ro Telefon [0727880447](tel:0727880447)
- SCREENING TEST: <https://testare.ziuaaudit.ro/#!/home> -- aici se poate realiza screeningul online. Iar la: <https://www.ziuaaudit.ro/editia2019> -- aici sunt listați colaboratorii din 2019
- ALCOOLICII ANONIMI -- <https://www.alcooliciianonimi.ro/>

Bibliografie:

1. Tony White (2013), Working with Drug and Alcohol Users - A Guide to Providing Understanding, Assessment and Support. *Jessica Kingsley Publishers, London, UK*.
2. Niță, D et al. (2019), Abordarea terapeutică a tulburărilor cauzate de uzul de substanțe. *Editura Catharsis, București*
3. Prelipceanu, D., Voicu, V. et al. (2004) Abuzul și dependența de substanțe psihoactive, *Editura InfoMedica, București*
4. Hriscu, E. și Ioan, M. (2004). Prevenirea recăderilor în tulburările legate de consumul de substanțe, *ed. InfoMedica, București*
5. Hadži-Pešić et al (2014). Personality of Alcohol Addict According to the Theory of Transactional Analysis, *Procedia - Social and Behavioral Sciences, Volume 127, Pages 230-234, ISSN 1877-0428, <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.246>*