

RELAȚIA DINTRE ANXIETATE ȘI RISCUL PENTRU ABUZUL DE ALCOOL ÎN RÂNDUL ADOLESCENȚILOR: ROLUL MODERATOR AL SUPTULUI SOCIAL DIN PARTEA FAMILIEI

GRIGORE IONAȘCU*

Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, Republica Moldova

AURELIA GLĂVAN

Universitatea de Stat din Tiraspol, Republica Moldova

Abstract

A large body of research has revealed that alcohol abuse among adolescents is a major health concern. Understanding the risk/protective factors associated with adolescent alcohol misuse is critical to providing effective prevention and early individual interventions. Within this broad framework, one area of increasing empirical attention is the association between adolescent alcohol abuse and anxiety problems. Several studies suggest that family social support can effectively reduce health-related problems, including anxiety and adolescent alcohol abuse. The aim of this study was to examine whether family social support moderates the association between anxiety symptoms and adolescent alcohol abuse risk. A population-based sample of 688 Romanian adolescents completed several standardized instruments, including a measure of current risk of alcohol abuse, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet *et al.*, 1988), and an anxiety index from the Youth Self-Report (Achenbach și Rescorla, 1991). The risk of alcohol abuse was positively associated with anxiety ($r = 0.373$; $p < 0.001$) and negatively associated with family social support ($r = -0.280$; $p < 0.001$). An inverse relationship was found between family social support and anxiety ($r = -0.341$; $p < 0.001$). Hierarchical linear multiple regression analysis provided support for the moderation relationship. In summary, family social support may act as a buffer by reducing the risks associated with anxiety. Some practical implications for preventive interventions are discussed.

Cuvinte-cheie: adolescenți, abuz de alcool, anxietate, suport social din partea familiei, efect de moderare.

Keywords: adolescents, alcohol abuse, anxiety, family social support, moderating effect.

1. INTRODUCERE

În rândul adolescenților, consumul de alcool acoperă un spectru care variază de la abținerea totală la dependență (American Academy of Pediatrics, 2010). Conform datelor studiului *Monitoring the Future* desfășurat în SUA (care a sistematizat pentru anul 2018 informații cu privire la amploarea consumului de substanțe psihoactive în rândul adolescenților, studenților și al adulților absolvenți

* Doctorand, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Str. Ion Creangă, Nr. 1, Chișinău, Republica Moldova, MD-2069; E-mail: grig_nsc@yahoo.com.

de liceu), până la sfârșitul liceului, 59 % dintre elevii americani consumaseră mai multe pahare de alcool, iar 42.9 % dintre elevii de clasa a XII-a se îmbătaseră cel puțin o dată (Johnston *et al.*, 2019). În Europa este în desfășurare proiectul *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD). Acesta este unul dintre cele mai extinse proiecte internaționale axate pe studiul consumului de substanțe psihoactive în rândul adolescenților. Studiul se bazează pe colaborarea dintre echipe independente de cercetare din aproximativ 40 de țări europene printre care se numără și România. În țara noastră, proiectul este coordonat de Agenția Națională Antidrog și susținut de Ministerul Educației Naționale. Colectarea datelor se realizează o dată la patru ani. Pentru perioada 1999–2019, proporția adolescenților români cu vârsta de 16 ani care au fost chestionați și care consumaseră de-a lungul vieții cel puțin o dată o băutură alcoolică a variat între 85 % și 81.2 % (*cf.* Agenția Națională Antidrog, 2019). Pentru anul 2019, aceasta s-a plasat peste media țărilor ($f_p = 78.5$ %) care au raportat date pentru proiectul ESPAD. Conform datelor, 74 % dintre adolescenții care au fost chestionați în anul 2019 consumaseră de-a lungul vieții cel puțin o dată o băutură alcoolică. Acest procent s-a plasat din nou peste media ($f_p = 69.4$ %) pentru țările incluse în proiectul ESPAD. Pentru toate perioadele de referință, băieții au evidențiat rate mai mari ale consumului de alcool.

A. Sandovici, M. Tufeanu și M.L. Mihăilă (2016) au efectuat un studiu prin care au urmărit factorii ce contribuie la predicția comportamentelor cu risc pentru sănătatea fizică și mintală a adolescenților. Participanții la studiu au fost 556 adolescenți români (354 fete și 196 băieți). Dintre adolescenții chestionați, 11 % au declarat că obișnuiau să consume bere des sau în fiecare zi, 5.9 % consumau vin frecvent, 2 % – gin, 2.7 % – lichior și 8.3 % – băuturi spirtoase tari. Datele au indicat o asociere semnificativă din punct de vedere statistic între sexul adolescenților și frecvența consumului de bere (28.4 % – băieți *vs* 4.9 % – fete) sau vin (10.5 % – băieți *vs* 3.4 % – fete). Predictorii frecvenței consumului de bere au fost sexul masculin, atitudinea favorabilă față de angajarea în comportamente cu risc, suportul social din partea familiei și satisfacția față de familie. Predictorii frecvenței consumului de vin au fost sexul masculin și atitudinea favorabilă față de angajarea în comportamente cu risc, iar cei ai frecvenței consumului de băuturi spirtoase tari au fost atitudinea favorabilă față de angajarea în comportamente cu risc și percepția pozitivă a beneficiilor asociate acestora. Este binecunoscut faptul că utilizarea alcoolului la vârste timpurii se asociază cu un risc mai ridicat pentru probleme în viitor în ceea ce privește consumul acestei substanțe din categoria inhibitorilor difuze ale sistemului nervos central (DeWit *et al.*, 2000; Grant, Stinson și Harford, 2001).

Abuzul de alcool a fost definit ca un tipar dezadaptativ al consumului acestei substanțe, care conduce la o afectare semnificativă din punct de vedere clinic sau la stres, manifestate prin cel puțin unul dintre următoarele simptome pe parcursul unei perioade de 12 luni (DSM-IV-TR, 2000): a) consum recurent de alcool, care are ca rezultat neîndeplinirea obligațiilor majore de la locul de muncă, școală sau acasă; b) consum recurent de alcool în situații în care acest comportament este periculos pentru sănătatea fizică; c) probleme legale recurente provocate de consumul de

alcool; d) continuarea consumului de alcool în ciuda problemelor sociale recurente, care sunt cauzate sau exacerbate de efectele alcoolului; e) simptome care nu îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru dependența de alcool. În DSM-IV, dependența de alcool este înțeleasă ca un tipar dezadaptativ al consumului, care conduce la o afectare semnificativă din punct de vedere clinic manifestată prin cel puțin trei dintre următoarele simptome pe parcursul unei perioade de 12 luni: a) toleranță la consum (creșterea cantității de alcool pentru a se ajunge la efectul dorit); b) sindrom de abstință – modificări dezadaptative ale comportamentului, care sunt însoțite de simptome fiziologice și cognitive; c) consum de alcool în cantități mari sau pentru perioade de timp mai lungi decât a intenționat băutorul; d) dorință persistentă sau eforturi eșuate de reducere a consumului; e) timp îndelungat petrecut pentru procurarea alcoolului, consum sau recuperarea de pe urma efectelor consumului; f) renunțare la activitățile sociale, ocupaționale sau recreative ca urmare a consumului sau reducerea acestora; g) consum continuat în ciuda faptului că băutorul știe că are probleme somatice sau psihologice care sunt cauzate sau exacerbate de alcool. În DSM-IV (2000), abuzul și dependența de alcool au fost descrise drept entități clinice distincte. În DSM-5 (2013), acestea sunt reunite într-o categorie unică denumită tulburări legate de consumul de alcool.

Criteriile de diagnostic pe care le-am enumerat mai sus au fost dezvoltate mai ales pentru cercetarea și munca clinică pe populația de adulți aflați în risc. Există anumite limite în aplicarea lor pentru clasificarea formelor de utilizare a alcoolului și a riscurilor asociate în rândul adolescenților. De exemplu, așa cum este definită în DSM-IV, dependența de alcool poate să nu aibă timp să se dezvolte la un adolescent, mai ales la debutul acestei perioade de vârstă (American Academy of Pediatrics, 2010). Cu toate acestea, adolescentul poate să se angajeze într-un comportament de consum foarte riscant. De asemenea, aplicabilitatea criteriilor poate fi limitată prin faptul că cei mai mulți dintre adolescenți nu experimentează sindromul de abstință, iar toleranța la alcool (care este un proces ce se dezvoltă în timp) are o specificitate scăzută pentru adolescenți. Unii cercetători și clinicieni vorbesc despre utilizarea nocivă sau dăunătoare a alcoolului, în timp ce alții preferă termeni precum consumul problematic de alcool sau utilizarea greșită a alcoolului (engl. *alcohol misuse*), însă nu oferă clarificări conceptuale care să conducă spre o definiție operațională. Pe de altă parte, trebuie să recunoaștem faptul că, în comparație cu populația adultă, adolescenții sunt mult mai predispuși să consume episodic, deodată și într-o perioadă de timp scurtă (de obicei, câteva ore) o cantitate mare de alcool (Stolle, Sack și Thomasius, 2009). În literatura internațională, acest comportament cu risc este cunoscut sub denumirea de *binge drinking* (băutul excesiv). Această particularitate face ca, pentru grupa de vârstă analizată, consumul compulsiv de alcool să fie periculos, mai ales atunci când este asociat cu utilizarea altor substanțe psihotrope (de exemplu, etnobotanice sau droguri cu risc ridicat). Având în vedere toate aspectele pe care le-am expus, optăm pentru termenul *abuz de alcool* prin care nu înțelegem dependența de alcool (așa cum a fost definită aceasta în DSM-IV), ci mai degrabă situația în care un adolescent consumă ocazional sau episodic o cantitate de alcool atât de mare, încât poate să-și pună în pericol

sănătatea fizică și psihică, precum și relațiile interpersonale, viața școlară, integritatea morală, imaginea socială ș.a.

Numeroase studii de teren (transversale sau longitudinale), sinteze ale literaturii care s-a preocupat de consumul de substanțe psihoactive în rândul adolescenților și al tinerilor, precum și metaanalize au radiografiat factorii care contribuie la creșterea riscului pentru tulburări din spectrul consumului de alcool sau factorii protectivi. Aceștia acoperă următoarele domenii (American Academy of Pediatrics, 2010; Fitzgerald *et al.*, 2018; Hawkins, Catalano și Miller, 1992; Pedersen și von Soest, 2015; Resnick *et al.*, 1997): a) factori individuali – vârsta, sexul, profilul neurobiologic, mediul de rezidență, *background*-ul rasial/etnic, stresul psihic, evenimentele de viață traumatizante, anxietatea, depresia, stima de sine, sentimentul de singurătate, stilul de *coping* la solicitări, optimismul, abilitățile sociale, satisfacția față de viață, problemele în ceea ce privește consumul altor substanțe psihotrope (de exemplu, canabis), antecedentele delincvențiale etc.; b) factori familiali – problemele legate de consumul de alcool în rândul părinților, nivelul scăzut al educației și statutul ocupațional precar, monoparentalitatea, problemele de sănătate mintală ale părinților, lipsa atașamentului față de părinți/familie, sărăcia suportului din partea familiei, conflictele intrafamiliale, coeziunea familială slabă, permisivitatea părinților etc.; c) factori școlari – atașamentul față de școală, suportul din partea profesorilor, eșecul școlar, victimizarea prin *bullying* etc.; d) factori care țin de relațiile interpersonale – nivelul integrării în grupurile de covârșnici (de exemplu, acceptarea socială), suportul din partea covârșnicilor, atașamentul față de prieteni, calitatea relațiilor romantice, experiența despărțirilor de un partener romantic etc.; e) factori sociali – caracteristicile cartierului/zonei rezidențiale, victimizarea prin *bullying* în cadrul comunității, solicitarea ajutorului informal, problemele legale cu organele de poliție, prietenia cu alți adolescenți care au probleme cu alcoolul, expunerea la modelele prezentate în mass-media etc.

Adolescența este o perioadă de tranziție marcată de numeroase schimbări în ceea ce privește înfățișarea fizică, imaginea de sine și identitatea în general, cogniția, independența față de părinți și autonomia individuală, relațiile sociale, experiențele romantice, sexualitatea, confuzia valorilor și personalitatea în ansamblul ei (Papalia, Wendkos Olds și Duskin Feldman, 2010). Un adolescent se poate confrunta cu temeri (de exemplu, schimbările corporale rapide, solicitările școlare ridicate, dificultățile în relațiile romantice, așteptările mari din partea părinților, incertitudinea în legătură cu propriul viitor etc.) a căror gestionare necesită sprijinul constant din partea familiei, profesorilor, consilierului școlar și a altor persoane semnificative din propria sa rețea socială. Adesea, schimbările majore pe care adolescenții le experimentează sunt însoțite de creșterea drastică a stresului psihic. La rândul lui, stresul poate conduce la numeroase probleme emoționale și comportamente dezadaptative, printre care se numără și anxietatea (Anyan și Hjemsdal, 2016; Mann *et al.*, 2011; Ngai și Cheung, 2000; van Oort *et al.*, 2010). Anxietatea este o stare emoțională care constă în gânduri recurente, senzații neplăcute și modificări fiziologice ce apar ca răspuns la un stimul (situație sau eveniment de viață) perceput ca fiind amenințător (Dafinoiu, 2015).

În ultimele decenii, conceptul referitor la suport a atras un interes din ce în ce mai mare din partea cercetătorilor care au subliniat beneficiile pe care această resursă oferită de rețeaua socială le aduce în planul sănătății fizice și mintale, precum și în cel al stării de bine a indivizilor de toate vârstele (Cohen, Gottlieb și Underwood, 2000; Robu, 2012; Schwarzer și Buchwald, 2004). Literatura din domeniul științelor comportamentale prezintă o distincție conceptuală între suportul social efectiv primit și cel perceput (Gottlieb și Bergen, 2010; Uchino, 2009). Integrând cele două perspective teoretice, P. A. Thoits (2010) oferă o definiție comprehensivă suportului social pe care îl conceptualizează prin asistența emoțională, informațională sau practică pe care o persoană o primește de la alte persoane din propria rețea socială sau pe care o percepe ca fiind disponibilă atunci când are nevoie de ea. Așadar, suportul social se referă la experiența unei persoane care se simte apreciată, respectată, iubită și îngrijită de alte persoane care sunt prezente în viața ei (Gurung, 2006). Suportul social poate fi oferit de către familie, prieteni, profesori, consilieri școlari, colegi de muncă, specialiști din diverse instituții comunitare sau de către orice alt grup social/religios la care o persoană este afiliată. În comparație cu frecvența sprijinului de care un copil/adolescent beneficiază efectiv, calitatea suportului social perceput și primit ca atare este mai importantă pentru sănătatea mintală și funcționarea pozitivă (Chu, Saucier și Hafner, 2010; Holahan, Valentiner și Moos, 1995).

Lipsa suportului social este considerată unul dintre factorii care generează o varietate de probleme psihologice în rândul copiilor și al adolescenților. Există dovezi empirice consistente pentru rolul protectiv pe care suportul social din partea familiei, prietenilor, profesorilor sau a altor persoane semnificative îl joacă în raport cu o serie de riscuri ce pot interveni în traseul dezvoltării și în funcționarea pozitivă a adolescenților, precum anxietatea, depresia, comportamentele deviante/delincvente, dificultățile în relațiile sociale, nivelul scăzut al adaptării la sarcinile școlarității, stresul psihic ș.a. (Auerbach *et al.*, 2011; Barrera și Garrison-Jones, 1992; Robu, 2013; Rosenfeld, Richman și Bowen, 2000; Rueger, Malecki și Demaray, 2010; Sterrett *et al.*, 2011; Young *et al.*, 2005).

Mai multe studii au evidențiat rolul pe care suportul social perceput îl joacă în protejarea adolescenților împotriva anxietății (Brailovskaia *et al.*, 2018; Koçkar și Gençöz, 2004; McDonald *et al.*, 2010; van Droogenbroeck, Spruyt și Keppens, 2018), precum și a consumului problematic de substanțe, inclusiv alcool (Fitzgerald *et al.*, 2018; Hamdan-Mansour, Puskar și Sereika, 2007; Parker și Benson, 2004; Piko, 2000; Resnick *et al.*, 1997; Stice și Barrera, 1995). Un studiu intercultural efectuat pe trei eșantioane de studenți care au inclus 4.433 subiecți din Germania, 3.774 subiecți din Rusia și 4.982 subiecți din China a evidențiat corelații negative între suportul social perceput, respectiv anxietate, depresie și stresul psihic (Brailovskaia *et al.*, 2018). În plus, în toate eșantioanele analizate, reziliența a mediat semnificativ relațiile dintre suportul social și indicatorii negativi ai sănătății mintale. Autorii acestui studiu concluzionează că suportul social și reziliența sunt factori interconectați care, indiferent de condițiile geografice, istorice, sociale și culturale, contribuie la sănătatea mintală a unui adolescent. Pe o altă direcție,

ipoteza suportului social care acționează ca un tampon (Cohen și Wills, 1985) sugerează că sprijinul pe care un adolescent îl primește din partea membrilor propriei sale rețele sociale contribuie la reducerea tensiunii psihice și protejează împotriva efectelor negative (de exemplu, anxietate sau depresie) pe care le poate avea stresul produs de schimbările specifice adolescenței sau evenimentele de viață negative. Această ipoteză a fost testată în mai multe studii empirice efectuate în populația de adolescenți (Cheng, 1997; Holahan, Valentiner și Moos, 1995; Young *et al.*, 2005).

2. PREZENTUL STUDIU

2.1. SCOP

În prezentul studiu, ne-am propus explorarea relațiilor dintre nivelul anxietății, percepția cu privire la suportul social din partea familiei și riscul pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților români. Întrebarea care ne-a orientat demersul investigativ a fost: Pentru niveluri diferite ale suportului social din partea familiei, relația dintre nivelul anxietății în rândul adolescenților și riscul pentru abuzul de alcool este diferită? Principala premisă care a stat la baza investigației a fost că percepția pe care un adolescent o are cu privire la disponibilitatea și calitatea suportului social pe care familia i-l oferă acționează ca un amortizor care reduce impactul negativ pe care anxietatea îl poate avea prin abuzul de alcool (Figura nr. 1). Ipoteza pe care am testat-o este o extensie a modelului amortizării stresului, potrivit căruia suportul social reduce posibilele efecte negative ale stresului psihic (Cohen și Pressman, 2004; Cohen și Wills, 1985).

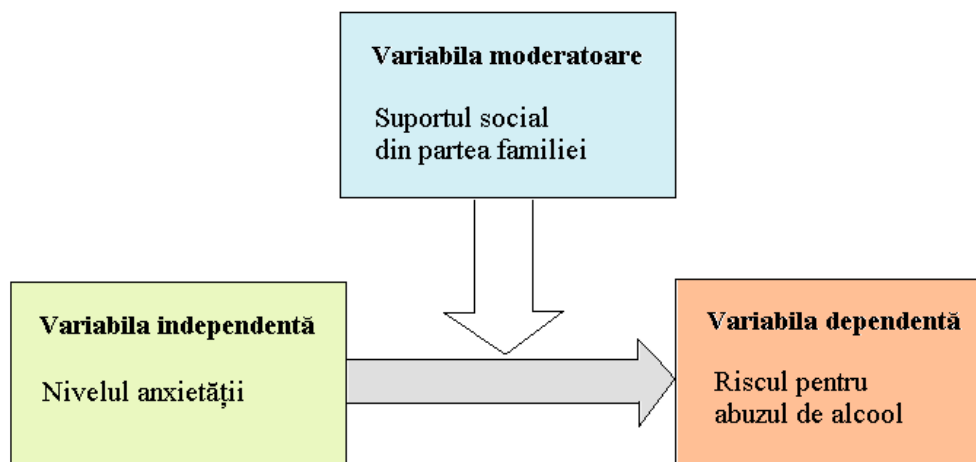


Figura nr. 1

Reprezentarea schematică a variabilelor de interes și a relațiilor dintre acestea

2.2. PARTICIPANȚI ȘI PROCEDURĂ

Datele brute au fost obținute prin prelucrarea răspunsurilor valide pe care 688 adolescenți români (321 fete și 367 băieți) le-au oferit la chestionarele administrate în contextul unui studiu mai amplu prin care s-au urmărit dimensiunile psiho-socio-comportamentale ale consumului de alcool în adolescență. Eșantionul a inclus 407 elevi în clasa a X-a și 281 elevi în clasa a XI-a. În momentul colectării datelor din populația școlară, adolescenții aveau vârste cuprinse între 15 și 19 ani ($M = 16.46$; mediana = 16; $SD = 0.84$). Participanții erau rezidenți fie în mediul rural ($n = 444$), fie în cel urban ($n = 244$) și proveneau din familii intacte ($n = 494$), familii temporar dezintegrate prin plecarea părinților la muncă în străinătate ($n = 72$) sau din familii dezorganizate prin decesul unuia dintre părinți sau prin divorț ($n = 22$).

Colectarea datelor a fost realizată în perioada septembrie–noiembrie 2020 cu ajutorul consilierilor școlari și al profesorilor diriginți. Participanții la studiu au fost recrutați printr-o strategie nealeatorie (eșantion de conveniență). Bazinul de recrutare a fost reprezentat de populația de elevi din 14 instituții de învățământ liceal care fac parte din rețeaua școlară rurală/urbană a județului Galați. Răspunsurile la itemii incluși în protocolul standardizat au fost anonime pentru a se controla efectul dezirabilității sociale.

2.3. INSTRUMENTE ADMINISTRATE PENTRU COLECTAREA DATELOR

În studiul mai larg care și-a focalizat atenția pe dimensiunile psiho-socio-comportamentale ale consumului de alcool în rândul adolescenților români, participanții au completat un protocol standardizat care a inclus 168 de itemi repartizați în conținutul a 15 chestionare, inventare și scale. În prezentul articol, vom trece în revistă doar instrumentele prin care au fost măsurate anxietatea, riscul pentru abuzul de alcool, respectiv suportul social din partea familiei.

Anxietatea a fost operaționalizată utilizându-se zece itemi preluați din versiunea în limba română a subscalei *Anxietate* din Youth Self-Report (YSR; Achenbach și Rescorla, 2001; adaptarea în România a fost coordonată de A. Dobrea și este comercializată de Romanian Psychological Testing Services). Instrumentul multidimensional YSR face parte din sistemul ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) care oferă posibilitatea unei evaluări cuprinzătoare a aspectelor pozitive și negative ale adaptării la sarcinile dezvoltării în rândul (pre)adolescenților. YSR include două componente, dintre care una se referă la competențele sociale și a doua vizează problemele emoționale (anxietatea, depresia, însingurarea și izolarea, respectiv acuzele somatice) și pe cele comportamentale (încălcarea regulilor sociale, respectiv manifestările agresive). În versiunea originală, anxietatea poate fi măsurată cu 13 itemi, dintre care au fost selectați zece itemi

pentru studiul pe care l-am realizat. Două exemple de itemi sunt: „Îmi este frică că aș putea gândi sau face ceva rău”, „Sunt critic/-ă cu mine însumi/însămi”. La fiecare dintre itemi, un subiect poate răspunde prin alegerea uneia dintre cele trei variante pe care le are la dispoziție, și anume: 0 – *nu este deloc adevărat pentru mine*, 1 – *este doar uneori adevărat pentru mine*, 2 – *este foarte (adesea) adevărat pentru mine*. Instrumentul YSR (inclusiv subscala *Anxietate*) are calități psihometrice consistente care au fost evidențiate în mai multe studii ample și riguroase (Achenbach și Rescorla, 2001; Ivanova *et al.*, 2007). În prezentul studiu, validitatea de construct internă a versiunii de lucru pe care am utilizat-o pentru măsurarea anxietății a fost testată prin efectuarea analizei factoriale confirmatorii cu ajutorul aplicației AMOS 20.0 (Arbuckle, 2011). Modelul metric care a fost reținut pentru prelucrările ulterioare i-a inclus pe toți cei zece itemi. Aceștia au fost constrânși să satureze un singur factor latent. De asemenea, în baza sugestiilor pentru îmbunătățirea parametrilor modelului, care sunt incluse în *output*-ul ce poate fi obținut cu aplicația AMOS, erorile pentru doi dintre itemi au fost constrânse să coreleze între ele. Modelul rezultat a evidențiat o adecvare bună din punct de vedere statistic (Kline, 2011; Schermelleh-Engel, Moosbrugger și Müller, 2003): $\chi^2 = 65.54$, $df = 34$, $p = 0.001$, $\chi^2/df = 1.92$, GFI = 0.980, AGFI = 0.967, NNFI/TLI = 0.959, NFI = 0.939, CFI = 0.969, RMSEA = 0.038, CI_{90 % RMSEA} = 0.024-0.051. Valorile standardizate ale saturațiilor pe care itemii le-au avut în factorul latent au fost cuprinse între 0.27 și 0.66 ($p < 0.001$). Pentru ansamblul celor zece itemi, consistența internă a fost satisfăcătoare ($\alpha_{\text{Cronbach}} = 0.76$). Pentru fiecare dintre adolescenții care au participat la studiu, scorul total a fost calculat prin însumarea scorurilor la cei zece itemi (domeniul de variație posibil: 0-20). Scorul ridicat a fost interpretat ca indicator al nivelului ridicat al anxietății.

În vederea măsurării riscului pentru abuzul de alcool, adolescenții care au participat la prezentul studiu au completat un instrument ce a inclus zece itemi la care au răspuns prin alegerea uneia dintre variantele DA sau NU. Două exemple de itemi sunt: „Ai avut vreodată probleme cu alte persoane sau cu poliția din cauza consumului de alcool?”, „Obișnuiești să consumi alcool pentru a te relaxa, a te simți mai bine cu tine însuși/însăși sau pentru a te integra într-un grup de prieteni/la o petrecere?”. Opt dintre cei zece itemi au fost preluați și adaptați din bazinul de itemi care a stat la baza construirii și validării instrumentului CRAFT – *Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble* (Knight *et al.*, 1999). Acesta permite *screening*-ul adolescenților care prezintă un risc ridicat pentru tulburări legate de utilizarea alcoolului sau a altor substanțe. Validitatea instrumentului a constat în atenția mai multor studii (Dhalla, Zumbo și Poole, 2011; Knight *et al.*, 2002). Un alt item („Ți-ai neglijat vreodată obligațiile pe care le ai în familie, temele pentru școală, ieșirile cu prietenii tăi, relația cu iubitul tău/iubita ta pentru mai mult de două zile la

rând din cauza consumului de alcool ?”) are la bază un item preluat din Brief Michigan Alcoholism Screening Test (BMAST; Pokorny, Miller și Kaplan, 1972). Un ultim item [„Crezi că ceilalți (prieteni tăi, colegii de școală) beau alcool mai mult decât tine?”] a fost formulat pentru a servi studiului pe care l-am realizat. S-a pornit de la premisa că un adolescent care se compară cu alți covârșnici în ceea ce privește consumul de alcool poate conștientiza că are probleme care necesită ajutor specializat. Setul format din cei zece itemi la care ne-am referit a fost supus analizei factoriale confirmatorii în vederea explorării validității de construct. Un prim model metric ipotetic a constrâns toți itemii să satureze un singur factor latent. Nu a fost impusă nicio altă constrângere cu privire la corelațiile dintre erorile asociate itemilor. Deși modelul a evidențiat o adecvare foarte bună, saturația unui item în factorul latent nu a fost semnificativă din punct de vedere statistic. Din acest motiv, itemul a fost eliminat și analiza reluată. Noul model metric a evidențiat, de asemenea, o adecvare statistică foarte bună: $\chi^2 = 37.36$, $df = 27$, $p = 0.088$, $\chi^2/df = 1.38$, $GFI = 0.987$, $AGFI = 0.979$, $NNFI/TLI = 0.973$, $NFI = 0.931$, $CFI = 0.980$, $RMSEA = 0.024$, $CI_{90\% RMSEA} = 0.000-0.042$. Saturațiile itemilor în factorul latent au avut valori standardizate cuprinse între 0.24 și 0.59 ($p < 0.001$). Pentru ansamblul celor nouă itemi, consistența internă a fost satisfăcătoare ($KR_{20} = 0.62$). Prin urmare, pentru fiecare dintre adolescenții care au participat la studiu a fost calculat un scor total prin însumarea scorurilor la itemii reținuți în urma analizei factoriale confirmatorii (domeniul de variație posibil: 0-9). Un scor ridicat a fost considerat ca indicator al riscului pentru abuzul de alcool.

Percepția pe care adolescenții o aveau cu privire la disponibilitatea și adecvarea suportului social din partea familiei, prietenilor și a altor persoane semnificative a fost măsurată utilizându-se versiunea în limba română (Robu, Sandovici și Ciudin, 2020) pentru Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS; Zimet *et al.*, 1988). Acest instrument permite evaluarea subiectivă a disponibilității și adecvării suportului instrumental și emoțional din trei surse specifice, și anume familie (4 itemi), prieteni (4 itemi), respectiv alte persoane semnificative din rețeaua socială a unui subiect (4 itemi). Subscala *Familie* include itemi precum „Familia mea se străduiește să mă ajute, atunci când am nevoie” sau „Familia mea este întotdeauna dispusă să mă ajute să iau anumite decizii”. La fiecare dintre itemi, răspunsul poate fi furnizat pe o scală de tip Likert cu șapte ancore verbale, care sunt distribuite gradual de la 1 – *dezacord puternic* la 7 – *acord puternic*. Pentru fiecare dintre sursele de suport, scorul total se obține prin însumarea scorurilor la itemii corespunzători (domeniul de variație posibil: 4–28). Scorurile ridicate semnifică disponibilitatea și adecvarea suportului social din partea familiei, prietenilor sau a altor persoane semnificative. Instrumentul MSPSS are calități psihometrice consistente (López și Cooper, 2011; Zimet *et al.*, 1988), motiv pentru care este utilizat frecvent în studii realizate pe eșantioane de adolescenți, tineri și

adulți care au diverse *background*-uri sociale, culturale sau medicale. Validitatea și fidelitatea instrumentului MSPSS au fost confirmate în mai multe studii efectuate atât pe eșantioane formate din adolescenți selectați din populația comunitară cu diferite caracteristici rasiale și/sau etnice (Bruwer *et al.*, 2008; Cheng și Chan, 2004; Edwards, 2004), cât și pe eșantioane clinice formate din adolescenți diagnosticați cu tulburări psihice (Kazarian și McCabe, 1991). V. Robu, A. Sandovici și M. Ciudin (2020) au selectat din populația comunitară trei eșantioane de adolescenți și au adus dovezi consistente pentru structura factorială, validitatea discriminantă și concurență, respectiv fidelitatea (consistența internă și stabilitatea test-retest) versiunii în limba română pentru MSPSS. În prezentul studiu, consistența internă pentru subscala *Familie* a fost bună ($\alpha_{\text{Cronbach}} = 0.87$).

2.4. ASPECTE TEHNICE ALE ANALIZEI CANTITATIVE A DATELOR

Datele brute au fost analizate utilizându-se aplicația SPSS pentru Windows 20.0 (IBM SPSS, Chicago, IL). Pentru toate variabilele cantitative pe care ne-am focalizat atenția a fost verificată normalitatea distribuțiilor. Aceasta este o condiție importantă pentru utilizarea tehnicilor statistice multivariate. În cazul unei distribuții univariate normale, valorile indicatorilor simetriei (*skewness*) și boltirii (*kurtosis*) trebuie să fie egale cu zero. Nu există un reper clar care să indice ce valori ale celor doi indicatori sunt acceptabile pentru a se concluziona că distribuția unei variabile este normală. Unii autori (Morgan *et al.*, 2004) oferă ca repere critice ± 1 . Rezultatele simulărilor statistico-matematice sugerează că valori ale indicatorului *skewness* situate în afara intervalului [-2; 2], respectiv, valori ale indicatorului *kurtosis* situate în afara intervalului [-4, 4] distorsionează sever rezultatelor testelor multivariate (West, Finch și Curran, 1995).

Modelul în care suportul social din partea familiei a fost presupus ca având un efect moderator asupra relației dintre nivelul anxietății și riscul pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților a fost testat utilizându-se analiza de regresie liniară multiplă ierarhică (Labăr, 2008). Un moderator este o variabilă calitativă sau cantitativă care influențează direcția și/sau intensitatea relației dintre o variabilă independentă și una dependentă. Variabila moderatoare este similară cu o variabilă suplimentară care, alături de cea independentă, covariază cu variabila dependentă. Pentru a se putea vorbi despre o relație de moderare, este necesară îndeplinirea simultană a trei condiții (Baron și Kenny, 1986; Frazier, Tix și Barron, 2004): a) variabila independentă trebuie să aibă un efect semnificativ din punct de vedere statistic asupra variabilei dependente; b) variabila moderatoare trebuie să aibă, de asemenea, un efect semnificativ asupra variabilei dependente; c) interacțiunea dintre variabilele independentă și moderatoare (care se obține prin calcularea produsului dintre valorile standardizate ale celor două variabile) trebuie să aibă un efect semnificativ asupra variabilei dependente; în plus, în raport cu puterea statistică a modelului testat în primul pas al analizei, adăugarea interacțiunii dintre variabilele

independentă și moderatoare trebuie să aducă un plus semnificativ la explicarea varianței variabilei dependente. Valorificându-se sugestia lui P.A. Frazier, A.P. Tix și K.E. Barron (2004), scorurile brute pentru anxietate și suportul social din partea familiei au fost transformate în scoruri standardizate (z) pentru a se preîntâmpina multicolaritatea dintre variabilele independente introduse în al doilea pas al modelului de regresie ierarhică. Este vorba despre variabila rezultată prin calcularea produsului dintre valorile standardizate ale variabilelor independente și moderatoare. Această variabilă compozită va corela puternic cu fiecare dintre cele două variabile.

3. REZULTATE

3.1. DATE DESCRIPTIVE ȘI COMPARATIVE

Din răspunsurile pe care adolescenții le-au dat la chestionarul prin care s-a urmărit frecvența consumului de băuturi alcoolice, s-a constatat că 9.3 % consumau bere des sau în fiecare zi, 3.1 % – vin, 1.5 % – lichior, 1.6 % – gin și 4.7 % – băuturi spirtoase tari. Aproximativ 14 % din totalul adolescenților care au fost investigați (18.5 % dintre băieți, respectiv 8.09 % dintre fete) au raportat că obișnuiau să consume des sau în fiecare zi un anumit tip de băutură alcoolică. Aproximativ 15 % din totalul adolescenților (17.7 % dintre băieți, respectiv 11.2 % dintre fete) au declarat că apelau la alcool pentru a scăpa de stres și a-și crea o dispoziție bună. De asemenea, 8.1 % din total (9.3 % dintre băieți și 6.9 % dintre fete) consumau alcool pentru că, uneori, se simțeau triști și fără speranță.

Mediile distribuțiilor pentru scorurile la instrumentele administrate (Tabelul nr. 1) au fost raportate la domeniile de variație posibile. În raport cu acestea, s-a constatat că adolescenții din eșantionul analizat au obținut un scor moderat pentru anxietate, un scor moderat spre scăzut pentru riscul abuzului de alcool, respectiv, un scor ridicat pentru suportul social din partea familiei. Valorile indicatorilor *skewness* și *kurtosis* au depășit ușor limita + 1.00 doar în cazul distribuției riscului pentru abuzul de alcool. Considerate în ansamblul lor, valorile indicatorilor tendinței centrale (media și mediana), respectiv, cele ale indicatorilor formei nu au evidențiat probleme semnificative în ceea ce privește normalitatea distribuțiilor pentru principalele variabile pe care le-am urmărit în studiu.

Tabelul nr. 1

Indicatori statistici descriptivi pentru variabilele de interes

Variabile	N	M	Mdn	AS	Skewness	Kurtosis
Anxietate	682	6.97	7.00	3.83	0.42	- 0.44
Risc abuz alcool	688	2.46	2.00	1.83	1.05	1.20
Suport social familie	679	21.63	23.00	5.73	- 0.79	- 0.05

Notă: Mdn = mediană

Comparațiile în funcție de sexul adolescenților care au participat la studiu au evidențiat o diferență semnificativă din punct de vedere statistic pentru riscul abuzului de alcool ($t = - 5.46$; $p < 0.001$), însă mărimea efectului a fost moderată ($d_{\text{Cohen}} = 0.41$). Comparativ cu fetele ($M = 2.06$; $AS = 1.61$), băieții au evidențiat un risc pentru abuzul de alcool ceva mai ridicat ($M = 2.80$; $AS = 1.93$). De asemenea, s-a obținut o diferență semnificativă pentru anxietate ($M_{\text{fete}} = 7.37$; $AS_{\text{fete}} = 3.72$; $M_{\text{băieți}} = 6.61$; $AS_{\text{băieți}} = 3.89$; $t = 2.60$; $p < 0.01$), însă mărimea efectului a fost scăzută ($d_{\text{Cohen}} = 0.20$). Pentru suportul social din partea familiei, diferența dintre fete și băieți nu a fost semnificativă din punct de vedere statistic ($M_{\text{fete}} = 21.78$; $AS_{\text{fete}} = 6.07$; $M_{\text{băieți}} = 21.50$; $AS_{\text{băieți}} = 5.42$; $t = 0.64$; $p = 0.519$).

3.2. CORELAȚIILE DINTRE VARIABILELE STUDIULUI

Datele au evidențiat o asociere pozitivă și semnificativă din punct de vedere statistic între scorul pentru anxietate și cel pentru riscul în ceea ce privește abuzul de alcool ($n = 682$; $r = 0.373$; $p < 0.001$). Valoarea corelației a indicat o relație de intensitate moderată între anxietate și riscul pentru abuzul de alcool. Niveluri mai ridicate ale anxietății au tins să coreleze cu un risc mai mare pentru consumul abuziv de alcool. Corelația dintre anxietate și riscul pentru abuzul de alcool s-a păstrat în același registru al intensității și atunci când a fost controlat efectul din partea sexului adolescenților ($n = 679$; $r_{\text{parțial}} = 0.404$; $p < 0.001$).

Pe de altă parte, scorul pentru suportul social din partea familiei a corelat negativ atât cu scorul pentru anxietate ($n = 673$; $r = - 0.341$; $p < 0.001$), cât și cu riscul pentru abuzul de alcool ($n = 679$; $r = - 0.280$; $p < 0.001$). Niveluri mai ridicate ale suportului social din partea familiei au tins să se asocieze cu un nivel mai scăzut al anxietății, respectiv cu un risc mai redus pentru abuzul de alcool. Asocierea dintre suportul social oferit de familie și anxietate s-a păstrat în plaja intensității moderate, iar atunci când a fost controlat efectul din partea sexului adolescenților care au participat la studiu, și-a modificat insesizabil valoarea absolută ($n = 670$; $r_{\text{parțial}} = - 0.345$; $p < 0.001$). În schimb, relația dintre suportul social din partea familiei și riscul pentru abuzul de alcool a avut o intensitate ceva mai scăzută care, de asemenea, s-a modificat insesizabil atunci când a fost controlat efectul din partea sexului adolescenților ($n = 676$; $r_{\text{parțial}} = - 0.281$; $p < 0.001$).

3.3. ANALIZA RELAȚIEI DE MODERARE

Tabelul nr. 2 sumarizează valorile coeficienților de regresie, precum și coeficienții de determinare pentru pașii analizei de regresie liniară multiplă ierarhică care a fost realizată în vederea testării relației de moderare.

Tabelul nr. 2

Date ale testării relației de moderare

Variabile independente	β	R^2	ΔR^2
<i>Pas 1</i>			
Anxietate	0.31 ***	0.165	-
Suport social familie	- 0.17 ***		
<i>Pas 2</i>			
Anxietate	0.30 ***	0.177	0.012
Suport social familie	- 0.14 ***		
Anxietate \times suport social familie	- 0.11 **		

Notă: N = 673. Modelele includ constanta în ecuație. ** p < 0.01; *** p < 0.001

În primul pas al analizei, scorurile standardizate pentru anxietate și suportul social din partea familiei au fost introduse ca variabile independente, variabila dependentă fiind riscul pentru abuzul de alcool (scorul brut). Modelul obținut a fost semnificativ din punct de vedere statistic ($R = 0.407$; $F_R = 66.31$; $p < 0.001$). Anxietatea și suportul social din partea familiei au explicat împreună 16.5 % din diferențele dintre adolescenții care au participat la studiu în ceea ce privește riscul pentru abuzul de alcool. Nivelul anxietății a fost predictor pozitiv al riscului pentru abuzul de alcool, în timp ce suportul social din partea familiei a fost predictor negativ. Astfel, condițiile *a*) și *b*), necesare pentru existența unei relații de moderare, au fost îndeplinite (a se revedea secțiunea 2.4).

În al doilea pas al analizei, variabilele independente au fost scorurile standardizate pentru anxietate și suportul social din partea familiei, precum și variabila compozită obținută prin calcularea produsului dintre scorurile standardizate pentru anxietate și suportul social familial. Această variabilă a fost derivată pentru a se manipula din punct de vedere cantitativ interacțiunea dintre variabila independentă și cea moderatoare. Modelul obținut a fost semnificativ din punct de vedere statistic ($R = 0.421$; $F_R = 47.91$; $p < 0.001$). Variabilele independente au explicat împreună 17.7 % din varianța riscului pentru abuzul de alcool. Anxietatea și suportul social din partea familiei și-au păstrat rolul predictiv, iar variabila rezultată prin interacțiunea dintre cele două a fost, de asemenea, predictor negativ al riscului pentru abuzul de alcool (condiția *c*). Mai mult, în raport cu puterea explicativă globală a modelului rezultat în primul pas al analizei, adăugarea interacțiunii dintre anxietate și suportul social din partea familiei a condus la o creștere cu 1.2 % a puterii explicative a celui de-al doilea model. Chiar dacă a avut o valoare modestă, această creștere a fost semnificativă din punct de vedere statistic ($F_{\Delta R^2} = 9.44$; $p = 0.002$). Atunci când nivelul suportului social din partea

familiei a fost ridicat, adolescenții cu un scor ridicat la anxietate au evidențiat un risc mai scăzut pentru abuzul de alcool. La polul opus, atunci când nivelul suportului social din partea familiei a fost scăzut, adolescenții cu un scor ridicat la anxietate au evidențiat un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool (Figura nr. 2).

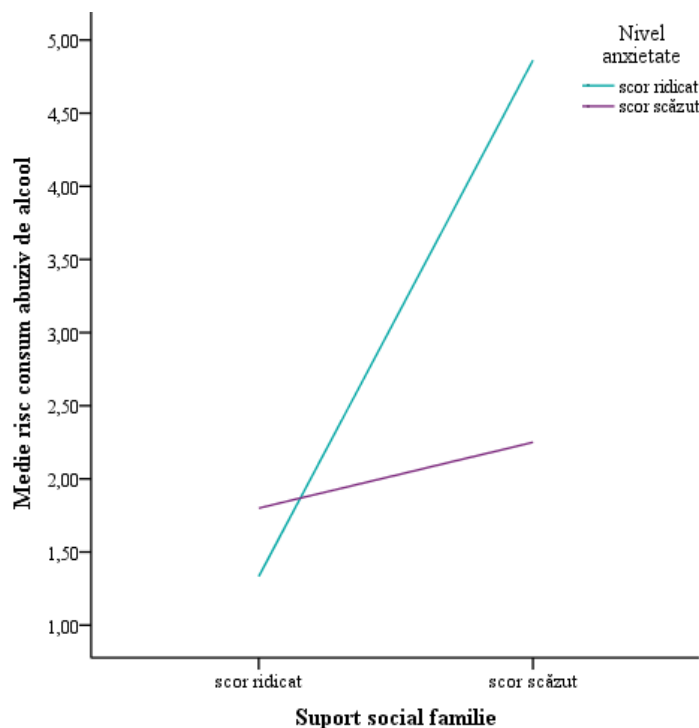


Figura nr. 2

Riscul pentru abuzul de alcool în funcție de nivelul anxietății și suportul social din partea familiei

4. DISCUȚII. IMPLICAȚII PRACTICE

Adolescența marchează începutul unei perioade de tranziție de la copilărie la vârsta adultă. Această etapă critică a vieții este însoțită de numeroase schimbări fizice, cognitive, emoționale și sociale, precum și de riscuri (Steinberg și Sheffield Morris, 2001). Schimbările tumultuoase specifice vârstei și evenimentele de viață stresante îi predispun pe adolescenți la probleme emoționale (dintre care cele mai comune sunt anxietatea și depresia), tulburări de comportament, precum și la utilizarea unei palete largi de substanțe care includ alcoolul, amfetaminele, marihuana, canabisul, dar și drogurile ilegale cu risc mare pentru integritatea fizică și sănătatea mintală (Anyan și Hjemdal, 2016; Hoffmann, Cerbone și Su, 2000; Shatkin, 2015; van Oort *et al.*, 2010).

La vârsta adolescenței, fetele și băieții caută să experimenteze lucruri noi, își testează limitele personale și petrec mult timp alături de prietenii lor (Steinberg și Sheffield Morris, 2001). Aceste particularități ale profilului psihosocial al unui adolescent trebuie relaționate cu diverse forme de angajare în comportamente cu risc pentru sănătatea fizică și mintală. Printre acestea, se numără și consumul de alcool (American Academy of Pediatrics, 2010; Johnston *et al.*, 2019; Sandovici, Tufeanu și Mihăilă, 2016). Adolescenții, tinerii și adulții consumă alcool pentru o multitudine de scopuri care includ efectele pe care această substanță le produce asupra sistemului psihic, nevoia de socializare, distracția, relaxarea, reducerea stresului, evadarea din stări afective neplăcute, decompensarea sau depășirea travaliului fiziologic și psihic asociat sindromului de abțință (în cazul persoanelor dependente de alcool). Adolescenții consumă alcool și pentru a se integra mai bine în grupurile de covârșnici și a fi acceptați sau pentru a-și dovedi maturitatea, dar cei mai mulți apelează la această substanță pentru a face față stresului și anxietății generate de problemele pe care le întâmpină (Patrick *et al.*, 2011; Thomas *et al.*, 2010).

Consumul de alcool în rândul adolescenților este considerat o problemă majoră a sănătății publice, deoarece se asociază cu o multitudine de efecte adverse și poate conduce destul de repede la instalarea dependenței clinice, așa cum se întâmplă și în cazul altor substanțe pe care adolescenții le utilizează destul de frecvent, precum marihuana (Wagner și Anthony, 2002). Totuși, trebuie precizat că dependența cronică de alcool (așa cum a fost definită această categorie clinică în clasificările internaționale) este mai puțin probabilă în rândul adolescenților, deoarece toleranța la alcool și sindromul de abțință (sevrăjul) au nevoie de o perioadă de timp mai lungă pentru a se instala (American Academy of Pediatrics, 2010). Având în vedere această observație a cercetătorilor care se preocupă de consumul de substanțe la vârste timpurii, în studiul mai larg prin care s-au urmărit dimensiunile psiho-socio-comportamentale ale consumului de alcool în rândul adolescenților, ne-am focalizat atenția pe problematica abuzului, adică pe situațiile în care un adolescent consumă ocazional sau episodic (individual sau într-un anumit context social) o cantitate mare de alcool într-o perioadă de timp scurtă, punându-se astfel în numeroase situații de risc.

În acest articol au fost prezentate cadrul metodologic și rezultatele unui studiu prin care s-a urmărit să se testeze dacă suportul social din partea familiei, pe care un adolescent îl percepe ca atare, moderează relația dintre simptomele specifice anxietății și riscul pentru abuzul de alcool. Este cunoscut faptul că, dincolo de asistența materială sau emoțională de care o persoană beneficiază efectiv, aprecierea subiectivă a suportului social se asociază semnificativ cu starea de bine psihologică (Gurung, 2006; Uchino, 2009). Uneori, expectanța unei persoane că alții îi vor oferi suport pentru a depăși dificultățile sau credința că este iubită, îngrijită și că celorlalți le pasă de ea poate fi mai benefică decât primirea efectivă a suportului social (Cheng, 1997). Beneficiile suportului social includ atât schimbări

în plan cognitiv (de exemplu, reevaluarea propriilor resurse, întărirea imaginii de sine pozitive, asumarea responsabilității, identificarea unor posibile soluții la problemele de viață etc.), cât și restructurări în planul funcționării emoționale (de exemplu, deblocarea stărilor emoționale negative, obținerea încrederii în sine și în ceilalți, întărirea sentimentului de confort emoțional etc.) (Jung, 1987).

Pentru un adolescent, relațiile sociale stabile în timp și suportive reprezintă o nevoie psihologică de bază, deoarece contribuie la calitatea vieții (Helgeson, 2003; Petito și Cummins, 2000) și la dezvoltarea sănătoasă (Chu, Saucier și Hafner, 2010; Sciaraffa, Zeanah și Zeanah, 2018). Consecințele dăunătoare pe care lipsa suportului social le are pentru funcționarea pozitivă a adolescenților sunt bine documentate și includ stresul psihic (Auerbach *et al.*, 2011; Brailovskaia *et al.*, 2018; Leung, 2007), anxietatea (Brailovskaia *et al.*, 2018; Rueger, Malecki și Demaray, 2010; van Droogenbroeck, Spruyt și Keppens, 2018), depresia (Auerbach *et al.*, 2011; Barrera și Garrison-Jones, 1992; Young *et al.*, 2005), dificultățile școlare (Rosenfeld, Richman și Bowen, 2000; Rueger, Malecki și Demaray, 2010), consumul de substanțe nocive – inclusiv abuzul de alcool (Hamdan-Mansour, Puskar și Sereika, 2007; Parker și Benson, 2004; Piko, 2000; Stice și Barrera, 1995) ș.a. Există un consens asupra faptului că suportul social poate avea atât un impact direct pozitiv în planul sănătății fizice și mintale și în ceea ce privește starea de bine psihologică/socială a unei persoane, cât și un efect indirect prin amortizarea efectelor negative ale stresului psihic (Cohen și Pressman, 2004; Cohen și Wills, 1985; Jung, 1987). Ipoteza amortizării efectelor stresului a fost dovedită și în rândul adolescenților (Cheng, 1997; Young *et al.*, 2005).

Datele analizei de regresie liniară multiplă ierarhică au oferit dovezi pentru relația de moderare. Scorul pentru anxietate a fost predictor pozitiv al riscului pentru abuzul de alcool, în timp ce scorul pentru suportul social din partea familiei, respectiv, scorul pentru interacțiunea dintre anxietate și suportul familial au fost predictorii negativi. Adolescenții care se confruntau cu simptomele neplăcute ale anxietății și care, în același timp, nu credeau că beneficiază de suport social din partea familiei au evidențiat un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool. Prin relațiile interpersonale pozitive, atașamentul continuu dintre părinți și copii, experiențele de cunoaștere, precum și prin suportul instrumental, emoțional și moral, familia rămâne un factor-cheie pentru dezvoltarea pozitivă a adolescenților și contribuie la promovarea funcționării sănătoase atât în adolescență (Collins și Laursen, 2004; Reinherz *et al.*, 2008), cât și la vârsta adultă (Doherty *et al.*, 2008; Paradis *et al.*, 2011). Rezultatele pe care le-am obținut sugerează că suportul social din partea familiei poate contribui la atenuarea riscului pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților care experimentează anxietatea. În contextul schimbărilor sociale, culturale și economice actuale, precum și al provocărilor specifice vârstei, adolescența se evidențiază ca o etapă insidioasă a dezvoltării individului uman. Din acest motiv, atenția sporită acordată nevoii de suport poate contribui la prevenirea riscurilor care grevează sănătatea fizică și psihică a adolescenților, printre care se numără și consumul de substanțe nocive.

Punctele tari ale studiului pe care l-am realizat includ volumul mare al eșantionului de adolescenți în care au fost colectate datele, precum și utilizarea unor instrumente care au calități psihometrice recunoscute în comunitatea academică. De asemenea, studiul a valorificat un model teoretic (ipoteza suportului social ca amortizor al relației dintre stresul psihic și dimensiunile negative ale funcționării psihosociale) larg acceptat în literatura internațională, precum și un corp consistent de dovezi empirice cu privire la rolul pe care suportul social îl joacă în sănătatea mintală și funcționarea pozitivă a adolescenților. Totuși, din punct de vedere metodologic, o limită a studiului este *design*-ul transversal (Carlson și Morrison, 2009). Rezultatele obținute printr-o astfel de abordare trebuie interpretate cu precauție în ceea ce privește relația temporală dintre anxietate, suportul social și utilizarea substanțelor nocive (de exemplu, alcoolul). Pentru a se putea concluziona cu privire la existența unei relații cauzale adevărate între variabilele care au stat în centrul atenției noastre în prezentul studiu, este necesar un *design* longitudinal prospectiv, precum cel utilizat de către C. Cheng (1997) în investigația prin care a urmărit să testeze dacă suportul social perceput moderează relația dintre evenimentele de viață stresante și depresie în rândul adolescenților chinezi.

Dincolo de limitele metodologice, din punct de vedere practic, constatările studiului pe care l-am realizat sugerează că programele de consiliere adresate adolescenților vulnerabili (care se confruntă cu schimbări sau evenimente de viață stresante ce pot contribui la cronicizarea anxietății și, prin aceasta, la creșterea riscului pentru abuzul de alcool) trebuie să ia în calcul atât gestionarea problemelor emoționale (pe lângă anxietate, includem depresia, scăderea încrederii în sine, sentimentul de neajutorare etc.), cât și antrenarea abilităților de care adolescenții au nevoie pentru a identifica sursele de suport social, a obține diferite forme de sprijin atunci când se confruntă cu solicitări și a menține calitatea rețelelor sociale în care sunt ancorați. Concluziile unei sinteze sistematice care și-a focalizat atenția pe modalitățile în care suportul social poate fi mobilizat pentru îmbunătățirea sănătății mintale, a funcționării și a adaptării în rândul copiilor și al adolescenților (Bauer *et al.*, 2021) arată că modelarea abilităților sociale și a relațiilor interpersonale sănătoase, crearea unor medii sigure în care adolescenții pot să-și exerseze abilitățile sociale sau pe cele de rezolvare a problemelor practice, încurajarea adolescenților să ceară ajutor atunci când întâmpină dificultăți sau schimbarea percepțiilor despre beneficiile suportului social sunt câteva dintre dimensiunile intervențiilor prin care tinerii vulnerabili pot fi ajutați să-și întărească credința în autoeficacitate, sentimentul speranței, stima de sine, încrederea în propriile lor forțe, reziliența, strategiile pozitive de adaptare la stres, starea de bine, psihologică și socială ș.a., să reducă riscul anxietății, depresiei și al problemelor de comportament și să-și îmbunătățească funcționarea psihologică și socială.

Primit în redacție la: 12.01.2022

BIBLIOGRAFIE

1. ACHENBACH, T.M, RESCORLA, L., *Manual for the ASEBA School Age Forms & Profiles*, Burlington, VT, University of Vermont, Research Centre for Children, Youth & Family, 2001.
2. AGENȚIA NAȚIONALĂ ANTIDROG, *Studiul în școli privind consumul de alcool, tutun și droguri ilicite în România – ESPAD 2019*. Raport disponibil online pe <http://ana.gov.ro/wp-content/>.
3. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS – COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE, *Policy statement – Alcohol use by youth and adolescents: A pediatric concern*, *Pediatrics*, **125**, 5, 2010, p. 1078–1087.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5 (5th ed.)*, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
6. ANYAN, F., HJEMDAL, O., *Adolescent stress and symptoms of anxiety and depression: Resilience explains and differentiates the relationships*, *Journal of Affective Disorders*, **203**, 2016, p. 213–220.
7. ARBUCKLE, J.L., *IBM® SPSS® AMOS™ 20 User's Guide*, Chicago, IL, IBM Corporation, 2011.
8. AUERBACH, R.P., BIGDA-PEYTON, J.S., EBERHART, N.K., WEBB, C.A., HO, M.H., *Conceptualizing the prospective relationship between social support, stress, and depressive symptoms among adolescents*, *Journal of Abnormal Child Psychology*, **39**, 4, 2011, p. 475–487.
9. BARON, R.M., & KENNY, D.A., *The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations*, *Journal of Personality and Social Psychology*, **51**, 6, 1986, p. 1173–1182.
10. BARRERA, M. JR., GARRISON-JONES, C., *Family and peer social support as specific correlates of adolescent depressive symptoms*, *Journal of Abnormal Child Psychology*, **20**, 1, 1992, p. 1–16.
11. BAUER, A., STEVENS, M., PURTSCHELLER, D., KNAPP, M., FONAGY, P., EVANS-LACKO, S., PAUL, J., *Mobilising social support to improve mental health for children and adolescents: A systematic review using principles of realist synthesis*, *PLoS ONE*, **16**, 5, e0251750, 2021. Articol disponibil online pe <https://journals.plos.org/>. doi: 10.1371/journal.pone.0251750.
12. BRAILOVSKAIA, J., SCHÖNFELD, P., ZHANG, X.C., BIEDA, A., KOCHETKOV, Y., MARGRAF, J., *A cross-cultural study in Germany, Russia, and China: Are resilient and social supported students protected against depression, anxiety, and stress?*, *Psychological Reports*, **121**, 2, 2018, p. 265–281.
13. BRUWER, B., EMSLEY, R., KIDD, M., LOCHNER, C., SEEDAT, S., *Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth*, *Comprehensive Psychiatry*, **49**, 2, 2008, p. 195–201.
14. CARLSON, M.D.A., MORRISON, R.S., *Study design, precision, and validity in observational studies*, *Journal of Palliative Medicine*, **12**, 1, 2009, p. 77–82.
15. CHENG, C., *Role of perceived social support on depression in Chinese adolescents: A prospective study examining the buffering model*, *Journal of Applied Social Psychology*, **27**, 9, 1997, p. 800–820.
16. CHENG, S.T., CHAN, A.C.M., *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: Dimensionality and age and gender differences in adolescents*, *Personality and Individual Differences*, **37**, 7, 2004, p. 1359–1369.
17. CHU, P.O., SAUCIER, D.A., HAFNER, E., *Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents*, *Journal of Social and Clinical Psychology*, **29**, 6, 2010, p. 624–645.
18. COHEN, S., GOTTLIEB, B., UNDERWOOD, L., *Theoretical and historical perspectives*, în COHEN, S., UNDERWOOD, L., GOTTLIEB, B. (Eds.), *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*, New York, NY, Oxford University Press, 2000, p. 3–28.

19. COHEN, S., PRESSMAN, S., *Stress-buffering hypothesis*, în ANDERSON, N.B. (Editor-in-Chief), *Encyclopedia of Health & Behavior* (Vol. 2.), Thousand Oaks, CA, Sage, 2004, p. 780–782.
20. COHEN, S., WILLS, T.A., *Stress, social support, and the buffering hypothesis*, *Psychological Bulletin*, **98**, 2, 1985, p. 310–357.
21. COLLINS, W.A., LAURSEN, B., *Parent-adolescent relationships and influences*, în LERNER, R.M., STEINBERG, L. (Eds.), *Handbook of Adolescent Psychology* (2nd ed.), Hoboken, NJ, John Wiley & Sons, Inc., 2004, p. 331–361.
22. DAFINOIU, I., *Anxietatea*, în BONCU, Șt., NASTAS, D. (Coord.), *Emoțiile complexe*, Iași, Editura Polirom, 2015, p. 89–98.
23. DeWIT, D.J., ADLAF, E.M., OFFORD, D.R., OGBORNE, A.C., *Age at first alcohol use: A risk factor for the development of alcohol disorders*, *American Journal of Psychiatry*, **157**, 5, 2000, p. 745–750.
24. DHALLA, S., ZUMBO, B.D., POOLE, G., *A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999–2010*, *Current Drug Abuse Reviews*, **4**, 1, 2011, p. 57–64.
25. DOHERTY, E.E., GREEN, K.M., REISINGER, H.S., ENSMINGER, M.E., *Long-term patterns of drug use among an urban African-American cohort: The role of gender and family*, *Journal of Urban Health*, **85**, 2, 2008, p. 250–267.
26. EDWARDS, L.M., *Measuring perceived social support in Mexican American youth: psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support*, *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, **26**, 2, 2004, p. 187–194.
27. FITZGERALD, A., MAC GIOLLABHUI, N., DOLPHIN, L., WHELAN, R., DOOLEY, B., *Dissociable psychosocial profiles of adolescent substance users*, *PLoS ONE*, **13**, 8, e0202498, 2018. Articol disponibil online pe <https://journals.plos.org/>. doi: 10.1371/journal.pone.0202498.
28. FRAZIER, P.A., TIX, A.P., BARRON, K.E., *Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research*, *Journal of Counseling Psychology*, **51**, 1, 2004, p. 115–134.
29. GOTTLIEB, B.H., BERGEN, A.E., *Social support concepts and measures*, *Journal of Psychosomatic Research*, **69**, 5, 2010, p. 511–520.
30. GRANT, B.F., STINSON, F.S., HARFORD, T.C., *Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: A 12-year follow-up*, *Journal of Substance Abuse*, **13**, 4, 2001, p. 493–504.
31. GURUNG, R.A.R., *Health Psychology: A Cultural Approach*, Belmont, CA, Wadsworth, 2006.
32. HAMDAN-MANSOUR, A.M., PUSKAR, K., SEREIKA, S.M., *Perceived social support, coping strategies and alcohol use among rural adolescents/USA sample*, *International Journal of Mental Health and Addiction*, **5**, 1, 2007, p. 53–64.
33. 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*, *Psychological Bulletin*, **112**, 1, 1992, p. 64–105.
34. HELGESON, V.S., *Social support and quality of life*, *Quality of Life Research*, **12**, 1, 2003, p. 25–31.
35. HOFFMANN, J.P., CERBONE, F.G., SU, S.S., *A growth curve analysis of stress and adolescent drug use*, *Substance Use & Misuse*, **35**, 5, 2000, p. 687–716.
36. HOLAHAN, C.J., VALENTINER, D.P., MOOS, R.H., *Parental support, coping strategies, and psychological adjustment: An integrative model with late adolescents*, *Journal of Youth and Adolescence*, **24**, 6, 1995, p. 633–648.
37. IVANOVA, M.Y., ACHENBACH, T.M., RESCORLA, L.A., DUMENCI, L., ALMQVIST, F., BILENBERG, N., BIRD, H., BROBERG, A.G., DOBREAN, A., DÖPFNER, M., EROL, N., FORNS, M., HANNESDOTTIR, H., KANBAYASHI, Y., LAMBERT, M.C. *et al.*, *The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **75**, 5, 2007, p. 729–738.
38. JOHNSTON, L.D., MIECH, R.A., O'MALLEY, P.M., BACHMAN, J.G., SCHULENBERG, J.E., PATRICK, M.E., *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2018: Overview – Key Findings on Adolescent Drug Use*, Ann Arbor, MI, Institute for Social Research, University of Michigan, 2019. Raport disponibil online pe www.monitoringthefuture.org/pubs.

39. JUNG, J., *Toward a social psychology of social support*, Basic and Applied Social Psychology, **8**, 1–2, 1987, p. 57–83.
40. KAZARIAN, S.S., MCCABE, S.B., *Dimensions of social support in the MSPSS: Factorial structure, reliability, and theoretical implications*, Journal of Community Psychology, **19**, 2, 1991, p. 150–160.
41. KLINE, R.B., *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3rd ed.), New York, NY, Guilford Press, 2011.
42. KNIGHT, J.R., SHERRITT, L., SHRIER, L.A., HARRIS, S.K., CHANG, G., *Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients*, Archives of Pediatric Adolescent Medicine, **156**, 6, 2002, p. 607–614.
43. KNIGHT, J.R., SHRIER, L.A., BRAVENDER, T.D., FARRELL, M., VANDER BILT, J., SHAFFER, H.J., *A new brief screen for adolescent substance abuse*, Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, **153**, 6, 1999, p. 591–596.
44. KOÇKAR, A.I., GENÇÖZ, T., *Personality, social support, and anxiety among adolescents preparing for university entrance examinations in Turkey*, Current Psychology, **23**, 2, 2004, p. 138–146.
45. LABĂR, A.-V., *SPSS pentru științele educației*, Iași, Editura Polirom, 2008.
46. LEUNG, L., *Stressful life events, motives for Internet use, and social support among digital kids*, CyberPsychology, Behavior & Social Networking, **10**, 2, 2007, p. 204–214.
47. LÓPEZ, M.L., COOPER, L., *Social Support Measure Review. Final Report*, 2011. Raport disponibil online pe www.first5la.org.
48. MANN, R.E., PAGLIA-BOAK, A., ADLAF, E.M., BEITCHMAN, J., WOLFE, D., WEKERLE, C., HAMILTON, H.A., REHM, J., *Estimating the prevalence of anxiety and mood disorders in an adolescent general population: An evaluation of the GHQ12*, International Journal of Mental Health and Addiction, **9**, 4, 2011, p. 410–420.
49. McDONALD, K.L., BOWKER, J.C., RUBIN, K.H., LAURSEN, B., DUCHENE, M.S., *Interactions between rejection sensitivity and supportive relationships in the prediction of adolescents' internalizing difficulties*, Journal of Youth and Adolescence, **39**, 5, 2010, p. 563–574.
50. MORGAN, G.A., LEECH, N.L., GLOECKNER, G.W., BARRETT, K.C., *SPSS for Introductory Statistics: Use and Interpretation* (2nd ed.), Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 2004.
51. NGAI, N.-P., CHEUNG, C.-K., *Family stress on adolescents in Hong Kong and the mainland of China*, International Journal of Adolescence and Youth, **8**, 2–3, 2000, p. 183–206.
52. PAPALIA, D.E., WENDKOS OLDS, S., DUSKIN FELDMAN, R.D., *Dezvoltarea umană* (trad.), București, Editura Trei, 2010.
53. PARADIS, A.D., GIACONIA, R.M., REINHERZ, R.Z., BEARDSLEE, W.R., WARD, K.E., FITZMAURICE, G.M., *Adolescent family factors promoting healthy adult functioning: A longitudinal community study*, Child and Adolescent Mental Health, **16**, 1, 2011, p. 30–37.
54. PARKER, J.S., BENSON, M.J., *Parent-adolescent relations and adolescent functioning: Self-esteem, substance abuse, and delinquency*, Adolescence, **39**, 155, 2004, p. 519–530.
55. PATRICK, M.E., SCHULENBERG, J.E., O'MALLEY, P.M., JOHNSTON, L.D., BACHMAN, J.G., *Adolescents' reported reasons for alcohol and marijuana use as predictors of substance use and problems in adulthood*, Journal of Studies on Alcohol and Drugs, **72**, 1, 2011, p. 106–116.
56. PEDERSEN, W., VON SOEST, T., *Adolescent alcohol use and binge drinking: An 18-year trend study of prevalence and correlates*, Alcohol and Alcoholism, **50**, 2, 2015, p. 219–225.
57. PETITO, F., CUMMINS, R.A., *Quality of life in adolescence: The role of perceived control, parenting style, and social support*, Behaviour Change, **17**, 3, 2000, p. 196–207.
58. PIKO, B., *Perceived social support from parents and peers: Which is the stronger predictor of adolescent substance use?* Substance Use & Misuse, **35**, 4, 2000, p. 617–630.
59. POKORNY, A.D., MILLER, B.A., KAPLAN, H.B., *The brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test*, The American Journal of Psychiatry, **129**, 3, 1972, p. 342–345.

60. REINHERZ, H.Z., GIACONIA, R.M., PARADIS, A.D., NOVERO, C., KERRIGAN, M.K., *Health-promoting influences of the family on late adolescent functioning*, Child & Adolescent Social Work Journal, **25**, 6, 2008, p. 517–530.
61. RESNICK, M.D., BEARMAN, P.S., BLUM, R.W., BAUMAN, K.E., HARRIS, K.M., JONES, J., TABOR, J., BEUHRING, T., SIEVING, R.E., SHEW, M., IRELAND, M., BEARINGER, L.H., UDRY, J.R., *Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health*, Journal of the American Medical Association, **278**, 10, 1997, p. 823–832.
62. ROBU, V., *Rolul suportului social din partea familiei în generarea și menținerea stării de bine în rândul adolescenților. O sinteză a evidențelor empirice*, în vol. *Aspecte psihologice ale familiei contemporane și problemele educației copilului*. Materialele conferinței a VIII-a a psihologilor practicieni, cu participare internațională, Chișinău, Direcția Generală Educație, Tineret și Sport, 2012, p. 74–83.
63. ROBU, V., *Perceived social support, school engagement, and school adjustment among adolescents: Testing a structural model of relationships*, Romanian Journal of School Psychology, **6**, 11, 2013, p. 7–29.
64. ROBU, V., SANDOVICI, A., CIUDIN, M., *Measuring perceived social support in Romanian adolescents: Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support*, Journal of Innovation in Psychology, Education and Didactics, **24**, 1, 2020, p. 65–90.
65. ROSENFELD, L.B., RICHMAN, J.M., BOWEN, G.L., *Social support networks and school outcomes: The centrality of the teacher*, Child and Adolescent Social Work Journal, **17**, 3, 2000, p. 205–226.
66. RUEGER, S.Y., MALECKI, C.K., DEMARAY, M.K., *Relationship between multiple sources of perceived social support and psychological and academic adjustment in early adolescence: Comparisons across gender*, Journal of Youth and Adolescence, **39**, 1, 2010, p. 47–61.
67. SANDOVICI, A., TUFEANU, M., MIHĂILĂ, M.L., *Comportamentele cu risc pentru sănătate în rândul adolescenților români: o analiză cantitativă bazată pe modele predictive*, Anuarul Universității „Petre Andrei” din Iași (Fascicula: Asistență Socială, Sociologie, Psihologie), **15**, 2016, p. 61–97.
68. SCHERMELLEH-ENGEL, K., MOOSBRUGGER, H., & MÜLLER, H., *Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures*, Methods of Psychological Research Online, **8**, 2, 2003, p. 23–74.
69. SCHWARZER, C., BUCHWALD, P., *Social support*, în SPIELBERGER, C.D. (Editor-in-Chief), Encyclopedia of Applied Psychology (Vol. 3), New York, NY, Elsevier, 2004, p. 435–441.
70. SCIARAFFA, M.A., ZEANA, P.D., ZEANA, C.H., *Understanding and promoting resilience in the context of adverse childhood experiences*, Early Childhood Education Journal, **46**, 3, 2018, p. 343–353.
71. SHATKIN, J.P., *Child & Adolescent Mental Health: A Practical, All-in-One Guide*, New York, NY, W. W. Norton & Company, Inc., 2015.
72. STEINBERG, L., SHEFFIELD MORRIS, A., *Adolescent development*, Annual Review of Psychology, **52**, 2001, p. 83–110.
73. STERRETT, E.M., JONES, D.J., McKEE, L.G., KINCAID, C., *Supportive non-parental adults and adolescent psychosocial functioning: Using social support as a theoretical framework*, American Journal of Community Psychology, **48**, 3-4, 2011, p. 284–295.
74. STICE, E., BARRERA, M., *A longitudinal examination of the reciprocal relations between perceived parenting and adolescents' substance use and externalizing behaviors*, Developmental Psychology, **31**, 2, 1995, p. 322–334.
75. STOLLE, M., SACK, P.-M., THOMAS, R., *Binge drinking in childhood and adolescence: Epidemiology, consequences, and interventions*, Deutsches Ärzteblatt International, **106**, 19, 2009, p. 323–328.
76. THOITS, P.A., *Stress and health: Major findings and policy implications*, Journal of Health and Social Behavior, **51**, Special Issue, 2010, S41–S53. Articol disponibil online pe <http://hsb.sagepub.com>. doi: 10.1177/0022146510383499.

77. THOMAS, B.F., RAUL, C., SALLY, C., GRIFFITH, E., NORMAN, G., KATHRYN, G., GRUBE, J.W., HILL, L., HOLDER, H., HOMEL, R., LIVINGSTON, M., ÖSTERBERG, E., REHM, J., ROOM, R., INGEBORG, R., *Alcohol – No Ordinary Commodity: Research and Public Policy* (2nd ed.), New York, NY, Oxford University Press, 2010.
78. UCHINO, B.N., *Understanding the links between social support and physical health: A lifespan perspective with emphasis on the separability of perceived and received support*, *Perspectives on Psychological Science*, **4**, 3, 2009, p. 236–255.
79. VAN DROOGENBROECK, F., SPRUYT, B., KEPPENS, G., *Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: Results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013*, *BMC Psychiatry*, **18**, Article 6, 2018. Articol disponibil online pe <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com>. doi: 10.1186/s12888-018-1591-4.
80. VAN OORT, F.V.A., VERHULST, F.C., ORMEL, J., HUIZINK, A.C., *Prospective community study of family stress and anxiety in (pre)adolescents: The TRAILS study*, *European Child and Adolescent Psychiatry*, **19**, 6, 2010, p. 483–491.
81. WAGNER, F.A., ANTHONY, J.C., *From first drug use to drug dependence: Developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol*, *Neuropsychopharmacology*, **26**, 4, 2002, p. 479–488.
82. WEST, S.G., FINCH, J.F., CURRAN, P.J., *Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies*, în HOYLE, R.H. (Ed.), *Structural Equation Modeling. Concepts, Issues, and Applications*, Thousand Oaks, CA, Sage, 1995, p. 56–75.
83. YOUNG, J.F., BERENSON, K., COHEN, P., GARCIA, J., *The role of parent and peer support in predicting adolescent depression: A longitudinal community study*, *Journal of Research on Adolescence*, **15**, 4, 2005, p. 407–423.
84. ZIMET, G.D., DAHLEM, N.W., ZIMET, S.G., FARLEY, G.K., *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support*, *Journal of Personality Assessment*, **52**, 1, 1988, p. 30–41.

REZUMAT

Numeroase cercetări au arătat că abuzul de alcool în rândul adolescenților este o problemă majoră de sănătate. Înțelegerea factorilor de risc/protecție asociați abuzului de alcool în populația de adolescenți este esențială pentru a se asigura o prevenire eficientă și intervenții individuale timpurii. În acest cadru de lucru larg, un domeniu empiric căruia i s-a acordat o atenție din ce în ce mai mare este asocierea dintre abuzul de alcool în rândul adolescenților și problemele în ceea ce privește anxietatea. Mai multe investigații sugerează că suportul social din partea familiei poate reduce în mod eficient problemele legate de sănătate, inclusiv anxietatea și abuzul de alcool în rândul adolescenților. Scopul acestui studiu a fost de a examina dacă suportul social din partea familiei moderează asocierea dintre simptomele anxietății și riscul pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților. Un eșantion din populația generală format din 688 adolescenți români a completat mai multe instrumente standardizate, inclusiv un instrument destinat evaluării riscului curent pentru abuzul de alcool, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet *et al.*, 1988) și un index pentru evaluarea anxietății, care a fost extras din Youth Self-Report (Achenbach & Rescorla, 1991). Riscul pentru abuzul de alcool s-a asociat pozitiv și semnificativ din punct de vedere statistic cu anxietatea ($r = 0.373$; $p < 0.001$), respectiv, negativ cu suportul social din partea familiei ($r = -0.280$; $p < 0.001$). De asemenea, a fost identificată o relație inversă între suportul social din partea familiei și anxietate ($r = -0.341$; $p < 0.001$). Analiza de regresie liniară multiplă ierarhică a oferit dovezi pentru relația de moderare. Pe scurt spus, suportul social din partea familiei poate acționa ca un tampon prin reducerea riscurilor asociate anxietății. Sunt discutate câteva implicații practice pentru intervențiile preventive.