

📄 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

# Gruppo Parola: un percorso per promuovere l'autoefficacia emotiva in genitori di figli che fanno uso di Cannabinoidi

Silvia Masci\*, Marina Turchetto\*\*, Isa Anastasia\*\*\*

## SUMMARY

■ *This article aims to provide some insights into substance use during adolescence, with a focus on the relational dynamics that take place within the Family System. Introducing the “Gruppo Parola” project, a support group specifically tailored for couples with adolescent children engaged in substance abuse. The group sessions were structured as a series of 20 meetings, with each session lasting 1.30h, held at the Department of Addiction in Pordenone. A total of 10 participants (5 couples: 5 M, 5 W) actively took part in the sessions as parent pairs. Perceived Self-Efficacy in Positive Emotion Management Scale, Perceived Self-Efficacy in Negative Emotion Management Scale, and Perceived Parental Self-Efficacy in Relationship with Children Questionnaire, were administered both at the beginning and end of the meetings to assess changes over time. All three perceived self-efficacy scales exhibited statistically significant increases: Perceived Self-Efficacy in Positive Emotion Management Scale  $p < 0.05$ , Perceived Self-Efficacy in Negative Emotion Management Scale:  $p < 0.05$ ; Perceived Parental Self-Efficacy in Relationship with Children Questionnaire:  $p < 0.05$ . Additionally, an examination of the summary from the group dialogues was conducted to identify recurring themes that emerged from the participants' narratives. The increase in scores on the self-efficacy scales may indicate parents developing positive beliefs about their ability to effectively manage stressful life events in relation to their children, through mutual support and sharing. ■*

**Keywords:** Self-efficacy, Parents, Support group, Substance use disorder, Adolescence.

**Parole chiave:** Autoefficacia, Genitorialità, Attività di gruppo, Disturbo da uso di sostanze, Adolescenza.

*Articolo sottomesso: 21/02/2024, accettato: 20/05/2024*

## 1. Introduzione

### 1.1. Prospettive sociali e cliniche rispetto all'adolescenza

Il tema dell'adolescenza negli ultimi anni ha riscosso grande attenzione da parte delle scienze sociali e psicologiche; l'adolescenza si caratterizza come una fase di transizione delicata,

\* Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento delle Dipendenze e della Salute Mentale, Azienda sanitaria Friuli Occidentale, Pordenone.

\*\* Tirocinante in Psicologia Clinica, Università degli Studi di Padova.

\*\*\* Specializzanda in Psicoterapia, Scuola di Specializzazione CISSPAT, Padova.

Si ringraziano le colleghe dott.ssa Alice Martini, dott.ssa Barbara Muzzatti per la loro disponibilità nel visionare l'elaborato presentato.

*Se non ci fosse la sofferenza, l'uomo non conoscerebbe i propri limiti, non conoscerebbe se stesso.*

Lev Tolstoj, *Guerra e Pace*

che segna il passaggio dall'infanzia all'adulthood. Nell'ambito degli studi psicologici l'adolescenza viene descritta come un'epoca della vita caratterizzata dalla vulnerabilità, dalle contraddizioni, ma anche dalla opportunità di recuperare e rielaborare, a volte, anche traumi infantili che possono essere riattraversati e ricomposti (Costabile, 2011). Ogni adolescente è chiamato, in questa fase, a risolvere i propri compiti evolutivi e a uscire dal mondo infantile, nel quale i genitori erano il principale, se non l'unico, modello a cui riferirsi. Gli adolescenti più fragili possono faticare a tollerare il dolore del crescere, dell'attraversare l'esperienza del fallimento, rischiando di trovarsi nell'incapacità di immaginarsi una via verso la costruzione della loro identità (Lancini, 2019). Si osservano di conseguenza comportamenti a rischio

dannosi per la salute molto diffusi tra gli adolescenti, tra cui l'utilizzo di sostanze psicoattive legali e non (EMCDDA, 2017). La cannabis rappresenta la sostanza illecita più utilizzata dagli adolescenti (Biagioni *et al.*, 2021). Le motivazioni più frequenti associate a questo comportamento sono la ricerca di stabilire una connessione con i pari, migliorare il rapporto con se stessi e il desiderio di ridurre l'ansia legata alle situazioni sociali.

Il consumo della sostanza tra i giovani può essere interpretato da un punto di vista psicologico come segnale di un blocco nella realizzazione dei compiti evolutivi, in una fase delicata in cui il percorso identitario non si è ancora consolidato (Lancini, 2019). Il modello trigerazionale dell'adolescenza di Andolfi (2010) prevede l'osservazione delle relazioni familiari nella loro evoluzione nel tempo, per esplorare il ciclo vitale della famiglia e per individuare nodi problematici che restituiscano al disagio psicologico dell'adolescente un significato allargato al contesto familiare e all'esperienza del "noi".

## 1.2. Il consumo di cannabis in adolescenza

Nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5; APA, 2013) le categorie di abuso e dipendenza da sostanze sono state fuse insieme generando un'unica macrocategoria di "uso di sostanze", valutata lungo un continuum che varia da lieve a grave. Affinché venga effettuata la diagnosi, l'uso deve essere associato ad un disagio " clinicamente significativo", e deve condurre ad una rilevante compromissione nella vita quotidiana.

Secondo Winters (2011), l'uso di sostanze in adolescenza porterebbe ad un maggior rischio di dipendenza da essa, dovuto agli effetti psicologici e fisiologici che le droghe hanno nello sviluppo cerebrale durante il processo di crescita. Il consumo di cannabis durante l'adolescenza può causare cambiamenti strutturali e funzionali nelle regioni prefrontali e temporali del cervello (Lorenzetti *et al.*, 2019), incidendo sul funzionamento cognitivo e provocando performance ridotte nei domini della memoria, attenzione, apprendimento, inibizione dello stimolo nella capacità di analizzare, riconoscere, affrontare i problemi e nella gestione delle emozioni (Morin *et al.*, 2019; Scott *et al.*, 2018). Un utilizzo regolare di cannabis in adolescenza si associa non solo ad alterazioni delle funzioni cognitive ma correla anche con l'insorgenza di sintomatologia psicotica nell'età adulta (Hall, 2015).

## 1.3. Dinamiche familiari nell'abuso di sostanza: il "family disease"

Nella complessità della fase adolescenziale, i genitori si trovano a far fronte alla difficile richiesta di sostenere i figli nel processo di crescita e di creazione di una identità psicosociale. La famiglia rappresenta infatti il luogo primario di attaccamento, nutrimento e socializzazione. Quanto più le famiglie sapranno fornire vicinanza e supporto emotivo, e sapranno incoraggiare all'autonomia e all'indipendenza, tanto più i figli saranno capaci di affrontare le difficoltà che si presenteranno (Scabini *et al.*, 1999).

A seguito di anni di pratica professionale, Bowen (1979) ha concepito la teoria del sistema familiare, secondo la quale la fa-

miglia formerebbe una struttura composta da individui indipendenti che possono essere compresi solo in relazione ad un sistema più ampio. Secondo questa prospettiva, il funzionamento individuale è considerato come reciprocamente interconnesso con quello degli altri membri che danno forma al contesto relazionale primario (Eddy *et al.*, 2014). Da un'ottica di tipo sistemica (Hoffman, 1981), la famiglia stessa rappresenterebbe uno dei potenziali fattori di protezione, o di rischio, nell'insorgenza di un comportamento di abuso di sostanza lungo tutto l'arco di vita di una persona. Focalizza quindi il problema dell'abuso di sostanza sul modo in cui il funzionamento dell'adolescente interagisce con il funzionamento dei genitori, degli amici e della famiglia estesa.

Secondo alcuni recenti studi, l'abuso di sostanze creerebbe degli effetti indiretti anche sulla salute dei membri del nucleo familiare, toccando le aree del benessere economico, fisico ed emotivo (Dykes & Casker, 2021). L'abuso di sostanza, in ottica sistemico-familiare, è infatti rappresentato come un problema che riguarda la salute di tutta la famiglia, generando un "family disease" che affligge tutti i membri del nucleo familiare (Klostermann *et al.*, 2013). Gli effetti negativi più comuni che sono stati osservati nei familiari sono relativi a problematiche legate allo stress, come insonnia, ansia e depressione; in alcuni casi si manifestano anche isolamento e ideazione suicidaria (Orford *et al.*, 2010). Gli effetti a breve termine includono senso di colpa, preoccupazione e confusione; gli effetti a lungo termine comprendono l'insorgenza di problematiche fisiche e di psicopatologie (Ray *et al.*, 2009). Secondo Lander (2013), gli atteggiamenti adottati dalle famiglie, per fronteggiare e gestire i problemi legati alla dipendenza, possono peggiorare la condizione patologica del figlio abusante, influenzandone la percezione che ha del proprio problema.

La famiglia di origine può essere vista anche come una risorsa fondamentale: può infatti rappresentare il sistema per mezzo del quale e su cui agire *in itinere* per influire positivamente nel raggiungimento di esiti di benessere e cura. È stato riscontrato inoltre che i membri familiari che godono di un buon supporto sociale sono maggiormente capaci di offrire sostegno ai loro figli per aiutarli a far fronte alla condizione patologica (Hoeck *et al.*, 2012). Gli studi hanno osservato che la partecipazione a gruppi di supporto potrebbe determinare una serie di benefici da un punto di vista psicologico con un incremento nei livelli individuali di autostima, di fiducia di sé e delle proprie capacità e di *empowerment*; i genitori quando si confrontano con persone che vivono esperienze comuni, non solo percepiscono un senso di vicinanza, ma possono anche fruire di un supporto esterno con cui è possibile condividere strategie di coping e consigli pratici.

A partire da queste considerazioni emerge, come prerogativa fondamentale, tenere presente i bisogni e le potenzialità della famiglia all'interno dei programmi relativi alla salute di persone che abusano di sostanze: da una parte sono da riconoscere le necessità e la sofferenza dei membri del nucleo famiglia, e dall'altra è possibile fare leva sul ruolo che i familiari possono svolgere in termini di aiuto per coloro che iniziano un trattamento (Miller *et al.*, 1999; Meyers & Smith, 1995). Seguendo questa linea di pensiero e riconoscendone le potenzialità, il coinvolgimento del nucleo familiare è stato inserito nelle linee guida degli interventi psicosociali inerenti al trattamento dell'abuso di sostanze (NICE, 2019; HM Government, 2008). Sono

varie le evidenze in letteratura che mostrano l'efficacia di programmi di gruppo per genitori nella riduzione di comportamenti problematici nei figli (Dretzke *et al.*, 2005) e nello sviluppo nei genitori stessi di un senso di autoefficacia (Barlow *et al.*, 2011). Da uno studio di Kene (2007) è stato sottolineato come fosse di fondamentale importanza nei programmi di gruppo per genitori focalizzarsi nell'insegnamento di conoscenze riguardo il tema in oggetto, di competenze pratiche per fare fronte al problema e creare un ambiente in cui potesse essere offerto e percepito supporto reciproco.

#### 1.4. Il costrutto dell'autoefficacia

Il costrutto di autoefficacia si inserisce all'interno della cornice di pensiero della Teoria Socio-cognitiva di Bandura (1977, 1997), e fa riferimento alle convinzioni che un individuo ha rispetto alle proprie capacità di riuscire a gestire adeguatamente e a padroneggiare le situazioni difficili in cui può imbattersi, raggiungendo i risultati prefissati. Secondo Bandura (1997) le convinzioni di autoefficacia rappresentano i predittori più prossimi del comportamento, esse infatti esercitano un'influenza diretta sulle decisioni personali: prima di compiere un'azione che viene percepita come sfidante, le persone tendono a riflettere sulle proprie capacità, scelgono di agire e adeguare il proprio comportamento sulla base della valutazione che danno di se stessi.

L'autoefficacia può essere vista come un possibile modulatore dell'esperienza affettiva, a tal proposito Caprara (2001) considera che:

il grado in cui le persone ritengono di sapere dominare i propri affetti positivi e negativi abbia un ruolo determinante nell'improntare il rapporto con se stessi e con gli altri e nel preservare il loro benessere (Caprara 2001, p. 36 ed. orig.).

La regolazione delle emozioni e degli affetti, intesi come sentimenti e umori relativi a stati di benessere o malessere, rappresentano degli aspetti di fondamentale importanza per il funzionamento ottimale della personalità e hanno mostrato avere un forte impatto positivo nell'utilizzo delle risorse fisiche personali e nella capacità di agire di fronte ad eventi negativi (Capanna & Steca, 2006). La regolazione emotiva rappresenta un fattore portante nell'adattamento sociale (Gross & John, 2003) e nel benessere psicologico individuale: scarsi livelli possono concorrere all'insorgenza di eventuali psicopatologie depressive e allo sviluppo di disturbi d'ansia (Siener & Kerns, 2012).

Evidenze in letteratura hanno rilevato che le convinzioni di autoefficacia personale abbiano un impatto positivo anche sulle modalità con cui i membri della famiglia fanno fronte a eventi critici. È emerso in particolar modo come l'autoefficacia percepita dai genitori durante la complessa fase adolescenziale dei figli, rappresenti un fattore protettivo importante nella genitorialità e possa incidere nella qualità delle pratiche educative (Caprara, 2001). L'autoefficacia genitoriale è definita come l'aspettativa che i genitori nutrono riguardo le proprie capacità di avere successo nel proprio ruolo grazie ai metodi genitoriali utilizzati (Jones *et al.*, 2005) e appare essere associata all'uso funzionale di comportamenti adattivi (Coleman *et al.*, 1998) e di strategie efficaci di pratiche parentali (Bloomfield *et al.*, 2005).

## 2. Metodo

### 2.1. Il progetto "gruppo parola"

Il Dipartimento delle Dipendenze e della Salute Mentale di Pordenone, con la collaborazione dell'associazione onlus "I Ragazzi della Panchina", offre la possibilità a genitori di figli che utilizzano sostanze stupefacenti di partecipare a una serie di incontri informativi e di supporto. L'attività del "Gruppo Parola" è nata con lo scopo di dare un "luogo" e un "tempo" ai genitori per riconoscere, narrare ed elaborare eventi dolorosi legati ai comportamenti a rischio dei propri figli e per fornire informazioni tecnico-pratiche riguardo l'uso di sostanze stupefacenti in adolescenza.

### 2.2. Descrizione del progetto

Il percorso è stato strutturato in 20 incontri di un'ora e mezza nel Dipartimento delle Dipendenze e della Salute Mentale di Pordenone con una frequenza quindicinale. La conduzione del gruppo è stata affidata ad un medico e ad una psicologa-psicoterapeuta del Servizio, con la presenza di un verbalizzatore.

Ogni incontro è stato articolato affrontando alcune aree di interesse sulla base dell'esperienza diretta degli operatori e degli studi presenti in letteratura; ad un primo incontro conoscitivo del gruppo, gli incontri sono stati predisposti in modo tale da favorire la psico-educazione delle famiglie riguardo alcuni temi inerenti all'adolescenza, all'abuso di sostanza e al ruolo genitoriale. I nuclei psicologici a cui si è fatto riferimento sono stati: lo sviluppo psico-effettivo dell'adolescente (Lancini, 2019) e i compiti evolutivi da superare (Charmet, 2000); l'importanza del riconoscimento sociale nel gruppo nella formazione dell'identità (Lancini, 2019); l'uso di cannabinoidi e sostanze stupefacenti in adolescenza e l'effetto sul cervello, (Hall 2015); il comportamento a rischio dell'adolescente (Trincas *et al.*, 2008); l'autoefficacia genitoriale (Bandura, 1997; Russo *et al.*, 2023); lo spazio e il tempo della coppia genitori all'interno della famiglia (Miller *et al.*, 1999); comunicazione assertiva e gestione del conflitto (Nakhaee *et al.*, 2017).

I temi trattati sono stati programmati precedentemente dai conduttori del gruppo ma non sono stati strutturati in modo rigido, era infatti prerogativa degli operatori ascoltare le necessità dei partecipanti e adattarsi alle narrazioni al fine di stimolare la riflessione continua. Il gruppo è stato costituito secondo la metodologia attiva del *circle time*, i partecipanti sono stati disposti a cerchio per creare un clima di collaborazione e facilitare gli scambi comunicativi orizzontali (Curry, 1997). Ad una prima fase psicoeducativa faceva seguito un momento di condivisione delle esperienze, delle emozioni e delle strategie adattive utili a ridurre il carico emotivo dei partecipanti. I facilitatori del gruppo avevano lo scopo di creare un clima di fiducia e rispetto aiutando i partecipanti a valorizzare le proprie esperienze di vita, a gestire eventuali conflitti e promuovere il *problem solving*. Gli operatori avevano anche il compito di riformulare le comunicazioni quando non apparivano chiare al gruppo e di coinvolgere ogni partecipante attraverso l'ascolto attivo, l'utilizzo di domande aperte, fornendo supporto e offrendo *feedback* continui.

Ad ogni incontro un verbalizzatore aveva il compito di trascrivere le conversazioni del gruppo in modo quanto letterale possibile, per tenere memoria degli incontri e sulla base delle riflessioni e richieste avanzate dai partecipanti, offrire degli approfondimenti.

### 2.3. Obiettivi del progetto

Il Gruppo Parola si è posto l'obiettivo di favorire lo sviluppo di un senso di autoefficacia nei genitori di figli adolescenti consumatori di cannabis, attraverso l'espressione e la narrazione del disagio vissuto nella gestione delle relazioni all'interno del sistema famiglia.

Tra gli obiettivi del progetto non valutati al fine del paper è stato considerato altrettanto importante favorire la narrazione e l'espressione del disagio vissuto dai genitori nella gestione delle relazioni all'interno del sistema famiglia. Il confronto tra i genitori e gli operatori ha avuto anche lo scopo di stimolare la riflessione sul significato dell'uso di cannabis in adolescenza e sulle conseguenze che comporta alla salute. Il gruppo si è posto inoltre lo scopo di attivare nei genitori l'ascolto attivo ed empatico, di migliorare la percezione personale di autoefficacia e di rafforzare le strategie di *coping*.

Attraverso il gruppo gli operatori hanno infine creato un'occasione per i figli di venire a conoscenza dei servizi offerti dal Dipartimento delle Dipendenze e della Salute Mentale ed eventualmente avviare un percorso di cura individuale. Al primo incontro ai partecipanti sono state fornite quattro indicazioni a cui cercare di adeguarsi durante tutto il percorso di gruppo: ascoltare attentamente, comunicare le proprie idee ed emozioni, non interrompere chi parla e non giudicare.

### 2.4. Partecipanti

Il Dipartimento delle Dipendenze e della Salute Mentale ha coinvolto genitori di figli adolescenti e giovani adulti (14-23 anni, 5F, 5M) consumatori di cannabis e altre sostanze, alcuni dei quali non rivoltisi ancora al Servizio per chiedere un aiuto. Una prerogativa necessaria per la partecipazione al gruppo prevedeva che, dove possibile, fossero coinvolti entrambi i membri della coppia genitoriale. La partecipazione al gruppo è stata consentita ad un massimo di 10 partecipanti per permettere a ogni persona di avere uno spazio e un tempo dedicatogli. Il gruppo è stato formato da 5 coppie di genitori (5 padri e 5 madri) e tutti i partecipanti hanno preso parte allo studio.

Alcuni dei partecipanti sono stati coinvolti in quanto genitori di figli già seguiti dal dipartimento; altre famiglie si erano rivolte loro stesse al Servizio non sapendo come affrontare le problematiche dei figli che usavano sostanze. A loro è stato proposto di partecipare a un gruppo di discussione per soli genitori che affrontavano le medesime problematiche.

Un consenso informato per la partecipazione allo studio è stato compilato nella fase di post-selezione dei partecipanti e un consenso privacy per l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

### 2.5. Gli strumenti di verifica degli obiettivi

Al fine di verificare gli obiettivi prefissati è stata svolta un'analisi di tipo quantitativo attraverso la somministrazione di alcuni strumenti di indagine *self-report* per la valutazione delle abilità di autoefficacia ai 10 partecipanti del Gruppo Parola nel corso del primo (pre-test) e dell'ultimo incontro (post-test).

Si è utilizzata la Scala di Autoefficacia Percepita nella Gestione delle Emozioni Positive (APEP/A) (Caprara, 2001) per misurare le convinzioni relative alle capacità personali di esprimere le proprie emozioni positive. La versione definitiva è composta da 7 item che identificano alcune situazioni in cui le persone sperimentano sentimenti di entusiasmo, gioia e soddisfazione; le risposte sono su scala Likert da 1 "per nulla capace" a 5 "del tutto capace". La versione originale di questa scala presenta un'elevata attendibilità con Alpha di Croanbach pari a .83.

La Scala di Autoefficacia Percepita nella gestione delle Emozioni Negative (APEN/A) (Caprara, 2001) è stata utilizzata per la misura delle convinzioni relative alle proprie capacità di regolare adeguatamente le emozioni negative. La scala presenta elevata attendibilità con Alpha di Croanbach pari a .83 nella sua versione originale. La scala è costituita da 8 item che descrivono differenti situazioni in cui le persone possono fare esperienza di stati di ansia, disagio, insofferenza, rabbia e irritazione. La modalità di risposta va da 1 "per nulla capace" a 5 "del tutto capace".

Il Questionario di Autoefficacia Genitoriale Percepita nella Relazione con i Figli (AGPRF) (Caprara, 2001) è stato somministrato per valutare le convinzioni dei genitori di essere capaci di gestire alcuni aspetti critici della relazione con i propri figli adolescenti. La scala è composta da 15 item presentati su scala Likert con modalità di risposta da 1 "per niente" a 7 "del tutto capace". L'attendibilità della scala risulta essere elevata nella sua versione originale, con Alpha di Croanbach pari a .95.

Successivamente sono state lette tutte le trascrizioni dei riassunti dei dialoghi di gruppo con il fine di ripercorrere il filo conduttore delle narrazioni e individuare i temi ricorrenti attraverso il metodo di analisi tematica dei dati qualitativi (Braun & Clarke, 2006). L'analisi tematica rappresenta una delle forme più comuni e flessibili di analisi qualitativa, implica la lettura di un insieme di dati e l'identificazione, attraverso l'analisi e l'interpretazione di questi, di modelli di significato utili per lo studio considerato, consente enfatizzare il ruolo dell'esperienza vissuta dai partecipanti. Il processo di analisi tematica ha inizio con una prima familiarizzazione con i dati attraverso una lettura e riletture approfondite dei dati per intero; segue una costruzione di codici iniziali per indicare i pattern e significati ripetuti ritenuti interessanti lungo l'intero data set; i codici iniziali vengono poi suddivisi e raggruppati in potenziali temi che poi vengono controllati e revisionati; seguono una fase in cui viene dato un nome ai temi emersi e la creazione di un report con esempi di estratti dei dati. Per una lettura più approfondita sull'analisi tematica in psicologia si consiglia l'articolo di Braun e Clarke (2006).

## 3. Analisi

L'analisi dei dati è stata condotta attraverso un t-test per campioni appaiati confrontando le medie ottenute per ogni scala al

pre-test e al post-test con il software di analisi statistica R. Il valore di alpha stabilito per valutare la validità dei risultati è stato fissato a  $p$  inferiore a .05.

È stata eseguita un'analisi tematica dei dati qualitativi prendendo in esame tutti i riassunti dei dialoghi avvenuti durante gli incontri.

## 4. Risultati

### 4.1. Dati quantitativi

In Tabella 1 sono riportate le medie (M), le deviazioni standard (DS) e il  $p$ -value ( $p$ ) delle variabili considerate.

Tab. 1 - Medie e differenze dei costrutti nel pre test e post test

	Pre test		Post test		$p$
	M	DS	M	DS	
APEP/A	3.57	.61	3.91	.49	0.020*
APEN/A	2.98	.63	3.18	.35	0.046*
AGPRF	3.47	.37	4.04	0.38	0.036*

\*  $p$  value inferiore a 0.05

M = media, DS = deviazione standard,  $p$  =  $p$ -value

Dal confronto fra i dati ricavati nel pre-test e nel post-test si possono osservare punteggi significativamente più alti al termine degli incontri di gruppo in tutti i costrutti di autoefficacia percepita misurati attraverso le scale APEP/A ( $t = 2.81$ ;  $p = 0.020$ ), scala APEN/A ( $t = 2.30$ ,  $p = 0.046$ ), AGPRF ( $t = 2.47$ ;  $p = 0.036$ ).

### 4.2. Le narrazioni dei genitori

Dall'analisi tematica sono emersi alcuni temi ricorrenti: *confronto e ricerca di sostegno, emozione di rabbia, sentimento di impotenza, perdita del ruolo genitoriale, mancanza di speranza verso il futuro e perdita del figlio ideale*.

#### 4.2.1. Confronto e ricerca di un sostegno

Un tema che emerge in modo preponderante nelle conversazioni dei genitori riguarda il sostegno offerto dal gruppo. I genitori in vari momenti hanno potuto confrontare storie ed eventi di vita con quelle degli altri membri: la condivisione ha permesso di dare espressione ai vissuti emotivi, accogliere il sentimento di solitudine e contenere la profondità del proprio dolore. I genitori si sono dati forza a vicenda e si sono confrontati sulle loro strategie di *coping* più e meno efficaci per fare fronte a situazioni problematiche.

Sono state riportate alcune affermazioni dei genitori nel corso degli incontri di gruppo:

*"Ascoltando le esperienze degli altri mi sento un po' più serena pensando alla mia situazione".*

*"Mi sono sentita meno sola nella situazione di spavento che vivo ora, confrontare le emozioni mi aiuta".*

*"Abbiamo un cammino comune anche se ci troviamo in punti diversi".*

#### 4.2.2. Emozione di rabbia

Gli incontri di gruppo hanno avuto anche l'obiettivo di dare libera espressione ai vissuti emotivi dei partecipanti: sono emersi in maniera preponderante l'emozione della rabbia e il sentimento della frustrazione. Si è osservato che sono per lo più le madri a manifestare la rabbia, un'emozione che sembrava non essere provocata solo dai comportamenti dei figli, ma soprattutto pareva essere rivolta verso se stesse per il senso di inadeguatezza e fallimento personale provato.

*"Se penso adesso provo ancora la stessa rabbia, forse non l'ho elaborata, non l'ho buttata fuori".*

*"Provo rabbia con me stessa perché non riesco a fidarmi di lui".*

#### 4.2.3. Sentimento di impotenza

I partecipanti hanno manifestato, soprattutto negli incontri iniziali, sentimenti di esasperazione e di esaurimento emotivo; la continuità dei comportamenti messi in atto dai figli in cui non traspariva alcun cambiamento ha portato i genitori a percepirsi impotenti e disarmati, nel timore che nessuna azione da loro compiuta fosse capace di modificare il comportamento a rischio dei figli.

*"Ora basta, sono stanca, sono andata avanti all'esasperazione".*

*"Spesso ci sono momenti in cui mi sento proprio ferma, mi chiedo perché molte volte non riesco ad agire".*

*"Mi spiazza la costanza del muro invalicabile che mio figlio pone e questo mi fa provare un immenso vuoto interiore, sento di non poter fare niente".*

#### 4.2.4. Perdita del ruolo genitoriale

Un altro tema che emerge frequentemente nelle narrazioni di gruppo riguarda la personale percezione del ruolo che i genitori credono di aver perduto di fronte ai propri figli: molti riferiscono di percepirsi sminuiti, impotenti, fermi e talvolta impauriti. In molte occasioni i partecipanti manifestano il disagio nell'essere oggetto di critiche e scherni continui da parte dei figli.

*"Mi sento sempre sotto esame come genitore, come se potessi sempre sbagliare qualcosa".*

*"Quando lei gioca sul mio senso di colpa mi pietrifica".*

*"Noi come genitori valiamo poco, la nostra parola vale zero!".*

#### 4.2.5. Mancanza di speranza verso il futuro

Un ulteriore elemento che pare accomunare le madri e i padri, che hanno partecipato al gruppo di supporto, è l'atteggiamento di sfiducia verso il futuro, che si manifesta attraverso una visione negativa di quello che può accadere e di mancanza di speranza che qualcosa possa migliorare. È esemplare il caso di un

genitore che ha manifestato il timore di rimanere deluso dalle proprie speranze di un cambiamento positivo.

*“Ho paura di non poter gioire dei progressi, non possiamo stare tranquilli quando lo vediamo migliorare”.*

*“Siamo impotenti e frustrati perché sembra non esserci alcuna possibilità futura”.*

Questo atteggiamento, almeno in parte, è parso cambiare nel corso degli incontri e sono emerse alcune affermazioni rivolte a cogliere i piccoli miglioramenti nei comportamenti dei figli, con uno sguardo di speranza verso il divenire.

*“È come se ora fosse aperto alle riflessioni, mentre prima non passava niente”.*

#### 4.2.6. Perdita del figlio ideale

Nel corso degli incontri i partecipanti hanno fatto riferimento frequentemente ai cambiamenti che passivamente hanno osservato avvenire nei propri figli dall'età infantile all'adolescenza. Molti genitori hanno espresso la difficoltà a riconoscere e accettare che dentro quel corpo adulto, aggressivo ed irriverente, si nascondesse il proprio bambino: il figlio o la figlia che non hanno rispettato le aspettative genitoriali e nella crescita hanno subito un mutamento tale da renderli irricognoscibili.

*“Vedo costantemente mia figlia cambiare, è falsa e aggressiva”.*

*“Il mio problema più grande è accettare mio figlio, perché così com'è è tanto difficile”.*

### 5. Discussione dei risultati

#### 5.1. Evidenze quantitative relative al costrutto dell'autoefficacia

Lo studio aveva l'obiettivo di favorire l'espressione e la narrazione del disagio vissuto dai genitori di figli adolescenti consumatori di cannabis, nella gestione delle relazioni all'interno del sistema famiglia. Dalle scale somministrate è emerso come nei partecipanti migliori in modo statisticamente significativo il senso di autoefficacia percepita dopo aver partecipato a 20 incontri di gruppo.

I valori significativamente più alti al post-test nei questionari APEP/A e APEN/A potrebbero indicare una miglior capacità dei genitori nell'espressione di affetti positivi come gioia, entusiasmo e orgoglio, in risposta a eventi piacevoli e dei propri affetti negativi, come ad esempio di ansia, rabbia, disagio, insofferenza, sconforto e irritazione. Le scale APEP/A e APEN/A sono due scale di autoefficacia emotiva che valutano le “*strutture cognitivo-motivazionali*” ossia le convinzioni che rispecchiano le capacità di riconoscere, esprimere e gestire le proprie emozioni, siano esse positive o negative. Tali convinzioni si configurano come indicatori della capacità personale di regolare le proprie emozioni (Caprara *et al.*, 2008). Beck (1995), padre della teoria cognitivista, ritiene infatti che il sentirsi capaci di far fronte alle difficoltà, assieme al bisogno di sentirsi amati e rispettati, identifichino uno schema cognitivo fondamentale da cui trag-

gono origine tutte le assunzioni e valutazioni personali che un individuo ha di se stesso. Percepire di avere un supporto sociale emotivo rifletterebbe infatti lo schema di base di essere una persona amabile e percepirsi auto efficaci rifletterebbe lo schema di base di essere una persona capace: queste due variabili nell'insieme darebbero forma all'ottimismo e alla soddisfazione di vita (Karademas, 2006).

Il supporto sociale ricevuto, la condivisione emotiva e il confronto su temi critici e su strategie pratiche con cui affrontare eventi tipici, potrebbero aver creato un terreno fertile che permettesse ai genitori di valutarsi maggiormente autoefficaci nella capacità di regolare e gestire la propria emotività (Rossetto *et al.*, 2014).

Differenze significative, con un aumento dei punteggi al post-test, si osservano anche per quanto riguarda la scala AGPRF, e suggerisce vi siano stati nel percorso di gruppo dei cambiamenti nelle convinzioni di autoefficacia genitoriale dei partecipanti. I risultati emersi in questo studio appaiono in linea con l'attuale letteratura, che evidenzia come gli interventi di gruppo per genitori rappresentino uno strumento efficace per l'aumento della *self-efficacy* genitoriale (Gross *et al.*, 2003; Breitenstein *et al.*, 2012). Questi risultati potrebbero essere compresi alla luce del fatto che all'interno del gruppo, in interazione con altri partecipanti e professionisti esperti, i genitori potrebbero aver appreso nuove strategie di comunicazione, di gestione dei conflitti, di supporto e di guida. Secondo una metanalisi condotta da Kene (2007) i percorsi di gruppo per genitori in cui si promuove l'acquisizione di conoscenze e di abilità, assieme a comprensione e accettazione, sarebbero utili nel ristabilire la presa di controllo e nel rendere i genitori maggiormente capaci nel far fronte alle problematiche dei figli.

#### 5.2. Nuclei tematici emersi dalle narrazioni

A partire dagli elementi emersi dalle narrazioni del gruppo, è possibile offrire una visione di insieme di ciò che accade all'interno delle dinamiche relazionali che avvengono fra genitori e figli.

La perdita del ruolo genitoriale, il lutto del figlio ideale e il senso di impotenza manifestato sono tutti elementi che sorgono di fronte ai comportamenti aggressivi, trasgressivi e talvolta autolesivi dei figli. Sono un insieme di temi riconducibili al costrutto di *burnout* genitoriale (Mikolajczak *et al.*, 2019) che si sviluppa a seguito di una prolungata esposizione allo stress genitoriale cronico e soverchiante, quando è percepito uno squilibrio cronico tra richieste e risorse. Il costrutto comprende tre dimensioni: esaurimento emotivo caratterizzato dalla sensazione di svuotamento e sopraffazione del proprio ruolo genitoriale; distanza emotiva dai figli con un'implicazione sull'educazione e sull'accudimento dei figli; perdita del senso di efficacia nel proprio ruolo. In questo studio madri e padri riferiscono infatti di sentirsi impotenti, di non poter esercitare il proprio ruolo né di stabilire limiti o regole; si sentono costantemente sminuiti come genitori, di essere oggetto di scherno, di prese in giro e non rispettati. In famiglie dove vi è un abuso di sostanze i ruoli familiari sono spesso mancanti o distorti (Gruber & Taylor, 2006) e in questo studio si rappresenta l'immagine di genitori “vittime” che soggiacciono alle perturbazioni dei comportamenti dei figli “carnefici”. Il primo a parlare di impotenza ap-

presa fu Seligman (1967) per definire quell'insieme di risposte di abbandono e rinuncia, di passività e senso di incapacità a fronte della credenza che le proprie azioni non siano importanti e non siano capaci di ottenere i risultati attesi. Il senso di impotenza esperito blocca la possibilità di azione nei genitori, facendo sorgere un senso di una mancanza di speranza che i figli possano modificare i propri comportamenti, e sentimenti di frustrazione e rabbia. Il senso di mancanza di speranza, anche definito *hopelessness* da Beck (1974), descrive un costrutto psicologico identificativo degli schemi cognitivi che hanno alla base delle aspettative negative verso il futuro; all'interno di questo circolo vizioso dove i comportamenti disfunzionali sia dei figli che dei genitori paiono autoalimentarsi, le prospettive di un cambiamento sembrano ridursi notevolmente. Gli altri genitori, possono offrire uno specchio in cui osservare quello che nella propria vita sta accadendo, avendo così la possibilità di individuare soluzioni alternative e creative.

Il gruppo rappresenta un momento di condivisione in cui le esperienze e le emozioni vissute trovano una risonanza con quelle di altri genitori, in un ambiente di vicinanza e supporto non giudicante. Condividere le esperienze e percepire che altre persone vicine a sé possano provare gli stessi sentimenti di sconforto può aiutare a sentirsi meno soli e più simili agli altri. Il senso di comune umanità rappresenta una delle tre componenti della *self-compassion* che Kristin Neff (2003) ha descritto in base agli insegnamenti di grandi maestri buddisti. Secondo l'autrice, la strada verso il benessere passa attraverso la consapevolezza che tutti gli uomini condividono una comune natura fallibile e imperfetta, e che il dolore fa parte di ogni altro essere vivente sulla Terra. A partire da questi presupposti, il supporto che possono fornire altri con esperienze comuni, può sollecitare una comprensione più profonda della propria situazione, nella presa di consapevolezza che il dolore, per quanto indesiderato, appartiene di fatto a qualsiasi essere umano.

## 6. Limiti dello studio

L'esperienza del "Gruppo Parola" presenta alcuni limiti dovuti alla natura del progetto. In primis i dati analizzati riguardano un gruppo di ristretta entità; studi futuri con il contributo di un maggior numero di partecipanti saranno necessari per ampliare il campione di indagine. In secondo luogo sono state utilizzate unicamente scale di misura dell'autoefficacia percepita a risposta forzata; per avere una panoramica più ampia dell'esperienza dei genitori potrebbe risultare di maggior utilità fare uso di scale di misura relative ad altri costrutti, come ad esempio la regolazione emotiva, l'autostima o il benessere percepito.

Un altro limite dello studio è rappresentato dalla mancanza di un'analisi di *follow-up* per monitorare l'andamento dei miglioramenti riguardanti il senso di autoefficacia percepita.

## 7. Conclusioni

All'interno del gruppo i genitori hanno condiviso il disagio di quanto stava accadendo nelle loro vite, degli equilibri familiari alterati e del ruolo che come genitori si trovavano a dover ridefinire. L'esperienza del Gruppo Parola ha consentito

ad ognuno di raccontare la propria esperienza dando voce ai vissuti di disagio e sofferenza che spesso, per vergogna o per paura di non essere compresi, vengono taciuti. All'interno di questo spazio dedicato, i genitori hanno potuto sentirsi meno soli, alleggeriti dalle proprie difficoltà, confrontando così le proprie esperienze con chi vive le medesime problematiche. Nel rimanere bloccati nel dolore la persona perde speranza e fiducia rispetto al futuro, reputando inutile qualsiasi propria azione. Sviluppare un senso di autoefficacia e percepirsi capaci di avere un potere nella propria vita è fondamentale per uscire da una situazione critica, poiché è solo agendo che può avvenire un cambiamento.

I temi emersi attraverso il dialogo e la condivisione hanno permesso ai genitori di confrontarsi con un senso di paura, un senso di vuoto, solitudine e altri stati d'animo dolorosi che emergono sia nei figli che in loro stessi. Attraverso l'esperienza di gruppo i partecipanti, hanno riflettuto sulle proprie modalità relazionali con i figli cominciando a modificare l'atteggiamento giudicante verso questi e verso sé. Hanno inoltre trovato soluzioni alternative per approcciarsi e comunicare meglio. Il lavoro congiunto e le riflessioni condivise durante le sessioni di gruppo, hanno aiutato i genitori a portare fuori e ad affrontare situazioni dolorose, recuperando anche l'importanza di dedicare del tempo alla coppia nonostante le difficoltà presenti. Gestire il dolore significa viverlo: in ciò risiede l'opportunità di accettarlo ed accoglierlo per quello che è, ossia come parte inevitabile dell'esperienza umana.

## Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* – Quinta edizione. DSM-5. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 2015.
- Andolfi M., Mascellani A. (2010). *Storie di adolescenza. Esperienze di terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman. Doi: 10.1891/0889-8391.13.2.158.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191. Doi: 10.1037/0033-295x.84.2.191.
- Barlow J., Smailagic N., Bennett C., Huband N., Jones H., Coren E. (2011). Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD002964. Doi: 10.1002/14651858.CD002964.pub2.
- Barlow J., Smailagic N., Huband N., Roloff V., Bennett C. (2012). Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD002020. doi: 10.1002/14651858. CD002020.pub3.
- Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861.
- Beck J.S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford.
- Biagioni S., Sacco S., Molinaro S. (2021). I comportamenti a rischio tra gli studenti. *Espad*, 5-6. Italia.
- Bowen M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo*. Roma: Astrolabio.
- Braun V., Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2): 77-101. Doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Capanna C., Steca P. (2006). Convinzioni di efficacia personale e prosocialità. In: G.V. Caprara, S. Bonino (a cura di), *Il*

- comportamento prosociale. *Aspetti individuali, familiari e sociali* (pp. 125-134). Trento: Erickson.
- Caprara G.V. (Ed.) (2001). *La valutazione dell'autoefficacia. Costrutti e strumenti*. Edizioni Erickson.
- Caprara G.V., Fida R., Vecchione M., Del Bove G., Vecchio G.M., Barbaranelli C., Bandura A. (2008). Longitudinal analysis of the role of perceived self-efficacy for self-regulated learning in academic continuance and achievement. *Journal of educational psychology*, 100(3), 525. Doi: 10.1037/0022-0663.100.3.525.
- Costabile A., Bellacicco D., Bellagamba F., Stevani J. (2011). *Fondamenti di psicologia dello sviluppo*. Roma-Bari: Laterza.
- Curry M. (1997). Providing emotional support through circle time: a case study. *Support for Learning*, 12(3): 126-129.
- Dretzke J., Frew E., Davenport C., Barlow J., Stewart-Brown S., Sandercock J., Taylor R. (2005). The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. *Health Technology Assessment*, 9(50): 1-250. Doi: 10.3310/hta9500.
- Dykes G., Casker R. (2021). Adolescents and substance abuse: the effects of substance abuse on parents and siblings. *International Journal of Adolescence and Youth*, 26(1): 224-237. Doi: 10.1080/02673843.2021.1908376.
- Eddy M.J., Martinez Jr C.R., Metzler C.W., Heyman R.E. (2014). Family. In: Z. Sloboda, H. Petras (Eds.). *Defining prevention science* (pp. 137-150). New York, NY: Springer. Doi: 10.1007/978-1-4899-7424-2\_6.
- EMCDDA I. (2017). *European drug report 2017: trends and developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Gross J.J., John O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implication for affect, relationship and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2): 348-362. Doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348.
- Gruber K.J., Taylor M.F. (2006). A family perspective for substance abuse: Implications from the literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6(1/2): 1-29. Doi: 10.1300/J160v06n01\_01.
- Hall W.D. (2015). What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*, 110: 19-35. Doi: 10.1111/add.12703.
- HM Government (2008). *Drugs: Protecting Families and Communities. The 2008 Drug Strategy*. London: HM Government.
- Hoeck S., Van Hal G. (2012). Experiences of parents of substance-abusing young people attending support groups. *Archives of Public Health*, 70(1): 1-11. Doi: 10.1186/0778-7367-70-11.
- Hoffman L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- Kane G., Wood V., Barlow J. (2007). Parenting programmes: A systematic review and synthesis of qualitative research. *Child: Care, Health and Development*, 33(6): 784-793. Doi: 10.1111/j. 1365-2214.2007.00750.x.
- Karademas E.C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Personality and individual differences*, 40(6): 1281-1290. Doi: 10.1016/j.paid.2005.10.019.
- Klostermann K., O'Farrell T.J. (2013). Treating substance abuse: Partner and family approaches. *Social Work in Public Health*, 28(3-4): 234-247. Doi: 10.1080/19371918.2013.759014.
- Lancini M. (2019). *Il ritiro sociale negli adolescenti. La solitudine di una generazione iperconnessa*. Raffaello Cortina.
- Lorenzetti V., Chye Y., Silva P., Solowij N., Roberts C.A. (2019). Does regular cannabis use affect neuroanatomy? An updated systematic review and meta-analysis of structural neuroimaging studies. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 269(1): 59-71. Doi: 10.1007/s00406-019-00979-1.
- Meyers R.J., Smith J.E. (1995). *Clinical Guide to Alcohol Treatment: The Community Reinforcement Approach*. New York: Plenum. Doi: 10.1093/alcac/38.1.96-a.
- Mikolajczak M., Gross J.J., Roskam I. (2019). Parental burnout: What is it, and why does it matter? *Clinical Psychological Science*, 7(6): 1319-1329. Doi: 10.1177/2167702619858430.
- Miller W.R., Meyers R.J., Tonigan J.S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67: 688-697. Doi: 10.1037/0022-006x.67.5.688.
- Morin J.F.G., Afzali M.H., Bourque J., Stewart S.H., Séguin J.R., O'Leary-Barrett M., Conrod P.J. (2019). A population-based analysis of the relationship between substance use and adolescent cognitive development. *American Journal of Psychiatry*, 176(2): 98-106. Doi: 10.1176/appi.ajp.2018.18020202.
- Nakhaee S., Vagharseyyedin S.A., Afkar E., Mood M.S. (2017). The relationship of family communication pattern with adolescents' assertiveness. *Modern Care Journal*, 14(4). Doi: 10.5812/modernc.66696.
- Nardone G., Milanese R., Cagnoni F. (2021). *La mente ferita: Attraversare il dolore per superarlo*. Ponte alle Grazie.
- Neff K.D. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2: 85-10. Doi: 10.1080/15298860309032.
- NICE (2019). Surveillance of drug misuse in over 16s: opioid detoxification - NICE guideline CG52. Rapporto di sorveglianza.
- Nichols M.P., Schwartz R.C. (1998). *Family therapy: Concepts and methods* (4th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Orford J., Copello A., Velleman R., Templeton L. (2010). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: education, prevention and policy*, 17(sup1): 36-43. Doi: 10.3109/09687637.2010.514801.
- Pietropolli Charmet G., Riva E. (1994). *Adolescenti in crisi, genitori in difficoltà*. Milano: FrancoAngeli.
- Pietropolli Charmet G. (2000). *Mentalizzazione del corpo. I nuovi adolescenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ray G., Mertens J., Weisner C. (2009). Family members of people with alcohol or drug dependence: Health problems and medical costs compared to family members of people with diabetes and asthma. *Addiction*, 104: 203-214. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02447.
- Rossetto K.R., Lannutti P.J., Smith R.A. (2014). Investigating self-efficacy and emotional challenge as contributors to willingness to provide emotional support. *Southern Communication Journal*, 79(1): 41-58. Doi: 10.1080/1041794X.2013.854404.
- Scabini E., Lanz M., Marta E. (1999). Psychosocial adjustment and family relationships: A typology of Italian families with a late adolescent. *Journal of youth and adolescence*, 28(6): 633-644. Doi: 10.1023/a:1021614915850.
- Scott J.C., Slomiak S.T., Jones J.D., Rosen A.F., Moore T.M., Gur R.C. (2018). Association of cannabis with cognitive functioning in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 75(6): 585-595. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0335.
- Siener S., Kerns K. (2012). Emotion regulation and depressive symptoms in preadolescence. *Child Psychiatry & Human Development*, 43: 414-430. Doi: 10.1007/s10578-011-0274-x.
- Smith J.E., Meyers R.J. (1995). *The community reinforcement approach*.
- Trincas R., Patrizi M., Couyoumdjian A. (2008). Parental monitoring e comportamenti a rischio in adolescenza: una revisione critica della letteratura. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 12(3): 401-436.
- Svenson L. (1995). Individuals with a chemically dependent family member. Does their health care use increase? *Can Fam Physician*, 41: 1488-1493.
- Winters K., Botzet A., Fahmmost T. (2011). Advances in adolescent substance abuse treatment. *Current Psychiatry Report*, 13(5): 416-421. Doi: 10.1007/s11920-011-0214-2.