

**UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ”**

Cu titlu de manuscris  
C.Z.U.

**IONAȘCU GRIGORE**

**DIMENSIUNI PSIHO-SOCIO-COMPORTAMENTALE ALE  
CONSUMULUI DE ALCOOL ÎN ADOLESCENȚĂ**

**511.02 – PSIHOLOGIA DEZVOLTĂRII ȘI PSIHOLOGIE  
EDUCAȚIONALĂ**

**Teză de doctor în psihologie**

**Conducător științific:**

**GLAVAN Aurelia,  
doctor habilitat în psihologie,  
conferențiar universitar**

**Autor:**

**IONAȘCU Grigore**

**CHIȘINĂU, 2023**

**© IONAȘCU GRIGORE, 2023**

## CUPRINS

<b>ADNOTARE.....</b>	<b>6</b>
<b>АННОТАЦИЯ.....</b>	<b>7</b>
<b>ANNOTATION.....</b>	<b>8</b>
<b>LISTA ABREVIERILOR.....</b>	<b>9</b>
<b>LISTA TABELELOR.....</b>	<b>10</b>
<b>LISTA FIGURILOR.....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUCERE.....</b>	<b>12</b>
<b>1. PREMISE TEORETICE ALE INVESTIGĂRII DIMENSIUNILOR PSIHO-SOCIO-COMPORTAMENTALE ASOCIATE CONSUMULUI DE ALCOOL ÎN RÂNDUL ADOLESCENȚILOR</b>	
1.1. Comportamentele cu riscuri pentru sănătatea fizică și mintală – o provocare în dezvoltare adolescenților.....	21
1.2. Consumul de alcool în rândul adolescenților: dinamică, factori de risc și impact.....	22
1.3. Repere ale asistenței psiho-educative a adolescenților vulnerabili la abuzul de alcool.....	27
1.4. Descrierea modelului ipotetico-conceptual al factorilor de risc și protectori în abuzul de alcool în rândul adolescenților.....	31
1.5. Concluzii la Capitolul 1.....	50
<b>2. CERCETAREA DIMENSIUNILOR PSIHO-SOCIO-COMPORTAMENTALE ALE ABUZULUI DE ALCOOL ÎN RÂNDUL ADOLESCENȚILOR</b>	
2.1. Scopul, obiectivele și ipotezele studiului constatativ.....	54
2.2. Participanți.....	57
2.3. Metoda și instrumentele pentru colectarea datelor.....	58
2.4. Procedură.....	59
2.5. Metode și procedee pentru analiza statistică a datelor.....	60
2.6. Demersuri de adaptare și validare a instrumentelor pentru investigarea dimensiunilor psiho-socio-comportamentale ale abuzului de alcool în rândul adolescenților.....	66
2.7. Prezentarea și interpretarea rezultatelor.....	87
2.8. Concluzii la Capitolul 2.....	133
<b>3. REDUCEREA RISCULUI PENTRU ABUZUL DE ALCOOL ÎN RÂNDUL ADOLESCENȚILOR. PROGRAMUL DE INTERVENȚIE PSIHO-EDUCATIVĂ „CAPACANELE ALCOOLULUI”</b>	
3.1. Justificarea și baza conceptuală a programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele	

alcoholului”.....	136
3.2. Scopul și obiectivele programului.....	138
3.3. Caracteristici ale adolescenților care au făcut parte din grupurile experimental și de control.	139
3.4. Elaborarea și implementarea programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoholului”.....	142
3.5. Analiza și interpretarea rezultatelor programului de intervenție psiho-educativă „Capcane alcoholului”.....	148
3.6. Concluzii la Capitolul 3.....	156
<b>CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI.....</b>	<b>158</b>
<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>164</b>
<b>ANEXE</b>	
Anexa A1.1. Chestionar pentru informații socio-demografice (construit de autor).....	206
Anexa A1.2. Scala pentru evaluarea stresului psihic (construită de autor).....	206
Anexa A1.3. Scala pentru evaluarea religiozității/ <i>Centrality of Religiosity Scale – Five Items</i> (CRS-5; Huber și Huber, 2012).....	206
Anexa A1.4. Scala pentru evaluarea rezilienței/ <i>Brief Resilience Scale</i> (BRS; Smith et al., 2008)	206
Anexa A1.5. Scala pentru evaluarea autoeficacității generalizate/ <i>General Self-Efficacy Scale</i> (GSES; Luszczynska, Scholtz și Schwarzer, 2005; versiunea în limba română – Băban, Schwarzer și Jerusalem, 1996).....	207
Anexa A1.6. Inventarul pentru evaluarea factorilor personalității/ <i>Big Five Inventory</i> (BFI; John, Donahue și Kentle, 1991).....	207
Anexa A1.7. Scala pentru evaluarea probabilității angajării în comportamente de risc/ <i>Risk Behaviors Scale – Health/Safe</i> (RBS-H/S; Weber, Blais și Betz, 2002).....	207
Anexa A1.8. Scala pentru evaluarea percepției cu privire la pericolozitatea comportamentelor de risc/ <i>Risk Perception Scale – Health/Safe</i> (RPS-H/S; Weber, Blais și Betz, 2002).....	208
Anexa A1.9. Scala pentru evaluarea anxietății/ <i>Youth Self-Report-Anxiety</i> (YSR; Achenbach, 1991).....	208
Anexa A1.10. Inventarul pentru evaluarea dispoziției afectivă negativă/ <i>Mental Health Inventory -5</i> (MHI-5; Berwick et al., 1991).....	208
Anexa A1.11. Scala pentru evaluarea suportului social perceput/ <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i> (MSPSS; Zimet et al., 1988).....	208
Anexa A1.12. Scala pentru evaluarea satisfacției față de familie, prieteni, școală și sine/ <i>Multidimensional Students’ Life Satisfaction Scale</i> (MSLSS; Huebner, 2001).....	208
Anexa A1.13. Scala pentru evaluarea indisciplinei manifestată la școală (Robu, 2010).....	208
Anexa A1.14. Scala pentru evaluarea stimei de sine în domeniul școlar/ <i>Hare Self-Esteem</i>	

<i>Scale-School</i> (HSES-S; B. R. Hare; preluată din Fisher și Corcoran, 2007).....	209
Anexa A1.15a. Versiunea originală în limba engleză pentru chestionarul CRAFFT (Knight <i>et al.</i> , 1999).....	209
Anexa A1.15b. Chestionarul pentru evaluarea riscului abuzului de alcool (construit de autor)....	209
Anexa A1.16. Chestionarul pentru evaluarea tiparului în ceea ce privește consumul de alcool (construit de autor).....	209
Anexa 2. Modelele metrice finale pentru versiunile în limba română ale instrumentelor administrate în studiul constatativ.....	210
Anexa 3. Rezultatele analizelor factoriale confirmatorii pentru scalele instrumentului BFI.....	226
Anexa 4. Protocolul de colaborare între Colegiul Economic „Virgil Madgearu” Galați și Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Galați.....	237
Anexa 5. Consimțământul informat pentru părinți (participare adolescenți la programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”).....	238
Anexa 6. Programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” .....	241
Anexa 7. Chestionarul administrat pentru obținerea <i>feed-back</i> -ului la sfârșitul fiecărei întâlniri de lucru.....	319
Anexa 8. Chestionarul administrat pentru obținerea <i>feed-back</i> -ului la sfârșitul programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”.....	320
Anexa 9. Exemple pentru produsele activităților formative derulate în cadrul programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”.....	322
Anexa 10. Fotografii activități din timpul derulării programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”.....	337
Anexa 11. Date comparative în funcție de frecvența globală a consumului de băuturi alcoolice..	340
Anexa 12. Date ale analizelor de regresie liniară multiplă ierarhică efectuate pentru testarea relațiilor de moderare.....	343
Anexa 13. Reprezentări grafice ale riscului pentru abuzul de alcool în funcție de interacțiunile dintre nevrotism și anxietate, respectiv alte variabile psiho-socio-comportamentale..	347
Anexa 14. Informații privind valorificarea rezultatelor cercetării. Lista lucrărilor științifice publicate sau prezentate la conferințe.....	357
Declarație privind asumarea răspunderii.....	362
Curriculum Vitae.....	363

## ADNOTARE

Ionașcu Grigore, „Dimensiuni psiho-socio-comportamentale ale consumului de alcool în adolescență”. Teză de doctor în psihologie, Chișinău, 2023

**Structura tezei.** adnotări, introducere, trei capitole, concluziile generale și recomandări, bibliografia (396 surse), 14 anexe, 153 pagini text de bază, 15 tabele și 8 figuri. Rezultatele cercetării au fost publicate în 15 lucrări științifice.

**Cuvinte-cheie:** comportamente cu risc, adolescenți, consum de alcool, dimensiuni psiho-socio-comportamentale, factori de risc, factori protectivi, program de intervenție psiho-educativă.

**Scopul cercetării:** fundamentarea teoretică și testarea modelului factorilor de risc și protectori în abuzul de alcool, în vederea valorificării acestuia pentru elaborarea și experimentarea unui program de intervenție psiho-educativă care urmărește diminuarea vulnerabilității în ceea ce privește consumul de alcool în rândul adolescenților prin optimizarea funcționării psihosociale, creșterea stării de bine și îmbunătățirea rezilienței în confruntarea cu provocările vârstei și solicitările adverse de zi cu zi.

**Obiectivele cercetării:** aplicarea metodologiei științifice pentru cercetarea dimensiunilor psiho-socio-comportamentale ale abuzului de alcool în rândul adolescenților, în vederea elaborării și testării unui model ipotetico-conceptual al factorilor de risc și protectori; implementarea și evaluarea impactului unui program de intervenție psiho-educativă destinat creșterii rezilienței în rândul adolescenților și reducerii riscului pentru abuzul de alcool; identificarea direcțiilor pentru viitoare cercetări teoretice și empirice, precum și elaborarea unor recomandări practice.

**Noutatea și originalitatea științifică:** proiectarea și punerea în practică a unei platforme epistemico-empirice inedite cu referire la reducerea riscului pentru abuzul de alcool a adolescenților; teza oferă o viziune unitară asupra condițiilor și metodelor care fac posibilă utilizarea programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” prin optimizarea funcționării psihosociale a adolescenților, creșterea stării de bine și îmbunătățirea rezilienței în confruntarea cu diverse contexte situaționale sau evenimentele de viață adverse.

**Problema științifică soluționată** constă în determinarea factorilor care explică diferențele individuale în ceea ce privește riscul pentru abuzul de alcool și profilul psiho-socio-comportamental al adolescentului consumator, precum și în elaborarea și implementarea cu succes a programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” destinat gestionării factorilor negativi care îi predispun pe adolescenți la abuzul de alcool.

**Semnificația teoretică:** elaborarea și punerea în aplicare a unei ecuații epistemico-empirice unitare care completează preocupările cercetătorilor din diverse domenii interdisciplinare orientate spre îmbunătățirea cunoașterii efectelor pe care utilizarea problematică a alcoolului le are asupra dezvoltării globale a adolescenților; rezultatele cercetărilor se înscriu în spectrul obiectivelor de bază ale științei psihologice contemporane, punând în ordinea de zi o problemă de actualitate și oferind o variantă originală de soluționare a acesteia.

**Valoarea aplicativă a lucrării:** utilizarea rezultatelor în cercetarea care contribuie la extinderea granițelor empirice cu referire la predictorii riscului pentru abuzul de alcool la adolescenți; în activitatea de consiliere psiho-educativă la diferite niveluri de intervenție; la elaborarea altor programe de consiliere psiho-educativă adresate adolescenților; în contextul formării inițiale și continue a specialiștilor din domeniul vizat.

**Implementarea rezultatelor științifice:** Rezultatele cercetării teoretico-experimentale au fost implementate în procesul didactic de pregătire și formare a studenților în cadrul disciplinelor Psihologia dezvoltării, Psihologia personalității, a masteranzilor și doctoranzilor la facultățile de psihologie din instituțiile superioare de învățământ și în cadrul cursurilor de formare continuă și seminarelor științifico-metodice cu psihologii, consilierii școlari și cadrele didactice.

## АННОТАЦИЯ

**Ионашку Григоре. Психосоциально-поведенческие аспекты употребления алкоголя в подростковом возрасте. Диссертация на соискание ученой степени доктора психологии. Кишинев, 2023**

**Структура диссертации:** аннотации, список сокращений, введение, три главы, общие выводы, рекомендации, библиография насчитывает 396 источников, 14 приложений, 153 страниц основного текста, 8 рисунков, 15 таблиц.

**Ключевые слова:** рискованное поведение, подростки, употребление алкоголя, факторы риска, защитные факторы, программа психолого-педагогического воздействия.

**Цель исследования:** теоретическое обоснование и апробация модели факторов риска и защитных факторов при злоупотреблении алкоголем, с целью ее использования для разработки и апробации программы психолого-педагогического вмешательства, направленной на снижение уязвимости с точки зрения употребления алкоголя подростками, путем оптимизации психосоциального функционирования.

**Задачи исследования:** применение научной методологии исследования психосоциально-поведенческих аспектов злоупотребления алкоголем среди подростков с целью разработки и апробации гипотетико-концептуальной модели факторов риска и защитных факторов; осуществление и оценка воздействия программы психолого-педагогического вмешательства, направленной на повышение устойчивости подростков и снижение риска злоупотребления алкоголем; определение направлений будущих теоретических и эмпирических исследований, разработка практических рекомендаций.

**Научная новизна и оригинальность:** разработка и внедрение новой эпистемико-эмпирической платформы в отношении снижения риска злоупотребления алкоголем подростками; предлагается единое видение условий и методов, позволяющих использовать программу психолого-педагогической интервенции «Алкогольные ловушки» с целью оптимизации психосоциального функционирования подростков.

**Решение научной проблемы** заключается в определении факторов, объясняющих индивидуальные различия с точки зрения риска злоупотребления алкоголем и психосоциально-поведенческого профиля подростка-потребителя, а также в успешной разработке и реализации психообразовательной интервенционной программы, направленной на управление негативными факторами, предрасполагающими подростков к злоупотреблению алкоголем.

**Теоретическая значимость:** разработка и реализация единого эпистемико-эмпирического уравнения, которое дополняет интересы исследователей из различных междисциплинарных областей, направленных на улучшение знаний о влиянии проблемного употребления алкоголя на общее развитие подростков; результаты исследования укладываются в рамки основных задач современной психологической науки, предлагая оригинальное решение.

**Практическая значимость:** использование результатов исследований в деятельности психолого-педагогического консультирования; в разработке других программ психолого-педагогического консультирования подростков; в рамках начальной и непрерывной подготовки специалистов в соответствующей области.

**Внедрение научных результатов:** Результаты теоретико-экспериментального исследования были внедрены в процессе обучения и подготовки студентов, мастерантов и докторантов по дисциплинам «Психология развития», «Психология личности», на факультетах психологии в вузах и на факультетах повышения квалификации, а также в рамках образовательных курсов и научно-методических семинаров с участием психологов, школьных консультантов и дидактических кадров.

## ANNOTATION

**Ionașcu Grigore, „Psychological, social and behavioral dimensions of alcohol consumption in adolescence”. PhD thesis in psychology, Chisinau, 2023**

**Structure of thesis.** annotations, introduction, three chapters, general conclusions and recommendations, list of references (396 sources), 14 appendices, 153 pages of basic text, 15 tables and 8 figures. The findings are published in 15 scientific papers.

**Keywords:** risk behaviors, adolescents, alcohol consumption, psychological, social and behavioral dimensions, risk factors, protective factors, psycho-educational intervention.

**The purpose of the research:** theoretical foundation and testing of the model of risk and protective factors in alcohol abuse; using this model for the development and experimentation of a psycho-educational intervention program aimed at reducing vulnerability in terms of alcohol consumption among adolescents; optimizing psychosocial functioning, increasing well-being and improving resilience in the face of age challenges and adverse day-to-day demands.

**Research objectives:** the application of the scientific methodology for researching the psycho-socio-behavioral dimensions of alcohol abuse among adolescents, in order to develop and test a hypothetical-conceptual model of risk and protective factors; implementing and evaluating the impact of a psycho-educational intervention program aimed at increasing resilience among adolescents and reducing the risk for alcohol abuse; identifying directions for future theoretical and empirical research, as well as developing practical recommendations.

**Scientific novelty and originality:** the design and implementation of a novel epistemic-empirical platform with reference to reducing the risk of adolescent alcohol abuse; the thesis offers a unified vision of the conditions and methods that make it possible to use the psycho-educational intervention program “Alcohol Traps” by optimizing the psychosocial functioning of adolescents, increasing well-being and improving resilience in the face of various situational contexts or adverse life events.

**The scientific problem solved** consists in determining the factors that explain the individual differences in terms of the risk for alcohol abuse and the psycho-socio-behavioral profile of the adolescent consumer, as well as in the successful development and implementation of the psycho-educational intervention program “Alcohol Traps” aimed at managing the negative factors that predispose teenagers to alcohol abuse.

**Theoretical significance:** the development and implementation of a unitary epistemic-empirical equation that complements the concerns of researchers from various interdisciplinary fields aimed at improving the knowledge of the effects that problematic alcohol use has on the overall development of adolescents; the research findings are part of the spectrum of the basic objectives of contemporary psychological science, putting a current issue on the agenda and offering an original way to solve it.

**The applicative value of the thesis:** the use of results in research that contributes to the expansion of empirical boundaries with reference to risk predictors for adolescent alcohol abuse; in the activity of psycho-educational counseling at different levels of intervention; to the development of other psycho-educational counseling programs addressed to adolescents; in the context of the initial and continuous training of specialists in the relevant field.

**Implementation of scientific results:** The results of the theoretical experimental research have been implemented in the didactic process of students’ training within the disciplines of development psychology, personality psychology, psychology of affectivity and regulatory process, of master and doctoral students at the faculties of psychology from the higher education institutions and within the courses of permanent training and scientific – methodic seminars with psychologists, school advisers and professors.



## LISTA ABREVIERILOR

<b>AMOS</b>	Analysis of Moment Structures
<b>BFI</b>	Big Five Inventory
<b>BRS</b>	Brief Resilience Scale
<b>CRAFFT</b>	Brief Alcohol and Other Drug Screening Test
<b>CRS-5</b>	Centrality of Religiosity Scale-Five items
<b>GSES</b>	General Self-Efficacy Scale
<b>HSES-S</b>	Hare Self-Esteem Scale-School
<b>MHI-5</b>	Mental Health Inventory-5
<b>MSLSS</b>	Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale
<b>MSPSS</b>	Multidimensional Scale of Perceived Social Support
<b>RBS-H/S</b>	Risk Behaviors Scale – Health/Safety
<b>RPS-H/S</b>	Risk Perception Scale – Health/Safety
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>YSR-A</b>	Youth Self Report-Anxiety

## LISTA TABELELOR

<b>Tabelul 2.1.</b> Consistența internă pentru instrumentele administrate.....	86
<b>Tabelul 2.2.</b> Indicatori statistici descriptivi pentru distribuțiile variabilelor de interes.....	88
<b>Tabelul 2.3.</b> Date comparative pentru riscul abuzului de alcool.....	90
<b>Tabelul 2.4.</b> Date corelaționale.....	90
<b>Tabelul 2.5.</b> Date ale analizei de regresie liniară multiplă (VD = risc abuz alcool).....	91
<b>Tabelul 2.6.</b> Sumarul rezultatelor pentru verificarea ipotezelor de lucru.....	92
<b>Tabelul 2.7.</b> Date brute cu privire la frecvența consumului de băuturi alcoolice.....	105
<b>Tabelul 2.8.</b> Comparații între fete și băieți în ceea ce privește frecvența consumului de băuturi alcoolice.....	105
<b>Tabelul 2.9.</b> Analiza de regresie logistică binomială.....	108
<b>Tabelul 2.10.</b> Asocierea dintre riscul pentru abuzul de alcool și frecvența globală a consumului de băuturi alcoolice (eșantion total).....	123
<b>Tabelul 2.11.</b> Comparații în funcție de riscul pentru abuzul de alcool.....	124
<b>Tabelul 2.12.</b> Motivele consumului de băuturi alcoolice (eșantion total).....	126
<b>Tabelul 2.13.</b> Date comparative în funcție de sexul adolescenților chestionați: motivele consumului de băuturi alcoolice.....	127
<b>Tabelul 3.1.</b> Domenii și teme abordate în programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”.....	145
<b>Tabelul 3.2.</b> Rezumatul datelor comparative obținute în urma derulării programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”.....	150

## LISTA FIGURILOR

<b>Fig. 1.1.</b> Modelul conceptual al comportamentelor de risc în rândul adolescenților [180, p. 602].....	34
<b>Fig. 1.2.</b> Modelul conceptual al factorilor de risc și protectori în abuzul de alcool [elaborat de autor].....	35
<b>Fig. 2.1.</b> Distribuția adolescenților chestionați în funcție de frecvența intoxicației etanolice...	128
<b>Fig. 2.2.</b> Distribuția adolescenților în funcție de locurile în care consumau alcool.....	130
<b>Fig. 2.3.</b> Distribuția adolescenților în funcție de persoanele alături de care consumau alcool..	130
<b>Fig. 2.4.</b> Distribuția adolescenților în funcție de solicitarea suportului pentru posibile probleme referitoare la consumul de alcool.....	131
<b>Fig. 2.5.</b> Distribuția adolescenților în funcție de răspunsul la itemul „Cunoști alte persoane care au probleme cu alcoolul și nu pot renunța la consumul de alcool ?”.....	132
<b>Fig. 3.1.</b> Pașii urmăriți în selectarea adolescenților care au participat la programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”, respectiv a celor care au făcut parte din grupul de control.....	140

## INTRODUCERE

**Actualitatea și importanța temei de cercetare.** Implicarea în comportamente care se asociază cu riscuri pentru sănătatea, funcționarea, adaptarea la sarcini și solicitări, precum și pentru procesul dezvoltării în general este frecventă la vârsta adolescenței [180]. Fenomenul consumului de substanțe psihoactive (printre care se numără și alcoolul) în rândul adolescenților a suscitât un interes constant din partea cercetătorilor din diverse domenii (de exemplu: științe medicale, alcoologie, sănătate mintală, psihologia dezvoltării, psihologie clinică, psihologia sănătății, psihologie comportamentală etc.), precum și a profesioniștilor care lucrează în sistemul serviciilor de asistență psihologică, educativă și socială.

În ultimele cinci decenii, s-a acumulat o literatură foarte bogată care s-a interesat de multiple dimensiuni ale consumului de alcool [42, 48, 129, 178, 239, 365]. În mod obișnuit, adolescenții încep să experimenteze substanțe legale pe care le pot procura ușor, precum tutunul și alcoolul. Deși studiile arată că, în multe ocazii, adolescenții sunt capabili să evalueze riscurile pe care abuzul de alcool sau alte substanțe le are pentru propria lor sănătate, să reflecteze la propriile lor comportamente, să țină cont de posibilele consecințe pe termen lung ale propriilor lor acțiuni și să cântărească opțiunile (inclusiv atunci când se află sub presiunea grupurilor de convârșnici la care aderă) înainte de a acționa [157, 376], uneori, acestea pot fi tulburați emoțional, impulsivi sau dornici să experimenteze „senzații cool”, motiv pentru care sunt vulnerabili la consumul problematic care poate avea serioase implicații negative. De la abținerea totală sau consum moderat (în diverse ocazii sociale), trecând prin abuzurile accidentale (mai ales în situații în care intervine stresul psihic acut sau presiunea din partea grupului de prieteni) sau consumul excesiv (repetat episodic) și până la dependență, unii dintre adolescenți pot să aibă o relație problematică cu alcoolul. Această situație îl poate pune în contexte periculoase prin crearea nișelor pentru manifestări emoționale, atitudinal-comportamentale și sociale riscante pentru sănătatea fizică și mintală, adaptarea la sarcinile dezvoltării specifice adolescenței, respectiv pregătirea pentru *status*-rolurile așteptate la vârstă adultă [365].

Adolescenții consumă alcool pentru efectele pe care această substanță le produce asupra sistemului nervos, pentru a-și arătat maturitatea, pentru a se integra în grupurile de convârșnici și a fi acceptați, din nevoia de socializare și distracție, pentru diminuarea stresului și relaxare, pentru a experimenta „senzații tari” sau pentru a evada din stările afective neplăcute produse de problemele pe care le întâmpină în viața de zi cu zi [268, 351]. Însă, consumul abuziv de alcool în rândul adolescenților reprezintă **o problemă majoră pentru sănătatea publică**, deoarece utilizarea alcoolului la vârste timpurii se asociază cu un risc ridicat pentru probleme mai severe în viitor în ceea ce privește consumul acestei substanțe (de exemplu, dependența), precum și pentru

numeroase dificultăți în funcționarea personală (fizică și psihică), familială, socială și profesională [48, 107, 197]. Din acest motiv, investigarea cât mai cuprinzătoare a profilului psihosocial și comportamental al consumului de alcool în rândul adolescenților reprezintă un pas cheie pentru înțelegerea și gestionarea din punct de vedere psiho-socio-educativ a cauzelor directe, factorilor precipitanți, manifestărilor asociate și a efectelor pe care utilizarea problematică a alcoolului le poate avea. Cercetarea bazată pe investigarea factorilor de risc și a celor care îi protejează pe adolescenți de abuzul sau dependența de alcool răspunde imperativului practic-aplicativ prin care se urmărește proiectarea, implementarea și testarea programelor de prevenire a acestor probleme pe care adolescenții le pot întâmpina [168]. Prezenta teză de doctorat își propune să răspundă acestei necesități.

#### **Descrierea situației în domeniul de cercetare și identificarea problemei de cercetare.**

Adolescența marchează tranziția dinspre copilărie spre vârsta adultă, motiv pentru care este caracterizată prin numeroase oportunități de dezvoltare și provocări specifice. Deși această perioadă a dezvoltării poate fi însoțită de o stare de sănătate fizică și/sau mintală bună, vulnerabilitățile pe care procesul descoperirii de sine și efortul de câștigare a autonomiei reprezintă factori de risc pentru traseul pozitiv al dezvoltării unui adolescent [128, 265]. Cei mai mulți dintre adolescenți obțin mai târziu maturitatea în procesul adaptării la schimbările specifice vârstei, precum și în funcționarea fizică, cognitivă, emoțională și socială. Acest fapt face ca adolescenții să fie expuși atitudinilor și comportamentelor riscante, inclusiv utilizarea problematică a alcoolului și drogurilor [119, 330].

Studiile empirice efectuate în populația adolescenților, sintezele literaturii care s-a preocupat de consumul de substanțe psihoactive în rândul adolescenților și al tinerilor, precum și meta-analize au radiografiat factorii care contribuie la creșterea riscului pentru tulburări legate de consumul de alcool, precum și factorii care îi protejează pe adolescenți. A fost identificată și testată o paletă largă care include caracteristici individuale, variabile referitoare la mediul familial și social, caracteristici ale școlarității, factori economici, societali și culturali, respectiv circumstanțe de viață nefavorabile și evenimente personale/familiale negative [10, 48, 129, 160, 239, 292, 365]. De asemenea, cercetătorii s-au preocupat de efectele pe termen scurt și cele care persistă de-a lungul vieții, pe care abuzul, consumul excesiv periodic și dependența de alcool în rândul adolescenților le au asupra funcționării, adaptării și dezvoltării în următoarele etape ale vieții [48, 60, 148, 239, 236, 365].

În literatura internațională publicată preponderent în limba engleză, contribuții importante la investigarea factorilor explicativi, tipologiei și a efectelor consumului de alcool în rândul adolescenților și al tinerilor, precum și în ceea ce privește proiectarea, implementarea și evaluarea

programelor de intervenție recuperatorie sau preventivă au avut autori, precum: A. Bhattacharya [42], S. Bonino, E. Cattelino și S. Ciairano [47], R. J. Bonnie și M. E. O'Connell [48], H. J. Cheng, M. D. Cantave și J. C. Anthony [78], T. Chung *et al.* [82], F. M. Costa, R. Jessor și M. S. Turbin [96], A. L. Dir, R. L. Bell, Z. W. Adams și L. A. Hulvershorn [113], D. Fergusson și J. Boden [129], J. D. Hawkins, R. F. Catalano și J. Y. Miller [160], P. D. James, C. Kearns, A. Campbell și B.P. Smyth [178], R. Jessor [179], L. D. Johnston *et al.* [188], P. M. Monti, S. M. Colby și T. A. O'Leary [239], F. Nees *et al.* [249], W. Pedersen și T. von Soest [272], I. Rossow, H. Pape și L. Torgersen [308], M. Stolle, P.-M. Sack și R. Thomasius [343], B. F. Thomas *et al.* [351], M. Tschorn *et al.* [355], R. Velleman [365], E. Villar *et al.* [367], R. Whelan *et al.* [380], C. L. Williams, C. L. Perry, K. Farbaksh și S. Veblen-Mortenson [381], M. B. Yap *et al.* [390] ș.a. În România și Republica Moldova, interesul pentru acest domeniu de cercetare este suscitată de lucrările publicate de către C. Bețeșca [38], M. Constantinescu și C. Constantinescu [91, 92], M. Copăceanu [94], S. Dura [121], G. Garaz [142], L. M. Lotrean, S. Kremers, C. Ionut și H. de Vries [213], M. Pîrlog *et al.* [279], R. Rășcanu [289], A. Sandovici, M. Tufeanu și M. Mihăilă [314], H. J. van Joris și M. Moll [361], B. Vlaicu *et al.* [369] ș.a.

Constatarea studiilor care și-au focalizat atenția pe problematica consumului de alcool susține necesitatea elaborării și a implementării programelor universale care să țintească atât adolescenții sănătoși din comunitățile școlare, cât și pe cei aflați în risc pentru consumul de alcool și alte substanțe periculoase. Programele preventive trebuie să vizeze simultan mai multe domenii ale funcționării de zi cu zi și dezvoltării, precum și controlul factorilor de risc, respectiv întărirea factorilor de protecție în vederea înzestrării cu resursele de care adolescenții au nevoie pentru a face față solicitărilor specifice vârstei și circumstanțelor de viață nefavorabile care îi predispun la abuzul/dependența de substanțe periculoase. Analiza conceptual-teoretică și empirică expusă în Capitolul I al prezentei teze de doctorat, precum și argumentele practic-aplicative la care ne-am referit în paragraful anterior ne-au condus la delimitarea problemei de cercetare.

**Problema de cercetare** constă în determinarea factorilor care explică diferențele individuale în ceea ce privește riscul pentru abuzul de alcool, precum și a profilului psiho-socio-comportamental al consumului problematic de alcool în rândul adolescenților, în vederea elaborării și implementării unui program de intervenție psiho-educativă destinat creșterii rezilienței în confruntarea cu circumstanțele de viață adverse care îi predispun pe adolescenți la abuzul de alcool.

**Scopul cercetărilor prezentate în teză** constă în fundamentarea teoretică și testarea modelului factorilor de risc și protectori în abuzul de alcool, în vederea valorificării acestuia pentru elaborarea și experimentarea unui program de intervenție psiho-educativă care urmărește

diminuarea vulnerabilității în ceea ce privește consumul de alcool în rândul adolescenților prin optimizarea funcționării psihosociale, creșterea stării de bine și îmbunătățirea rezilienței în confruntarea cu provocările vârstei și solicitările vieții de zi cu zi.

**Obiectivele cercetărilor.** Obiectivele care ne-au orientat demersurile teoretice, empirice și practic-aplicative (intervenționale) au fost:

- ✓ cunoașterea gradului în care tema de cercetare este investigată, în vederea identificării dimensiunilor psiho-socio-comportamentale ce au stat mai puțin în atenția cercetătorilor care s-au preocupat de problematica consumului de alcool în populația de adolescenți;
- ✓ aplicarea metodologiei științifice în vederea elaborării și testării unui model ipotetico-conceptual al factorilor de risc și protectori în abuzul de alcool în rândul adolescenților;
- ✓ elaborarea, implementarea și evaluarea impactului unui program de intervenție psiho-educativă destinat reducerii riscului pentru abuzul de alcool și creșterii rezilienței în rândul adolescenților;
- ✓ identificarea direcțiilor pentru viitoare cercetări teoretice și empirice;
- ✓ elaborarea unor recomandări practice pentru îmbunătățirea din punct de vedere conceptual și operațional a programelor de intervenție destinate prevenirii consumului de alcool și, mai general, reducerii riscurilor asociate comportamentelor periculoase pentru sănătatea, funcționarea pozitivă și dezvoltarea adolescenților.

**Ipoteză generală** care ne-a orientat demersul de cercetare și intervenție a pornit de la presupunerea că integrarea factorilor de risc și protectori în intervențiile psiho-educative contribuie la diminuarea vulnerabilității adolescenților în ceea ce privește abuzul de alcool prin optimizarea funcționării psihosociale, creșterea stării de bine și îmbunătățirea rezilienței în confruntarea cu provocările vârstei și solicitările vieții de zi cu zi.

**Metodologia cercetării.** Pentru testarea modelului factorilor de risc și a celor protectori în abuzul de alcool în rândul adolescenților, investigarea predictorilor frecvenței consumului de băuturi alcoolice și a profilului psiho-socio-comportamental al consumului de alcool, respectiv verificarea relațiilor de moderare a fost utilizată metoda chestionarelor standardizate care au fost administrate în populația adolescenților (bazinul de recrutare a fost format din elevi de liceu). Protocolul standardizat a inclus 16 instrumente, dintre care patru au fost construite de către autorul prezentei teze. Celelalte instrumente (cu proprietăți psihometrice recunoscute în comunitatea academică) au fost identificate în literatura internațională din diverse domenii aplicative ale psihologiei, preluate, traduse în limba română și adaptate pentru specificul lingvistic și contextul socio-cultural autohton. Validitatea de construct internă (multidimensionalitatea) pentru versiunile în limba română ale acestor instrumente a fost determinată utilizându-se analiza factorială

confirmatorie cu aplicația *AMOS 20.0*. Datele brute obținute prin prelucrarea răspunsurilor la chestionare au fost exploatate utilizându-se o varietate de metode statistice descriptive și multivariate (teste comparative, analiza de varianță pe o singură cale, teste de asociere non-parametrice, calcularea mărimii efectului, analiza corelațională, analiza de regresie liniară multiplă, analiza de regresie multiplă ierarhică, analiza de regresie logistică binomială ș.a.).

**Noutatea și originalitatea științifică a cercetării** rezultă din faptul că demersurile teoretice și inventarierea studiilor empirice realizate până în prezent în spațiul internațional au condus la clarificări conceptuale care au permis elaborarea unui model de lucru al factorilor de risc și protectori în abuzul de alcool în rândul adolescenților. Cercetarea cantativă și intervenția practică care au fost realizate oferă o viziune unitară asupra principiilor, condițiilor și metodelor care fac posibilă utilizarea programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” care este focalizat pe reducerea riscului pentru abuzul de alcool și alte substanțe periculoase prin optimizarea funcționării psihosociale a adolescenților, creșterea stării de bine și îmbunătățirea rezilienței în confruntarea cu diverse contexte situaționale sau evenimentele de viață adverse.

**Rezultatele obținute care au contribuit la soluționarea problemei științifice** constau în determinarea factorilor care explică diferențele individuale în ceea ce privește riscul pentru abuzul de alcool și profilul psiho-socio-comportamental al adolescentului consumator, precum și în elaborarea și implementarea cu succes a programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” destinat gestionării factorilor negativi care îi predispun pe adolescenți la abuzul de alcool.

**Semnificația teoretică a cercetării** este asigurată prin studiile realizate și prezentate în teză, care completează preocupările cercetătorilor și ale specialiștilor din domenii teoretice și practice-aplicative, precum psihologia dezvoltării, psihologia clinică, psihologia sănătății sau psihologia educației în vederea unei mai bune cunoașteri a cauzelor directe, factorilor precipitanți, manifestărilor asociate și efectelor pe care utilizarea problematică a alcoolului le are asupra sănătății, funcționării în diverse contexte, adaptării la solicitări, precum și asupra dezvoltării globale a adolescenților. Modelul conceptual al factorilor de risc și protectori în abuzul de alcool, elaborat de către autorul tezei, poate fi utilizat în viitoarele studii focalizate pe problematica determinantelor și a efectelor abuzului de alcool în populația adolescenților.

**Valoarea aplicativă a cercetării** derivă din constatările studiului cu privire la predictorii riscului pentru abuzul de alcool, precum și rezultatele implementării programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”. Acestea pot fi aplicate ca bază pentru elaborarea altor programe de consiliere psiho-educativă calibrate pe recuperarea adolescenților cu probleme în ceea ce privește consumul de alcool sau prevenirea abuzului/dependenței de alcool în populația



adolescenților care sunt vulnerabili la derapaje de la traseul dezvoltării pozitive. Chestionarul pentru evaluarea riscului pentru abuzul de alcool, elaborat și validat de către autorul tezei, precum și celelalte instrumente de măsurare traduse în limba română și validate pentru populația de adolescenți pot fi utile cercetătorilor, doctoranzilor, consilierilor școlari și a altor specialiști de referință.

**Sumarul tezei.** Teza este constituită din adnotare (în trei limbi), listele abrevierilor, tabelelor și figurilor, introducere, trei capitole (153 pagini), concluziile generale și recomandări, bibliografie (396 surse), respectiv 14 anexe. În textul de bază al tezei, sunt inserate 15 tabele și 8 figuri.

În secțiunea *Introducere*, este evidențiată actualitatea și importanța temei de cercetare, și anume dimensiunile psiho-socio-comportamentale ale consumului de alcool în adolescență. De asemenea, sunt prezentate contribuțiile din literatura internațională și autohtonă care s-au axat pe problematica consumului de alcool în rândul adolescenților și a prevenirii complicațiilor acestuia. În baza constatărilor studiilor și a implicațiilor practice pe care acestea le au pentru programele de intervenție focalizate pe prevenirea abuzului și a dependenței de alcool în populația adolescenților, este identificată problema de cercetare. Sunt prezentate scopul, obiectivele și ipotezele demersurilor investigative de factură conceptuală, metodologică și practic-aplicativă pe care autorul tezei le-a realizat, eșafodajul metodologic valorificat în cercetări, noutatea și originalitatea științifică, semnificația teoretică și valoarea aplicativă a cercetărilor, rezultatele obținute care au contribuit la soluționarea problemei științifice, sumarul compartimentelor tezei, precum și modalitățile de implementare a rezultatelor științifice obținute.

În *Capitolul 1* („Premise teoretice ale investigării dimensiunilor psiho-socio-comportamentale asociate consumului de alcool în rândul adolescenților”), sunt prezentate semnificația operațională a conceptului referitor la comportamentele cu risc pentru sănătatea fizică și mintală, precum și dinamica acestora în rândul adolescenților. Concluziile studiilor care s-au preocupat de aspectele psihopatologice ale dezvoltării la vârsta adolescenței sunt interpretate prin raportarea la particularitățile psiho-comportamentale ale adolescenților. Consumul de alcool în rândul adolescenților este radiografiat pe următoarele direcții: a) semnificațiile termenilor *abuz de substanțe*, *alcoolism*, *abuz de alcool*, *consum excesiv de alcool*, *consum extrem de intens de alcool*, *tulburare legată de utilizarea alcoolului* ș.a.; b) categoriile în care se împart consumatorii de alcool; c) semnificațiile clinice și fazele instalării sindromului dependenței de alcool/alcoolismului cronic; d) caracteristicile sindromului abstenenței de la consumul de alcool; e) diferențele dintre adolescenți și adulți în ceea ce privește caracteristicile consumului de alcool; f) indicatorii referitori la amploarea și dinamica consumului de alcool în populația adolescenților; g) motivele consumului de alcool în rândul adolescenților; h) factorii care contribuie la creșterea riscului

pentru tulburări din spectrul consumului de alcool în rândul adolescenților, precum și factorii protectivi; i) factorilor de risc, precum și a efectelor pe care le are asupra funcționării adolescenților în plan cognitiv, emoțional, comportamental, social și școlar. Un spațiu considerabil din economia Capitolului 1 este alocat prezentării și explicării model psihosocial al factorilor de risc și protectori în abuzul de alcool în rândul adolescenților. Abordarea conceptuală se bazează pe modelul angajării în comportamente problematice (cu risc) propus de către R. Jessor și pornește de la premisa că anumite caracteristici socio-demografice, trăsături ale personalității, variabile atitudinale, variabile sociale și indicatori ai stării de bine pot acționa fie ca factori de risc, fie ca factori protectori și pot explica diferențele individuale în ceea ce privește riscul pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților. Apoi, sunt prezentate dovezi empirice pentru relațiile dintre tulburările din spectrul consumului de alcool în rândul adolescenților și următoarele variabile incluse în modelul elaborat: caracteristicile socio-demografice (sexul, vârsta și situația familială), religiozitatea, reziliența, credințele în autoeficacitate în general, trăsăturile personalității (modelul Big Five), atitudinea față de comportamentele cu risc pentru sănătatea fizică și mintală, anxietatea și depresia, suportul social, satisfacția față de viață (globală, respectiv satisfacția față de familie, prieteni, școală și propria persoană), indisciplina manifestată la școală și stima de sine în domeniul școlar.

*Capitolul 2* („Cercetarea dimensiunilor psiho-socio-comportamentale ale abuzului de alcool în rândul adolescenților”) prezintă scopul, obiectivele, ipotezele și eșafodajul metodologic (participanții, instrumentele pentru colectarea datelor, procedura, metodele și procedeele pentru analiza statistică a datelor, demersurile de adaptare și validare a instrumentelor utilizate pentru investigarea dimensiunilor psiho-socio-comportamentale ale abuzului de alcool în rândul adolescenților), precum și rezultatele studiului constatativ de factură cantitativă (bazat pe un *design* corelațional) prin care s-a urmărit testarea empirică a modelului factorilor de risc și a celor protectori în abuzul de alcool în rândul adolescenților, în vederea unei mai bune explicări a diferențelor individuale și a valorificării rezultatelor în scopuri preventive. Un spațiu considerabil (subcapitolul 2.6) a fost alocat prezentării instrumentelor care au compus protocolul standardizat administrat adolescenților în etapa colectării datelor. Pentru 13 din cele 16 instrumente, au fost detaliate rezultatele analizelor factoriale confirmatorii prin care s-a urmărit evaluarea validității de construct. De asemenea, sunt prezentate date referitoare la consistența internă a instrumentelor (ca aspect al fidelității). Prezentarea rezultatelor este organizată în următoarele secțiuni: a) predictorii atitudinilor față de angajarea în comportamente care prezintă riscuri pentru sănătatea fizică și psihică; b) predictorii riscului pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților; c) predictorii

consumului de băuturi alcoolice; d) datele obținute în urma testării relațiilor de moderare; e) profilul psiho-socio-comportamental al consumului de alcool în rândul adolescenților.

*Capitolul 3* („Reducerea riscului pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților. Programul de intervenție psiho-educativă «Capcanele alcoolului»”) justifică și descrie baza conceptuală a programului de intervenție psiho-educativă prin care s-a urmărit reducerea riscului pentru abuzul de alcool și alte substanțe periculoase în rândul adolescenților prin optimizarea funcționării psihosociale, creșterea stării de bine și consolidarea abilităților adolescenților de a utiliza propriile lor resurse și pe cele sociale în vederea depășirii dificultăților și a adaptării cu succes la contextele situaționale sau evenimentele de viață adverse. Sunt prezentate obiectivele programului, pașii urmăriți în selectarea și caracteristicile adolescenților care au făcut parte din grupul experimental și de control, etapele care au fost urmărite în elaborarea și implementarea programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”, analiza impactului din punct de vedere cantitativ și calitativ, respectiv interpretarea rezultatelor.

**Implementarea rezultatelor științifice obținute.** Rezultatele cercetărilor teoretico-conceptuale și investigațiilor cantitative (studiul dimensiunilor psiho-socio-comportamentale care contribuie la predicția riscului pentru abuzul de alcool și a frecvenței consumului de băuturi alcoolice în rândul adolescenților), precum și cele ale studiului experimental de factură intervențională (prin care s-a urmărit proiectarea, implementarea și evaluarea programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”) au fost diseminate prin 16 lucrări prezentate la manifestări științifice regionale, naționale (cu participare internațională) și internaționale organizate atât în România, cât și în Republica Moldova, respectiv 15 lucrări publicate, dintre care 6 în reviste de specialitate categoria B (recenzate și indexate în baze de date internaționale – *Revista de Psihologie* editată de Institutul de Filosofie și Psihologie „Constantin Rădulescu-Motru” al Academiei Române, *EcoSoEn: Științe Economice, Sociale și Inginerești* și *Acta et Commentationes, Științe ale Educației, Univers Pedagogic*) și 9 în volume cu materiale ale conferințelor/simpozioanelor regionale, naționale sau internaționale organizate în România sau Republica Moldova (de exemplu: Conferința Științifică Anuală a Doctoranzilor cu tema „Problemele actuale ale științelor umaniste”, Conferința Republicană a Cadrelor Didactice, Conferința Științifică Internațională cu tema „Perspectivele și problemele integrării în spațiul european al cercetării și educației”, Conferința Științifică Internațională cu tema „Psihologia în mileniul III: provocări și soluții”, Conferința Științifică Internațională cu tema „Probleme contemporane ale științelor socio-umane”, Simpozionul Național cu participare Internațională „KREATIKON: Creativitate-Formare-Performanță”, 3rd International Conference on Innovation in Psychology, Education and Didactics ș.a.). De asemenea, au fost proiectate și susținute în fața

profesorilor din învățământul preuniversitar și a consilierilor școlari din România două ateliere de lucru pe problematica comportamentelor cu risc pentru sănătatea și dezvoltarea adolescenților, după cum urmează: 1) *Comportamentele de risc la adolescenți – work-shop* susținut la Conferința Regională Dedicată Cadrelor Didactice din Învățământul Preșcolar și Primar „Micul Prinț” (Galați, 29 octombrie 2020), organizatori Inspectoratul Școlar Județean Galați, Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Galați, Asociația Umanitară „Mundis” Galați, Fundația Ortodox-Creștină „Filantropia” Galați; b) *Predicții ale comportamentelor de risc la adolescenți – work-shop* susținut la Conferința Regională *Consilierea psihologică între teorie și practică* (Galați, 17 Iunie 2021), organizatori Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Galați, Centrul Județean de Asistență Psihopedagogică Galați.

# 1. PREMISE TEORETICE ALE INVESTIGĂRII DIMENSIUNILOR PSIHO-SOCIO-COMPORTAMENTALE ASOCIATE CONSUMULUI DE ALCOOL ÎN RÂNDUL ADOLESCENȚILOR

## 1.1. Comportamentele cu riscuri pentru sănătatea fizică și mintală – o provocare în dezvoltarea adolescenților

Adolescența reprezintă o perioadă de tranziție între copilărie și vârsta adultă, careia i se asociază oportunități de dezvoltare și provocări specifice. Deși această perioadă poate fi însoțită de o stare de sănătate fizică și/sau mintală bună, vulnerabilitățile pe care le aduce cu sine procesul descoperirii de sine și efortul de câștigare a independenței reprezintă factori de risc [15, 112, 265]. De altfel, în societatea contemporană, adolescența este percepută ca unul dintre cele mai tumultuoase momente ale vieții, deoarece tinde să fie însoțită de anxietate, predispoziție spre depresie, numeroase crize de personalitate, frământări sufletești și insatisfacție față de sine și față de relațiile cu ceilalți [242]. Mai ales în contextul constrângerilor pe care le implică adaptarea la exigențele și provocările societății contemporane, frământările și insatisfacția în rândul adolescenților pot să reflecte dificultățile psihoemotionale inerente schimbărilor majore care marchează dezvoltarea în plan fizic, cognitiv, emoțional, social, precum și în sfera identității de sine la vârsta adolescenței.

Mulți factori pot pune în pericol dezvoltarea sănătoasă a copiilor și adolescenților, inclusiv caracteristicile personale și familiale, calitatea școlilor pe care le frecventează și a rețelelor sociale de covârșnici în care sunt anorați, particularitățile comunităților în care trăiesc, respectiv practicile sociale și sistemul credințelor culturale [256]. Comportamentele deviate și cele delincvente, starea de sănătate compromisă și contextele sociale negative în care copiii și adolescenții cresc și trăiesc se numără printre cei mai relevanți factori de risc pentru dezvoltarea sănătoasă a tinerelor generații.

Într-un sens general, prin comportamente cu risc pentru sănătatea fizică și mintală se înțelege o paletă largă de manifestări (de exemplu: consumul de alcool, marijuana sau canabis, droguri ilegale și alte substanțe psihoactive, utilizarea medicamentelor fără prescripție medicală, alimentația excesivă sau prea bogată în zahăr, sare, grăsimi saturate și aditivi periculoși sau anorexia *nervosa*, sedentarismul, raporturile sexuale neprotejate, conducerea unui autovehicul sub influența alcoolului sau a altor substanțe psihoactive sau cu manevre/viteze periculoase, utilizarea rețelelor sociale *online* în scopuri precum *sexting*-ul, implicarea în încăierări fizice violente etc.) care, prin consecințele lor imediate sau pe termen lung, conduc la probleme în ceea ce privește sănătatea fizică (de exemplu: traumatisme fizice produse prin accidente, contractarea unor boli

contagioase cum sunt cele cu transmitere pe cale sexuală, boli cronice, dizabilități permanente etc.) și psihică (de exemplu: tulburări legate de anxietate, depresie, sindrom de stres posttraumatic, agresivitate și violență, probleme comportamentale etc.), dificultăți în domeniul școlar și social, probleme cu legea sau la moarte. Comportamentele cu risc sunt problematice deoarece pot pune în pericol viața unui individ și sunt dăunătoare sănătății sale [109].

Implicarea în comportamente cu risc precum consumul de substanțe psihoactive, conducerea unui autovehicul sub influența alcoolului, comiterea de acte violente sau raporturile sexuale neprotejate este frecventă la vârsta adolescenței [179], ceea ce o transformă într-o problemă de sănătate publică semnificativă. De exemplu, rezultatele unui sondaj (*Youth Risk Behavior Surveillance Survey*) efectuat în SUA prin Centrul pentru Controlul și Prevenirea Bolilor (*Center for Disease Control and Prevention/CDC*) în vederea supravegherii comportamentelor de risc în rândul tinerilor au arătat că, în anul 2003, 17 % dintre elevii de liceu purtasera o armă la școală (de exemplu, o armă de foc neletală sau un cuțit) cu 30 de zile înainte de a fi chestionați [cf. 150]. De asemenea, 28 % consumaseră la rând cinci sau mai multe băuturi alcoolice, 22 % fumaseră țigări și 30 % călătoriseră într-o mașină care fusese condusă de o persoană aflată sub influența alcoolului. Cu un an înaintea sondajului, o treime dintre respondenți se implicaseră într-o încăierare fizică, iar 9 % avuseseră o tentativă suicidală eșuată. În plus, aproape jumătate dintre liceeni chestionați (47 %) au declarat că, până în acel moment, întreținuseră cel puțin un raport sexual. Mai mult de o treime (37 %) dintre adolescenții care își începuseră viața sexuală au raportat că nu utilizaseră prezervativul în timpul ultimului contact sexual.

## **1.2. Consumul de alcool în rândul adolescenților: dinamică, factori de risc și impact**

*Alcoolul* este o substanță din clasa inhibitoarelor difuze ale sistemului nervos central care este folosit de o parte deloc neglijabilă dintre tineri și persoanele adulte de toate vârstele. Utilizarea netemperată (abuzul) și/sau îndelungată a alcoolului induce tulburarea denumită în mod obișnuit *alcoholism*. Aceasta este o afecțiune cu numeroase consecințe biologice, psihice, familiale și sociale atât pentru persoana care are probleme cu alcoolul, cât și pentru familia sa (co-dependenți) sau alte grupuri sociale din care face parte [117, 370]. Alcoolismul poate fi definit ca o boală primară cronică generată de consumul de băuturi alcoolice, care se dezvoltă în mod insidios pe parcursul continuării consumului obișnuit social de alcool și se manifestă ca o tulburare de comportament care constă în consum alcoolic excesiv, dezadaptativ și recurent în pofida problemelor și complicațiilor somatice, psihice și sociale [116].

Asociația Americană de Psihiatrie a clasificat problemele referitoare la consumul de alcool în trei categorii (pe care societatea le denumește, în mod comun, prin termenul „alcoolici”), după cum urmează [344]: a) persoane care consumă regulat alcool (de obicei, zilnic) în cantități mari (dependenții); b) persoane care consumă alcool în mod regulat și excesiv, dar, spre deosebire de primul grup, dețin controlul și limitează consumul la momentele în care pot exista mai puține consecințe sociale și profesionale, precum *weekend*-urile; c) persoane care petrec perioade lungi de abținere înainte de a trece printr-o fază de consum excesiv (dipsomanii); o perioadă de exces poate dura o noapte, un *weekend*, o săptămână sau mai mult. Adesea, persoanele din ultimele două categorii nu solicită suport, deoarece controlul pe care îl exercită asupra propriului lor comportament de consum le permite să mențină la un nivel normal programul de lucru și să funcționeze în parametri optimi la locul de muncă, în viața familială sau în cea academică, fără a face excese.

În rândul adolescenților consumul de alcool acoperă un spectru care variază de la abținerea totală la dependență [10]. Conform datelor studiului denumit *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 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 [188]. Conform unui alt studiu (*The 2017 National Survey on Drug Use and Health*) efectuat tot în SUA, 9.9 % dintre adolescenții cu vârste cuprinse între 12 și 17 ani și 55.9 % dintre tinerii cu vârste cuprinse între 18 și 25 de ani consumaseră în ultima lună cel puțin o dată alcool [cf. 73].

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. 4]. Pentru anul 2019, aceasta s-a plasat peste media țărilor (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 (69.4 %) pentru țările incluse în proiectul ESPAD. Pentru toate perioadele de referință, băieții au evidențiat rate mai mari ale consumului de alcool.

Adolescenții și tinerii consumă alcool pentru efectele pe care această substanță le produce asupra sistemului psihic, pentru a-și arătat maturitatea, din nevoia de socializare și distracție, pentru diminuarea stresului și relaxare, pentru a experimenta „senzații tari” sau pentru a evada din stările afective neplăcute (de exemplu: imaginea de sine negativă, complexul inferiorității, anxietatea, depresia, sentimentul neajutorării etc.). De asemenea, este binecunoscut faptul că adolescenții consumă alcool pentru a se integra în grupurile de convârșnici și a fi acceptați sau pentru a-și dovedi maturitatea, deși cei mai mulți apelează la alcool pentru a face față stresului produs de problemele pe care le întâmpină în viața de zi cu zi [268, 351]. Consumul de alcool în rândul adolescenților este considerat o problemă majoră a sănătății publice, deoarece este binecunoscut faptul că utilizarea alcoolului la vârste timpurii se asociază cu un risc ridicat pentru probleme în viitor în ceea ce privește consumul acestei substanțe din categoria inhibitorilor difuze ale sistemului nervos central [48, 107, 148, 197].

A. Sandovici, M. Tufeanu și M. L. Mihăilă [314] 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).

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 abținere – 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 băutorul a intenționat; 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<sup>TR</sup> [11], abuzul și dependența de alcool au fost descrise drept entități clinice distincte. În DSM-5 [12], 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<sup>TR</sup>, dependența de alcool poate să nu aibă timp să se dezvolte la un adolescent, mai ales la debutul acestei perioade de vârstă [10]. 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 abțință, 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.

În comparație cu populația adultă, adolescenții sunt mult mai predispuși să consume episodic, deodată și într-o perioadă de timp scurtă o cantitate mare de alcool [343] mai degrabă decât *pattern*-ul caracterizat printr-un consum mai frecvent a unei cantități mici de băutură. În literatura internațională, acest comportament cu risc este cunoscut sub denumirea de consum excesiv de alcool (engl. *binge drinking*). Consumul excesiv de alcool este definit prin ingerarea într-o perioadă de maxim două ore a patru pahare de băutură pentru persoanele de sex feminin, respectiv 5 pahare pentru persoanele de sex masculin [82]. Acestor cantități le corespunde o concentrație de alcool în sânge egală cu 0.08 % (sau 0.08 gr./dl) sau mai mare. În decursul a două ore adolescenții au nevoie de mai puține pahare de băutură pentru a atinge aceeași concentrație de alcool în sânge, și anume doar trei pahare pentru fete, respectiv 3-5 pahare pentru băieți (în funcție de vârstă și de indexul masei corporale). Totuși, aceste praguri critice pot fi prea ridicate mai ales pentru prima etapă a adolescenței [115]. Datele studiului *The 2017 National Survey on Drug Use and Health* arată că 5.3 % dintre adolescenții americani cu vârste cuprinse între 12 și 17 ani, respectiv 36.9 % dintre tinerii cu vârste cuprinse între 18 și 25 ani se angajaseră în consumul excesiv de alcool cel puțin o dată în cursul ultimei luni [cf. 73]. Conform raportărilor unui alt studiu (*The 2017 National Youth Risk Behavior Surveillance*) 13.5 % dintre elevii de liceu (clasele IX-XII) raportaseră consumul excesiv de alcool în cel puțin o zi din ultima lună [cf. 192]. De asemenea, în literatura internațională se mai vorbește despre consumul extrem de intens de alcool (engl. *heavy drinking*) care înseamnă cinci sau mai multe episoade de consum excesiv, care au loc în cursul unei luni de zile. Consumul extrem de intens de alcool este un factor de risc major pentru dezvoltarea unei tulburări legată de utilizarea alcoolului (engl. *alcohol use disorder/AUD*), precum și pentru probleme de sănătate pe termen lung [12].

Particularitățile la care ne-am referit mai sus sugerează că, pentru grupa de vârstă analizată, consumul compulsiv de alcool poate fi 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<sup>TR</sup>), 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. Rezultatele unui studiu care s-a preocupat de profilul (tipologia) consumului de alcool în rândul adolescenților (diferențiat în funcție de frecvență și cantitate) indică faptul că băieții sunt mai predispuși spre abuzul și dependența de alcool, în timp ce fetele fac parte mai mult din categoria consumatorilor ocazionali și moderați [385].

Numeroase studii de teren, sinteze ale literaturii care s-a preocupat de consumul de substanțe psihoactive în rândul adolescenților și al tinerilor, precum și meta-analize au radiografiat factorii care contribuie la creșterea riscului pentru tulburări din spectrul consumului de alcool sau factorii protectivi. Aceștia acoperă următoarele domenii [10, 133, 160, 265, 272, 292, 384, 387]:

- ✓ *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 adaptare la solicitări, optimismul, abilitățile sociale, satisfacția față de viață, problemele în ceea ce privește consumul altor substanțe psihotrope (de exemplu, canabis), antecedentele delinvențiale etc.;
- ✓ *factori familiali*: problemele legate de consumul de alcool în rândul părinților/fraților, 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.;
- ✓ *factori școlari*: atașamentul față de școală, suportul din partea profesorilor, eșecul școlar, victimizarea prin *bullying* etc.;
- ✓ *relațiile interpersonale*: nivelul integrării în grupurile de convârșnici (de exemplu, acceptarea socială), suportul din partea convârșnicilor, atașamentul față de prieteni, calitatea relațiilor romantice, experiența despărțirilor de un partener romantic etc.;
- ✓ *factori sociali*: caracteristicile cartierului/zona 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.

În comparație cu adulții, adolescenții sunt mai vulnerabili la efectele imediate și pe termen lung pe care abuzul de alcool le are asupra învățării și memoriei. Într-un studiu comparativ adolescenți cu vârste de 15-16 ani care abuzau de alcool și care încetaseră să bea au prezentat câteva săptămâni mai târziu un nivel semnificativ mai ridicat al deteriorărilor cognitive decât nivelul înregistrat în rândul subiecților din eșantionul de control [60]. Un alt studiu efectuat pe un eșantion reprezentativ de adolescenți americani a arătat că cei care consumă alcool excesiv tind să raporteze performanțe școlare mai slabe, precum și alte comportamente riscante [236]. Comparativ cu tinerii care încep să bea alcool la 21 de ani sau mai târziu, adolescenții care se angajează în acest comportament de consum înainte de vârsta de 15 ani prezintă o probabilitate de peste cinci ori mai ridicată de a dezvolta abuzul/dependența de alcool [cf. 265].

### **1.3. Repere ale asistenței psiho-educative a adolescenților vulnerabili la abuzul de alcool**

Diminuarea consumului de alcool în rândul adolescenților și asistarea celor care se confruntă cu probleme în ceea ce privește utilizarea acestei substanțe implică proiectarea și implementarea unor intervenții preventive care să-și focalizeze atenția atât pe funcționarea fizică, psihologică, școlară și socială a tinerilor care se află în risc sau a celor care nu sunt consumatori problematici, cât și pe rețelele sociale din care aceștia fac parte (de exemplu: familii, grupuri de prieteni, colegi de școală etc.). Literatura care se preocupă de acest domeniu diferențiază trei direcții ale intervențiilor: prevenirea primară, cea secundară și prevenirea terțiară.

În general, *prevenirea primară* se concentrează pe protecția indivizilor sănătoși pentru ca aceștia să nu dezvolte probleme de sănătate fizică și/sau mintală. Prevenirea primară a alcoolismului în populația de adolescenți și tineri reunește intervenții care se concentrează pe evaluarea riscului pentru utilizarea problematică a alcoolului (abuz sau dependență), menținerea sau îmbunătățirea factorilor protectivi, diseminarea și popularizarea informațiilor cheie despre consumul de alcool și efectele acestuia, precum și pe educația pentru sănătate în general [353]. Aceste intervenții pot fi realizate în școli, în organizațiile (de exemplu, locul de muncă) în care adolescenții și tinerii activează sau în locurile pe care aceștia le utilizează pentru recreere și socializare.

*Prevenirea secundară* își focalizează atenția pe identificarea timpurie a indivizilor care au deja anumite probleme de sănătate sau se află într-un risc crescut, la care se adaugă asistența acestora pentru a-și trata problemele de sănătate înainte ca acestea să producă complicații și să nu mai poată fi controlate [382]. De asemenea, eforturile orientate spre prevenirea secundară urmăresc modificarea comportamentelor care prezintă riscuri pentru sănătatea fizică și mintală a unei persoane, după ce acestea au fost inițiate (de exemplu, încetarea fumatului sau a consumului de

alcool). În legătură cu spectrul comportamentelor de consum a alcoolului, prevenirea secundară vizează împiedicarea deteriorării funcționării unei persoane care are deja probleme în ceea ce privește abuzul sau dependența de alcool și recidivarea consumului problematic. În populația de adolescenți și tineri, prevenirea secundară include consiliere și ajutor structurat prin implementarea de programe atât în școli, cât și în grupurile cu risc ridicat pentru probleme în ceea ce privește consumul de alcool. Astfel de programe urmăresc ca principale obiective atât dezvoltarea motivației și a abilităților prin care copiii, adolescenții și tinerii să reușească să refuze/controleze consumul de alcool [353] și să adopte modele de comportamente rezistente la utilizarea acestei substanțe, cât și consolidarea abilităților din domeniul interacțiunilor sociale în general. În planul politicilor sociale, diferite măsuri pot contribui la creșterea eficacității programelor de prevenire, precum: creșterea accizelor pentru importul/comercializarea alcoolului pur și a băuturilor alcoolice derivate, interzicerea vânzării de alcool copiilor sau adolescenților, reglarea de către unitățile comerciale a disponibilității alcoolului spre vânzare, controlul publicității care promovează băuturile alcoolice, înăsprirea prevederilor legale cu privire la infracțiunea de conducere a unui autovehicul sub influența alcoolului etc. [129, 274, 281]. Așadar, în timp ce programele de prevenire primară vizează populația sănătoasă care trebuie protejată de apariția comportamentelor problematice, eforturile care sunt realizate pe direcția prevenirii secundare urmăresc să intervină în grupurile de risc în care au apărut deja comportamente nesănătoase, pentru a preveni dezvoltarea unor probleme mai grave.

*Prevenirea terțiară* se concentrează pe orice boală sau condiție psihosocială care poate provoca daune de durată sau ireversibile, cum ar fi reabilitarea în urma unui traumatism fizic/emoțional grav sau în cazul dependenței severe de o substanță [382]. În cazul consumului de alcool prevenirea terțiară (de exemplu: grupul de sprijin *Alcoolici Anonimi*, psihoterapia pentru sprijinul individual, terapia de grup etc.) își îndreaptă atenția asupra minimizării deteriorării funcționării indivizilor care se confruntă cu dependența cronică de alcool. Intervențiile terțiare vizează dezvoltarea motivației pentru abinență în rândul persoanelor dependente de alcool, prevenirea recidivei, precum și achiziționarea unor noi resurse (psihologice, comportamentale, sociale, spirituale etc.) care să susțină efortul orientat spre reducerea/eliminarea dependenței de alcool. Prevenirea terțiară poate fi realizată în contextul psihoterapiei oferită persoanelor dependente de alcool și poate include diverse intervenții pe termen scurt (de exemplu, interviul motivațional) sau tratamente alternative (de exemplu, terapia spirituală prin meditație) [353].

*Programele de prevenire universale.* În SUA, majoritatea programelor de prevenire a consumului de substanțe psihoactive în rândul copiilor și al adolescenților se bazează pe intervenții universale implementate în școli cu scopul de a diminua riscul angajării în acest comportament

periculos. Programele universale care își propun intervenția preventivă se adresează tuturor persoanelor dintr-o anumită populație/comunitate (de exemplu, tuturor elevilor din școlile cu un curriculum de bază), neținându-se cont de nivelul riscului pentru consumul de substanțe psihoactive [386]. Deoarece factorii sociali (de exemplu, presiunile din partea grupului de covârșnici sau modelele oferite de tineri cu vârste mai mari/mass-media) contribuie consistent la angajarea adolescenților în consumul de substanțe nocive, majoritatea programelor de prevenire valorifică modelele influenței sociale și urmăresc să-i învețe pe copii/adolescenți abilitățile necesare pentru a rezista influențelor altor persoane din jur care încurajează consumul de alcool sau droguri [51, 110, 124, 253]. Studiile care au urmărit evaluarea programelor de prevenire universale au evidențiat faptul că acestea sunt mai eficiente pentru copiii sau adolescenții care nu consumă substanțe psihoactive decât pentru cei care au început să consume astfel de substanțe de la vârste mici și care prezintă un risc mai ridicat de a avea probleme în viitor [124, 276].

Cercetătorii au evaluat eficiența și au evidențiat limitele programelor universale. Astfel au ajuns la concluzia că, în general, programele de prevenire a consumului de substanțe psihoactive ar trebui [386]: a) să se adreseze adolescenților cu niveluri cât mai variate în ceea ce privește riscul consumului (de exemplu: abștinenți/non-consumatori, consumatori ocazionali, consumatori moderați, consumatori abuzivi, dependenți etc.); b) să fie aplicate înainte ca adolescenții să înceapă să consume substanțe; având în vedere faptul că debutul consumului în rândul adolescenților are loc, adesea, la vârste mai mici, programele ar trebui aplicate începând încă din copilărie; c) să fie de lungă durată pentru a avea un impact stabil în timp; d) să fie cât mai cuprinzătoare, adică să vizeze mai multe domenii precum problemele emoționale, dificultățile în relațiile sociale și în gestionarea școlarității, interacțiunile conflictuale cu familia și climatul familial negativ, influențele și presiunile din partea covârșnicilor și a conșterilor, modelele atitudinal-comportamentale promovate în comunitate și/sau în mass-media, care încurajează consumul de substanțe ca răspuns la problemele insolvabile ale existenței individuale sau la tendințele societale etc.; e) să fie astfel proiectate încât să maximizeze numărul adolescenților care pot beneficia de măsurile preventive.

*Programele de prevenire comunitare.* Programele din această categorie au încercat să răspundă limitelor programelor universale prin axarea pe o paletă largă de componente. Două astfel de programe au fost *Midwestern Prevention Program/MPP* [187, 275] și *Project Northland* [276, 381]. Aceste programe au urmărit reducerea consumului de substanțe psihoactive în rândul adolescenților prin promovarea mesajelor, practicilor și a normelor împotriva consumului la multiple niveluri (de exemplu: familie, școală, comunitate, grupuri de conșterii, mass-media etc.). Studiile care au urmărit pe termen scurt sau lung evaluarea programului MPP au arătat că

acesta a fost eficient în diminuarea consumului de substanțe periculoase în rândul beneficiarilor programului comparativ cu subiecții din eșantionul de control [187, 275]. La rândul lui, programul *Project Northland* a avut succes mai ales în prevenirea dorinței de utilizare a tutunului, alcoolului și a marijuanei în rândul non-consumatorilor, însă în rândul consumatorilor eficiența a fost mai limitată [276].

*Programele desfășurate în școli.* Prin corelarea modelelor teoretice cu particularitățile mediului școlar, D. Simache [333] delimitează consumul de substanțe psihoactive (tutun, alcool sau droguri ilegale) în următoarele tipuri: a) *experimental* – atunci când substanțele sunt încercate din curiozitate sau ca răspuns la mesajele altor persoane din jur (adolescentul care este elev la liceu fumează o țigară sau bea un pahar de alcool pentru că este curios, dornic să se relaxeze sau pentru că urmărește să fie acceptat de grupul la care dorește să adere); b) *ocazional* – atunci când substanțele încep să fie căutate și consumate ori de câte ori apar (adolescentul începe să fumeze sau să consume alcool ori de câte ori se întâmplă să aibă substanța la îndemână); c) *abuziv (de risc)* – atunci când apare preocuparea zilnică pentru consum și restul activităților se subordonează acestei preocupări (adolescentul chiulește de la ore pentru a fuma sau pentru a consuma alcool); d) *dependent* – atunci când preocuparea pentru consum devine principală și permanentă, celelalte activități fiind reduse la minimum sau chiar eliminate; adolescentul resimte nevoia permanentă și irezistibilă de a fuma sau de a consuma alcool chiar și atunci când trebuie neapărat să fie prezent la școală (de exemplu pentru a susține teza la o anumită disciplină de studiu). Pentru intervențiile psiho-educative care pot fi realizate în școală prezintă interes parcursul consumului de substanțe psihoactive până la abuz sau dependență, adică consumul experimental, ocazional sau cel periodic [333].

Pentru prevenirea consumului de alcool, intervenția individualizată pe care consilierul școlar o poate realiza asupra copiilor/adolescenților aflați în risc trebuie să ia în calcul nevoile care se află în spatele acestui comportament. Astfel, în timp ce pentru elevii de ciclu primar sau gimnazial există o nevoie naturală de a cunoaște și înțelege lumea în care trăiesc, pentru adolescenți primează mai degrabă nevoia de afirmare personală. Din acest motiv, intervențiile consilierului școlar trebuie să se centreze pe susținerea elevilor pentru a răspunde adecvat acestor nevoi [333]. Intervențiile pot fi realizate individual (asupra copiilor și adolescenților care prezintă consum abuziv/dependent de substanțe psihoactive) sau prin gestionarea unor grupuri (atunci când se urmărește implementarea unor activități destinate prevenirii primare).

În categoria intervențiilor de grup sunt cuprinse activități prin care se urmărește prevenirea primară a consumului de substanțe psihoactive, inclusiv de alcool. Aceste activități pot fi realizate fie de către consilierul psiholog (având ca obiective informarea, achiziționarea abilităților care

contribuie la creșterea rezilienței sau dezvoltarea personală), fie de către specialiștii în prevenirea consumului de substanțe (intervenții specializate) [333]. Intervenția consilierului școlar în cazul abuzului de substanțe în rândul adolescenților are ca obiectiv prevenirea primară care se realizează înainte de apariția problemelor comportamentale ce pot conduce la riscuri pentru sănătatea fizică și mintală. Prevenirea primară „se concentrează în special asupra influențării comportamentului și atitudinilor grupului vizat [...] în sensul menținerii sau schimbării stilului de viață în sensul dorit (de exemplu, menținerea unui stil de viață sănătos, fără consum de droguri, prevenirea experimentării drogurilor etc. Educația și informarea joacă un rol esențial în acest proces” [65, p. 27). Activitățile preventive trebuie să urmărească creșterea sentimentului de încredere, a stimei de sine și siguranței emoționale, precum și întărirea credinței adolescentului în propria lui eficacitate în diverse domenii. Este vorba despre baza de siguranță de pe care un adolescent își poate orienta corect comportamentele de explorare și experimentare a realității, poate dezvolta relații sănătoase cu cei din jur și poate face alegeri care să-l conducă spre un traseu pozitiv al dezvoltării [333].

Intervențiile pe grupuri de adolescenți sunt eficiente atunci când metodele utilizate sunt adaptate particularităților de dezvoltare ale beneficiarilor, precum și factorilor contextualii (de exemplu: vârsta elevilor, experiențele anterioare, existența unor factori de risc la nivelul grupului de participanți sau structura grupului). Pentru copii și adolescenți se pot utiliza cu succes tehnicile bazate pe joc. Jocurile reprezintă o parte importantă a vieții la vârste timpurii prin care copii și adolescenții explorează, învață spontan, înțeleg lumea înconjurătoare și se definesc pe ei înșiși [333]. Unul dintre avantajele tehnicilor bazate pe joc este faptul că oferă copiilor și adolescenților experiențe similare cu cele ale terapiei prin cuvinte realizată cu adulții, precum și oportunitatea de a se exprima într-o manieră naturală și familiară [260].

#### **1.4. Descrierea modelului ipotetico-conceptual al factorilor de risc și protectori în abuzul de alcool în rândul adolescenților**

Cei mai mulți cercetători conceptualizează atitudinile și manifestările cu riscuri pentru sănătatea fizică și psihică, printre care se numără și comportamentele din spectrul consumului de alcool, ca predispoziții individuale a căror exprimare depinde de numeroși factori de mediu și sociali care țin de familie, covârșnici, școală, comunitate și sistemul credințelor culturale [20, 119, 179, 180].

R. Jessor [179, 181] a descris comportamentul problematic prin orice comportament care se abate atât de la normele sociale, cât și de la legile în vigoare și este indezirabil în rândul adolescenților. Având în vedere această accepțiune, orice comportament poate fi considerat o problemă în funcție de contextul în care apare și de consecințele individuale (psihologice) și

sociale pe care le produce. Unele comportamente problematice, cum ar fi activitatea sexuală, sunt clasificate în funcție de vârsta la care apar. Modelul comportamentului problematic specifică faptul că există o covariație semnificativă între comportamentele cu risc pe care adolescenții le pot manifesta [181]. Cu alte cuvinte, adolescenții care se angajează într-un comportament problematic, cum ar fi activitatea sexuală care debutează timpuriu, prezintă mai multe șanse de a manifesta și alte comportamente cu risc pentru creștere, dezvoltare și sănătate, precum consumul ocazional sau abuzul de substanțe psihoactive.

Modelul comportamentului problematic presupune existența a trei sisteme prin care influențele psihosociale se manifestă în planul comportamentelor cu risc în rândul adolescenților [179, 181, 182, 184]: a) personalitatea (credințele individuale ancorate social, expectanțele și valorile personale – de exemplu: valorizarea succesului școlar, independenței și a afecțiunii, așteptările cu privire la realizarea în domeniul școlar, autonomie și afecțiune, toleranța/atitudinea față de conduita deviantă, alienarea, stima de sine, religiozitatea etc.); b) percepția cu privire la mediul dezvoltării (de exemplu: suportul și controlul din partea părinților și a prietenilor, compatibilitatea și influențele reciproce dintre părinți și prieteni, aprobarea comportamentelor problematice de către părinți și prieteni, modelele de comportament negative oferite de către prieteni etc.); c) comportamentele problematice (de exemplu: utilizarea mariahuanei și a altor substanțe periculoase, abuzul de alcool, relațiile sexuale neprotejate, protestele activiste, comportamentele deviante în general etc.) care se află în opoziție cu cele convenționale sau dezirabile.

Variabilele socio-demografice (de exemplu, educația, ocupația și afilierea religioasă a părinților sau structura sistemului familial) și cele care țin de procesul socializării (de exemplu: credințele tradiționale, religiozitatea și toleranța față de comportamentele deviante în rândul părinților, climatul din căminul familial – controlul maternal, stilul interacțiunii afective și strategiile utilizate pentru disciplinarea adolescentului, interesele prietenilor, influențele din partea televizorului etc.) au atât un impact direct asupra modului în care se structurează personalitatea adolescentului și asupra percepțiilor pe care acesta le are cu privire la mediul în care trăiește și crește, cât și un impact indirect asupra comportamentelor. Totuși, autorii modelului argumentează că personalitatea și percepțiile referitoare la mediul dezvoltării sunt determinanți direcți (proximali) ai comportamentelor problematice pe care un adolescent le poate manifesta, în timp ce caracteristicile socio-demografice și cele care țin de socializare sunt determinanți mai distali.

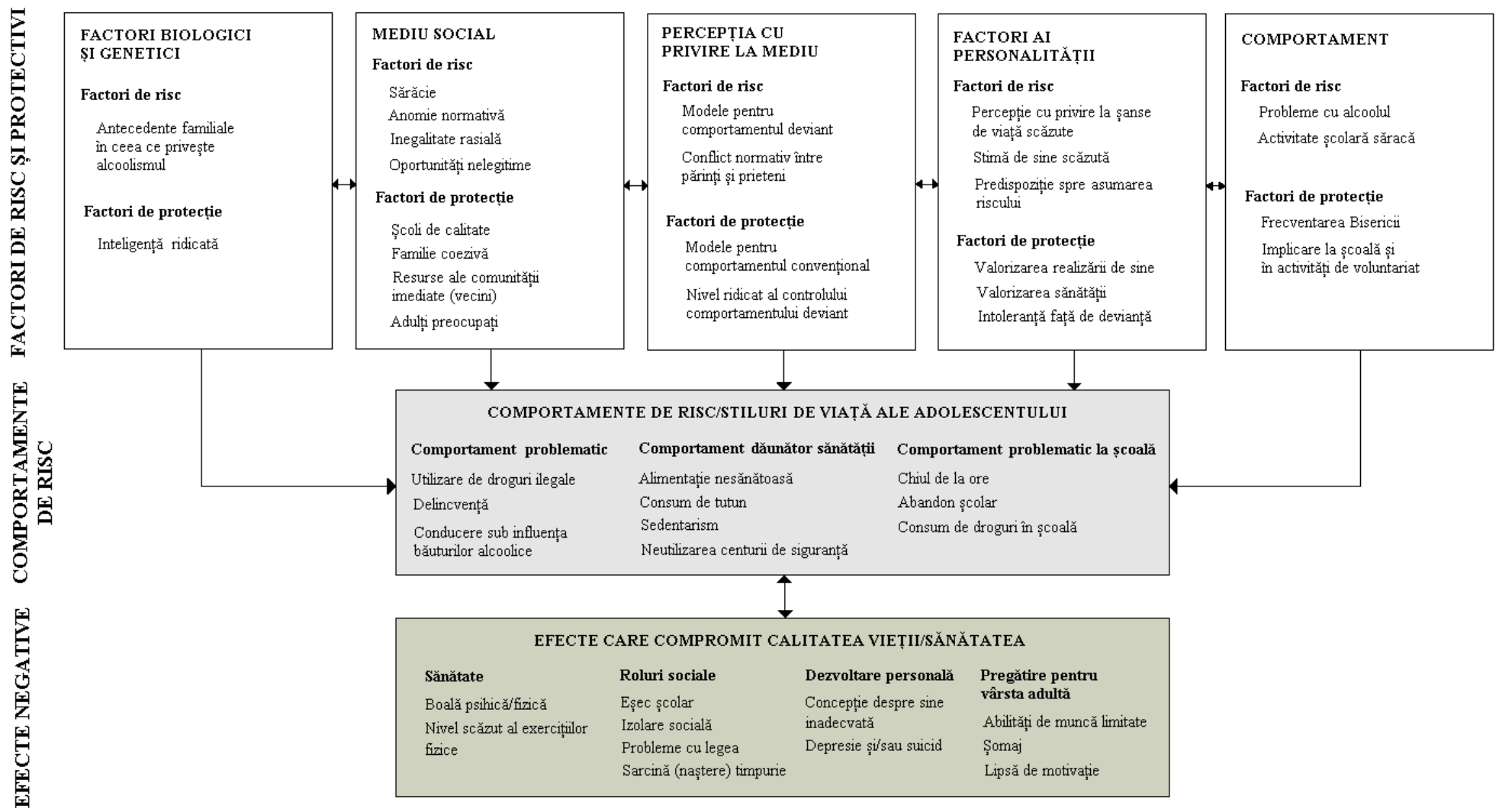
Așadar, modelul teoretic al comportamentelor problematice pornește de la ipoteza potrivit căreia manifestările deviante sau delincvente și riscante pentru sănătatea, respectiv traseul dezvoltării sunt rezultatul interacțiunilor continue și dinamice dintre caracteristicile personale ale



unui adolescent și mediul în care acesta trăiește. Modelul a fost valorificat în numeroase studii care s-au preocupat de dezvoltarea problemelor în ceea ce privește consumul de alcool în rândul adolescenților [96, 87, 179, 183, 193].

În una dintre lucrările sale esențiale, R. Jessor [180] prezintă un model de lucru (Fig. 1.1) care articulează factorii de risc și pe cei de protecție în cinci domenii interconectate de influență „cauzală”, și anume: factorii biologici și genetici, mediul social, percepția pe care adolescenții o au cu privire la mediul în care trăiesc, personalitatea și comportamentele. De exemplu, factorii de risc care țin de mediul social și care pot conduce la comportamente de risc sau stiluri de viață nesănătoase includ sărăcia, anomia normativă, inegalitatea rasială sau oportunitățile pe care mediul le oferă adolescentului pentru a comite acte ilegale. Pentru același domeniu de influențe, factorii care îi protejează pe adolescenți de comportamentele problematice includ calitatea instituțiilor școlare, coeziunea sistemului familial, preocuparea pe care părinții unui adolescent și alți adulți din rețeaua lui socială o au cu privire la activitățile, comportamentele, prietenii, aspirațiile acestuia, precum și la problemele emoționale pe care le întâmpină. În ceea ce privește domeniul comportamental (experiențele actuale), factorii de risc includ fumatul, problemele cu alcoolul, marijuana, canabis-ul și alte substanțe psihoactive, relațiile sexuale precoce sau actele delincvente, în timp ce factorii protectivi includ religiozitatea (frecventarea Bisericii), participarea regulată la activitățile școlare și orientarea spre învățătură, participarea la programe de voluntariat etc.

Factorii de protecție care contribuie la promovarea comportamentelor pozitive și, prin urmare, scad probabilitatea ca un adolescent să se implice în comportamente cu risc pentru sănătate, dezvoltarea socială și personală, respectiv calitatea vieții se referă la [182]: modelele pentru comportamente pozitive, autocontrolul și controlul social (de exemplu, cel din partea părinților) în ceea ce privește angajarea în comportamente de risc, suportul social pentru manifestarea comportamentelor pozitive, respectiv experiența din prezent în ceea ce privește comportamentele pozitive și cele care contribuie la menținerea/îmbunătățirea sănătății (de exemplu: atenția acordată dietei sănătoase, igiena dentară, exercițiile fizice regulate, igiena somnului etc.). Dimpotrivă, factorii care cresc probabilitatea manifestării comportamentelor cu risc includ: modelele pe care mediul social (familia, prietenii, colegii de școală, comunitatea sau mass-media) le oferă pentru comportamente de risc, oportunitățile situaționale pentru angajarea în astfel de comportamente, vulnerabilitatea individuală în raport cu angajarea în comportamente negative, experiența din prezent în ceea ce privește comportamentele negative etc.



**Fig. 1.1. Modelul conceptual al comportamentelor de risc în rândul adolescenților [180, p. 602]**

R. Jessor [182] deosebește între factorii care cresc riscul inițierii unor noi comportamente periculoase (pe care un adolescent nu le-a mai manifestat) și factorii care contribuie la intensificarea angajării în noile comportamente de risc, odată ce acestea au fost deja inițiate. Deoarece cele mai multe dintre comportamentele de risc ale adolescenților au mai degrabă un caracter exploratoriu (de exemplu, unii adolescenți pot încerca o singură dată să fumeze marijuana pentru a testa efectele „cool” despre care au auzit de la alți adolescenți), specialiștii și societatea trebuie să-și îndrepte atenția mai ales asupra factorilor care cresc riscul implicării intense și cronice în astfel de comportamente indezirabile pentru dezvoltarea armonioasă a adolescenților, precum și din punct de vedere social

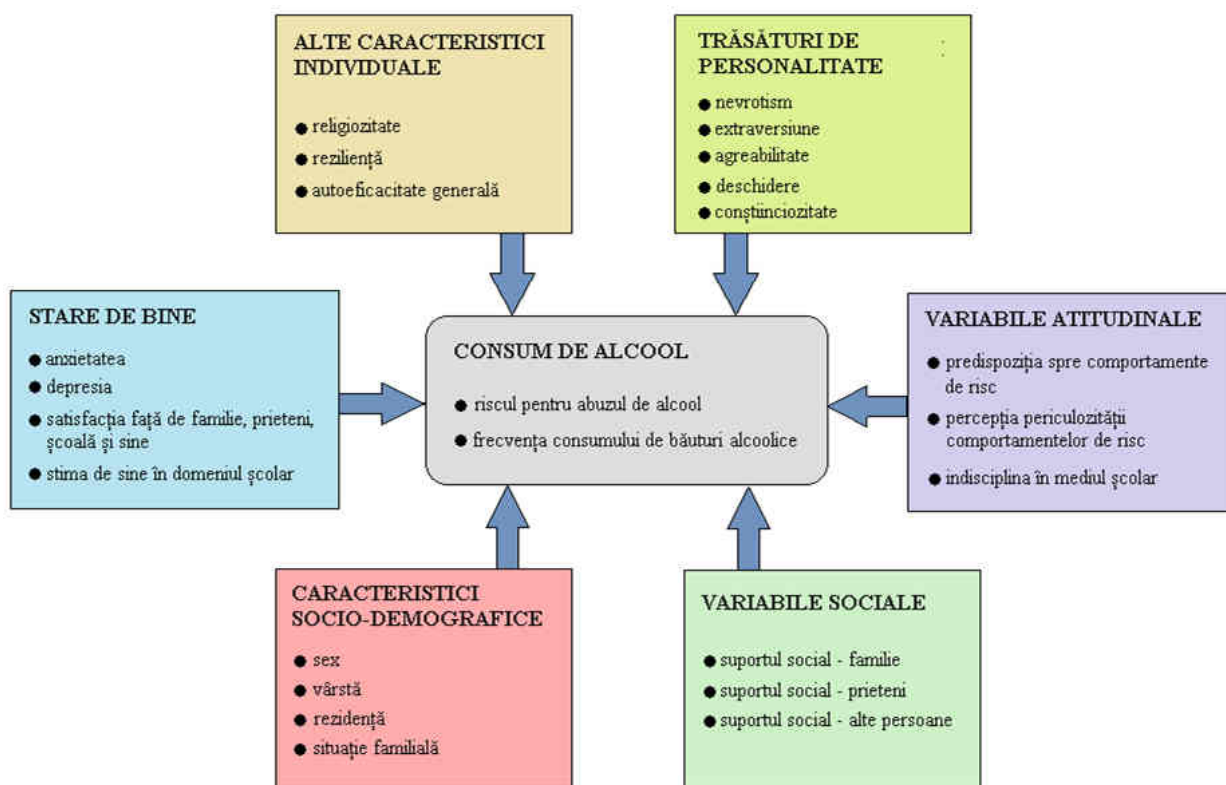
La rândul lor, factorii protectivi operează atât atunci când riscul este prezent, cât și atunci când acesta nu este prezent. În a doua situație, vorbim mai degrabă despre un rol de promovare prin aceea că factorii de protecție oferă suport pentru angajarea adolescenților în comportamente convenționale, precum și pe un traseu al dezvoltării pozitiv. În plus, factorii protectivi atenuază impactul expunerii la factorii de risc, adică interacționează cu aceștia pentru a reduce probabilitatea apariției comportamentelor care prezintă riscuri pentru sănătatea, dezvoltarea personală și integrarea socio-profesională a unui adolescent.

Diferite variabile referitoare la rolul pe care factorii de risc și cei protectivi îl au în apariția și dinamica comportamentelor cu risc pentru sănătatea, funcționarea pozitivă, calitatea vieții și dezvoltarea armonioasă a adolescenților au fost testate în numeroase studii comparative și longitudinale desfășurate în China, Elveția, Georgia, Italia, Kenia, Slovenia, Spania, SUA, Taiwan, Turcia, Ungaria ș.a. [47, 96, 183, 247, 357, 363, 364].

Modelul conceptual și operațional (de măsurare) pe care îl propunem (Fig. 1.2) integrează abordările teoretice la care ne-am referit [179-182, 184], precum și constatările studiilor [20, 47, 96, 119, 183, 193, 357, 363] care s-au preocupat de cauzele comportamentelor periculoase pentru sănătatea fizică și mintală a adolescenților, respectiv pentru dezvoltarea pozitivă a acestora (printre care se include și consumul problematic de alcool).

Abordarea teoretică pe care am elaborat-o deosebește șase domenii de variabile (caracteristici socio-demografice, trăsături ale personalității, alte caracteristici individuale, variabile atitudinale, variabile sociale, indicatori ai stării de bine) care pot acționa fie ca factori de risc (de exemplu: anxietatea, depresia, indisciplina la școală, instabilitatea emoțională/nevrotismul, predispoziția spre angajarea în comportamente de risc etc.), fie ca factori de protecție (de exemplu: conștiințiozitatea ca predispoziție stabilă a personalității, percepția cu privire la pericolozitatea comportamentelor de risc, religiozitatea, reziliența – abilitatea individuală de unei persoane de a se recupera și a continua să funcționeze într-un mod adaptativ după confruntarea cu

situații de viață adverse sau evenimente stresante, satisfacția față de familie, școală, prieteni și propria persoană, stima de sine în domeniul școlar, suportul social din partea familiei sau a prietenilor etc.).



**Fig. 1.2. Modelul conceptual al factorilor de risc și protectori în abuzul de alcool [elaborat de autor]**

Toate aceste variabile pot avea o contribuție negativă sau pozitivă la explicarea diferențelor dintre adolescenți în ceea ce privește riscul pentru probleme legate de consumul de alcool (de exemplu, abuzul episodic), respectiv frecvența consumului de băuturi alcoolice. În cele ce urmează, vom analiza pe rând fiecare dintre domeniile de variabile la care ne-am referit prin raportarea la contribuțiile științifice publicate în literatura internațională și autohtonă care s-a preocupat de problematica comportamentelor din spectrul consumului de alcool în rândul adolescenților.

*Caracteristici socio-demografice.* Sexul adolescenților se evidențiază printre predictorii comportamentelor din spectrul consumului de alcool. În general, comparativ cu fetele, băieții prezintă un risc mai ridicat pentru consumul ocazional/excesiv de alcool sau pentru sindromul dependenței [3, 203, 208, 229, 314, 380, 384]. De asemenea, alte studii au constatat că băieții sunt predispuși să consume alcool mai devreme decât fetele [3] și să se îmbete mai des [229]. Aceste diferențe se pot datora deosebirilor dintre băieți și fete în ceea ce privește modul în care experimentează influențele sociale și pe cele din partea convârstnicilor referitoare la consumul de

alcool [113]. La rândul lor, influențele sociale pot impacta relațiile dintre atitudinile, normele subiective, percepția pe care adolescenții o au cu privire la controlul propriilor lor comportamente și intenția de a consuma alcool, respectiv debutul și frecvența utilizării acestei substanțe [204].

Într-un studiu care s-a preocupat de consumul excesiv de alcool și asocierea acestuia cu alte comportamente de risc pentru sănătatea elevilor de liceu, fetele s-au evidențiat printr-o frecvență mai mare a consumului ocazional de alcool, dar nu și a celui excesiv [236]. Acest rezultat a fost replicat în alte studii [126, 204]. O posibilă explicație a motivului pentru care fetele consumă alcool mai frecvent decât băieții, odată ce acest comportament de risc a debutat, este stigmatizarea mai redusă (toleranța mai ridicată) cu privire la utilizarea alcoolului de către femei [77]. În plus, influența covârșnicilor și împărtășirea socială a experiențelor emoționale și personale ar putea fi mai proeminente în cazul fetelor decât al băieților. O altă explicație ar putea fi legată de maturizarea sexuală care are loc mai devreme în rândul fetelor [55] care poate fi asociată accesului mai facil la alcool prin intermediul prietenilor mai în vârstă sau al partenerilor romantici. Deși, comparativ cu fetele, mai mulți dintre băieți încep să consume alcool înainte de vârsta de 14 ani, fetele care încep să utilizeze alcoolul la sfârșitul pubertății/începutul adolescenței se evidențiază printr-o perioadă mai scurtă de timp care trece între prima băutură alcoolică și primul episod de consum excesiv [77]. În schimb, atunci când utilizarea alcoolului începe la vârsta de 15-16 ani sau mai târziu, băieții progresează mult mai repede spre consumul excesiv de alcool.

În general, adolescenții cu vârste mai mari (care pot procura alcool mai ușor) sunt mai predispuși spre consum (sub toate formele acestuia) comparativ cu puberii sau adolescenții aflați la debutul acestei perioade a dezvoltării [95, 133, 208, 236, 380, 387], iar acest rezultat se evidențiază mai ales pentru băieți [6]. Vârsta la care are loc debutul reprezintă un alt factor asociat consumului de alcool în perioada adolescenței. Constatările studiilor arată că, indiferent de sexul adolescenților, vârsta timpurie a debutului consumului de alcool (precocitatea) este un predictor consistent al riscului pentru dezvoltarea tulburărilor severe din spectrul utilizării alcoolului [6, 163, 258]. Cu cât un copil/adolescent este mai mic în vârstă și consumă frecvent alcool în cantități mari, cu atât crește riscul de a dezvolta mai târziu o tulburare din spectrul consumului de alcool, precum abuzul sau sindromul dependenței [313, 343, 355, 380], mai ales în rândul băieților [159, 264].

O altă variabilă socio-demografică relaționată cu indicatorii comportamentului problematic în ceea ce privește consumul de alcool este *situația familială*. În general, constatările studiilor sunt convergente și arată predispoziția adolescenților care provin din familii monoparentale sau dezorganizate de a consuma mai frecvent băuturi alcoolice/de a utiliza episodic alcool în exces până la stadiul intoxicației [133, 178, 272]. În schimb, adolescenții ai căror familii sunt intacte, coezive și bine organizate sunt mai puțin expuși riscului. Explicațiile pentru aceste rezultate iau în

calcul importanța pe care o au monitorizarea pe care părinții o exercită în vederea prevenirii comportamentelor problematice ale adolescenților [31, 227, 246, 390], suportul din partea acestora [227], controlul [6, 345], consistența strategiilor de disciplinare [227], precum și calitatea comunicării dintre adolescenți și părinți [246].

*Religiozitatea.* Cercetătorii consideră religiozitatea ca pe orientarea ideologică a unei persoane sau un set de percepții, credințe, manifestări afective și practici pe care persoana le pune în acțiune în relația cu Divinitatea [304]. Diferențele individuale în domeniul religiozității reflectă în parte predispozițiile personalității unui individ, însă religiozitatea nu trebuie confundată cu o trăsătură a personalității. La nivel individual, religiozitatea se exprimă prin sentimentele și ideile subiective, respectiv comportamentele asociate căutării sacrului în viața personală. Din această perspectivă, religiozitatea implică trei componente, și anume [125]: a) ceea ce crede o persoană despre prezența sacrului în viața sa sau despre Divinitate (nivelul cognițiilor); b) ceea ce inițiază și face persoana pentru a experimenta sacrul în viața sa (nivelul comportamentelor); c) modul în care persoana experimentează la nivel subiectiv legătura cu sacrul și Divinitatea (nivelul emoțiilor).

Credințele și practicile religioase pot să-i protejeze pe adolescenți și tineri împotriva consumului de alcool prin influențarea deciziilor și a comportamentelor individuale/de grup care au loc într-un anumit context social (de exemplu, slujbele religioase). S-a argumentat faptul că în comunitățile religioase care iau o atitudine activă împotriva consumului de alcool și alte substanțe periculoase pentru sănătatea fizică și mintală, susțin rețelele familiale și încurajează eforturile prosoziale și școlare/academice adolescenții și tinerii pot achiziționa o doctrină individuală care îi protejează împotriva abuzului de alcool prin promovarea adoptării unor decizii sănătoase bazate pe religie și spiritualitate [269]. Religiozitatea poate juca un rol protector consistent în perioada tranziției de la vârsta adolescenții la maturitatea specifică adulților. L. Rew și J. Wong [293] au sistematizat studiile care s-au preocupat de relația dintre religiozitate/spiritualitate, respectiv atitudinile și comportamentele pe care adolescenții le manifestă referitor la sănătate. Autorii acestui studiu concluzionează că 84 % dintre studiile pe care le trecuseră în revistă constataseră faptul că religiozitatea și viața spirituală au un impact pozitiv atât asupra consumului de alcool în rândul adolescenților, cât și asupra comportamentelor care promovează sănătatea. Într-un alt studiu, angajamentul religios [măsura în care o persoană aderă la anumite credințe, valori și practici religioase și le utilizează în viața de zi cu zi – cf. 389] s-a evidențiat ca un factor care contribuie semnificativ la diminuarea consumului de alcool în rândul elevilor de liceu [250]. Așadar, studiile sugerează că atunci când un adolescent alege să se angajeze în activități religioase

și/sau spirituale, acesta are mai multe șanse să internalizeze comportamente sănătoase și să adopte decizii care promovează dezvoltarea pozitivă până la vârsta adultă [282].

*Reziliența.* Începând cu anii 1980, cercetările din domeniul științelor comportamentale au început să-și concentreze atenția asupra procesului prin care o persoană se recuperează din punct de vedere psihic după ce se confruntă cu situații de viață adverse. Acest proces complex a fost denumit prin termenul *reziliență*. Oamenii se confruntă cu diverse adversități care pot să apară într-un mod neașteptat în domeniul sănătății, în viața de familie, cariera profesională sau în relațiile sociale. Mulți indivizi suferă de pe urma unor astfel de dificultăți neprevăzute, însă unii se descurcă foarte bine în ciuda solicitărilor stresante [218, 228]. Într-o accepțiune generală, reziliența se referă la o stare în care o persoană își revine și reușește să se adapteze cu succes după ce a trecut printr-o situație stresantă [228]. Cu alte cuvinte, persoanele reziliente sunt capabile să facă față stresului.

În literatura de specialitate, termenul referitor la reziliență a fost utilizat pentru a se denumi atât efectul pozitiv care poate fi observat în profilul adaptării unei persoane la situații de viață stresante sau la evenimente traumatiche, cât și factorii care explică reușita adaptării, cum ar fi abilitatea de autoreglare a emoțiilor, credința în autoeficacitate, locul controlului intern, optimismul sau suportul social [336]. Această dublă utilizare a termenului a condus la anumite confuzii conceptuale. În prezenta lucrare, constructul referitor la reziliență va fi utilizat cu semnificația de abilitate practică a unei persoane de a-și reveni și de a continua să funcționeze pozitiv în ciuda confruntării cu circumstanțe/evenimente de viață adverse [217, 335]. Această abilitate implică mai degrabă un anumit model de comportament care se poate schimba de la o situație de viață la alta decât un atribut individual fix [39]. Astfel, o persoană poate manifesta comportamente reziliente într-o anumită situație de viață stresantă, dar nu și în alta.

Deși reziliența poate fi o caracteristică prezentă în profilul psihosocial al persoanelor de toate vârstele [228], cele mai multe studii care și-au concentrat atenția asupra acestui construct au vizat populația de copii și adolescenți [217, 354]. S-a arătat că atât copiii, cât și adolescenții evidențiază rezultate pozitive în traseul dezvoltării și fac față cu succes solicitărilor stresante, respectiv provocărilor de viață în ciuda numeroaselor riscuri la care pot fi supuși. Acești copii și adolescenți extraordinari sunt denumiți uneori „invulnerabili” [378].

Reziliența se caracterizează prin capacitatea unui copil, adolescent sau tânăr de a depăși obstacolele și de a persevera în fața greutăților, precum și prin abilitatea de a stabili și menține un echilibru între experiențele individuale negative și factorii pozitivi care le protejează sănătatea și starea de bine. Reziliența face ca sănătatea, starea de bine și dezvoltarea copilului/adolescentului să înregistreze rezultate pozitive chiar și atunci când copilul/adolescentul suportă multiple provocări și adversități. M. M. Wong și colaboratorii [387] au examinat traiectoriile de-a lungul

dezvoltării (de la vârsta de 2 ani până în adolescență) în ceea ce privește controlul comportamental și reziliența (definită în acest studiu longitudinal prin capacitatea de adaptare flexibilă a autocontrolului impulsurilor acționale ca răspuns la schimbările survenite în mediu sau la anumite solicitări contextuale), precum și efectele acestor domenii asupra debutului utilizării substanțelor psihoactive periculoase (alcool și alte droguri ilegale), precum și problemelor produse de abuz. Participanții au fost 514 copii (care la primul val al colectării datelor aveau o vârstă medie egală cu 4.32 ani). Aceștia trăiau în familii în care cel puțin unul dintre părinți era alcoolic. Rezultatele au evidențiat două concluzii clare: a) copiii care prezentaseră rate mai lente în ceea ce privește îmbunătățirea controlului comportamental au avut mai multe șanse să consume alcool și droguri la vârsta adolescenței; b) copiii care prezentaseră inițial (la 3-4 ani) niveluri mai ridicate ale rezilienței s-au evidențiat printr-o probabilitate mai mică de a consuma alcool la vârsta de 14 ani, de a experimenta intoxicația alcoolică la vârsta de 17 ani și de a avea probleme emoționale și comportamentale datorate abuzului de alcool și de a începe să consume droguri periculoase la vârsta de 17 ani. De asemenea, alte studii au confirmat rolul pozitiv pe care nivelul crescut al rezilienței îl joacă în reducerea consumului de substanțe periculoase în general și, în particular, a problemelor referitoare la consumul de alcool [40, 44, 245, 375].

*Autoeficacitatea generală.* Modelele conceptuale și rezultatele cercetărilor efectuate în ultimele decenii sugerează că percepția și credințele unei persoane cu privire la propria sa eficacitate reprezintă un factor cheie în efortul de înțelegere a semnificației acțiunilor pe care indivizii umani le întreprind în diverse domenii ale funcționării, precum și a modului în care aceștia surmontează evenimentele de viață negative și ajung să experimenteze starea de bine [134]. Teoria cu privire la autoeficacitate pe care A. Bandura [29, 30] a dezvoltat-o reprezintă una dintre cele mai influente modele conceptuale din științele comportamentale. Percepția cu privire la autoeficacitate este conceptualizată prin credințele pe care o persoană le are despre propria capacitate de a obține anumite performanțe și de a controla evenimentele care au loc în viața sa [29, 30]. Nivelul autoeficacității evidențiază cât de competentă se consideră o persoană în realizarea unor sarcini/activități specifice sau, în general, în depășirea dificultăților care intervin în viața de zi cu zi în familie, la școală, în relațiile cu prietenii sau la locul de muncă. Baza credințelor în autoeficacitate se pune încă de la vârsta de 3-4 ani [134].

Adolescența este o etapă crucială a dezvoltării, în care fiecare individ explorează oportunități sociale și educative, își cristalizează opțiunile pentru cariera profesională și se pregătește pentru viața independentă pe care trebuie să o trăiască la vârsta adultă. Adolescenții sunt expuși unei palete largi de experiențe de viață care constituie surse ale învățării și dezvoltării pe multiple planuri: personal (autonomie), cognitiv, social, emoțional, moral, vocațional etc. Din acest motiv,



în adolescență, credința în autoeficacitate joacă un rol esențial în adaptarea pozitivă la situațiile de viață și la sarcinile dezvoltării [19]. De exemplu, adolescenții care se percep ca fiind eficace în diverse domenii specifice sau în general (în propria lor funcționare) raportează niveluri mai ridicate pentru diverși indicatori ai stării de bine. Credința în autoeficacitate este un mediator psihologic al sănătății fizice și mintale în rândul adolescenților, precum și al realizării în domeniul școlar.

J. P. Connor și colaboratorii [90] au efectuat un studiu longitudinal prin care au investigat relațiile dintre expectanțele cu privire la alcool, autoeficacitatea cu privire la refuzul de a consuma alcool și problemele referitoare la utilizarea alcoolului. Autoeficacitatea cu privire la refuzul de a consuma alcool se referă la credința unui adolescent cu privire la propria sa capacitate de a rezista presiunilor grupului și de a refuza consumul de alcool în diverse circumstanțe [257]. Atunci când au fost controlate efectele din partea comportamentului de consum, vârstei, sexului, utilizării alcoolului în rândul covârșnicilor, fumatului și problemelor comportamentale (toate aceste variabile fiind măsurate în etapa inițială), autoeficacitatea cu privire la refuzul de a consuma alcool s-a asociat negativ cu problemele (re-evaluate 12 luni mai târziu) referitoare la utilizarea alcoolului. Într-un alt studiu s-a evidențiat o asociere pozitivă între consumul problematic de alcool și autoeficacitatea în domeniul social, respectiv asocieri negative între problemele referitoare la utilizarea alcoolului pe de o parte și, pe de alta, scorurile mai scăzute pentru autoeficacitatea în domeniul funcționării emoționale și școlare [234]. Alte studii au confirmat rolul protector pe care credințele unui adolescent în propria lui autoeficacitate în diverse domenii (de exemplu, controlul comportamentelor personale sau funcționarea emoțională) îl au în raport cu angajarea în comportamente cu risc pentru sănătate și dezvoltarea pozitivă, precum fumatul sau consumul de alcool și droguri [102, 137, 153, 284, 348].

*Trăsăturile personalității.* Personalitatea se referă la profilul caracteristicilor individuale pe care o persoană tinde să le manifeste în mod constant și care reflectă credințele, predispozițiile în plan emoțional, motivația, atitudinile, valorile și comportamentele acelei persoane [300]. Trăsăturile personalității sunt predispoziții sau caracteristici care se exprimă în regularitățile, consistența și coerența comportamentelor într-o varietate de situații de viață și contexte sociale [290]. R. R. McCrae și P. T. Costa [232] definesc trăsăturile personalității prin dimensiuni care reflectă diferențele individuale în ceea ce privește tendința oamenilor de a manifesta modele consistente de cogniții, sentimente și acțiuni. Trăsăturile personalității influențează comportamentele pe care un individ le manifestă în viața de familie de zi cu zi, la școală/facultate, în relațiile sociale, la locul de muncă, la vârsta pensionării, în timpul liber sau atunci când se recrează.

Astăzi, modelul celor cinci factori ai personalității reprezintă un cadru de lucru influent în domeniul conceptualizării și al măsurării dispozițiilor stabile ale personalității. Cercetările asupra structurii personalității au demonstrat în mod convingător că numeroasele caracteristici personale (non-cognitive) pot fi explicate și rezumate prin cinci factori fundamentali pentru descrierea funcționării în plan afectiv, comportamental, social și profesional a unui individ: nevrotism/instabilitate emoțională (sau stabilitate emoțională), extraversiune, deschidere (în planul mental și al experiențelor interpersonale), agreabilitate și conștiinciozitate [305]. Factorii personalității sunt descriși ca dispoziții psihice de bază care au baze biologice, nu sunt direct observabile și pot oferi explicații pentru o paletă largă de adaptări psihice caracteristice [97]. Adaptările caracteristice sunt dobândite în cursul socializării, educației și al dezvoltării și includ deprinderi, obiceiuri, atitudini, motive, convingeri, valori, proiecte personale și alte componente care stau la baza acțiunilor și a comportamentelor unei persoane. Modelul conceptualizat de P. T. Costa și R. R. McCrae explică felul în care dispozițiile bazale ale unui individ interacționează cu un mediu în schimbare pentru a produce expresiile fenotipice ale personalității [300]. La rândul lor, cele cinci dimensiuni sunt supraordonate unui număr de fațete (trăsături) mai înguste în ceea ce privește conținutul psihologic. Rezultatele studiilor confirmă stabilitatea în timp a scorurilor la dimensiunile (factorii) și trăsăturile personalității descrise în modelele care au la bază paradigma Big Five [84, 97].

Trăsăturile personalității îi predispun pe indivizii umani să se comporte într-un mod care poate fi periculos pentru sănătatea, funcționarea de zi cu zi și dezvoltarea lor de-a lungul vieții. Identificarea acestor predispoziții și analiza asocierii lor cu diferite comportamente de risc ne oferă informații despre indivizii vulnerabili și modalitățile în care putem să-i ajutăm pentru a-și restabili/optimiza starea de bine [224]. Trăsăturile personalității pe care cercetătorii le-au examinat cel mai frecvent în relație cu spectrul comportamentelor de risc au fost conceptualizate din perspectiva modelului Big Five. Constatările studiilor cantitative arată că, în general, nevrotismul, extraversiunea și deschiderea în planul mental și al experiențelor personale corelează pozitiv cu o paletă variată de comportament de risc, precum și cu manifestările delincvente [71, 220, 224, 225, 355, 380], în timp ce agreabilitatea și conștiinciozitatea se asociază negativ [151, 191, 225]. Studii mai recente au identificat rolul predictiv pe care extraversiunea, împreună cu predispozițiile temperamentale (de exemplu, impulsivitatea), lipsa speranței, orientarea spre căutarea noutății sau dorința experimentării „senzațiilor tari”, îl au în explicarea diferențelor dintre adolescenți în ceea ce privește utilizarea problematică a alcoolului [249, 355, 380]. Studiile care examinează predispozițiile stabile ale personalității contribuie la identificarea și explicarea diferențelor individuale în ceea ce privește frecvența și intensitatea comportamentelor cu risc ridicat pentru

sănătatea adolescenților și dezvoltarea pozitivă a acestora. Totuși, trebuie notat că astfel de studii nu explică pe deplin mecanismele care stau la baza comportamentelor de risc în care adolescenții se pot angaja [191].

*Atitudinea față de comportamentele cu risc pentru sănătatea fizică și mintală.* Indivizii umani diferă între ei în ceea ce privește modul în care rezolvă deciziile personale care implică incertitudine și riscuri. Una dintre variabilele care explică aceste diferențe este atitudinea pe care indivizii o manifestă față de noțiunea referitoare la risc în general și, în particular, asumarea riscurilor pentru propriile decizii, acțiuni și comportamente. Conform teoriei utilității așteptate, atitudinea față de risc desemnează o etichetă descriptivă pentru modul în care o persoană evaluează *a priori* utilitatea propriilor sale decizii de a se implica în anumite acțiuni sau de a se comporta într-o anumită manieră [372, 373]. Atunci când cineva alege o opțiune riscantă, persoana face un compromis între valoarea așteptată (beneficiile) și posibilele riscuri ale opțiunii, pe care le calculează atent [374]. Astfel, vorbim despre atitudinea față de riscul perceput care trebuie înțeleasă prin referire la ponderea pozitivă sau negativă pe care o atribuim riscului pe care îl percepem cu privire la propriile noastre decizii, opțiuni sau comportamente.

Adolescența este o perioadă de intensă explorare a mediului social, cultural, precum și a propriei persoane și descoperire. În această etapă a dezvoltării, adolescenții ating maturitatea fizică și sexuală, își dezvoltă capacitatea pentru raționamente mai sofisticate, intensifică legăturile sociale cu alți covârșnici și își privesc propriul viitor prin lentila expectanțelor cu privire la stilul de viață, obiectivelor pe care și le stabilesc în traseul educativ, precum și în ceea ce privește cariera pe care o vor îmbrățișa la vârsta adultă [128, 141]. Pe parcursul adolescenței, sporesc încrederea în sine, autocontrolul cognitiv, emoțional și comportamental, precum și capacitatea de a lua decizii independente de controlul adulților sau influențele altor adolescenți [128]. Din aceste motive, vorbim despre o perioadă critică în care adolescentul dobândește o autonomie (cognitivă, emoțională și comportamentală) din ce în ce mai mare, își asumă responsabilitatea pentru propriile decizii și acțiuni și face numeroase alegeri în ceea ce privește sănătatea, familia, colegii de școală și prietenii, relațiile romantice, petrecerea timpului liber, domeniul activității școlare, cariera profesională, modalitățile de exprimare a propriei persoane etc. [141, 394]. Totuși, adolescenții pot fi vulnerabili prin angajarea în comportamente nesăbuite pentru a demonstra că sunt persoane mature și a marca astfel trecerea spre vârsta adultă [179]. Unii autori argumentează că implicarea în comportamente de risc este o consecință a particularităților adolescenței, precum egocentrismul și căutarea senzațiilor unice [20, 123]. Totuși, s-a arătat că mulți adolescenți au capacitatea de a înțelege riscurile pentru sănătate, de a cântări opțiunile, de a reflecta la propriile lor comportamente

și de a lua în considerare consecințele pe termen lung ale acțiunilor pe care le întreprind, inclusiv prin raportarea la perspectiva propriului lor viitor [149, 157, 376].

Prin valorificarea teoriei comportamentului planificat [7, 8], pe cea a acțiunii raționale [132] sau modelul percepției prototipului/disponibilității [145] numeroase studii au arătat că atitudinea negativă/favorabilă față de consumul de alcool, (dez)aprobarea socială a consumului de alcool (normele subiective), percepția cu privire la controlul propriului comportament (măsura în care respondentul crede că are abilitatea de a refuza consumul de alcool în baza voinței personale), intenția de a consuma alcool, percepția pozitivă/negativă cu privire la prototipul adolescentului băutor, respectiv disponibilitatea angajării efective în comportamentul de consum sunt predictorii ai indicatorilor consumului de alcool [69, 93, 99, 191, 223, 233, 349].

*Anxietatea și depresia.* 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 [265]. Adesea, schimbările majore pe care adolescenții le experimentează, precum și evenimentele de viață negative se asociază cu sporirea stresului psihic. La rândul lui, stresul poate conduce la numeroase probleme emoționale și comportamente dezadaptative, printre care se numără anxietatea [16, 222, 251, 362] și depresia [135, 392].

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 [100]. Numeroase studii au examinat relația dintre simptomele specifice anxietății, respectiv indicatorii consumului problematic de substanțe periculoase (inclusiv alcool) în rândul adolescenților [45, 63, 83, 130, 326, 395]. Constatările sugerează că atacul de panică, anxietatea socială, tulburarea de anxietate generalizată, anxietatea de separare, fobiile specifice sau expunerea la evenimente traumatizante se asociază cu probleme în ceea ce privește utilizarea alcoolului de către adolescenți. Este necesar studiul mai amănunțit al naturii asocierii dintre anxietate și consumul de alcool în rândul adolescenților. Ne referim la variabilele care pot explica (mediere) sau influența (moderare) această legătură, precum și la factorii care conduc simultan la apariția și menținerea atât a tulburărilor din spectrul anxietății, cât și a problemelor în ceea ce privește utilizarea alcoolului de către adolescenți [45].

Incidența depresiei la vârsta adolescenței este în creștere. Pentru perioada 2001-2020, prevalența globală (indiferent de regiunea geografică a globului) a nivelului crescut al simptomelor depresiei în rândul adolescenților este egală cu 34 % [cf. 332]. În rândul adolescenților, depresia nu apare neapărat sub forma tristeții, ci și sub forma iritabilității, plictiselii sau a incapacității de a

trăi plăcerea pentru activități uzuale sau interacțiuni sociale. Comparativ cu băieții, fetele sunt mai predispuse spre depresie [59, 144, 154, 342] datorită schimbărilor biologice specifice pubertății care sunt mai accelerate în cazul acestora, modelelor socializării, vulnerabilității mai mari la stresul produs de relațiile sociale, consumului de alcool și droguri, activității sexuale, problemelor în ceea ce privește imaginea fizică sau tulburărilor din spectrul alimentar. Alți factori de risc pentru depresie includ anxietatea, teama de contacte sociale, evenimentele de viață stresante, conflictele dintre adolescenți și părinți, abuzul emoțional, antecedentele în ceea ce privește depresia unui părinte etc. Constatările studiilor arată că în populația de adolescenți depresia reprezintă un factor de risc pentru abuzul de substanțe [18, 259, 262, 272].

*Supportul social.* 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 [86, 297, 325]. Literatura din domeniul științelor comportamentale prezintă o distincție conceptuală între suportul social efectiv primit și cel perceput [147, 358]. Integrând cele două perspective teoretice, P. A. Thoits [350] 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 [152]. 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 [81, 167]. 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 [152, 358]. 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.) [189].

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 riscurile ce pot interveni în traseul dezvoltării și în funcționarea pozitivă a adolescenților, precum stresul psihic [22, 54, 210], anxietatea [54, 309, 360, 377], depresia [22, 33, 340, 377, 391], dificultățile în domeniul școlar [299, 307, 309], consumul de substanțe nocive – inclusiv abuzul de alcool [155, 267, 278, 341], comportamentele deviante și delincvente [340] ș.a.

Ipoteza suportului social care acționează ca un tampon 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 stresul produs de schimbările specifice adolescenței sau evenimentele de viață negative le poate avea [76, 88, 167, 391]. Relațiile sociale și resursele pe care acestea le pot oferi pentru suport sunt considerate factori cheie în modularea consumului de alcool în perioada adolescenței și a tinereții și reprezintă un punct focal pentru cercetarea în domeniul sănătății în populațiile despre care discutăm [50, 75, 209, 367]. În ultimii ani, rolul protector pe care suportul social din partea părinților, covârșnicilor, profesorilor și a altor persoane semnificative îl are în prevenirea consumului de alcool în rândul adolescenților, respectiv a dificultăților emoționale și comportamentale care decurg din acesta a atras atenția cercetătorilor și a specialiștilor în programele de intervenție [155], evidențiindu-se relații negative între nivelul ridicat al suportului social (efectiv sau perceput) și diminuarea problemelor în ceea ce privește utilizarea alcoolului [139, 267, 270, 273, 278, 341].

*Satisfacția față de viață (globală).* Dimensiunile subiective ale stării de bine includ factori precum funcționarea emoțională pozitivă, sentimentul de fericire, angajamentul față de propriile scopuri, relațiile sociale satisfăcătoare, sentimentul competenței personale și al realizării de sine, satisfacția față de viață etc. [136]. Conform lui E. Diener, E. M. Suh, R. E. Lucas și H. L. Smith [111], starea de bine subiectivă include atât o componentă afectivă, cât și una cognitivă (evaluativă). Un nivel ridicat al satisfacției față de viață implică mulțumirea unei persoane față de circumstanțele actuale din propria sa existență sau măsura în care propriile nevoi și dorințe sunt împlinite. Cercetătorii diferențiază între satisfacția față de viață globală și satisfacția față de anumite aspecte ale vieții, precum propria persoană, condițiile de locuit, relațiile cu ceilalți, slujba, veniturile, petrecerea timpului liber, starea de sănătate sau cariera profesională [111].

În ultimii ani, satisfacția globală față de viață a început să capteze din ce în ce mai mult atenția cercetătorilor, considerându-se că reprezintă un indicator important al funcționării individuale optime și al calității traseului dezvoltării la vârsta adolescenței. Rezultatele studiilor longitudinale realizate în populația de adolescenți sugerează că nivelul scăzut al satisfacției față de viață tinde să fie un predictor consistent al dificultăților în planul funcționării emoționale, al

problemelor de comportament și al frecvenței agresiunilor orientate spre covârșnici, motiv pentru care această variabilă poate fi văzută ca o resursă care facilitează sănătatea mintală și dezvoltarea pozitivă a adolescenților [15, 283]. Printre factorii care contribuie la nivelul satisfacției față de viață în rândul adolescenților, se numără anumite caracteristici individuale (de exemplu: profilul temperamental, factorii de personalitate referitori la stabilitatea emoțională, extraversiune sau agreabilitate, evaluările pe care adolescenții le fac cu privire la propriile competențe sau natura imaginii pe care o au despre propria lor persoană etc.) și o serie de factori contextuali (de exemplu: evaluările pe care adolescenții le fac cu privire la calitatea relațiilor familiale, nivelul implicării și al suportului social din partea părinților, rezultatele școlare etc.) [15, 74, 165]. Mai multe studii efectuate în rândul adolescenților au identificat relații negative între nivelul satisfacției față de viață în general, respectiv consumul de substanțe psihoactive printre care se numără și alcoolul [202, 211, 396].

*Satisfacția față de familie.* Pentru copii și adolescenți, familia reprezintă unul dintre cele mai apropiate medii care joacă un rol cheie în creștere și dezvoltare. Aspectele pozitive ale mediului (climatului) familial includ nivelul ridicat al abilităților parentale și stilurile educative constructive, stimularea continuă în plan cognitiv și social, distribuirea echitabilă a activităților domestice, exprimarea deschisă și sinceră a emoțiilor, interacțiunile facilitatoare bazate pe armonie și suport, absența conflictelor, asumarea rolurilor pe care părinții și copiii trebuie să le exercite, preocuparea permanentă pe care părinții o au cu privire la creșterea și dezvoltarea copiilor, precum și posibilitatea fiecărui membru al familiei de a-și asigura independența rămânând în același timp conectat din punct de vedere social și emoțional cu restul sistemului familial [13, 338, 339].

În sens general, prin satisfacția față de familie se înțelege percepțiile pe care o persoană le are cu privire la calitatea vieții de familie, precum solidaritatea, fericirea și starea de bine globală în ceea ce privește relațiile dintre membrii familiei din care face parte [337]. Într-un studiu efectuat pe un eșantion de adolescenți americani, satisfacția față de relațiile de familie s-a evidențiat ca predictor al consumului de alcool de-a lungul vieții [211]. Conform altor cercetări, calitatea ridicată a relației pe care un copil/adolescent o are cu părinții lui, monitorizarea parentală, suportul din partea părinților și implicarea acestora sunt cei mai importanți factori familiali care îi protejează pe minori împotriva consumului de alcool și a problemelor cu această substanță [206, 259, 390].

*Satisfacția față de prieteni.* Satisfacția față de prieteni/relațiile de prietenie se referă la percepția pe care o persoană o exprimă cu privire la calitatea generală a relațiilor pe care le are cu prietenii ei [80]. Prietenii îndeplinesc numeroase funcții în viața unei persoane și în funcționarea de zi cu zi prin faptul că oferă companie, suport, intimitate fizică și psihologică, posibilitatea

construirii unor alianțe bazate pe încredere, oportunități pentru autovalidare, securitate emoțională ș.a. [235]. În rândul adolescenților, prietenii joacă un rol important în apariția, menținerea și escaladarea comportamentelor problematice, cum ar fi consumul de alcool [57] care, adesea, este o activitate socială realizată în grupurile de prieteni apropiați [252]. Pentru un adolescent, prietenia apropiată cu un alt adolescent deviant/delincvent este un factor de risc major pentru inadaptarea la cerințele familiale, școlare sau sociale prin manifestarea unei palete largi de comportamente problematice [368], cu atât mai mult cu cât relația de prietenie este percepută de către adolescentul vulnerabil și partenerul său ca fiind una de foarte bună calitate [359]. C. Hiatt, B. Laursen, H. Stattin și M. Kerr [162] au examinat influența pe care cel mai bun prieten o are asupra intoxicației cu alcool și absenteismului în rândul adolescenților în funcție de satisfacția față de relația de prietenie. Participanții au fost adolescenți care erau implicați de cel puțin un an în relații de prietenie foarte apropiate cu un alt adolescent de același sex. Comparativ cu adolescenții mai puțin satisfăcuți de relația de prietenie în care erau implicați, cei mai mulțumiți au evidențiat o influență mai mare în ceea ce privește evoluția în timp a comportamentelor deviante referitoare la intoxicația cu alcool și absenteism. În plus, atunci când prietenii mai satisfăcuți au raportat niveluri inițiale mai ridicate pentru consumul excesiv de alcool și absenteism, comportamentele problematice ale prietenilor mai puțin mulțumiți s-au intensificat în timp.

Satisfacția față de școală. Satisfacția față de școală se referă la evaluarea cognitivă pe care un elev o realizează în mod subiectiv cu privire la calitatea propriei vieți școlare [27]. Domeniul școlar este important de luat în considerare datorită perioadei de timp îndelungate pe care copiii și adolescenții o petrec la școală. Contextul școlar contribuie în mod semnificativ la conectarea copiilor și a adolescenților cu alți covârșnici (colegi de clasă, prieteni) și cu profesorii care devin surse de suport vitale ce contribuie la îmbunătățirea stării de bine [311] și la experiențele școlare pozitive [346].

Adolescenții satisfăcuți de viața școlară sunt mai puțin predispuși spre consumul de alcool și alte substanțe periculoase, probabil datorită unui nivel mai ridicat al percepției cu privire la responsabilitatea față de procesul învățării și al pregătirii temeinice pentru școală [211, 215]. La polul opus, presiunile pe care le aduc teme pentru acasă și alte cerințe școlare se pot asocia cu intensificarea consumului de alcool ca modalitate prin care adolescenții încearcă să scape de stresul psihic [212]. Alte studii au identificat relații pozitive între nivelul scăzut al satisfacției față de școală și predispoziția adolescenților spre consumul problematic de alcool [106, 272, 277].

Satisfacția față de sine. Într-un sens general, satisfacția față de sine este definită ca fericirea care derivă din sentimentele pozitive pe care un individ le are despre propria persoană, la care se adaugă acceptarea de sine [312]. În plus, individul crede că ceilalți (de exemplu: membrii familiei,



prieteni apropiati, colegii de școală/muncă etc.) îl plac și îl valorizează [171]. Satisfacția față de sine este un sentiment care implică mulțumirea față de propria noastră persoană (înfățișarea fizică, abilitățile cognitive, sociale sau practice, propriile alegeri, stilul de viață etc.), precum și față de lucrurile pozitive pe care le-am realizat în trecut sau le întreprindem în prezent. Păstrarea unei atitudini pozitive despre noi înșine reprezintă o caracteristică centrală a funcționării psihologice adaptative [312]. Într-un studiu efectuat în rândul adolescenților, J. T. Butler [67] a arătat că, în comparație cu adolescenții care consumau mai frecvent alcool, cei care nu consumau deloc alcool sau îl utilizau foarte rar raportaseră percepții mai pozitive în legătură cu propriile lor abilități și comportamente, respectiv propria lor stare a sănătății, înfățișare fizică și sexualitate.

*Indisciplina și stima de sine în domeniul școlar.* În școli, disciplina elevilor este un factor cheie pentru obținerea unor rezultate pozitive [327]. Această dimensiune a procesului instructiv-educativ poate fi definită prin aceea că elevii ar trebui să învețe cum să-și exprime sentimentele conform așteptărilor pe care comunitatea școlară le are cu privire la comportamentele „corecte” [241]. În sens larg, prin comportamentele deviante manifestate în școli se înțelege ansamblul comportamentelor care transgresează normele și valorile specifice unei instituții școlare, iar prin indisciplina conduita elevilor care împiedică sau perturbă activitatea cadrelor didactice și pe cea a altor elevi [248]. Plictiseala, dorința de distracție, dorința unui elev de a fi la fel ca alți colegi, atitudinile negative din partea profesorilor, nevoia de a ieși în evidență ș.a. sunt o parte dintre motivele pentru care adolescenții se angajează la școală în acte de indisciplina [296].

Studiile arată că amploarea ridicată a actelor indiscipline tendința să se asocieze negativ atât cu nivelul scăzut al angajamentului [164, 334], cât și cu nivelul scăzut al stimei de sine în domeniul școlar [105]. Pe de altă parte, rezultatele unui studiu efectuat în rândul adolescenților din SUA arată faptul că abuzul de alcool crește absenteismul de la programul școlar în rândul elevilor de liceu [23]. La rândul lui, absenteismul are efecte dăunătoare asupra rezultatelor școlare [195]. Alte studii au confirmat rolul negativ pe care indisciplina adolescenților în mediul școlar îl are în predicția comportamentelor de risc în general și, în particular, a consumului de alcool [140, 287, 308]. Rezultatele studiilor au evidențiat rolul pe care conștiințiozitatea în domeniul școlar îl are în reducerea prevalenței intoxicației cu alcool în rândul adolescenților [42, 287, 319, 365].

În domeniul științelor comportamentale, stima de sine este definită prin măsura în care atitudinea pe care o persoană o are despre propria înfățișare și istorie de viață sau despre propriile abilități mentale, comportamente, realizări etc. este pozitivă [158, 230]. Stima de sine a unei persoane poate fi privită atât prin lentila tuturor domeniilor dezvoltării, adaptării și ale funcționării sale (abordarea globală), cât și prin raportarea la anumite domenii, precum înfățișarea fizică,

funcționarea emoțională, activitatea școlară/academică, relațiile sociale, cariera sau vocația profesională etc. [306].

E. R. Pedersen și colaboratorii [271] au explorat relațiile dintre stima de sine și comportamentul în ceea ce privește consumul de alcool în rândul studenților de diferite etnii și au descoperit o asociere pozitivă între stima de sine globală și consumul de alcool. Rezultatele unui alt studiu efectuat pe un eșantion de adolescenți în clasele VIII-XI sugerează că stima de sine este un factor care protejează împotriva inițierii consumului de tutun, alcool și marijuana [294]. De asemenea, alte studii au identificat relații semnificative între utilizarea substanțelor psihoactive în rândul adolescenților și stima de sine scăzută – fie cea globală, fie stima de sine referitoare la familie, înfățișarea fizică sau competențele școlare [95, 140, 244, 262]. Unele dintre aceste studii au evidențiat stima de sine referitoare la înfățișarea fizică și pe cea legată de funcționarea socială ca factori de risc pentru consumul de substanțe în rândul adolescenților [140, 244, 262].

Stima de sine în domeniul școlar reflectă percepția pe care un elev o are cu privire la propriile lui competențe care se reflectă în comportamente adaptative și performanțe de un anumit nivel [263]. Există un larg consens asupra faptului că un nivel ridicat al stimei de sine în plan școlar contribuie la intensificarea inițiativelor pe care un elev le are și a eforturilor pe care le depune și, prin aceasta, la îmbunătățirea rezultatelor pe care le obține pe parcursul traseului educativ [9, 101]. Constatările studiilor efectuate pe adolescenți spanioli coincid în concluzia potrivit căreia stima de sine referitoare la familie și cea legată de domeniul școlar joacă un rol protector împotriva consumului de substanțe psihoactive (inclusiv alcool). Astfel, M. C. Fuentes, O. F. García și F. Garcia [140] au efectuat un studiu pe un eșantion de 644 adolescenți spanioli și au constatat că utilizarea substanțelor (tutun, alcool, marijuana și alte droguri ilegale) corelează negativ cu nivelurile pentru stima de sine referitoare la familie, domeniul școlar și înfățișarea fizică. În același studiu, consumul de droguri ilegale s-a asociat cu nivelul mai ridicat al stimei de sine referitoare la domeniul social. Într-un alt studiu efectuat de către G. Musitu, T. I. Jiménez și S. Murgui [244], stima de sine referitoare la familie și cea legată de domeniul școlar au mediat pozitiv (efect protector) relația dintre funcționarea familială și utilizarea substanțelor, în timp ce stima de sine referitoare la înfățișarea fizică și cea legată de domeniul social au avut un rol mediat negativ (efect de risc).

Literatura din România, Republica Moldova și cea internațională pe care am parcurs-o și la care ne-am referit în paginile anterioare evidențiază specificul comportamentelor din spectrul consumului de alcool în rândul adolescenților prin raportarea la particularitățile și provocările etapei de dezvoltare pe care o avem în vedere. Din prezentul capitol se desprinde caracterul plurifactorial al spectrului în ceea ce privește consumul de alcool în rândul adolescenților. Acest

aspect reiese din modelele de lucru pe care le-am trecut în revistă, respectiv din numeroasele studii empirice care s-au preocupat de testarea în populația de adolescenți a validității ecologice a modelelor teoretice elaborate până în prezent.

O a doua direcție care stă în atenția cercetătorilor se preocupă de consecințele pe termen scurt și cele pe termen lung (de-a lungul vieții) pe care le are consumul de alcool în rândul adolescenților, mai ales atunci când vorbim despre abuz sau dependență. Dincolo de efectele negative pe care intoxicația voluntară cu alcool le produce asupra funcționării fizice, cognitive, emoționale, comportamentale și sociale, studiile evidențiază riscurile pe termen lung asociate debutului timpuriu (de exemplu, înainte de vârsta de 14 ani) al consumului problematic de alcool care, de multe ori, se asociază cu utilizarea altor substanțe psihoactive (de exemplu, tutun sau droguri ușoare/ilegale) și cu angajarea într-o paletă variată de comportamente deviante sau delincvente. Astfel, abuzul de alcool la vârsta pubertății sau chiar mai devreme reprezintă un factor de risc puternic pentru dezvoltarea unei tulburări legate de utilizarea alcoolului (de exemplu, consumul episodic intensiv în mai multe zile la rând) în tinerețe sau la vârsta adultă. În plus, sunt cunoscute efectele debilitante pe care dependența de alcool le are în planul funcționării psihosociale și profesionale a adulților care se confruntă cu această problemă și refuză ajutorul specializat.

Din toate aspectele pe care le-am subliniat mai sus rezultă nevoia elaborării și a implementării programelor cuprinzătoare/universale care să țintească atât adolescenții sănătoși din comunitățile școlare și pe cei aflați în risc pentru consumul de substanțe periculoase, cât și comunitățile mai largi. Acestea trebuie să aibă un caracter integrativ prin aceea că trebuie să vizeze simultan mai multe domenii ale funcționării și dezvoltării individuale și să urmărească prevenirea consumului de alcool, precum și controlul factorilor de risc/întărirea factorilor de protecție în vederea înzestrării cu resursele de care copiii, puberii și adolescenții au nevoie pentru a face față solicitărilor specifice vârstei și circumstanțelor de viață nefavorabile care îi predispun la consumul abuziv de substanțe periculoase.

## **1.5. Concluzii la Capitolul 1**

Investigarea literaturii care se preocupă de problematica consumului de substanțe psihoactive (printre care se numără și alcoolul) ne-a condus la sintetizarea următoarelor concluzii care ne-au orientat demersurile investigative și intervenționale prezentate în Capitolele 2 și 3:

1. Alcoolul este o substanță psihoactivă legală preferată de către adolescenți mai ales atunci când se află în grupuri de socializare, dar și în alte contexte de viață. Alcoolul este cea mai larg răspândită substanță utilizată în scop recreativ, dar și în situații în care adolescenții eșuează în

eforturile de adaptare la stresul psihic generat de problemele cotidiene și încearcă să diminueze stările emoționale negative (anxietatea sau depresia) prin consumul de alcool sau alte substanțe psihotrope. Alcoolul, având un potențial adictiv ridicat, în urma utilizării netemperate și/sau îndelungate, conduce la numeroase riscuri pentru sănătatea fizică, psihică și socială a adolescenților, precum și pentru succesul tranziției spre vârsta adultă.

2. Constatările anchetelor realizate la nivel național în diferite țări, precum și cele ale studiilor multinaționale evidențiază o prevalență îngrijorătoare atât a consumului ocazional, cât și a abuzului de alcool în populația de adolescenți. Acest fapt este îngrijorător, cu atât mai mult cu cât adolescenții asociază frecvent consumul de alcool cu alte substanțe psihoactive (de exemplu, marijuana sau canabis), precum și cu dorința de a experimenta „senzații tari” care le pot pune în pericol integritatea fizică, sănătatea mintală, funcționarea în diverse domenii (de exemplu, școlar sau social) și dezvoltarea în ansamblul ei.
3. În rândul adolescenților riscul pentru tulburările din spectrul consumului de alcool trebuie asociat cu multiple combinații de factori individuali, familiali, școlari, interpersonali, sociali, economici și culturali. Cunoașterea acestor factori este esențială pentru eforturile orientate spre proiectarea și implementarea programelor recuperatorii și preventive în vederea diminuării riscului pentru abuzul/dependența de alcool în populația de adolescenți, respectiv a formării abilităților, atitudinilor și deprinderilor comportamentale de care adolescenții au nevoie pentru a se adapta cu succes sarcinilor specifice dezvoltării la această vârstă, dar și provocărilor imprevizibile.
4. Pe lângă factorii de risc, modelele conceptual-teoretice includ variabile care pot contribui la creșterea rezilienței și protecția adolescenților împotriva consumului de alcool și, mai general, utilizării substanțelor periculoase. Acești factori de protecție stau în atenția atât a cercetătorilor care proiectează programe universale/comunitare de prevenție, cât și a practicienilor care implementează și testează astfel de programe în populația școlară, precum și în alte comunități de socializare pe care adolescenții le frecventează.
5. Având la bază modelul conceptual al factorilor de risc și protectori în abuzul de alcool în rândul adolescenților (elaborat de autorul prezentei teze de doctorat), programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” pe care îl vom prezenta în Capitolul 3 pornește de la premisa că dezvoltarea pozitivă a adolescenților reprezintă unul dintre factorii cheie care contribuie la înzestrarea societății globale cu un capital uman care să asigure progresul economic, tehnic și tehnologic, social și cultural. În acest sens, cercetătorii și practicienii din diverse domenii (de exemplu: psihologia dezvoltării, psihologia educației, medicină, sănătate publică ș.a.) trebuie să se preocupe constant de identificarea celor mai eficiente strategii destinate reducerii

factorilor de risc care grevează dezvoltarea pozitivă a copiilor și adolescenților, precum și de elaborarea măsurilor prin care tinerele generații pot să achiziționeze informațiile, deprinderile și abilitățile practice necesare menținerii și promovării sănătății, respectiv integrării optime din punct de vedere social și ocupațional.

În urma sintetizării informației științifice privind actualitatea și gradul de investigare a temei de cercetare, complexitatea și caracterul interdisciplinar al acesteia, s-a constatat că domeniul dat este în plină explorare. În România și Republica Moldova, acest domeniu este mai puțin examinat cu referire la programele de consiliere psiho-educativă destinate optimizării funcționării psihosociale și creșterii stării de bine a adolescenților. Aceste constatări ne permit să remarcăm necesitatea stabilirii dimensiunilor psiho-socio-comportamentale ale consumului de alcool în adolescență, modalitățile de asistare a adolescenților vulnerabili prin utilizarea programelor psiho-educative ca strategie de intervenție psihosocială.

Cercetarea dimensiunilor psiho-socio-comportamentale ale consumului abuziv de alcool în rândul adolescenților (Capitolul 2) și-a propus *fundamentarea teoretică și testarea modelului factorilor de risc și protectori în abuzul de alcool, în vederea valorificării acestuia pentru elaborarea și experimentarea unui program de intervenție psiho-educativă care urmărește diminuarea vulnerabilității în ceea ce privește consumul de alcool în rândul adolescenților prin optimizarea funcționării psihosociale, creșterea stării de bine și îmbunătățirea rezilienței în confruntarea cu provocările vârstei și solicitările vieții de zi cu zi.*

**Obiectivele** pe care le-au urmărit au fost:

- ✓ cunoașterea gradului în care tema de cercetare este investigată, în vederea identificării dimensiunilor psiho-socio-comportamentale ce au stat mai puțin în atenția cercetătorilor care s-au preocupat de problematica consumului de alcool în populația de adolescenți;
- ✓ aplicarea metodologiei științifice în vederea elaborării și testării unui model ipotetico-conceptual al factorilor de risc și protectori în abuzul de alcool în rândul adolescenților;
- ✓ elaborarea, implementarea și evaluarea impactului unui program de intervenție psiho-educativă destinat reducerii riscului pentru abuzul de alcool și creșterii rezilienței în rândul adolescenților;
- ✓ identificarea direcțiilor pentru viitoare cercetări teoretice și empirice;
- ✓ elaborarea unor recomandări practice pentru îmbunătățirea din punct de vedere conceptual și operațional a programelor de intervenție destinate prevenirii consumului de alcool și, mai general, reducerii riscurilor asociate comportamentelor periculoase pentru sănătatea, funcționarea pozitivă și dezvoltarea adolescenților.

Următoarea **ipoteză generală** a stat la baza investigațiilor teoretico-empirice și a programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”: *Integrarea factorilor de risc și protectori în intervențiile psiho-educative contribuie la diminuarea vulnerabilității adolescenților în ceea ce privește abuzul de alcool prin optimizarea funcționării psihosociale, creșterea stării de bine și îmbunătățirea rezilienței în confruntarea cu provocările vârstei și solicitările vieții de zi cu zi.*

## 2. CERCETAREA DIMENSIUNILOR PSIHO-SOCIO-COMPORTAMENTALE ALE ABUZULUI DE ALCOOL ÎN RÂNDUL ADOLESCENȚILOR

### 2.1. Scopul, obiectivele și ipotezele studiului constatativ

Vârsta adolescenței este critică atât prin schimbările care grevează procesul dezvoltării, provocările adaptării la multiple sarcini, cât și prin dorința adolescenților de a dobândi independența față de părinți, de a se integra cu succes în grupurile de covârșnici și de a experimenta lucruri noi care să le satisfacă curiozitatea, nevoia de „senzații tari” și pe cea de testare a propriilor lor limite, respectiv motivația pentru exprimarea de sine într-o manieră originală. Din aceste motive, la care se adaugă anumite circumstanțe familiale și/sau școlare nefavorabile, evenimente de viață negative, influențe neproductive din partea grupului de covârșnici și *pattern*-uri ale socializării deviante, crește vulnerabilitatea adolescenților față de utilizarea substanțelor periculoase, inclusiv alcool. În plus, este cunoscut faptul că inițierea precoce (de la vârste mici) în consumul de alcool este unul dintre predictorii consistenți ai viitoarelor probleme în ceea ce privește sănătatea, adaptarea la statutul și rolurile specifice tinereții și vârstei adulte, integrarea socială, accesarea și valorificarea pieței muncii sau realizarea propriei persoane. Având în vedere factorii de risc la care ne-am referit, rezultă că abuzul și dependența de alcool în rândul copiilor și al adolescenților reprezintă o problemă în continuă creștere și cu multiple implicații societale.

De vreme ce perioada adolescenței se caracterizează prin numeroase tulburări emoționale, probleme comportamentale, dificultăți interpersonale, crize de identitate și incertitudini, iar profilul dezvoltării unui adolescent este complex și într-o continuă schimbare, este necesară reevaluarea periodică atât a profilului motivațiilor, atitudinilor și al comportamentelor care contribuie la promovarea sănătății în rândul adolescenților, cât și a factorilor de risc. Informațiile astfel obținute servesc intervențiilor sistematice (universale, comunitare sau desfășurate în școli) orientate spre o paletă cât mai largă de fațete, care au ca principal scop crearea bazelor pentru evoluția sănătoasă a adolescenților [168, 333, 368].

Cercetarea bazată pe investigarea factorilor de risc pentru consumul problematic de alcool și a celor care îi protejează pe adolescenți are ca scop proiectarea și implementarea programelor de prevenire primară a abuzului și a dependenței de alcool, precum și a altor dificultăți în funcționarea și adaptarea adolescenților, care decurg din comportamentul de consum netemperat [168]. Studiul pe care l-am realizat a urmărit să răspundă necesității investigării cât mai cuprinzătoare a profilului psihosocial și comportamental al consumului de alcool în rândul adolescenților, în vederea unei mai bune înțelegeri a cauzelor directe, factorilor precipitanți,

manifestărilor asociate și a efectelor pe care utilizarea problematică a alcoolului le are asupra sănătății, funcționării în diverse contexte (familial, școlar, social etc.), adaptării la solicitări, precum și asupra dezvoltării globale a adolescenților.

**Scopul studiului constatativ.** Prin valorificarea unui *design* de factură cantitativă (corelațional) studiul și-a propus investigarea empirică a unui model al factorilor de risc și a celor în abuzul de alcool în rândul adolescenților, în vederea unei mai bune explicări a diferențelor individuale și a valorificării rezultatelor în scopuri preventive.

**Obiectivele studiului** au fost:

- ✓ identificarea profilului psiho-socio-comportamental al adolescenților și corelarea acestuia cu indicatorii abuzului de alcool;
- ✓ evidențierea variabilelor care: a) au cele mai consistente contribuții la explicarea diferențelor dintre adolescenți în ceea ce privește riscul pentru abuzul de alcool; b) pot fi integrate în demersurile focalizate pe diminuarea vulnerabilității în ceea ce privește consumul de alcool în rândul adolescenților prin optimizarea funcționării psihosociale, creșterea stării de bine și îmbunătățirea rezilienței în confruntarea cu diverse contexte situaționale sau evenimente de viață adverse.

Pentru atingerea obiectivelor au fost parcurse următoarele **etape**:

- ✓ documentarea din literatura internațională și autohtonă în vederea identificării studiilor care s-au preocupat de coordonatele psiho-socio-comportamentale ale consumului de alcool în rândul adolescenților, cu accent pe problematica abuzului care a stat în atenția prezentului studiu;
- ✓ *screening*-ul bazelor de date internaționale pentru identificarea lucrărilor științifice în care au fost fundamentate și validate din punct de vedere psihometric instrumentele prin care au fost măsurate dimensiunile psiho-socio-comportamentale de interes;
- ✓ traducerea în limba română a scalelor, chestionarelor și inventarelor, respectiv adaptarea acestora pentru caracteristicile lingvistice ale limbii române, contextul cultural autohton, precum și pentru particularitățile dezvoltării adolescenților;
- ✓ pregătirea și îmbunătățirea protocolului cu instrumente standardizate (a se consulta Anexa A1) în vederea administrării în populația adolescenților;
- ✓ delimitarea bazinului de recrutare a adolescenților, administrarea protocolului, validarea răspunsurilor și elaborarea bazei care a inclus datele brute;
- ✓ efectuarea analizelor statistice în vederea testării validității de construct (structura factorială) pentru versiunile în limba română ale instrumentelor administrate sau pentru cele construite în scopul realizării studiului;



- ✓ prelucrarea datelor brute prin tehnici statistice descriptive și inferențiale în vederea testării ipotezelor de lucru elaborate din perspectiva modelului factorilor de risc și protectori în abuzul de alcool în rândul adolescenților;
- ✓ analizarea și interpretarea semnificațiilor teoretice și practice ale rezultatelor studiului, precum și a implicațiilor pe care acestea le au pentru programele destinate prevenirii abuzului de alcool în populația de adolescenți.

Următoarele **ipoteze de lucru** au jalonat demersurile investigative pe care le-am realizat:

- A. Stresul psihic, anxietatea, predispoziția spre stări depresive și nevrotismul sunt predictorii pozitivi ai riscuri pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților.
- B. Atitudinea favorabilă pe care adolescenții o manifestă față de angajarea în comportamente care să le afecteze sănătatea și dezvoltarea, precum și indisciplina în mediul școlar contribuie pozitiv la predicția riscului pentru abuzul de alcool.
- C. În rândul adolescenților, religiozitatea, reziliența, credința în autoeficacitate și stima de sine în domeniul școlar contribuie negativ la predicția riscului pentru abuzul de alcool.
- D. Predispozițiile personalității referitoare la extraversiune, agreabilitate, deschiderea mentală și conștiinciozitate sunt predictorii negativi ai riscului pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților.
- E. În populația de adolescenți, suportul social din partea familiei, a prietenilor și a altor persoane semnificative, precum și satisfacția față de familie, prieteni, școală și sine sunt predictorii negativi ai riscului pentru abuzul de alcool.
- F. La vârsta adolescenței, percepția periculozității comportamentelor care implică riscuri pentru sănătate și dezvoltare contribuie negativ la predicția riscului pentru abuzul de alcool.

Cu alte cuvinte, s-a presupus că: a) religiozitatea, reziliența, credința cu privire la autoeficacitate, factorii personalității (extraversiunea, agreabilitatea, deschiderea mentală și conștiinciozitatea), suportul social din partea familiei, prietenilor și a altor persoane semnificative, satisfacția față de familie, prieteni, școală și sine, respectiv stima de sine în domeniul școlar sunt factori care îi protejează pe adolescenți împotriva riscului pentru consumul abuziv de alcool; b) stresul psihic, anxietatea, predispoziția spre stări depresive, nevrotismul (instabilitatea emoțională ca predispoziție a personalității), indisciplina manifestată la școală, respectiv atitudinea favorabilă față de angajarea în comportamente care pot să afecteze sănătatea și dezvoltarea sunt factori de risc pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților.

## 2.2. Participanți

Datele brute au fost obținute prin prelucrarea răspunsurilor valide pe care 688 adolescenți (elevi de clasa a X-a – 407/59.2 %, respectiv de clasa a XI-a – 281/40.8 %) le-au oferit la chestionarele standardizate care le-au fost administrate. Eșantionul final a inclus 321 fete (46.7 %), respectiv 367 băieți (53.3 %). Adolescenții aveau domiciliul fie în mediul rural (225/32.7 %), fie în cel urban (463/67.3 %). În momentul colectării datelor din populația școlară, elevii aveau vârste cuprinse între 15 și 19 ani ( $m = 16.46$ ; mediana = 16;  $s = 0.84$ ). Aproximativ 57 % dintre adolescenți aveau vârste  $\leq 16$  ani. Au predominat adolescenții care aveau 16 ani (47.3 %) sau 17 ani (32.4 %). Au predominat elevii care erau înscriși la profiluri și specializări din filiera tehnologică și tehnică ( $n = 587/85.3$  %). Restul ( $n = 101/14.7$  %) urmau profiluri/specializări din filiera teoretică.

Repartiția participanților în funcție de statutul mamelor s-a prezentat astfel: adolescenți care aveau mame naturale – 649 (94.3 %), adolescenți cu mamame vitrege – 7 (1 %), adolescenți care aveau mame adoptive – 15 (2.2. %). Șaptesprezece (2.5 %) din totalul adolescenților nu au indicat statutul mamei. În ceea ce privește statutul taților, situația s-a prezentat după cum urmează: tați naturali – 613 (89.1 %), tați vitregi – 37 (5.4 %), tați adoptivi – 13 (1.9 %). Douăzeci și cinci dintre adolescenți (3.6 %) din totalul adolescenților nu au indicat statutul tatălui.

Adolescenții care au participat la cercetare proveneau fie din familii intacte – 494 (71.8 %), fie din familii temporar dezintegrate prin plecarea părinților la muncă în străinătate – 72 (10.5 %) sau dezorganizate prin decesul unuia dintre părinți sau prin divorț – 22 (17.7 %) (Figura 2.2).

Șaptezeci și unu din totalul adolescenților aveau tați plecați la muncă în străinătate de perioade de timp cuprinse între 6 luni și 22.5 ani ( $m = 6.81$ ;  $s = 4.97$ ). Treizeci și doi din totalul adolescenților aveau mame emigrate de perioade de timp cuprinse între 11 luni și 17.5 ani ( $m = 6.64$ ;  $s = 5.02$ ). Treisprezece adolescenți aveau ambii părinți plecați în străinătate pentru a munci. Douăzeci din totalul adolescenților care au participat la cercetare aveau tați decedați de perioade de timp cuprinse între 3 luni și 15 ani ( $m = 5.12$ ;  $s = 4.38$ ). Alți 4 aveau mame decedate de perioade de timp cuprinse între 1 și 5 ani. Nouăzeci și opt (14.2 %) din totalul adolescenților proveneau din familii în care părinții divorțaseră de perioade de timp cuprinse între 7 luni și 18 ani ( $m = 8.32$ ;  $s = 4.67$ ).

În ceea ce privește apartenența religioasă, situația s-a prezentat astfel: creștini-ortodocși – 660 (95.9 %), penticostali – 15 (2.2 %), atei – 9 (1.3 %), adventiști – 2 (0.3 %), catolici – 1 (0.1 %), iudaici – 1 (0.1 %).

### 2.3. Metoda și instrumentele pentru colectarea datelor

Datele au fost colectate din populația școlară formată din elevi de liceu utilizându-se ancheta pe bază de chestionare. Adolescenții care au participat la studiu au completat un protocol standardizat care a inclus 16 instrumente (Anexele A.1.1-A.1.16), cu un număr total de 179 itemi. Dintre aceștia, cinci au fost proiectați într-un format cu răspunsuri deschise (completare), iar restul au avut răspunsuri închise (alegere dihotomică/multiplă).

Primul dintre chestionarele incluse în protocol (Anexa A.1.1) a urmărit informații socio-demografice referitoare la: sexul și vârsta adolescenților, filiera și treapta școlară, mediul de rezidență, religia, respectiv situația familială (itemii 5-9). Adolescenții au fost solicitați să indice persoanele alături de care locuiau acasă, dacă unul dintre părinți era plecat la muncă în străinătate sau ambii lucraru într-o altă țară, perioadele de timp de când părinții emigraseră, dacă unul dintre părinți era decedat sau ambii decedaseră (și perioada de timp care trecuse de la acest eveniment familial nefericit), respectiv dacă părinții divorțaseră și perioada de timp care trecuse din momentul separării. Itemul 11 (Anexa A1.2) le-a solicitat adolescenților să indice (pe o scală cu patru ancore verbale distribuite de la *nu am avut niciun stres* până la *m-am simțit foarte stresat/-ă*) nivelul stresului pe care îl experimentaseră în ultimele șase luni în viața de zi cu zi. Adolescenții au fost rugați să evalueze nivelul stresului psihic prin raportarea la toate evenimentele care avuseseră loc în viața lor (în relațiile cu familia și prietenii, la școală sau în viața personală).

Chestionarele 02 (*Brief Resilience Scale/BRS*), 03 (*General Self-Efficacy Scale/GSES*), 05 (*Risk Behaviors Scale – Health/Safety, RBS-H/S*), 06 (*Centrality of Religiosity Scale-Five items/CRS-5*), 07 (*Mental Health Inventory-5/MHI-5*), 08 (*Big Five Inventory/BFI*), 09 (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support/MSPSS*), 10 (*Risk Perception Scale – Health/Safety, RPS-H/S*), 13 (*Hare Self-Esteem Scale-School/HSS-S*), 14 (*Youth Self Report-Anxiety/YSR-A*), respectiv 15 (*Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale/MSLSS*) au fost identificate în literatura internațională din diverse domenii aplicative ale psihologiei, preluate, respectiv traduse în limba română și adaptate pentru contextul cultural autohton. Este vorba despre instrumente de evaluare a unor particularități psihosociale, care au calități psihometrice recunoscute în comunitatea academică. Unele dintre ele (de exemplu, BRS și MSPSS) au fost traduse, adaptate și standardizate din punct de vedere psihometric pentru utilizarea în populația de adolescenți din România. Chestionarele 04 (prin care a fost operaționalizat riscul pentru consumul abuziv de alcool) și 11 (care a urmărit *pattern*-ul consumului de alcool) au fost proiectate pentru a servi scopurilor prezentului studiu. Chestionarul 12 a fost preluat dintr-un studiu exploratoriu prin care s-a urmărit modelarea factorilor predictivi și a efectelor angajamentului în domeniul școlar în rândul adolescenților români [302].

*Traducerea în limba română și adaptarea cultural-lingvistică a instrumentelor incluse în protocolul standardizat.* În vederea obținerii versiunilor în limba română pentru o parte dintre instrumentele pe care le-am enumerat mai sus a fost utilizată tehnica bazată pe traducere paralelă și retroversiune. Într-un prim pas, versiunile originale în limba engleză ale instrumentelor GSES, RBS-H/S, CRS-5, MHI-5, BFI, RPS-H/S, HSS-S și MSLSS au fost traduse în limba română în paralel de către autorul prezentei teze de doctorat, un cadru didactic cu experiență în cercetarea științifică din domeniul psihologiei aplicate, respectiv un cadru didactic universitar specializat în domeniul filologiei (limba engleză). Traducerile (supervizate de către conducătorul științific al prezentei teze de doctorat) au fost efectuate fără ca autorul să se consulte cu traducătorii independenți. Pentru fiecare dintre itemi, s-a avut grijă ca echivalentele în limba română să nu modifice sensurile scalelor destinate răspunsurilor. După rafinarea formulărilor în limba română, versiunile de lucru au fost traduse în limba engleză de către un alt cadru didactic universitar (Universitatea „Dunărea de Jos” din Galați, Facultatea de Litere, Departamentul de Engleză). În al treilea pas al demersului pe care l-am realizat, versiunile originale în limba engleză ale instrumentelor pe care le-am enumerat au fost comparate cu cele rezultate prin traducerea în limba engleză a versiunilor de lucru în limba română, care au fost stabilite în prima etapă. Acest demers a condus la mai multe modificări și rafinări ale formulărilor itemilor rezultând astfel versiunile finale în limba română. Acestea au fost incluse în protocolul standardizat administrat adolescenților.

#### **2.4. Procedură**

Adolescenții care au participat la cercetare au fost recrutați prin strategia de eșantionare nealeatorie (eșantion de conveniență). Participarea la cercetare a fost voluntară. Bazinul de recrutare a fost reprezentat de populația școlară din 11 instituții de învățământ liceal care făceau parte din rețeaua școlară rurală/urbană din județul Galați, după cum urmează (frecvențele absolute și procentuale sunt calculate prin raportarea la numărul total al protocoalelor cu răspunsuri valide care au fost reținute în baza de date finală): Liceul Tehnologic „Costache Conachi” din Comuna Pechea – 122 (17.7 %), Liceul Tehnologic Tudor Vladimirescu – 28 (4.06 %), Liceul Tehnologic Corod – 45 (6.5 %), Liceul Tehnologic Nr. 1 Cudalbi – 30 (4.3 %), Liceul Tehnologic „Radu Negru” din Municipiul Galați – 18 (2.6 %), Liceul Tehnologic „Carol I” Galați – 42 (6.1 %), Liceul Tehnologic de Turism și Alimentație „Dumitru Moțoc” Galați – 48 (6.9 %), Colegiul Tehnic „Aurel Vlaicu” Galați – 47 (6.8 %), Colegiul Economic „Virgil Madgearu” Galați – 207 (30.1 %), Liceul Teoretic „Mircea Eliade” Galați – 60 (8.7 %), respectiv Liceul Teoretic „Dunărea” Galați – 41 (6 %).

Adolescenții investigați au completat în timpul programului școlar obișnuit (orele de dirigenție sau consiliere și orientare) un set de instrumente care a inclus 16 chestionare, inventare și scale. Administrarea instrumentelor a fost realizată colectiv, fiind chestionați simultan elevii care făceau parte dintr-o clasă. Pentru a se încuraja sinceritatea răspunsurilor, chestionarele au fost completate anonim.

Colectarea datelor din populația școlară a fost realizată în perioada septembrie-noiembrie 2020 cu ajutorul consilierilor școlari și al profesorilor diriginți. În total, în urma acordului Centrului Județean de Resurse și Asistență Educațională Galați și a acordului verbal din partea diriginților claselor de elevi în care s-a intrat, respectiv din partea elevilor, au fost distribuite 780 de protocoale cu chestionare standardizate. În fiecare clasă de elevi în care s-a intrat, potențialilor participanți li s-a explicat scopul administrării chestionarelor (fără a li se preciza variabilele urmărite în studiu) și modalitatea de completare, solicitându-se acordul verbal de a răspunde. Rata întoarcerii protocoalelor cu chestionare completate a fost egală cu 93.4 % ( $n = 729$ ). În urma analizei *pattern*-urilor de răspuns atipice (de exemplu, aceeași variantă de răspuns pentru toți itemii unuia sau mai multor instrumente) sau a protocoalelor suspectate că ar fi fost simulate <sup>1</sup>, au fost reținute în baza de date finală 688 protocoale.

## 2.5. Metode și procedee pentru analiza statistică a datelor

Datele au fost analizate din punct de vedere statistic utilizându-se aplicațiile *SPSS for Windows 20.0* (IBM SPSS, Chicago, IL) și *AMOS 20.0* [17]. Pentru toate variabilele cantitative care au fost urmărite în studiu, a fost verificată normalitatea distribuțiilor. Aceasta este o condiție importantă pentru utilizarea tehnicilor statistice multivariate [205, 240]. Pentru o distribuție univariată normală, valorile indicatorilor simetriei și boltirii trebuie să fie egale cu zero (dacă distribuția este analizată cu programe statistice care consideră valoarea zero ca reper pentru interpretarea normalității). Nu există un reper clar care să indice care valori ale indicatorilor *skewness* și *kurtosis* sunt acceptabile, pentru a trage concluzia că o distribuția unei variabile este normală. Unii autori [52, 240] oferă ca praguri critice  $\pm 1.00$ . Valorile indicatorilor *skewness* și *kurtosis* nu trebuie să fie mai mici decât  $-1.00$ , respectiv mai mari decât  $1.00$ . Alți autori [317] recomandă intervalul  $[-0.80; 0.80]$ . Valoarea indicatorului *skewness* tinde să distorsioneze

---

<sup>1</sup> Deși nu s-a înregistrat niciun refuz explicit, unii dintre elevi au terminat sarcina de completare a chestionarelor în doar 20-25 minute. Această durată de timp scurtă ne-a determinat să suspectăm refuzul pasiv (precizăm că, în medie, protocolul cu chestionarele putea fi completat în 50-60 de minute). Categoria de elevi la care ne-am referit a fost luată în calcul în procesul validării protocoalelor cu răspunsuri. Pe prima pagină a protocolului unui astfel de elev a fost înscris un semn și, ulterior, protocolul a fost eliminat din prelucrările cantitative.

rezultatele testelor comparative, însă mult mai problematică este valoarea indicatorului *kurtosis* care poate să aibă un impact sever asupra testelor care se bazează pe varianțe/covarianțe. Rezultatele simulărilor statistico-matematice sugerează că valori ale indicatorului *skewness* situate în afara intervalului [-2.00; 2.00], respectiv valori ale indicatorului *kurtosis* situate în afara intervalului [- 7.00; 7.00] (pentru programele informatizate care utilizează valoarea 3.00 ca referință pentru interpretarea nivelului boltirii unei distribuții univariate) sau a intervalului [-4.00; 4.00] (pentru programele care utilizează valoarea 0.00 ca referință în vederea interpretării boltirii unei distribuții) sunt problematice, în sensul în care distorsionează rezultatele testelor multivariate [379].

Au fost efectuate comparații în funcție de caracteristicile socio-demografice (sex, treaptă școlară, rezidență, situație familială) și nivelul stresului psihic resimțit în ultimele 6 luni (atunci când variabila dependentă a fost riscul abuzului de alcool), riscul consumului abuziv de alcool (atunci când variabilele dependente au fost caracteristicile individuale, variabilele atitudinale și comportamentale, indicatorii stării de bine și suportul social), respectiv frecvența globală a consumului de băuturi alcoolice (atunci când variabilele dependente au fost riscul abuzului de alcool, caracteristicile individuale, variabilele atitudinale și comportamentale, indicatorii stării de bine și suportul social). În acest scop, a fost utilizat testul *t*-Student pentru două eșantioane independente, respectiv procedura *One-Way* ANOVA [205]. Pentru interpretarea semnificației statistice a diferențelor obținute, a fost considerat ca valoare de referință pragul  $\alpha = 0.05$  (bilateral). Pentru diferențele semnificative din punct de vedere statistic (în cazul testului *t*-Student), a fost estimată mărimea efectului utilizându-se binecunoscutul coeficient *d* propus de J. Cohen [85]. Formula de calcul a acestui coeficient ia în calcul mediile și abaterile standard pentru distribuțiile pe care o variabilă dependentă le evidențiază în cele două eșantioane care sunt comparate. Au fost sugerate următoarele repere pentru interpretarea semnificației valorii coeficientului  $d_{\text{Cohen}}$ : 0.20 – efect scăzut, 0.50 – efect moderat și 0.80 – efect ridicat. Valori  $\geq 1.00$  indică o mărime a efectului foarte ridicată.

Pentru compararea din punct de vedere statistic a două frecvențe procentuale (proporții) provenind din două eșantioane independente (de exemplu, în prezentul studiu, frecvența și motivele consumului diferitelor băuturi alcoolice în funcție de sexul adolescenților), a fost utilizat testul non-parametric  $z_{\text{proporții}}$  [254]. Pentru fiecare diferență semnificativă din punct de vedere statistic, mărimea efectului a fost estimată prin calcularea valorii coeficientului *h* [85] ale cărui repere pentru interpretarea calitativă sunt: 0.20 – efect de mărime scăzută, 0.50 – efect de mărime moderată și 0.80 – efect de mărime ridicată.

Relațiile de asociere (contingență) dintre variabilele categoriale (de exemplu, nivelul riscului pentru abuzul de alcool și frecvența globală a consumului de băuturi alcoolice) au fost estimate utilizându-se testul non-parametric  $\chi^2$  ( $\alpha = 0.05$  a fost pragul critic bilateral pentru interpretarea semnificației statistice a acestui test). Mărimea efectului a fost estimată prin calcularea coeficientului *V-Cramér*. Au fost sugerate următoarele repere pentru interpretarea calitativă a mărimii efectului în cazul testului non-parametric  $\chi^2$  pentru asocierea a două variabile categoriale: 0.10 – efect scăzut; 0.25 – efect moderat; 0.40 – efect de mărime ridicată [cf. 5].

În vederea estimării modelelor de regresie liniară multiplă în care variabilele dependente au fost riscul pentru abuzul de alcool, probabilitatea angajării în comportamente de risc pentru sănătatea fizică și mintală, respectiv percepția pericolozității asociată comportamentelor de risc, au fost calculate corelațiile liniare dintre variabilele cantitative urmărite în studiu (pentru interpretarea semnificației statistice a unei corelații, pragul critic a fost setat la  $\alpha = 0.05$ , bilateral). Analizele de regresie liniară multiplă au fost efectuate cu metoda *enter* [205], toate variabilele independente luate în calcul fiind introduse într-un singur bloc (pas). În modelele de regresie, variabila independentă dihotomică referitoare la sexul adolescenților a fost recodificată prin transformarea într-o variabilă de tip *dummy*, și anume 1.00 = băieți și 0.00 = fete (categorie de referință). Această transformare ușurează interpretarea magnitudinii relației dintre o variabilă categorială care se evidențiază ca predictor într-un model de regresie, respectiv variabila dependentă sau criteriul [317].

Pentru a eficientiza modelele de regresie în ceea ce privește numărul variabilelor cu rol predictiv și puterea explicativă (proporția din varianța variabilelor dependente acoperită de seturile de variabile independente luate în considerare), au fost luate în considerare doar: a) variabilele independente cantitative care au evidențiat corelații  $\geq |\pm 0.25|$  sau  $|\pm 0.30|$  cu variabilele dependente cantitative (riscul pentru abuzul de alcool, probabilitatea angajării în comportamente de risc, respectiv percepția pericolozității comportamentelor de risc); b) variabilele independente categoriale (de exemplu, sexul adolescenților) pentru care s-au obținut diferențe (în ceea ce privește mediile pentru variabilele dependente) ale căror mărimi ale efectelor au fost cel puțin moderate ( $d_{\text{Cohen}} = 0.40-0.50$ ); c) variabilele independente cantitative (de exemplu: riscul abuzului de alcool, religiozitatea, agreabilitatea, atitudinile față de comportamentele de risc, suportul social din partea familiei, satisfacția față de familie, stima de sine în domeniul școlar, indisciplina manifestată la școală etc.) pentru care s-au înregistrat diferențe ale căror mărimi ale efectelor au fost cel puțin moderate; aceste diferențe au fost calculate în funcție frecvența globală a consumului de băuturi alcoolice, care, în modelul de regresie logistică binomială, a fost variabilă dependentă categorială. Contribuțiile unice pe care variabilele independente care s-au evidențiat ca predictori

le-au avut la explicarea varianței variabilelor dependente au fost estimate prin calcularea pătratului valorii corelației semiparțiale ( $r_{sp}^2$ ) și transformarea rezultatului obținut în valori procentuale [317].

Pentru testarea modelului predictiv în care variabila dependentă a fost frecvența globală a consumului de băuturi alcoolice (1 – *des/în fiecare zi*, respectiv 0 – *deloc/foarte rar/rar/când și când*), a fost utilizată analiza de regresie logistică binomială. Semnificația statistică a modelului global a fost stabilită prin interpretarea valorii testului  $\chi^2$  (care trebuie să fie semnificativ la pragul critic de 0.05). Puterea explicativă a modelului de predicție a fost estimată calculându-se indicatorul Nagelkerke  $R^2$  (disponibil în *output*-ul oferit de aplicația SPSS for Windows). Acest indicator poate lua valori între 0 și 1, asemeni coeficientului  $R^2$  din regresia liniară multiplă [cf. 317]. În analiza de regresie logistică binomială, coeficientul Nagelkerke  $R^2$  explică probabilitatea ca variabila dependentă să ia valoarea 0.00 sau 1.00, atunci când variabilele independente variază. Cu alte cuvinte, permite estimarea măsurii în care setul reprezentat de variabilele independente se asociază cu variabila dependentă. O valoare mai ridicată a indicatorului Nagelkerke  $R^2$  semnifică o putere (eficiență) explicativă mai mare a modelului de regresie. Semnificația statistică a efectelor pe care le-au avut variabilele independente a fost stabilită în baza testului *Wald* (care trebuie să fie semnificativ la pragul critic = 0.05). Acesta este o metodă frecvent utilizată în regresia logistică, pentru a se testa dacă valoarea unui coeficient de regresie este diferită de zero, adică dacă variabila independentă căreia îi corespunde coeficientul de regresie este predictor al criteriului [317]. Mărimea și sensul contribuției pe care fiecare dintre variabilele independente au avut-o la explicarea frecvenței globale a consumului de băuturi alcoolice au fost interpretate în baza valorii (și a semnului) coeficienților de regresie exponențializați [adică  $\text{Exp (B)}$  sau  $\text{Odd Ratio/OR}$ ], precum și sub aspect procentual, utilizându-se formula  $100 \times [\text{Exp (B)} - 1.00]$  [pentru detalii, a se 317].

Relațiile de moderare (de exemplu, modelul în care percepția pericolozității asociată comportamentelor de risc a fost presupusă ca având un efect moderator asupra relației dintre nevrotism și riscul pentru consumul abuziv de alcool sau modelul în care reziliența a fost testată ca variabilă care moderează relația dintre anxietate și riscul pentru abuzul de alcool) au fost testate utilizându-se analiza de regresie liniară multiplă, așa cum au recomandat R. M. Baron și D. A. Kenny [32]. Un moderator este o variabilă calitativă (de exemplu, sexul) sau cantitativă (de exemplu, suportul social) care influențează direcția și/sau intensitatea relației dintre o variabilă independentă și una dependentă. Cu alte cuvinte, variabila moderatoare este similară cu o variabilă suplimentară care, alături de cea independentă, covariază cu variabila dependentă. Pentru a putea vorbi despre o relație de moderare, este necesară îndeplinirea simultană a trei condiții [32, 138]:



- a) variabila independentă trebuie să aibă un efect semnificativ asupra variabilei dependente;
- b) variabila moderatoare trebuie să aibă un efect semnificativ asupra variabilei dependente;
- c) interacțiunea dintre variabila independentă și variabila moderatoare (care se obține prin calcularea produsului dintre valorile standardizate ale celor două variabile) trebuie să aibă un efect semnificativ asupra variabilei dependente și, în raport cu puterea modelului rezultat în pasul anterior, să aducă un adaos semnificativ la explicarea varianței variabilei dependente.

Pe baza sugestiilor lui P. A. Frazier, A. P. Tix și K. E. Barron [138], toate variabilele cantitative au fost transformate în scoruri standardizate  $z$ , pentru a preîntâmpina problema multicolarității dintre variabilele introduse în modelul de regresie (variabila rezultată prin calcularea produsului dintre valorile variabilelor independentă și moderatoare corelează puternic cu fiecare dintre cele două variabile).

Pentru fiecare dintre versiunile în limba română ale instrumentelor eligibile (Chestionarele 02-10, 12-15), itemii au făcut obiectul analizei factoriale confirmatorii în vederea testării validității de construct (interne), respectiv obiectul evaluării fidelității (consistenței interne). Analizele factoriale confirmatorii au fost efectuate cu aplicația *AMOS 20.0*. Parametrii modelelor factoriale ipotetice au fost estimați utilizându-se metoda verosimilității maxime (engl. *maximum likelihood/ML*). Această metodă este considerată mai robustă în raport cu mărimea eșantionului din care provin datele și cu abaterea de la condiția normalității adistribuțiilor variabilelor observate [68]. Modelele metrice au fost testate pornindu-se de la matricea varianțe-covarianțe calculată pentru variabilele observate (scorurile la itemii unui instrument). Adecvarea modelelor din punct de vedere statistic a fost evaluată utilizându-se următorii indicatori [52, 68, 169]:

- ✓  $\chi^2$  (engl. *minimum discrepancy function*), gradul de libertate ( $df$ ) și pragul de semnificație ( $p$ );  $\chi^2$  (testul exact al lui Fisher) este cel mai comun indicator al discrepantei dintre matricea covarianțelor dintre variabilele observate calculată pentru modelul testat pe un eșantion și matricea covarianțelor estimată la nivelul întregii populații din care a fost extras eșantionul; cu alte cuvinte,  $\chi^2$  oferă o indicație despre măsura în care specificațiile cu privire la varianțele variabilelor observate, covarianțele dintre acestea, precum și dintre erorile (reziduurile) asociate variabilelor observate, respectiv parametrii structurali (saturațiile pe care variabilele observate le au în factorii latenți specificați într-un model metric) sunt valide; deoarece valoarea lui  $\chi^2$  tinde să crească substanțial odată cu sporirea mărimii eșantionului de subiecți (fiind, în cele mai multe cazuri, semnificativă statistic), s-a făcut apel la un indicator suplimentar, și anume  $\chi^2/df$ ; acesta oferă o estimare mai precisă a gradului adecvării statistice

a unui model factorial ipotetic (metric), estimare care este mai rezistentă la distorsiunile asociate mării eșantionului de subiecți;

- ✓ GFI (engl. *goodness-of-fit index*) și AGFI (engl. *adjusted goodness-of-fit index*) – măsura în care, pentru un eșantion de subiecți, modelul factorial ipotetic explică matricea varianțelor și a covarianțelor dintre variabilele observate;
- ✓ NNFI/TLI (engl. *non-normed fit index/Tucker-Lewis index*) și NFI (engl. *normed fit index*) – indicatori ai gradului în care variabilele unui model metric prezintă relații între ele; acești indicatori permit compararea modelului testat cu modelul care afirmă independența totală a variabilelor observate;
- ✓ CFI (engl. *comparative fit index*) – indicator care permite compararea modelului factorial ipotetic cu așa-numitul model nul care pornește de la premisa absenței complete a relațiilor dintre variabilele observate;
- ✓ RMSEA (engl. *root mean square error of approximation*) – unul dintre cei mai importanți indicatori care arată în ce măsură matricea varianțelor-covarianțelor corespunzătoare modelului metric testat se potrivește cu matricea pe care o vom obține în cadrul populației; cu alte cuvinte, RMSEA oferă o indicație cu privire la măsura în care parametrii estimați pentru un model factorial ipotetic sunt reprezentativi pentru întreaga populație din care a fost extras eșantionul de subiecți; este vorba despre eroarea globală pe care ne-o asumăm pentru modelul rezultat în urma analizei factoriale confirmatorii, eroare care trebuie să fie cât mai mică; deoarece valoarea indicatorului RMSEA este sensibilă la specificațiile inadecvate cu privire la relațiile dintre variabilele observate introduse într-un model factorial și este însoțită de un interval de încredere, utilizarea sa pentru evaluarea adecvării statisticii a unui model metric ipotetic este puternic încurajată (MacCallum și Austin, 2000); în investigațiile noastre, valoarea lui RMSEA a fost completată cu intervalul de încredere (estimat la pragul de 90 %).

Se consideră că un model factorial are o adecvare statistică foarte bună atunci când [68, 321]:

- a) valoarea testului  $\chi^2$  nu este semnificativă statistic; b)  $\chi^2/df < 2.00$ ; c) GFI > 0.95 și AGFI > 0.95;
  - d) TLI > 0.95 și NFI > 0.95; e) CFI > 0.95; f) RMSEA < 0.05, limitele intervalului de încredere sunt cât mai apropiate de valoarea lui RMSEA, iar limita inferioară este cât mai apropiată de zero.
- Unii autori [37, 61, 321] sugerează că valori pentru raportul  $\chi^2/df$  cuprinse între 2.00 și 3.00, valori pentru GFI, TLI și CFI cuprinse între 0.90 și 0.95, respectiv o valoare pentru RMSEA cuprinsă între 0.05 și 0.08 sunt indicatori ai unui nivel acceptabil al adecvării statistice.

Pentru scalele corespunzătoare factorilor latenți care au fost reținuți în urma analizei factoriale confirmatorii efectuată pentru itemii fiecăruia dintre instrumente, au fost calculate valorile consistenței interne. Consistența internă este un indicator al fidelității unui instrument de

evaluare a caracteristicilor psihosociale ale unei persoane, care se referă la măsura în care, prin conținutul lor, itemii unui instrument surprind aceeași dimensiune. Din punct de vedere statisticomatematic, consistența internă se bazează pe valorile corelațiilor dintre scorurile la itemii unui instrument unidimensional. Valoarea acesteia este dependentă de numărul de itemi ai instrumentului aflat în atenția cercetătorului. Pentru itemii ale căror răspunsuri posibile sunt distribuite pe o scală cu mai multe ancore verbale, dintre care subiectul trebuie să selecteze doar una (alegere multiplă), consistența internă este evaluată cel mai frecvent prin calcularea valorii coeficientului  $\alpha$  conceptualizat de J. L. Cronbach [205]. Valorile coeficientului  $\alpha$  pot fi cuprinse între 0 și 1. Pentru a concluziona că un chestionar unidimensional sau scală din cadrul unui inventar multidimensional are consistență internă și este util în scopuri de cercetare, este necesară o valoare a coeficientului  $\alpha \geq 0.70$  [255]. Pentru scale care conțin un număr mic itemi (de exemplu, cuprins între 3 și 5), sunt acceptabile și valori ale coeficientului  $\alpha$  cuprinse între 0.60 și 0.70 [205]. Pentru chestionarul prin care a fost operaționalizat riscul abuzului de alcool (a se vedea Anexa A.1.4), evaluarea consistenței interne a fost realizată utilizându-se coeficientul Kuder-Richardson ( $KR_{20}$ ), dată fiind natura dihotomică a itemilor. În plan formal, coeficientul  $KR_{20}$  este echivalentul coeficientului  $\alpha$  și poate lua o valoare cuprinsă între 0 și 1 [cf. 255].

## **2.6. Demersuri de adaptare și validare a instrumentelor pentru investigarea dimensiunilor psiho-socio-comportamentale ale abuzului de alcool în rândul adolescenților**

*Scala pentru evaluarea religiozității.* În cercetarea cantitativă pe care am realizat-o, religiozitatea (importanța acordată religiei în viața personală și implicarea în activități religioase) a fost măsurată cu versiunea în limba română pentru instrumentul *Centrality of Religiosity Scale-Five items/CRS-5* [170]. Instrumentul operaționalizează centralitatea sau importanța a cinci dimensiuni cheie reprezentative pentru viața religioasă, și anume: practica publică (de exemplu, participarea la slujbe religioase desfășurate în Biserică), practica privată (de exemplu, rugăciunea practică acasă), experiența religioasă (de exemplu, sentimentul că Dumnezeu intervine atunci când ne confruntăm cu situații sau evenimente critice), ideologia (de exemplu, credința în existența unei ființe divine) și dimensiunea intelectuală (de exemplu, frecvența preocupărilor cognitive referitoare la chestiuni de ordin religios). Aceste dimensiuni au la bază modelul multidimensional al vieții religioase, care a fost propus de Ch. Glock și pot fi văzute ca modalități prin care constructele religioase pe care o persoană le-a achiziționat sunt modelate și activate. Instrumentul CRS a fost administrat în peste 100 de studii (din domeniul psihologiei religiei sau al sociologiei religiilor) efectuate în mai mult de 25 de țări pe eșantioane de participanți cu diferite vârste, care au totalizat peste 100000 de subiecți [cf. 170].

Instrumentul CRS-5 (Anexa A.1.3) include cinci itemi (de exemplu, „Cât de des te gândești la chestiuni religioase?” sau „Cât de des te rogi?”), fiecare având alocate cinci variante de răspuns (de la 1 – *niciodată* la 5 – *foarte des* sau de la 1 – *nu cred deloc* la 5 – *sunt convins/-ă*). Pentru fiecare item, scorul brut poate fi cuprins între 1 și 5. Pentru un subiect, scorul total se obține prin însumarea scorurilor la itemi (domeniul de variație posibil: 5-25). Scorul ridicat semnifică religiozitatea subiectului care a răspuns. Studiile efectuate de către autorii scalei în vederea evaluării validității de construct (convergentă) raportează corelații foarte puternice între scorul pentru diverse versiuni ale instrumentului CRS și raportările pe care subiecții le fac cu privire la importanța (saliența) identității religioase. Valorile acestor corelații sunt cuprinse între 0.83 – pentru eșantioane de studenți, respectiv 0.73 – pentru un studiu internațional (*Religion Monitor*) care a inclus eșantioane reprezentative formate din tineri și adulți proveniți din 21 de țări. De asemenea, studiile care au urmărit validitatea instrumentului CRS raportează valori ridicate (0.67-0.78) ale corelațiilor dintre scorul pentru diferite versiuni ale instrumentului CRS și evaluările pe care subiecții le fac cu privire la importanța pe care religia o are în propria lor viață de zi cu zi [cf. 170].

*Scala pentru evaluarea rezilienței.* Majoritatea instrumentelor de măsurare cunoscute în literatura internațională își focalizează atenția pe factorii care contribuie la reziliența adolescenților, tinerilor sau a adulților atunci când se confruntă cu stresul psihic sau cu evenimente de viață negative [383]. Instrumentul *Brief Resilience Scale/BRS* [335] a fost proiectat pentru a permite cercetătorilor operaționalizarea rezilienței ca abilitatea unei persoane de a se recupera din punct de vedere psihic după confruntarea cu o perioadă de stres acut. Autorii scalei argumentează faptul că, deși instrumentul oferă o indicație mai degrabă referitoare la credința unei persoane cu privire la cât de capabilă este să-și revină după o solicitare de viață negativă decât cu privire la reușita adaptării, această credință reprezintă un factor cheie pentru procesul recuperării [336].

În studiul pe care l-am realizat, adolescenții au completat versiunea în limba română pentru instrumentul BRS. Aceasta (Anexa A.1.4) a inclus șase itemi cu formulări scurte (de exemplu, „Tind să-mi revin repede după momentele grale prin care trec.” sau „Îmi este greu să mă redresez, atunci când mi se întâmplă ceva rău.”), la care adolescenții au răspuns prin alegerea uneia dintre cinci opțiuni distribuite gradual de la 1 – *dezacord total* la 5 – *acord total*. În procesul scorării, itemii 2, 5 și 6 au necesitat inversarea punctajelor în raport cu sensul scalei pentru răspunsuri. Pentru fiecare item, scorul brut poate fi cuprins între 1 și 5. Scorul total al unui adolescent a fost obținut prin calcularea mediei scorurilor pentru cei cinci itemi (domeniul de variație posibil: 1-5). Scorul ridicat a fost considerat indicator al rezilienței unui adolescent în raport cu factorii adverși care pot să intervină în traseul dezvoltării.

Inițial, instrumentul BRS a fost testat din punct de vedere psihometric utilizându-se patru eșantioane de subiecți americani, dintre care două formate din studenți, unul din pacienți cardiaci aflați într-un program de recuperare medicală și un altul din femei cu/fără fibromialgie. Pentru toate cele patru eșantioane, datele analizei factoriale exploratorii au evidențiat o structură cu un singur factor latent care a explicat între 55 și 67 % din varianța scorului pentru fiecare dintre itemi [cf. 335]. Valorile consistenței interne au fost bune sau excelente ( $\alpha = 0.80-0.91$ ). Pentru toate eșantioanele, scorul total la BRS a prezentat corelații în sensurile așteptate cu variabilele referitoare la calitatea relațiilor sociale, stilurile de adaptare la stres, respectiv indicatori ai stării de sănătate fizică. Dovezi consistente cu privire la validitatea de criteriu (concurrentă) au fost raportate pentru alte două eșantioane de studenți [336].

În România, instrumentul BRS a fost tradus și testat din punct de vedere psihometric utilizându-se un eșantion care a inclus 556 de adolescenți cu vârste cuprinse între 14 și 19 ani [301]. Autorii studiului raportează rezultatele analizei factoriale exploratorii care a evidențiat un singur factor latent. Acesta a explicat 43.41 % din varianța scorului pentru fiecare dintre cei cinci itemi. Saturațiile itemilor în factorul extras au avut valori cuprinse între 0.55 și 0.74. Modelul metric cu un singur factor latent a fost invariant în funcție de sexul și vârsta adolescenților. Pentru scala corespunzătoare factorului evidențiat prin analiza factorială exploratorie și prin cea confirmatorie, valoarea consistenței interne a fost satisfăcătoare ( $\alpha_{\text{Cronbach}} = 0.73$ ). Autorii studiului oferă dovezi și pentru validitatea de construct (convergentă), respectiv cea criterială (concurrentă) a versiunii în limba română pentru BRS. Astfel, scorul total la acest instrument a corelat pozitiv atât cu scorul pentru credința în autoeficacitatea generalizată ( $r = 0.43$ ;  $p < 0.001$ ), cât și cu scorul pentru suportul social din partea familiei ( $r = 0.20$ ;  $p < 0.001$ ). Pe de altă parte, scorul pentru BRS a corelat negativ cu riscul suicidar curent ( $r = -0.27$ ;  $p < 0.001$ ).

*Scala pentru evaluarea autoeficacității generalizate.* Percepția pe care adolescenții care au participat la studiul nostru o aveau despre propria lor eficacitate în depășirea diverselor situații dificile din viața de zi cu zi a fost măsurată cu versiunea în limba română (Anexa A.1.5) pentru *General Self-Efficacy Scale/GSES* [216; pentru versiunea în limba română, a se vedea 35]. Prima versiune a scalei (în limba germană) a apărut în anul 1979 și conținea 20 de itemi. Ulterior, aceasta a fost redusă la zece itemi și tradusă, respectiv adaptată pentru 28 de limbi diferite [cf. 323]. În versiunea pe care am utilizat-o în prezentul studiu, instrumentul GSES include zece itemi (de exemplu, „Dacă insist, reușesc să rezolv problemele dificile pe care le întâmpin în viața mea.” sau „Orice s-ar întâmpla, sunt pregătit/-ă să fac față situației.”) la care un subiect poate să răspundă pe o scală de tip Likert cu patru trepte distribuite gradual de la 1 – *nu mi se potrivește deloc* la 4 – *mi se potrivește perfect*. Pentru fiecare item, scorul brut poate fi cuprins între 1 și 4 în funcție de

varianta de răspuns pe care un subiect o selectează. Scorul total se obține prin însumarea scorurilor la itemi (domeniul de variație posibil: 10-40). Un scor ridicat semnifică credința pe care respondentul o are în propria sa eficacitate generalizată.

Scala dispune de dovezi consistente [216; 320, 323] privitoare la calitățile psihometrice: fidelitate (consistență internă), validitate de construct (structură factorială și validitate convergentă), respectiv validitate de criteriu (predicția funcționării individuale în diverse domenii). Pentru eșantioane de respondenți cu diverse *background*-uri culturale și vârste ( $N_{\text{total}} = 19120$ ), care au provenit din 25 de țări, U. Scholz, B. Gutiérrez-Doña, S. Sud și R. Schwarzer [323] au raportat valori ale consistenței interne cuprinse între 0.75 și 0.91 (pentru eșantionul total,  $\alpha_{\text{Cronbach}} = 0.86$ ). În același studiu, analiza factorială confirmatorie a evidențiat o soluție cu un singur factor latent confirmând unidimensionalitatea scalei.

*Inventarul pentru evaluarea factorilor personalității.* În cercetarea pe care am realizat-o, măsurarea factorilor de personalitate în rândul adolescenților a fost realizată utilizându-se versiunea în limba română (Anexa A.1.6) a instrumentului *Big Five Inventory*/BFI [185, 186]. Inventarul a fost conceput pentru evaluarea eficientă și flexibilă a celor cinci mari dimensiuni ale personalității. Este util mai ales în scopuri de cercetare, atunci când nu este nevoie de o măsurare detaliată a fațetelor (trăsăturilor) personalității. Instrumentul este relativ scurt (deci economic) și itemii au fost formulați pornindu-se de la definițiile prototipice (incluse în liste de adjective) ale celor cinci mari domenii ale personalității. Setul final de itemi a fost selectat pe baza analizelor factoriale realizate pe mai multe eșantioane consistente formate din studenți în primii ani de colegiu sau studenți care erau înscriși la diferite programe de studii dezvoltate în universități publice din SUA [cf. 186].

Itemii instrumentului BFI ( $k = 44$ ) au formulări scurte și simple, evită ambiguitatea sau echivocitatea semnificațiilor și reduc potențialul de a suscita efectul dezirabilității sociale a răspunsurilor. Itemii sunt repartizați pe factori, după cum urmează (a se revedea Anexa A.1.6): *Nevrotism* – 8 itemi (4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39; exemplu de item: „Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, tinde să fie deprimată, abătută”), *Extraversiune* – 8 itemi (1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36; exemplu de item: „Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, are tendința de a fi retrasă”), *Deschidere* – 10 itemi (5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 41, 44; exemplu de item: „Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, manifestă curiozitate față de o varietate de lucruri diferite”), *Agreabilitate* – 9 itemi (2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42; exemplu de item: „Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, este generoasă și se oferă să-i ajute pe alții”) și *Conștiințiozitate* – 9 itemi (3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43; exemplu de item: „Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, muncește cu perseverență până când își termină treaba”). La fiecare dintre itemi, un subiect poate

răspunde pe o scală de tip Likert cu cinci ancore verbale distribuite gradual de la 1 – *dezacord puternic* la 5 – *acord puternic*. Pentru fiecare item în parte, scorul unui subiect poate fi cuprins între 1 și 5 în funcție de varianta de răspuns pe care un subiect a selectat-o (*dezacord puternic* – 1 punct; *înclin spre dezacord* – 2 puncte; *nici în dezcord, nici de acord* – 3 puncte; *înclin spre acord* – 4 puncte; *acord puternic* – 5 punct). Pentru itemii 2, 6, 8, 9, 12, 18, 21, 23, 24, 27, 31, 34, 35, 37, 41 și 43, scorarea se face în sensul invers scalei pentru răspunsuri (*dezacord puternic* – 5 puncte; *înclin spre dezacord* – 4 puncte; *nici în dezcord, nici de acord* – 3 puncte; *înclin spre acord* – 2 puncte; *acord puternic* – 1 punct). Pentru fiecare dintre factori, scorul total se obține prin calcularea media scorurilor pentru itemii alocați (domeniul de variație posibil: 1-5). Scoruri ridicate (de exemplu,  $\geq 4.5$ ) semnifică niveluri ridicate ale nevrotismului, extraversiunii, deschiderii în planul mental și al experiențelor personale, agreabilității, respectiv conștiinciozității.

Din momentul publicării primei versiuni, inventarul a fost utilizat în numeroase studii empirice care au raportat caracteristici psihometrice consistente. Pentru versiunea originală în limba engleză a instrumentului BFI, V. Benet-Martínez și O. P. John [36] raportează valori moderate sau moderate spre ridicate pentru saturațiile itemilor în cei cinci factori ai personalității atât pentru un eșantion de studenți americani ( $N = 711$ ), cât și pentru un al doilea eșantion format din spanioli nativi rezidenți în SUA ( $N = 894$ ). Validitatea internă a instrumentului BFI a fost evaluată pe un al treilea eșantion format din 170 de spanioli bilingvi (rezidenți în San Francisco, SUA), obținându-se valori satisfăcătoare sau bune ale saturațiilor itemilor în factorii pentru care aceștia fuseseră proiectați [cf. 36]. În același studiu, valorile consistenței interne (coeficientul  $\alpha$ ) au fost: *Nevrotism* – 0.84, *Extraversiune* – 0.88, *Deschidere* – 0.81, *Agreabilitate* – 0.79, *Conștiinciozitate* – 0.82. Fidelitatea test-retest (stabilitatea scorurilor calculată pentru eșantioane de studenți la colegiu) are valori satisfăcătoare cuprinse între 0.75 și 0.96 [21, 36, 388]. Pentru un eșantion format din 490 de adolescenți români care au participat la un studiu care s-a interesat de rolul trăsăturilor de personalitate în predicția riscului suicidar, V. Robu [298] raportează valori satisfăcătoare ale consistenței interne pentru scalele versiunii în limba română a instrumentului BFI, după cum urmează: *Nevrotism* – 0.79, *Extraversiune* – 0.76, *Deschidere* – 0.78, *Agreabilitate* – 0.67, *Conștiinciozitate* – 0.81.

Instrumentul BFI a fost utilizat pentru evaluarea domeniilor personalității în cadrul proiectului internațional intitulat *International Sexuality Description Project/ISDP* [322]. Versiunile traduse și adaptate în 28 de limbi diferite au fost administrat unui număr de 17837 de studenți sau persoane din populația comunitară (eșantioanele au fost extrase din populațiile a 56 de națiuni din zece regiuni ale globului). Pentru România, eșantionul a inclus 251 de studenți. Datele au fost colectate și raportate de A. Opre (Universitatea „Babeș Bolyai” din Cluj-Napoca).

Atunci când a fost analizată global, structura factorială s-a dovedit a fi robustă. De asemenea, studiul a evidențiat valori ridicate (0.96-1.00) ale congruenței structurilor factoriale pentru versiunile instrumentului BFI (traduse și adaptate în cele 28 de limbi), care au fost administrate în țările participante la proiect. Pentru eșantionul global care a reunit subeșantioanele provenite din toate țările și culturile analizate, valorile consistenței interne au fost: *Nevrotism* – 0.79, *Extraversiune* – 0.77, *Deschidere* – 0.76, *Agreabilitate* – 0.70, *Conștiinciozitate* – 0.78.

Anexa A.3 prezintă rezultatele analizelor factoriale confirmatorii care au fost întreprinse pentru testarea validității de construct (interne) a fiecăreia dintre scalele instrumentului BFI. Acestea corespund celor cinci factori ai personalității pe care i-am urmărit în cercetare.

*Scalele pentru evaluarea atitudinilor față de comportamentele de risc.* Atitudinile pe care adolescenții le aveau față de comportamentele de risc au fost măsurate utilizându-se 16 itemi dintre care opt (de exemplu, „Cu ce probabilitate ai consuma un drog atunci când s-ar ivi ocazia” sau „Cu ce probabilitate te-ai expune la soare fără să utilizezi niciun mijloc de protecție solară”) au vizat probabilitatea angajării în comportamente cu risc pentru sănătatea fizică și mintală, respectiv siguranța (integritatea personală). Aceștia reprezintă versiunea în limba română (Anexa A1.7) pentru instrumentul *Risk Behaviors Scale – Health/Safety* (RBS-H/S) [373]. Adolescenții care au participat la prezentul studiu au răspuns la acești itemi utilizând o scală cu cinci ancore verbale distribuite gradual, după cum urmează: 1 – *foarte puțin probabil*, 2 – *puțin probabil*, 3 – *nu sunt sigur(ă)*, 4 – *probabil* și 5 – *foarte probabil*. Ceilalți opt itemi (de exemplu, „Cât de riscant ți se pare că o persoană să facă sex neprotejat” sau „Cât de riscant ți se pare că o persoană să se plimbe singură noaptea prin locuri din oraș despre care știe că sunt periculoase”) au operaționalizat percepția pe care adolescenții o aveau despre pericolozitatea asociată diverselor comportamente de risc incluse în prima dintre scalele la care ne-am referit. Acești itemi reprezintă versiunea în limba română (Anexa A1.8) pentru instrumentul *Risk Perception Scale – Health/Safety* (RPS-H/S) [373]. Pentru acești itemi variantele de răspuns au fost: 1 – *deloc riscant*, 2 – *puțin riscant*, 3 – *destul de riscant*, 4 – *riscant* și 5 – *extrem de riscant*.

Itemii la care ne-am referit mai sus au fost preluați dintr-un set mai larg de scale care permit măsurarea atitudinilor față de risc în legătură cu cinci domenii specifice pentru funcționarea de zi cu zi și activitatea indivizilor umani [373]: deciziile financiare (investiții vs. jocuri de noroc), sănătate/siguranță personală, domeniul recreativ, deciziile și acțiunile care au implicații morale și etice, respectiv comportamentele de risc manifestate în relațiile sociale. Scalele au fost proiectate prin valorificarea modelului teoretic cu privire la evaluarea prospectivă a utilității așteptate a unei decizii [190], a teoriei comportamentului planificat [7, 8], respectiv a teoriei acțiunii raționale [132]. E. U. Weber, A.-R. Blais și N. E. Betz [373] au pornit de la premisa că indivizii umani



diferă între ei în ceea ce privește atitudinile față de asumarea riscurilor în diverse domenii, respectiv în ceea ce privește modul în care percep și evaluează riscurile. Această dimensiune este un factor important care explică *pattern*-urile cu privire la angajarea în comportamente care implică riscuri. În baza acestor prezumții autorii pe care i-am citat au construit un set format din 101 itemi care au operaționalizat cele cinci domenii de risc pe care le-am enumerat. Rezultatele analizelor de itemi și ale unei analize factoriale preliminare i-au condus la selectarea a 40 de itemi (câte opt itemi pentru fiecare domeniu în parte) în funcție de cele mai ridicate valori ale corelațiilor item-scor total și de absența saturațiilor în mai mulți factori (itemii trebuiau să satureze doar factorul latent pentru care au fost proiectați). Noul set de itemi a fost supus analizei factoriale exploratorii în vederea evaluării validității de construct teoretică. Rezultatele au evidențiat o structură factorială robustă (factorii latenți au cuprins între cinci și opt itemi ale căror saturații unice au fost  $\geq 0.30$ ), cu valori cuprinse între 0.30 și 0.84 pentru saturațiile itemilor în factorii latenți referitori la probabilitatea angajării în comportamente de risc (factorii au fost diferențiați în funcție de cele cinci domenii), respectiv 0.31 și 0.97 pentru saturațiile itemilor în factorii latenți referitori la percepția pericolozității comportamentelor de risc. Pentru domeniul referitor la sănătate/siguranță E. U. Weber, A.-R. Blais și N. E. Betz [373] au raportat o consistență internă satisfăcătoare atât pentru setul format din opt itemi care au fost reținuți pentru scala referitoare la probabilitatea angajării în comportamente de risc ( $\alpha_{\text{Cronbach}} = 0.77$ ), cât și pentru cel format din alți opt itemi care au fost reținuți pentru scala care vizează percepția pericolozității comportamentelor de risc ( $\alpha_{\text{Cronbach}} = 0.76$ ). Autorii scalelor prezintă dovezi consistente și pentru fidelitatea test-retest ( $N = 121$  subiecți; retestul a fost efectuat la o lună după prima administrare), respectiv validitatea de construct convergentă și discriminantă. Scala referitoare la probabilitatea angajării în comportamente de risc pentru sănătatea/siguranța personală a evidențiat o valoare destul de consistentă a fidelității test-retest ( $r_{xx'} = 0.75$ ;  $p < 0.001$ ). De asemenea, pentru scala referitoare la percepția pericolozității asociată diferitelor comportamente de risc pentru sănătatea/siguranța personală valoarea fidelității test-retest a fost satisfăcătoare ( $r_{xx'} = 0.66$ ;  $p < 0.001$ ).

Validitatea de construct teoretică a versiunii în limba română pentru instrumentul RBS-H/S a fost testată utilizându-se analiza factorială confirmatorie. La scala corespunzătoare factorului latent evidențiat a fost determinat un scor total pentru fiecare dintre adolescenții care au participat la studiu. Acesta a fost obținut prin calcularea mediei scorurilor la cei opt itemi reținuți în modelul final (domeniul de variație posibil: 1-5). Scorul ridicat a fost interpretat ca indicator al atitudinii favorabile față de comportamentele de risc (nivelul ridicat al probabilității angajării în astfel de comportamente).

De asemenea, setul format din itemii prin care a fost măsurată percepția cu privire la pericolozitatea comportamentelor de risc a fost supus analizei factoriale confirmatorie. Pentru fiecare dintre adolescenții care au participat la studiu a fost obținut un scor total la scala corespunzătoare factorului latent. Acesta a fost obținut prin calcularea mediei scorurilor la cei opt itemi reținuți în modelul metric final (domeniul de variație posibil: 1-5). Scorul ridicat a fost interpretat ca indicator al atitudinii nefavorabile față de comportamentele de risc (conștientizarea pericolozității angajării în diverse comportamente cu risc pentru sănătatea și siguranța personală).

*Scala pentru evaluarea anxietății.* Anxietatea a fost operaționalizată utilizându-se zece itemi (Anexa A.1.9) preluați din versiunea în limba română a subscalei *Anxietate* din *Youth Self-Report/YSR-A* [1, 2]. Adaptarea în România a fost coordonată de A. Dobrea și este comercializată de Romanian Psychological Testing Services. Instrumentul multidimensional YSR face parte dintre cele trei binecunoscute instrumente standardizate din bateria 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. Evaluările multiple pot fi realizate cu ajutorul a trei surse: părinți, profesori și autoraportările subiecților. Componentele sistemului de evaluare ASEBA au fost proiectate pe baze empirice pentru a permite *screening*-ul competențelor sociale (activități domestice, sportive, de timp liber și *hobby*-uri, respectiv interacțiuni sociale), problemelor emoționale (anxietate, depresie, însingurare și izolare, acuze somatice) și al celor comportamentale (probleme de gândire, probleme cu atenția, încălcarea regulilor și a normelor sociale, respectiv manifestări agresive) în rândul preadolescenților și al adolescenților cu vârste cuprinse între 11 și 18 ani. Subscalele de bază pot fi grupate în probleme emoționale și probleme comportamentale. Aceste subscale au fost derivate empiric prin efectuarea de analize factoriale. Subscalele care vizează problemele emoționale și comportamentale nu sunt destinate delimitării unui diagnostic de natură psihiatrică, ci surprind funcționarea psihosocială a unui (pre)adolescent în circumstanțe normale ale traseului dezvoltării [2]. Alți zece itemi vizează tulburările de alimentație, supraponderalitatea și dorința de a aparține sexului opus. De asemenea, subiectul trebuie să răspundă la câțiva itemi care urmăresc evaluarea performanței școlare [cf. 1]. La fiecare dintre itemii cu răspunsuri închise, 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*. 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”.

Instrumentul YSR (inclusiv subscala *Anxietate*) are calități psihometrice consistente care au fost evidențiate în mai multe studii ample și riguroase [1, 2, 49, 177]. 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.

*Inventarul pentru evaluarea dispoziției afective negative.* În vederea măsurării dispoziției afective negative (ca dimensiune a stării de bine subiective), adolescenții care au fost investigați în prezentul studiu au completat *Mental Health Inventory-5/MHI-5* [41; pentru versiunea în limba română care a fost administrată în prezenta cercetare, a se vedea Anexa A1.10]. MHI-5 este un instrument de tip *screening*, parte componentă a *Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (MOS SF-36 Health Survey)/SF-36® Health Survey*. SF-36 este un instrument multidimensional ușor de administrat, care a fost construit pentru a permite măsurarea *status*-ului sănătății (sau al calității vieții) în anchetele extinse realizate în populația generală, studiilor clinice sau investigațiile destinate evaluării calității programelor de sănătate [cf. 43]. Instrumentul include cinci itemi (de exemplu, „Pe parcursul ultimelor 12 luni, cât de des te-ai simțit calm/-ă și liniștit/-ă ?” sau „Pe parcursul ultimelor 12 luni, cât de des te-ai simțit descurajat/-ă și amărât/-ă ?”). Un subiect își poate evalua propria stare de bine afectivă alegând una dintre cinci variante de răspuns distribuite gradual pe o scală de la 0 – *niciodată* la 5 – *tot timpul*).

Instrumentul MHI-5 are avantajul că permite măsurarea atât a stării de bine din punct de vedere emoțional, cât și a stresului psihic, ceea ce îl face potrivit nu numai pentru populațiile clinice, ci și pentru populația generală [226]. Rezultatele unui studiu comunitar realizat pe un eșantion larg de adolescenți au recomandat utilizarea instrumentului MHI-5 pentru evaluarea stării de sănătate mintală a adolescenților [261]. S. C. Marques, J. L. Pais-Ribeiro și S. J. Lopez [226] au administrat instrumentul MHI-5 unui eșantion de adolescenți portughezi fără probleme medicale sau psihiatrice. Autorii studiului au raportat o valoare a consistenței interne egală cu 0.82. Datele analizei factoriale exploratorii au indicat unidimensionalitatea scalei. Pentru adolescenți fără probleme în ceea ce privește sănătatea fizică și/sau mintală, respectiv adaptarea la sarcinile dezvoltării, validitatea de construct a instrumentului MHI-5 a fost dovedită prin corelațiile pozitive (și cu valori moderate) cu scorurile pentru sentimentul de speranță, satisfacția față de viață și sentimentul valorii de sine [226].

Avându-se în vedere modelul factorial care a fost reținut în urma analizelor factoriale confirmatorii, pentru fiecare dintre adolescenții care au participat la studiu a fost calculat un scor prin însumarea scorurilor la cei cinci itemi (domeniul de variație posibil: 0-25). Pentru itemii 3 și 5, procesul de scorare a necesitat acordarea punctajelor în sensul invers scalei pentru răspunsuri.

Un scor ridicat a fost considerat ca indicator al dispoziției afective negative (echivalentă cu nivelul scăzut al stării de bine din punct de vedere emoțional) pe care un adolescent o experimentase pe parcursul ultimului an.

*Scala pentru evaluarea suportului social perceput.* Deși există numeroase instrumente destinate măsurării suportului social efectiv primit sau a celui perceput, dintre care unele sunt generale, iar altele specifice [pentru o sinteză comprehensivă, a se vedea 214], scalele și inventarele care vizează suportul perceput au primit o mai mare atenție în ceea ce privește proprietățile psihometrice și utilitatea pe care o au în predicția dimensiunilor sănătății fizice și mintale și ale stării de bine subiective.

Percepția pe care adolescenții care au participat la prezentul studiu o aveau cu privire la disponibilitatea și adecvarea suportului social familial și extrafamilial (din partea prietenilor și a altor persoane semnificative) a fost operaționalizată utilizându-se versiunea în limba română [303; Anexa A1.11] pentru *Multidimensional Scale of Perceived Social Support/MSPSS* [393]. MSPSS este unul dintre cel mai frecvent utilizate instrumente pentru măsurarea suportului social perceput. Acesta nu este consumator de timp și poate fi aplicat împreună cu alte instrumente, atunci când într-un studiu sunt urmărite multe variabile. Instrumentul MSPSS a fost proiectat în limba engleză pentru evaluarea subiectivă a disponibilității și adecvării suportului social (instrumental și emoțional) din trei surse specifice: familie (patru itemi – de exemplu: „Familia mea se străduiește să mă ajute, atunci când am nevoie.”), prieteni (patru itemi – de exemplu: „Pot să vorbesc cu prietenii mei despre problemele pe care le întâmpin.”) și alte persoane semnificative pentru dezvoltarea unei persoane (patru itemi – de exemplu: „În viața mea, există o persoană specială căreia îi pasă de sentimentele mele.”). La fiecare item din MSPSS, răspunsul poate fi furnizat pe o scală de tip Likert cu șapte ancore verbale distribuite gradual de la 1 – *dezacord puternic* la 7 – *acord puternic*.

Instrumentul MSPSS are calități psihometrice consistente [214; 393], 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 (de construct internă, discriminantă, concurentă și predictivă), respectiv fidelitatea (test-retest și consistența internă) 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 [62, 79, 122, 288, 303], cât și pe eșantioane clinice formate din adolescenți diagnosticați cu tulburări psihice [194]. V. Robu, A. Sandovici și M. Ciudin [303] au selectat din populația comunitară trei eșantioane de adolescenți români (care au inclus 556, 702, respectiv 149 subiecți) și au adus dovezi consistente pentru structura factorială, validitatea discriminantă și concurentă, respectiv fidelitatea (consistența internă și stabilitatea test-

retest) versiunii în limba română pentru MSPSS. Datele analizei factoriale exploratorii au evidențiat trei factori care au explicat 73.67 % din variația totală a itemilor. Aproape toți itemii au prezentat saturații  $\geq 0.80$  în factorii latenți referitori la suportul social din partea familiei, prietenilor, respectiv a altor persoane semnificative. Modelul metric cu trei factori intercorelați a fost replicat utilizându-se un al doilea eșantion de adolescenți și analiza factorială confirmatorie. Analiza multigrup a datelor dezvăluit invarianța modelului metric în funcție de sexul și vârsta adolescenților. Pentru cele trei eșantioane de adolescenți, valorile consistenței interne a subscalelor din MSPSS au fost ridicate ( $\alpha_{\text{Cronbach}} = 0.86-0.91$ ). Valorile fidelității test-retest (retestul a fost efectuat după 3-4 săptămâni de la prima măsurătoare) au fost egale cu 0.79 (suportul social din partea familiei), 0.78 (suportul social din partea prietenilor), respectiv 0.78 (suportul social din partea altor persoane semnificative).

În prezentul studiu, scorul pentru fiecare dintre itemi a fost obținut prin acordarea a 1-7 puncte în funcție de varianta de răspuns pe care un adolescent a selectat-o. Pentru fiecare dintre sursele care pot oferi suport social, scorul total a fost obținut prin însumarea scorurilor la itemii corespunzători (domeniul de variație posibil: 4-28). De asemenea, pentru fiecare dintre adolescenții care au participat la studiu, a fost calculat un scor global prin însumarea scorurilor pentru cele trei surse de suport (domeniul de variație posibil: 12-84). Scorurile ridicate au fost interpretate ca semnificând niveluri ridicate ale disponibilității și adecvării suportului social din partea familiei, prietenilor și a altor persoane semnificative.

*Scala pentru evaluarea satisfacției față de familie, prieteni, școală și sine.* Pentru operaționalizarea satisfacției pe care adolescenții care au participat la studiul nostru o aveau în legătură cu diverse domenii ale vieții, a fost administrată versiunea tradusă în și adaptată pentru limba română (Anexa A1.12) a unui instrument foarte cunoscut în literatura internațională centrată pe problematica stării de bine subiective în diverse categorii ale populației comunitare, și anume *The Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale/MSLSS* [146, 171, 172, 174]. În versiunea sa originală în limba engleză [171, 172], instrumentul include 40 de itemi care au formulări foarte accesibile și care operaționalizează satisfacția pe care copiii și adolescenții (cu vârste cuprinse între 8 și 18 ani) o au în legătură cu cinci domenii ale vieții: viața de familie (7 itemi), calitatea relațiilor cu prietenii (9 itemi), activitatea și viața școlară (8 itemi), mediul de trai/condițiile în care locuiesc (9 itemi), respectiv propria persoană (7 itemi). Acesta a fost proiectat pentru a oferi cercetătorilor și profesioniștilor care asistă pe copii, adolescenți și familiile acestora un profil multidimensional al evaluărilor pe care le fac cu privire la propria lor viață. Conform lui E. S. Huebner [172], evaluarea diferențiată a satisfacției pe care copiii și adolescenții o au în legătură cu propria lor viață permite un diagnostic mult mai *focusat* a factorilor vulnerabilizanți care

grevează funcționarea și dezvoltarea unui copil sau a unui adolescent, precum și implementarea unor măsuri de intervenție și prevenire mai bine orientate către domeniile vulnerabile. De exemplu, elevii care sunt nesatisfăcuți față de experiențele pe care le trăiesc în familiile din care provin necesită implementarea unor strategii de intervenție diferite de cele care sunt adecvate elevilor care nu sunt mulțumiți de experiențele pe care le au în domeniul școlar. În plus, cunoașterea judecăților subiective pe care copiii și adolescenții le fac cu privire la diverse domenii ale vieții lor poate fi mai relevantă decât informațiile care se obțin prin utilizarea indicatorilor obiectivi care sunt tradiționali pentru calitatea vieții (de exemplu: rata divorțului parental, nivelul veniturilor familiale sau cheltuielile pe care părinții le fac pentru școlarizarea fiecăruia dintre copiii pe care îi au în creștere).

Pentru elevii de clase gimnaziale și de liceu, formatul răspunsurilor la itemi include șase variante, după cum urmează: 1 – *dezacord puternic*, 2 – *dezacord*, 3 – *într-o oarecare măsură în dezacord*, 4 – *într-o oarecare măsură de acord*, 5 – *acord*, respectiv 6 – *acord puternic*. Deoarece domeniile satisfacției față de viață sunt operaționalizate printr-un număr diferit de itemi, scorul pentru fiecare domeniu se obține prin calcularea mediei scorurilor la itemii corespunzători (domeniul de variație posibil: 1-6). Scorurile ridicate sunt indicatori ai satisfacției pe care un copil/adolescent o are față de un anumit domeniu al vieții sale. De asemenea, poate fi calculat un scor compozit (domeniu de variație posibil: 1-6) ca indicator al satisfacției generale pe care un copil/adolescent o are în legătură cu propria sa viață privită în totalitatea aspectelor ei.

În prezentul studiu, adolescenții au completat doar 31 dintre cei 40 de itemi ai scalei originale. Itemii din MSLSS care operaționalizează satisfacția față de mediul de trai (de exemplu, „Îmi doresc să locuiesc în altă parte.”) au fost excluși, deoarece acest domeniu a fost considerat ca fiind mai puțin relevant pentru scopul studiului pe care l-am realizat. Restul itemilor pe care adolescenții i-au completat au vizat satisfacția față de: viața de familie (de exemplu, „Îmi place să-mi petrec timpul cu părinții mei.”), relațiile cu prietenii (de exemplu, „Prietenii mei sunt minunați.”), activitatea școlară (de exemplu, „Nu mă simt bine la școală.”), respectiv propria persoană (de exemplu, „Sunt o mulțime de lucruri pe care le pot face bine.”). În plus, nu am procedat la calcularea unui scor compozit (ca indicator al satisfacției generale), deoarece am pornit de la premisa că acesta nu surprinde foarte bine diferențele dintre adolescenți în ceea ce privește profilul satisfacției față de domeniile cheie ale vieții de zi cu zi. De exemplu, doi adolescenți pot obține același scor compozit pentru MSLSS (care, aparent, indică același nivel al satisfacției pe care o au față de viețile lor), dar profilul scorurilor pentru cele patru (sau cinci) domenii ale vieții poate fi diferit. O astfel de situație nu are numai implicații de ordin metodologic (care țin de evaluarea cât mai acurată și mai completă a satisfacției pe care un adolescent o are față de propria sa viață), ci

și implicații de ordin practic (de exemplu, intervențiile în vederea creșterii calității vieții pot fi mai bine diferențiate în funcție de nevoile specifice fiecăruia dintre adolescenți).

Studiile preliminare care au fost realizate pentru explorarea proprietăților psihometrice au utilizat eșantioane care au inclus 312 elevi de clasele III-VIII și 413 elevi de clasele III-V dintr-un stat din sud-estul federației americane [171], 291 elevi de clasele VI-VIII din același stat [174], respectiv 321 elevi de clasele IX-XII [146]. De asemenea, date psihometrice au fost raportate și pentru un alt eșantion care a inclus 160 de adolescenți (elevi de clasele IX-XII) care erau rezidenți în statul Carolina de Sud din federația americană [173]. Rezultatele analizelor factoriale exploratorii au oferit dovezi pentru multidimensionalitatea instrumentului MSLSS [171]. De asemenea, analizele factoriale confirmatorii au oferit un suport suplimentar pentru modelul de măsurare multidimensional ierarhic, în care s-a evidențiat un factor latent de ordin superior (corespunzător satisfacției generale față de viață), căruia i s-au subordonat cinci factori latenți specifici, corespunzători celor cinci domenii ale satisfacției față de viață în rândul copiilor și al adolescenților [146, 174]. De asemenea, există date pentru validitatea convergentă și discriminantă a instrumentului MSLSS. Scorurile pentru acesta au corelat cu alți indicatori ai stării de bine, care au fost obținuți pe baza raportărilor realizate de către copii și adolescenți [146, 171, 174], cu raportările pe care părinții le-au făcut cu privire la satisfacția față de viață în rândul adolescenților pe care îi aveau în creștere [173], precum și cu scorul la o scală care a vizat dezirabilitatea socială a răspunsurilor [174]. Pentru subscalele instrumentului, valorile consistenței interne și ale fidelității test-retest (obținute pe eșantioane de copii în clasele III-VIII) au fost cuprinse între 0.70 și 0.90 [cf. 171, 174]. De asemenea, pentru eșantionul de adolescenți americani pe care l-au investigat, R. Gilman, E. S. Huebner și J. E. Laughlin [146] au raportat valori acceptabile ( $\alpha_{\text{Cronbach}} = 0.79-0.86$ ) ale consistenței interne.

*Scala pentru evaluarea indisciplinei manifestată la școală.* Pentru estimarea frecvenței actelor de indisciplină pe care adolescenții le manifestau în timpul programului școlar, au fost preluați șase itemi (de exemplu: „Întârziile la ore și intru după profesori”) dintr-un studiu care și-a concentrat atenția pe frecvența și motivele actelor de indisciplină în rândul elevilor de liceu [296]. La fiecare dintre itemi (Anexa A1.13), adolescenții au răspuns pe o scală cu patru trepte distribuite gradual de la 1 – *niciodată* la 4 – *foarte des*. Pentru un item, scorul poate fi cuprins între 1 și 4 în funcție de varianta de răspuns selectată. Scorul total al unui adolescent a fost obținut prin calcularea mediei scorurilor pentru toți itemii (domeniul de variație posibil: 1-4). Un scor ridicat a fost interpretat ca indicator al frecvenței ridicate a actelor de indisciplină pe care un adolescent le manifesta în mediul școlar. Pentru ansamblul format din cei șase itemi, consistența internă este satisfăcătoare [ $\alpha_{\text{Cronbach}} = 0.78$ ; cf. 302].

*Scala pentru evaluarea stimei de sine în domeniul școlar.* În vederea măsurării stimei de sine în domeniul școlar, am utilizat versiunea în limba română a unei forme prescurtate (Anexa A1.14) a subscalei *School* pe care am extras-o din instrumentul *Hare Self-Esteem Scale-School/HSES-S* [B. R. Hare; scala este prezentată integral în 131]. HSES include 30 de itemi care permit evaluarea stimei de sine pe care copiii și adolescenții cu vârste cuprinse între 10 și 18 ani o au în trei domenii distincte, și anume familie (părinți), covârșnici (colegi de școală și prieteni), respectiv activitatea școlară. Aceste trei domenii sunt componente cheie ale funcționării unui copil/adolescent în care stima de sine joacă un rol major. Prin calcularea mediei scorurilor la cele trei domenii, se poate obține un indicator pentru stima de sine globală. Instrumentul a fost utilizat în numeroase studii care s-au interesat de relația dintre stima de sine și comportamentele legate de sănătate (de exemplu, consumul de droguri) în rândul puberilor și al adolescenților. Pentru instrumentul HSES, validitatea de construct (atât cea internă, cât și cea externă) și fidelitatea au fost analizate în câteva studii [196, 331] care au confirmat structura factorială (diferențierea celor trei domenii ale stimei de sine din punct de vedere psihometric), au raportat valori satisfăcătoare ale consistenței interne și au evidențiat relații între scorurile pentru stima de sine în unul sau altul dintre cele trei domenii ale funcționării unui copil/adolescent, respectiv alte constructe relevante (de exemplu, corelația dintre stima de sine în domeniul școlar și nivelul anxietății față de testări).

În versiunea originală în limba engleză a instrumentului HSES, subscalea *School* include zece itemi. În prezentul studiu, au fost selectați doar cinci itemi (de exemplu: „De obicei, profesorii mei sunt mulțumiți de modul în care mă descurc la școală”), astfel încât conținutul acestora să fie cât mai reprezentativ pentru evaluarea stimei de sine în domeniul școlar. Itemii au fost concepuți pentru a oferi cercetătorilor o indicație cât mai precisă cu privire la sentimentul general pe care un (pre)adolescent cu vârsta mai mare de zece ani îl are în legătură cu propriile competențe și valoarea sa în domeniul școlar. La fiecare dintre itemi, adolescenții care au participat la prezentul studiu au răspuns pe o scală de tip Likert cu cinci ancore verbale distribuite gradual de la 1 – *dezacord puternic* la 5 – *acord puternic*. Pentru un item, scorul a variat între 1 și 5 în funcție de varianta de răspuns pe care un adolescent a selectat-o. În etapa scorării, itemul 2 a necesitat inversarea punctajelor în raport cu sensul scalei pentru răspunsuri. Scorul total al unui adolescent a fost obținut prin calcularea mediei scorurilor pentru ansamblul celor cinci itemi (domeniul de variație posibil: 1-5). Un scor ridicat a fost considerat ca indicator al nivelului ridicat pentru stima de sine în domeniul școlar. Pentru ansamblul format din cei cinci itemi, care a fost administrat unui eșantion extins ( $N = 704$ ) de adolescenți români într-un studiu care a urmărit predictorii și efectele angajamentului în domeniul școlar, V. Robu și A. Sandovici [302] raportează o valoare satisfăcătoare a consistenței interne ( $\alpha_{\text{Cronbach}} = 0.71$ ).



*Chestionarul pentru evaluarea riscului abuzului de alcool.* Conform Institutului Național de Medicină din SUA (1990), un reper științific și metodologic cheie pentru investigarea și reducerea incidenței alcoolismului în populația generală îl constituie identificarea persoanelor cu probleme ușoare sau moderate referitoare la consumul de alcool, respectiv intervenția imediată în vederea reducerii riscului cronicizării consumului și a problemelor asociate acestuia. Cercetătorii și practicienii din rețeaua de îngrijiri medicale (atât primare, cât și specializate) au integrat această directivă și au dezvoltat tehnici pentru evaluare eficace și puțin costisitoare, care pot fi aplicate pe scară largă în diferite grupuri populaționale cu risc crescut în ceea ce privește consumul dăunător de alcool. Tehnicile cunoscute în domeniul *screening*-ului riscului pentru abuzul de alcool urmăresc, în principal, să identifice din timp persoanele vulnerabile, pentru a preveni complicațiile pe care le produce instalarea dependenței.

În literatura de specialitate, precum și în practica clinică, pot fi identificate numeroase instrumente care sunt utile pentru detectarea precoce a problemelor pe care le poate crea consumul de alcool într-un mod nesănătos. Dintre acestea, enumerăm: *Adolescent Drinking Index/ADI* [156], *Alcohol Use Disorders Identification Test/AUDIT* [24, 315, 316], *CAGE* [127, 231], *CRAFFT* [201], *Drug and Alcohol Problem (DAP) Quick Screen* [198], *Brief Michigan Alcoholism Screening Test/BMAST* [280], *Michigan Alcoholism Screening Test/MAST* [328], *Short Michigan Alcoholism Screening Test/SMART* [329], *Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers/POSIT* [286], *RAFFT* [295], *Self-Administered Alcoholism Screening Test/SAAST* [347] ș.a. Unele dintre acestea (de exemplu: AUDIT, BMAST, CAGE, MAST, SAAST, SMART) au fost proiectate cu scopul de a fi utilizate pentru *screening*-ul abuzului de alcool în rândul adulților, în timp ce altele (de exemplu: ADI, CRAFFT, DAP, POSIT, RAFFT) au fost construite pentru utilizarea în populația de adolescenți.

Deoarece abuzul sau dependența de substanțe psihoactive (în principal, alcool și droguri) reprezintă o problemă socială și medicală cu multiple consecințe (educative, familiale, economice, juridice etc.) asupra adolescenților, au fost elaborate și validate mai multe chestionare sau scale care își focalizează atenția pe detectarea rapidă a riscului (re)current în această categorie vulnerabilă a populației. Deși au fost utilizate de către pediatri și medicii de familie în practica clinică, respectiv în mai multe studii efectuate în domeniile alcoologie, psihologia sănătății, psihologia clinică, psihopatologie ș.a., unele dintre aceste instrumente prezintă anumite probleme în ceea ce privește calitățile psihometrice (care nu oferă dovezi consistente cu privire la utilitatea lor practică în diagnosticarea problemelor referitoare la consumul de alcool), respectiv în ceea ce privește fezabilitatea administrării practice în populația de adolescenți în scopul *screening*-ului preventiv sau în cel al cercetării. De exemplu, chestionarul POSIT [286] a beneficiat de o atenție

considerabilă din partea cercetătorilor și a practicienilor. Instrumentul la care ne referim a fost validat în populația de adolescenți cu vârste cuprinse între 12 și 19 ani, care au fost recrutați din multiple medii (de exemplu, școli publice sau centre corecționale pentru minori). Studiile au raportat valori bune ale fidelității test-retest și ale consistenței interne în rândul adolescenților referiți pentru consult medical în ambulatorii de specialitate [199]. În plus, chestionarul POSIT conține zece scale (în total, 139 de itemi) care îl fac ideal pentru *screening*-ul pacienților în mediul clinic dedicat asistenței medicale a adolescenților, însă mai puțin practic pentru pediatri sau medicii de familie, respectiv pentru cercetătorii care studiază problematica abuzului/dependenței de alcool.

Un alt instrument, și anume *Drug and Alcohol Problem (DAP) Quick Screen* [198], conține în versiunea lungă 30 de itemi cu răspunsuri dihotomice (DA/NU), care au fost proiectați pentru a fi utilizați în *screening*-ul abuzului de alcool și alte substanțe în rândul adolescenților care sunt referiți către cabinetele medicale de îngrijire primară. Pentru o versiune scurtă a acestui instrument ( $k = 4$  itemi), Schwartz și Wirtz [324] au raportat o valoare a sensibilității egală cu 0.70, ceea ce înseamnă capacitatea scorului total de a detecta 70 % dintre adolescenții aflați în grupul de risc în ceea ce privește abuzul de alcool sau alte substanțe. Cu toate acestea, setul format din cei patru itemi nu a fost testat din punct de vedere psihometric independent de instrumentul inițial. La rândul lui, chestionarul CAGE [127, 231] include doar patru itemi dihotomici (cu variantele de răspuns DA sau NU) pentru care s-au raportat valori ridicate ale sensibilității și specificității într-un eșantion clinic [66], însă instrumentul nu a fost validat pentru utilizarea în populația de adolescenți. În plus, anumiți itemi (de exemplu: „Ai consumat vreodată dimineața, la prima oră, un pahar de băutură pentru a-ți calma nervii sau a scăpa mahmureală ?) sunt mai puțin adecvați, dacă ținem cont de particularitățile dezvoltării în perioada adolescenței. În fine, instrumentul RAFFT [295] este destinat adolescenților și este cel mai apropiat echivalent al chestionarului CAGE. Deși toți cei cinci itemi sunt potriviți pentru utilizarea în vederea *screening*-ului problemelor asociate consumului de alcool în rândul adolescenților, interpretarea scorului total din punct de vedere clinic trebuie realizată cu precauție deoarece dovezile cu privire la validitate nu sunt încă suficiente [201].

Având în vedere considerațiile de ordin metodologic (psihometric) și practic pe care le-am adus în discuție pentru instrumentele la care ne-am referit mai sus, J. R. Knight și colaboratorii [201] au realizat un studiu prin care și-au propus construirea și validarea unui instrument destinat *screening*-ului problemelor în ceea ce privește utilizarea problematică a alcoolului și a altor substanțe în rândul adolescenților. Autorii și-au propus ca acest instrument să fie scurt, fidel, valid și să aibă valoare practică pentru utilizarea în cabinetele pediatrice. Chestionarul CRAFFT (*Car* –

*Relax – Alone – Forget – Friends – Trouble*) include nouă itemi (pentru versiunea originală în limba engleză, a se consulta Anexa A1.15a), la care un adolescent poate răspunde alegând varianta DA sau NU. Acesta permite *screening*-ul adolescenților care prezintă un risc ridicat pentru tulburări legate de utilizarea alcoolului sau a altor substanțe. Validitatea instrumentului a stat în atenția mai multor studii [108, 200]. Itemii 1 și 4 au fost preluați și adaptați din instrumentul *Drug and Alcohol Problem (DAP) Quick Screen* [198], itemii 5, 7 și 9 din chestionarul POSIT [199, 286], itemii 3 și 6 din RAFFT [295], iar itemul 2 a fost adaptat prin combinarea a doi itemi preluați din POSIT, respectiv RAFFT. Setul format din cei nouă itemi a fost administrat unui eșantion care a inclus 99 de adolescenți (cu o vârstă medie egală cu 16.3 ani). Subiecții din eșantionul experimental au mai completat o scală pentru evaluarea consumului de substanțe chimice (denumită *Personal Involvement with Chemicals Scale/PICS*). Aceasta a fost extrasă dintr-un instrument mai amplu (și anume *Personal Experience Inventory/PEI*) care este bine validat și urmărește experiențele personale pe care adolescenții și tinerii le au în ceea ce privește abuzul de substanțe și problemele asociate acestora. Instrumentul PICS a fost utilizat pentru evaluarea validității de criteriu (concurrente) a chestionarului CRAFFT.

J. R. Knight și colaboratorii [201] au raportat o valoare bună a consistenței interne ( $\alpha_{\text{Cronbach}} = 0.79$ ) pentru itemii instrumentului CRAFFT. Scorul total a corelat puternic cu scorul pe care adolescenții l-au obținut la instrumentul PICS. Pentru un subset format din șase itemi din CRAFFT, autorii studiului au raportat o valoare a sensibilității egală cu 0.92, respectiv o valoare a specificității egală cu 0.82. Cu alte cuvinte, chestionarul este capabil să clasifice corect cel puțin 80 % dintre adolescenți în ceea ce privește riscul pentru probleme legate de consumul de alcool sau alte substanțe. Aceste rezultate reprezintă dovezi consistente pentru validitatea de criteriu a chestionarului CRAFFT.

Având în vedere claritatea și relevanța întrebărilor, precum și calitățile psihometrice consistente, în studiul pe care l-am realizat, chestionarul CRAFFT a constituit principalul bazin din care au fost recrutați și adaptați itemii pe care i-am inclus în chestionarul prin care a fost operaționalizat riscul pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților. Instrumentul (Anexa A1.15b) a inclus zece itemi la care adolescenții au răspuns alegând una din două variante, și anume DA sau NU. Itemii 1-3, respectiv 5-9 au fost preluați din versiunea originală a chestionarului CRAFFT și adaptați pentru scopurile prezentului studiu. S-a renunțat la includerea în conținutul itemilor a consumului de alte substanțe decât alcoolul deoarece investigația noastră a urmărit doar dimensiunile psiho-socio-comportamentale ale consumului de alcool în rândul adolescenților.

Corespondența dintre itemii valorificați în chestionarul prin care s-a măsurat riscul pentru consumul abuziv de alcool în rândul adolescenților și itemii originali din instrumentul CRAFFT

este următoarea: a) itemul 1 din chestionarul prin care a fost evaluat riscul pentru abuzul de alcool a avut la bază itemul 1 din chestionarul CRAFFT; b) itemul 2 din chestionarul prin care a fost evaluat riscul pentru abuzul de alcool a avut la bază itemul 5 din chestionarul CRAFFT; c) itemul 3 din chestionarul prin care a fost evaluat riscul pentru abuzul de alcool a avut la bază itemul 6 din chestionarul CRAFFT; d) itemul 5 din chestionarul prin care a fost evaluat riscul pentru abuzul de alcool a avut la bază itemul 7 din chestionarul CRAFFT; e) itemul 6 din chestionarul prin care a fost evaluat riscul pentru abuzul de alcool a avut la bază itemul 2 din chestionarul CRAFFT; f) itemul 7 din chestionarul prin care a fost evaluat riscul pentru abuzul de alcool a avut la bază itemul 9 din chestionarul CRAFFT; g) itemul 8 din chestionarul prin care a fost evaluat riscul pentru abuzul de alcool a avut la bază itemul 8 din chestionarul CRAFFT; h) itemul 9 din chestionarul prin care a fost evaluat riscul pentru abuzul de alcool a avut la bază itemul 3 din chestionarul CRAFFT. Itemul 10 din instrumentul pe care l-am proiectat pentru a măsura riscul pentru consumul abuziv de alcool are la bază itemul 6 („Have you ever neglected your obligations, your family, or your work for two or more days in a row because you were drinking ?”) din versiunea originală a chestionarului BMAST. Itemul 4 [„Crezi că ceilalți (prietenii tăi, colegii de școală) beau alcool mai mult decât tine ?] a fost formulat pentru a servi prezentului studiu, pornindu-se de la premisa că un adolescent care se compară cu alți covârșnici în ceea ce privește consumul de alcool poate ajunge să conștientizeze și să accepte că are probleme pentru care ar putea solicita ajutor specializat.

Având în vedere rezultatele analizei factoriale confirmatorii, în prelucrările ulterioare au fost reținuți doar nouă dintre cei zece itemi proiectați inițial pentru a măsura riscul pentru abuzul de alcool. Răspunsul DA la un item a fost scorat cu 1 punct, iar răspunsul NU cu 0 puncte. Pentru fiecare dintre adolescenții care au participat la studiul nostru, 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. În vederea prelucrărilor cantitative bivariate (de exemplu, estimarea asocierii dintre riscul pentru abuzul de alcool și frecvența globală a consumului de băuturi alcoolice), scorul brut a fost recodificat, după cum urmează: a) scoruri cuprinse între 0 și 1 – adolescenți fără risc pentru abuzul de alcool (N = 245); b) scoruri cuprinse între 2 și 3 – adolescenți cu un risc moderat pentru abuzul de alcool (N = 271); c) scoruri cuprinse între 4 și 10 – adolescenți cu risc ridicat pentru abuzul de alcool (N = 171).

*Chestionarul pentru evaluarea tiparului în ceea ce privește consumul de alcool.* În vederea evaluării profilului în ceea ce privește consumul de alcool adolescenții au completat un chestionar construit de către autorul prezentei teze de doctorat care a inclus șapte itemi cu răspunsuri închise

(Anexa A1.16). Primul item le-a solicitat să indice frecvența consumului a cinci tipuri de băuturi alcoolice care au fost diferențiate în funcție de concentrația de alcool pur, dar și în baza indicatorilor utilizați în alte studii pe care le-am identificat în literatura autohtonă și internațională. Substanțele la care itemul a făcut referire au fost: bere, vin, lichior, gin și băuturi spirtoase tari (de exemplu: coniac, votcă, *whisky* etc.). Pentru fiecare dintre aceste băuturi alcoolice adolescenții au avut la dispoziție o scală cu șase ancore verbale referitoare la frecvența consumului, care au fost distribuite gradual, după cum urmează: *deloc*, *foarte rar*, *rar*, *când și când*, *des*, *în fiecare zi*. În prelucrările statistice descriptive aceste variante de răspuns au fost tratate separat, iar în prelucrările inferențiale multivariate au fost tratate cumulat. Astfel, pentru comparațiile între fete și băieți în ceea ce privește frecvența ridicată a consumului fiecareia dintre cele cinci tipuri de băuturi alcoolice (Tabelul 2.8) variantele de răspuns *deloc*, *foarte rar*, *rar*, respectiv *când și când* au fost cumulate într-o singură categorie (codificată cu „0” în baza de date realizată în aplicația SPSS), în timp ce variantele de răspuns *des* și *în fiecare zi* au fost cumulate într-o a doua categorie (codificată cu „1” în baza de date). Așadar, pentru fiecare dintre cele cinci tipuri de băuturi alcoolice variabila inițială obținută prin codificarea tuturor celor șase variante de răspuns referitoare la frecvența consumului a fost recodificată într-o variabilă de tip *dummy* (0 – *deloc/foarte rar/rar/când și când*/categorie de referință; 1 – *des/în fiecare zi*). Pe de altă parte, în vederea efectuării comparațiilor pentru o serie de variabile dependente (de exemplu: riscul abuzului de alcool, reziliența, religiozitatea, factorii personalității, atitudinile față de comportamentele de risc, anxietatea, suportul social) în funcție de frecvența globală a consumului de alcool (Anexa 11), variantele de răspuns pe care fiecare dintre adolescenții chestionați le-a selectat pentru toate tipurile de băuturi alcoolice au fost cumulate într-o a doua variabilă *dummy* în felul următor: a) dacă pentru cel puțin una dintre băuturile alcoolice listate în conținutul primului item un adolescent a indicat că obișnuia să o consume *des* sau *în fiecare zi*, acestuia i-a fost repartizat codul „1” (categorie critică) în baza de date realizată în aplicația SPSS; b) dacă pentru niciuna dintre băuturile alcoolice un adolescent a indicat că nu o consuma *deloc* sau că o utiliza *foarte rar*, *rar* sau *când și când*, acestuia i-a fost repartizat codul „0” (categorie de referință) în baza de date. În acest fel au fost identificați 94 adolescenți care obișnuiau să consume *des* sau *în fiecare zi* cel puțin una dintre cele cinci tipuri de băuturi alcoolice specificate în conținutul primului item (aceștia au fost incluși în categoria critică a consumului frecvent de alcool), respectiv 594 adolescenți care nu aveau probleme în ceea ce privește consumul de băuturi alcoolice (aceștia au făcut parte în categoria de referință). Variabila de tip *dummy* referitoare la frecvența globală a consumului de alcool a constituit criteriul pentru analiza de regresie logistică binomială (Tabelul 2.14).

Itemii 2-7 au fost identificați în instrumentul *Comportamentele cu Risc la Tineri/CORT* [369], însă prelucrați (în ceea ce privește formulările enunțurilor și ale variantelor de răspuns, respectiv numărul variantelor de răspuns) pentru a le facilita adolescenților care au participat la cercetare completarea protocolului cu chestionare standardizate. Itemul 2 s-a referit la motivele consumului de băuturi alcoolice. Adolescenții au fost rugați să aleagă una sau mai multe dintre 13 variante de răspuns propriu-zise (deoarece prima variantă s-a referit la absența consumului de alcool). Variantele de răspuns au fost: a) singurătatea; b) crearea unei bune dispoziții și eliberarea de stresul psihic; c) facilitarea comunicării; d) tristețea și lipsa speranței; e) dorința de integrare în grupul de prieteni; f) dorința de recompensare; g) gustul plăcut al băuturilor alcoolice; h) ocaziile festive și petrecerile; i) modelul familial; j) dorința adolescentului de a se simți bine cu propria persoană; k) rezolvarea situațiilor conflictuale; l) depășirea timidității și a nesiguranței de sine; m) alte motive. În vederea prelucrărilor statistice au fost calculate frecvențele pentru motivele consumului de alcool atât pentru întregul eșantion de adolescenți, cât și pentru subeșantioanele diferențiate în funcție de sexul acestora.

Al treilea item le-a solicitat adolescenților să indice de câte ori se îmbătaseră până în momentul completării chestionarului. Variantele de răspuns au fost: *niciodată, 1-2 ori, 3-5 ori, mai mult de cinci ori*. Trebuie precizat că în varianta originală a itemului din chestionarul CORT sunt prevăzute șapte variante de răspuns, însă am preferat reducerea numărului lor, deoarece am considerat că acuratețea răspunsurilor poate fi influențată de factorul mnemonic și subiectivitatea adolescenților. Itemul 4 s-a referit la locurile în care un adolescent poate consuma alcool. Răspunsurile au fost distribuite în șapte categorii posibile (dintre care un adolescent putea să aleagă una sau mai multe): a) *nu consum alcool*; b) *acasă*; c) *la altcineva acasă (colegi de școală, prieteni)*; d) *în incinta școlii în care învăț*; e) *pe stradă, în parc*; f) *când merg la o terasă sau în club*; g) *în alte locuri*. Itemul 5 le-a solicitat adolescenților să indice persoanele alături de care obișnuiau să consume alcool. Aceștia au avut de ales una sau mai multe variante de răspuns, după cum urmează: a) *nu consum alcool*; b) *cu familia mea*; c) *cu prietenii mei*; d) *cu ceilalți colegi de școală*; e) *cu iubitul meu/iubita mea*; f) *singur(ă)*; g) *cu alte persoane*. Al șaselea item le-a solicitat să indice dacă se gândiseră vreodată că aveau probleme cu alcoolul și că aveau nevoie de ajutor din partea unei alte persoane pentru a renunța la consumul de alcool. Pentru a răspunde la acest item adolescenții au avut la dispoziție trei variante posibile, și anume *nu consum alcool, DA* sau *NU*. Itemul 7 le-a solicitat adolescenților să indice dacă aveau cunoștință despre alte persoane care întâmpinau probleme cu alcoolul și nu puteau să renunțe la consumul acestei substanțe. Variantele de răspuns (dintre care un adolescent putea să aleagă una sau mai multe) au fost: a) *nu cunosc*

persoane dependente de alcool; b) DA, membri ai familiei mele; c) DA, prieteni; d) DA, colegi de școală; e) DA, alte persoane.

*Fidelitatea instrumentelor administrate.* Modelele metrice finale pentru versiunile în limba română ale instrumentelor administrate în studiul constatativ sunt prezentate în Anexa 2. Așa cum se poate constata din Tabelul 2.1, pentru instrumentele administrate în prezentul studiu, consistența internă a avut valori cuprinse între 0.62 (chestionarul prin care a fost măsurat riscul consumului abuziv de alcool) și 0.90 (MSPSS – *Alte persoane*) ( $m_\alpha = 0.77$ ;  $Mdn_\alpha = 0.76$ ). Pentru chestionarul prin care a fost operaționalizat riscul abuzului de alcool, BRS, BFI – *Extraversiune*, BFI – *Agreabilitate* și HSES-S valorile consistenței interne au fost  $< 0.70$ , însă pot fi interpretate ca indicând un nivel satisfăcător al fidelității dacă se are în vedere numărul relativ scăzut (5-9) al itemilor care au compus instrumentele pe care le-am enumerat.

**Tabelul 2.1. Consistența internă pentru instrumentele administrate**

Instrument	Nr. itemi	$\alpha_{\text{Cronach/KR20}}$
Religiozitate	5	0.85
Reziliență	6	0.69
Autoeficacitate generală	10	0.79
Nevrotism	8	0.75
Extraversiune	8	0.68
Deschidere	10	0.76
Agreabilitate	9	0.65
Conștiinciozitate	9	0.75
Atitudine față de comportamentele de risc (probabilitate angajare)	8	0.71
Atitudine față de comportamentele de risc (percepție periculozitate)	8	0.78
Anxietate	10	0.76
Dispoziție afectivă negativă	5	0.75
Suport social familie	4	0.87
Suport social prieteni	4	0.89
Suport social alte persoane	4	0.90
Suport social global	12	0.88
Satisfacție față de familie	7	0.89
Satisfacție față de prieteni	9	0.81
Satisfacție față de școală	8	0.82
Satisfacție față de sine	7	0.77
Indisciplina la școală	6	0.72
Stimă de sine în domeniul școlar	5	0.69
Risc abuz alcool	9	0.62 <sup>a</sup>

*Notă:* <sup>a</sup> Pentru chestionarul prin care a fost operaționalizat riscul consumului abuziv de alcool (care a inclus itemi dihotomici), consistența internă a fost estimată prin calcularea valorii coeficientului KR<sub>20</sub>.

Pentru GSES, BFI – *Nevrotism*, BFI – *Deschidere*, BFI – *Conștiinciozitate*, RBS-H/S, RPS-H/S, YSR – *Anxietate*, MHI-5, MSLSS – *Sine*, respectiv scala prin care a fost măsurată indisciplina la școală  $\alpha$  a avut valori cuprinse între 0.70 și 0.80, ceea ce înseamnă, de asemenea, o consistență internă satisfăcătoare. Pentru restul instrumentelor consistența internă a fost bună (valori cuprinse între 0.81 și 0.90).

## 2.7. Prezentarea și interpretarea rezultatelor

### A) Predictorii ai riscului pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților

Valorile absolute indicatorului asimetriei (*skewness*) au fost cuprinse între 0.01 (stimă de sine în domeniul școlar) și 1.31 (suportul social din partea altor persoane semnificative). Nouăsprezece dintre cele 23 variabile au evidențiat valori absolute ale asimetriei (Tabelul 2.2) cuprinse între 0.01 și 0.80 ( $m_{skewness} = 0.44$ ;  $Mdn_{skewness} = 0.40$ ). Pentru religiozitate, nevrotism, stima de sine în domeniul școlar, respectiv dispoziția afectivă negativă, valorile absolute ale asimetriei (pozitivă sau înspre stânga) au fost cuprinse între 0.01 și 0.27 și au indicat o ușoară tendință a scorurilor de a se concentra în zona moderată spre scăzută. Pentru riscul abuzului de alcool, probabilitatea angajării în comportamente de risc, indisciplina manifestată la școală, anxietate și dispoziția afectivă negativă, distribuțiile scorurilor au evidențiat asimetrii pozitive sau înspre stânga (adolescenții au manifestat tendința de a raporta niveluri moderate sau moderate spre scăzute). În cazul riscului pentru abuzul de alcool și al indisciplinei în mediul școlar, asimetria distribuțiilor scorurilor a fost mai accentuată, însă valorile absolute ale indicatorului *skewness* nu au prezentat o abatere semnificativă de la intervalul [- 1.00; 1.00].

În schimb, pentru percepția periculozității comportamentelor de risc, suportul social din partea familiei, cel din partea prietenilor și a altor persoane semnificative, suportul social global, satisfacția față de familie și prieteni, respectiv satisfacția față de sine, indicatorul asimetriei distribuțiilor scorurilor a avut valori absolute cuprinse între 0.40 și 1.31. Pentru aceste variabile, valorile au evidențiat distribuții cu asimetrii negative sau înspre dreapta (adolescenții au manifestat tendința de a obține scoruri moderate spre ridicate sau scoruri ridicate). Totuși, valorile asimetriei nu s-au îndepărat semnificativ de intervalul [- 1.00; 1.00]. Pentru reziliență, credința în autoeficacitatea generalizată, extraversiune, deschiderea în planul mental și al experiențelor interpersonale, conștiinciozitate și satisfacția față de școală, distribuțiile scorurilor au prezentat valori absolute ale asimetriei (negativă sau înspre dreapta – scoruri moderate sau ușor ridicate) cuprinse între 0.05 și 0.31.



**Tabelul 2.2. Indicatori statistici descriptivi pentru distribuțiile variabilelor de interes**

Variabile	N	<i>m</i>	<i>s</i>	Minim	Maxim	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>
1. Risc abuz alcool	688	2.46	1.83	0	10	1.05	1.20
2. Reziliență	685	3.12	0.71	1	5	- 0.08	- 0.23
3. Autoeficacitate (generală)	686	27.42	5.72	10	40	- 0.16	- 0.04
4. Religiozitate	688	14.86	4.42	5	25	0.02	- 0.44
5. Nevrotism	673	2.88	0.73	1	5	0.18	- 0.20
6. Extraversiune	672	3.31	0.66	1.25	5	- 0.23	0.14
7. Deschidere	671	3.41	0.49	2.10	4.60	- 0.05	- 0.13
8. Agreabilitate	673	3.72	0.62	1.44	5	- 0.31	- 0.28
9. Conștiinciozitate	673	3.48	0.57	1.89	5	- 0.13	- 0.33
10. Atitudine față de comportamentele de risc (probabilitate angajare)	688	2.41	0.79	1	5	0.51	- 0.26
11. Atitudine față de comportamentele de risc (percepție pericolozitate)	683	3.53	0.75	1	5	- 0.69	0.44
12. Indisciplină la școală	683	1.73	0.48	1	3.50	0.83	0.46
13. Stimă de sine în domeniul școlar	686	3.22	0.65	1	5	0.01	0.29
14. Anxietate	682	6.97	3.83	0	19	0.42	- 0.44
15. Dispoziție afectivă negativă	688	10.18	4.50	0	24	0.27	- 0.38
16. Suport social familie	679	21.63	5.73	4	28	- 0.79	- 0.05
17. Suport social prieteni	679	20.13	5.96	4	28	- 0.77	- 0.07
18. Suport social alte persoane	679	22.84	5.84	4	28	- 1.31	1.12
19. Suport social global	679	64.61	13.31	19	84	- 0.85	0.38
20. Satisfacție față de familie	681	4.50	1.08	1	6	- 0.51	- 0.52
21. Satisfacție față de prieteni	681	4.54	0.81	1.56	6	- 0.40	- 0.09
22. Satisfacție față de școală	681	3.73	0.92	1	6	- 0.06	- 0.24
23. Satisfacție față de sine	681	4.48	0.79	1.43	6	- 0.68	0.72

În ceea ce privește indicatorul boltirii (*kurtosis*), valorile absolute au fost cuprinse între 0.04 și 1.20 ( $m_{kurtosis} = 0.36$ ;  $Mdn_{kurtosis} = 0.29$ ). Credința în autoeficacitatea generalizată, suportul social din partea familiei, cel din partea prietenilor și satisfacția față de prieteni au evidențiat abateri neglijabile de la reperul normativ în ceea ce privește boltirea unei distribuții univariată. De asemenea, reziliența, nevrotismul, deschiderea în planul mental și al experiențelor interpersonale, agreabilitatea, conștiinciozitatea, probabilitatea angajării în comportamente de risc, dispoziția afectivă negativă și satisfacția față de școală au evidențiat distribuții platicurtice (valori negative ale indicatorului *kurtosis*), însă cu ușoare abateri de la condiția normalității. Abateri ceva mai pronunțate (valori absolute ale indicatorului *kurtosis* cuprinse între 0.44 și 0.52) s-au înregistrat pentru religiozitate, anxietate și satisfacția față de familie, însă valorile s-au încadrat în intervalul [- 0.80; 0.80]. Pentru extraversiune, stima de sine în domeniul școlar și suportul social global, distribuțiile scorurilor au fost ușor leptocurtice. De asemenea, pentru percepția pericolozității comportamentelor de risc, indisciplina manifestată la școală și satisfacția față de sine, indicatorul *kurtosis* a înregistrat valori pozitive cuprinse 0.44 și 0.72. Singurele variabile care au evidențiat valori ale indicatorului boltirii ușor mai ridicate decât + 1.00 au fost riscul pentru abuzul de alcool,

respectiv suportul social din partea altor persoane semnificative. Așadar, distribuțiile pentru aceste variabile au fost leptocurtice. Acest rezultat corelează cu tendința scorurilor la instrumentele prin care au fost operaționalizate riscul pentru abuzul de alcool și suportul social din partea altor persoane de a se concentra mai mult în jurul mediilor distribuțiilor.

În concluzie, distribuțiile variabilelor cantitative pe care ne-am focalizat atenția în studiul constatativ nu au prezentat abateri semnificative de la condiția normalității. Acest rezultat a justificat utilizarea tehnicilor statistice multivariate (de exemplu: testul  $t_{Student}$ , *One-Way* ANOVA, corelațiile liniare, analiza de regresie liniară multiplă, analiza efectelor de moderare etc.) în vederea rafinării calculelor statistice și a aprofundării relațiilor dintre variabilele pe care le-am avut în vedere.

În eșantionul adolescenților care au participat la studiu, riscul pentru abuzul de alcool și indisciplina manifestată la școală s-au evidențiat prin scoruri moderate spre scăzute. Reziliența, credința în autoeficacitatea generalizată, religiozitatea, nevrotismul, extraversiunea, deschiderea în planul mental și al experiențelor interpersonale, conștiinciozitatea, probabilitatea angajării în comportamente de risc în general, anxietatea, dispoziția afectivă negativă, stima de sine în domeniul școlar și satisfacția față de școală au evidențiat medii ale distribuțiilor care au plasat scorurile în zona moderată. În schimb, agreabilitatea, percepția prericulozității comportamentelor de risc, suportul social din partea prietenilor, suportul social global, satisfacția față de familie și prieteni, respectiv satisfacția față de sine sau evidențiat prin scoruri moderate spre ridicate. De asemenea, pentru suportul social din partea familiei și a altor persoane semnificative, adolescenții care au participat la studiu au manifestat tendința de a obține scoruri ridicate.

Comparativ cu fetele, băieții s-au evidențiat printr-un scor mediu semnificativ mai ridicat pentru riscul abuzului de alcool (Tabelul 2.3). Pentru diferența constatată, mărimea efectului a fost moderată ( $d_{Cohen} = 0.41$ ). Diferențele în funcție de rezidența adolescenților care au participat la studiu, treapta școlară, situația familială, respectiv nivelul stresului psihic pe care participanții îl experimentaseră în ultimele șase luni nu au fost semnificative din punct de vedere statistic. Totuși, se poate constata că în comparație cu adolescenții din mediul urban, cei care erau rezidenți în mediul rural au obținut o medie cu 0.20 puncte mai ridicată în ceea ce privește riscul pentru abuzul de alcool. De asemenea, adolescenții care erau elevi în clasa a XI-a au înregistrat un scor mediu cu 0.22 puncte mai ridicat decât media în rândul adolescenților care erau elevi în clasa a X-a. Un rezultat asemănător a fost obținut pentru adolescenții care proveneau din familii temporar dezintegrate prin plecarea părinților la muncă în străinătate, respectiv în cazul celor care au raportat un nivel ridicat al stresului psihic pe care îl experimentaseră în ultimele șase luni.

**Tabelul 2.3. Date comparative pentru riscul abuzului de alcool**

Variabile independente	Subeșantioane comparate	<i>m</i>	<i>s</i>	<i>t</i> -Student/ <i>F</i> One-Way ANOVA	<i>p</i>
Sex	Băieți	2.80	1.93	5.46	< 0.001
	Fete	2.06	1.61		
Rezidență	Adolescenți din mediul rural	2.53	1.88	1.40	0.162
	Adolescenți din mediul urban	2.33	1.71		
Trecută școlară	Elevi în clasa a X-a	2.37	1.77	- 1.51	0.130
	Elevi în clasa a XI-a	2.59	1.90		
Situatie familială	Adolescenți cu familii intacte	2.41	1.83	0.58	0.558
	Adolescenți cu familii temporar dezintegrate	2.67	1.79		
	Adolescenți cu familii dezorganizate	2.54	1.83		
Nivel stres psihic (ultimele 6 luni)	Adolescenți cu nivel de stres scăzut	2.36	1.75	0.99	0.371
	Adolescenți cu nivel de stres scăzut moderat	2.54	1.85		
	Adolescenți cu nivel de stres ridicat	2.58	2.03		

Avându-se în vedere rezultatele la care ne-am referit, doar sexul adolescenților care au participat la studiu a fost luat în considerare ca variabilă independentă în modelul de regresie liniară multiplă în care riscul pentru abuzul de alcool a fost variabila dependentă.

Tabelul 2.4 prezintă corelațiile dintre riscul pentru abuzul de alcool și celelalte variabile care au stat în atenția prezentului studiu.

**Tabelul 2.4. Date corelaționale**

Variabile	<i>N</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
1. Reziliență	685	- 0.30	< 0.001
2. Autoeficacitate (generală)	686	- 0.03	0.453
3. Religiozitate	688	- 0.27	< 0.001
4. Nevrotism	673	0.34	< 0.001
5. Extraversiune	672	0.04	0.275
6. Deschidere	671	- 0.03	0.435
7. Agreabilitate	673	- 0.37	< 0.001
8. Conștiinciozitate	673	- 0.08	0.027
9. Atitudine față de comportamentele riscante (probabilitate angajare)	688	0.42	< 0.001
10. Atitudine față de comportamentele riscante (percepție periculozitate)	683	- 0.32	< 0.001
11. Indisciplină la școală	683	0.31	< 0.001
12. Stimă de sine în domeniul școlar	686	- 0.26	< 0.001
13. Anxietate	682	0.37	< 0.001
14. Dispoziție afectivă negativă	688	0.04	0.216
15. Suport social familie	679	- 0.28	< 0.001
16. Suport social prieteni	679	- 0.06	0.095
17. Suport social alte persoane	679	- 0.04	0.274
18. Suport social global	679	- 0.16	< 0.001
19. Satisfacție față de familie	681	- 0.38	< 0.001
20. Satisfacție față de prieteni	681	- 0.09	0.016
21. Satisfacție față de școală	681	- 0.29	< 0.001
22. Satisfacție față de sine	681	- 0.05	0.192

Riscul pentru abuzul de alcool a evidențiat cele mai consistente corelații ( $r > 0.35$ ) cu scorurile pentru agreabilitate, probabilitatea angajării în comportamente riscante în general, anxietate, respectiv satisfacția față de familie. Riscul mai ridicat pentru consumul abuziv de alcool s-a asociat cu o probabilitate mai mare pentru angajarea în comportamente riscante în general și un nivel mai ridicat al anxietății, respectiv cu niveluri mai scăzute pentru agreabilitate și satisfacția față de familie.

Corelații destul de consistente în ceea ce privește magnitudinea ( $r > 0.30$ ) și semnificative din punct de vedere statistic s-au obținut și cu scorurile pentru reziliență, nevrotism, percepția pericolozității comportamentelor riscante, respectiv indisciplina manifestată la școală. Riscul mai ridicat pentru abuzul de alcool s-a asociat cu un nivel mai scăzut al rezilienței (ca abilitate de recuperare psihologică după confruntarea cu solicitări stresante), respectiv cu o percepție mai slabă în ceea ce privește pericolozitatea angajării în comportamente riscante pentru sănătatea și dezvoltarea unui adolescent. Pe de altă parte, riscul mai ridicat pentru abuzul de alcool a corelat cu niveluri mai ridicate ale nevrotismului și indisciplinei manifestată în mediul școlar.

De asemenea, religiozitatea, stima de sine în domeniul școlar, suportul social din partea familiei și satisfacția față de școală au prezentat corelații semnificative din punct de vedere statistic cu riscul pentru abuzul de alcool. Totuși, valorile acestor corelații ( $r = 0.26-0.29$ ) au fost mai scăzute. Restul variabilelor au înregistrat fie corelații semnificative din punct de vedere statistic, dar cu valori scăzute sau neglijabile (este vorba despre conștiinciozitate, suportul social global și satisfacția față de prieteni), fie corelații care nu atins pragul semnificației statistice (ne referim la credința în autoeficacitatea generalizată, extraversiune, deschiderea în planul mental și al experiențelor interpersonale, dispoziția afectivă negativă, suportul social din partea prietenilor și cel din partea altor persoane, respectiv satisfacția față de sine).

Avându-se în vedere datele corelaționale pe care le-am prezentat mai sus, în modelul de regresie care a avut ca variabilă dependentă riscul pentru abuzul de alcool au fost luate ca variabile independente reziliența, religiozitatea, nevrotismul, anxietatea, agreabilitatea, scorurile pentru atitudinea față de comportamentele riscante, indisciplina manifestată la școală, stima de sine în domeniul școlar, suportul social din partea familiei, respectiv satisfacția față de familie și școală. Modelul rezultat (Tabelul 2.5) a fost semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.651$ ;  $F_R = 36.23$ ;  $p < 0.001$ ). Împreună, variabilele independente au explicat 41.3 % din varianța riscului pentru abuzul de alcool.

**Tabelul 2.5. Date ale analizei de regresie liniară multiplă (VD = risc abuz alcool)**

Variabile independente	$\beta$	$t$	$p$
------------------------	---------	-----	-----

1. Sex (1 = băieți; 0 = fete/categorie de referință)	0.17	5.23	< 0.001
2. Reziliență	- 0.15	- 4.45	< 0.001
3. Religiozitate	- 0.07	- 2.25	0.025
4. Nevrotism	0.15	3.80	< 0.001
5. Anxietate	0.14	3.93	< 0.001
6. Agreabilitate	- 0.07	- 2.09	0.036
7. Atitudine față de comportamentele riscante (probabilitate angajare)	0.20	5.45	< 0.001
8. Atitudine față de comportamentele riscante (percepție periculozitate)	- 0.09	- 2.61	< 0.001
9. Indisciplină la școală	0.08	2.36	0.018
10. Stimă de sine în domeniul școlar	0.03	0.94	0.346
11. Suport social familie	- 0.07	1.71	0.087
12. Satisfacție față de familie	- 0.16	- 3.73	< 0.001
13. Satisfacție față de școală	- 0.04	- 1.33	0.182

*Notă:* Modelul de regresie include constanta în ecuație.

Sexul adolescenților care au participat la studiu, nevrotismul, anxietatea, probabilitatea angajării în comportamente riscante în general și indisciplina manifestată la școală au fost predictorii pozitivi ai riscului pentru abuzul de alcool, însă cele mai consistente contribuții la explicarea varianței variabilei dependente le-au avut sexul (2.46 %), respectiv probabilitatea angajării în viitor în comportamente riscante (2.68 %). Nevrotismul (1.29 %) și anxietatea (1.39 %) au avut contribuții ceva mai scăzute la puterea explicativă globală a modelului de regresie, iar indisciplina manifestată la școală a avut o contribuție modestă (0.5 %).

Reziliența, religiozitatea, agreabilitatea, percepția periculozității comportamentelor riscante și satisfacția față de familie au fost predictorii negativi și au explicat 1.79 %, 0.46 %, 0.39 %, 0.62 %, respectiv 1.25 % din varianța riscului pentru abuzul de alcool. Se poate constata că religiozitatea, agreabilitatea și percepția periculozității comportamentelor riscante au avut contribuții modeste la explicarea diferențelor dintre adolescenți în ceea ce privește riscul pentru abuzul de alcool, în timp ce reziliența și satisfacția față de familie au avut puteri explicative ceva mai bune. Suportul social din partea familiei s-a situat la limita semnificativității statistice în ceea ce privește puterea explicativă, în timp ce stima de sine în domeniul școlar și satisfacția față de școală nu s-au evidențiat ca predictorii ai riscului pentru abuzul de alcool. Tabelul 2.6 prezintă sintetic rezultatele verificării celor șase ipoteze de lucru care au fost confirmate parțial. Pentru a oferi claritate expunerii le vom analiza pe rând în cele ce urmează.

**Tabelul 2.6. Sumarul rezultatelor pentru verificarea ipotezelor de lucru**

IPOTEZA DE LUCRU	Rezultatul verificării	Variabilele independente care s-au evidențiat ca predictorii
------------------	------------------------	--

A. Stresul psihic, anxietatea, predispoziția spre stări depresive și nevrotismul sunt predictorii pozitivi ai riscuri pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților.	Confirmată parțial	✓ anxietatea ✓ nevrotismul
B. Atitudinea favorabilă pe care adolescenții o manifestă față de angajarea în comportamente care să le afecteze sănătatea și dezvoltarea, precum și indisciplina în mediul școlar contribuie pozitiv la predicția riscului pentru abuzul de alcool.	Confirmată parțial	✓ atitudinea favorabilă față de angajarea în comportamente riscante (în general) ✓ indisciplina în mediul școlar
C. În rândul adolescenților, religiozitatea, reziliența, credința în autoeficacitate și stima de sine în domeniul școlar contribuie negativ la predicția riscului pentru abuzul de alcool.	Confirmată parțial	✓ religiozitatea ✓ reziliența
D. Predispozițiile personalității referitoare la extraversiune, agreabilitate, deschiderea mentală și conștiinciozitate sunt predictorii negativi ai riscului pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților.	Confirmată parțial	✓ agreabilitatea
E. În populația de adolescenți, suportul social din partea familiei, a prietenilor și a altor persoane semnificative, precum și satisfacția față de familie, prieteni, școală și sine sunt predictorii negativi ai riscului pentru abuzul de alcool.	Confirmată parțial	✓ satisfacția față de familie
F. La vârsta adolescenței, percepția periculozității comportamentelor care implică riscuri pentru sănătate și dezvoltare contribuie negativ la predicția riscului pentru abuzul de alcool.	Confirmată parțial	✓ percepția periculozității comportamentelor riscante

*Ipoteza A.* Factorul personalității referitor la nevrotism, respectiv anxietatea au fost predictorii pozitivi ai riscului pentru abuzul de alcool. Cu alte cuvinte, adolescenții care au obținut scoruri mai ridicate la cele două dimensiuni psihologice s-au evidențiat, de asemenea, printr-un risc mai ridicat în ceea ce privește abuzul de alcool. Vârsta adolescenței este caracterizată atât prin numeroase transformări în toate planurile funcționării și ale dezvoltării, cât și prin intensificarea procesului de cristalizare a personalității. Beneficiind de influențele pozitive ale mediului familial, școlar și socio-cultural, precum și de socializarea intensă, adolescenții depun eforturi pentru a se echilibra continuu și a face față solicitărilor, ceea ce conduce la stabilizarea profilului trăsăturilor personalității care le vor marca ulterior conduita și adaptarea la sarcinile specifice tinereții și vârstei adulte.

Cercetătorii arată faptul că, pe lângă influențele educative și socio-culturale, personalitatea unui individ este determinată de predispozițiile temperamentale care au baze biologice (sunt înnăscute) și explică, în parte, diferențele dintre indivizi în ceea ce privește răspunsurile comportamentale și strategiile de adaptare la solicitări [97, 305]. Studiile efectuate în ultimele decenii în domeniul personologiei au condus la delimitarea mai multor dimensiuni stabile ale personalității unui individ. Acestea stau la baza structurilor motivaționale, stilurilor comportamentale și de interrelaționare, precum și a *pattern*-urilor de adaptare la solicitări [84, 97, 305]. Printre acestea se numără și nevrotismul care este opus stabilității emoționale și este descris ca un factor al personalității marcat de predispoziții afective negative (de exemplu: anxietate, culpabilitate, furie, iritabilitate, pesimism, stări depresive, toleranță scăzută la frustrare și stres psihic etc.), un nivel precar al autocontrolului, cogniții negative, dezorganizare emoțională și comportamentală în situații de stres acut. Persoanele cărora le este caracteristică instabilitatea emoțională se simt ușor frustrate, trăiesc adesea sentimentul deznădejzii și al neajutorării, tind să creadă că viața lor este marcată de eșecuri repetate și sunt puțin reziliente atunci când se confruntă cu solicitări psihice pe o perioadă îndelungată. Acestora le lipsește încrederea în propriile lor forțe și stabilitatea stimei de sine. Tind să aibă o viziune negativă (adesea catastrofantă) în legătură cu propriile lor experiențe din trecut și perspectivele de viitor [305]. Mai ales atunci când se confruntă cu dificultăți în viața cotidiană sau când percep evenimentele ca pe posibile amenințări, persoanele nevrotice tind să activeze stiluri de adaptare disfuncționale, cheltuindu-și resursele mentale, de timp și sociale cu ruminății cognitive și emoții neproductive care se concentrează pe credința că sunt incapabile să gestioneze problemele, pe sentimentul lipsei valorii personale și pe teama de eșec. Datorită instabilității afective și tiparelor atitudinal-comportamentale negative astfel de persoane întâmpină adesea dificultăți în relațiile sociale și în obținerea suportului de care au nevoie. O astfel de vulnerabilitate le întărește convingerea în incapacitățile personale și lipsa valorii și le diminuează expectanțele cu privire la succesul în confruntarea cu situațiile de viață solicitante.

În cazul adolescenților, portretul psihologic la care ne-am referit în paragraful anterior ne ajută să înțelegem mai bine de ce instabilitatea emoțională reprezintă un factor de risc pentru comportamentele dezadaptative printre care se numără și abuzul de substanțe periculoase. Astfel, adolescenții se află la vârsta unor intense căutări și eforturi orientate spre a înțelege schimbările care le marchează funcționarea fizică, cognitivă, emoțională și socială. În plus, vorbim despre vârsta „furtunilor emoționale”, a conflictualității adesea deschisă dintre expectanțele unui adolescent și presiunile din partea adulților (de exemplu, părinți sau cadre didactice), la care se adaugă intensificarea nevoii de independență și influențele exercitate de către grupurile în care

adolescentul socializează. Vârsta adolescenței este marcată astfel de numeroase conflicte interioare și dificultăți în adaptarea la diverse solicitări care pot să conducă la exacerbarea tensiunii psihice și a răspunsurilor atitudinal-comportamentale negative. Pe acest fond, unii dintre adolescenți recurg la consumul de alcool ca la un „antidot” împotriva stresului psihic și a frustrării generată de sentimentul că adulții nu îi înțeleg. Riscul abuzului de alcool crește mai ales atunci când, la instabilitatea emoțională și predispoziția spre conflictualitate, se adaugă ideile, convingerile, expectanțele și atitudinile pe care adolescenții le împărtășesc în grupurile sociale la care aderă, precum și presiunile din partea covârșnicilor care manifestă comportamente deviante ca urmare a dificultăților de adaptare la solicitări. Din acest motiv, instabilitatea emoțională reprezintă un factor al personalității căruia trebuie să i se acorde o atenție specială în demersurile diagnostice orientate spre o mai bună înțelegere a vulnerabilităților care grevează dezvoltarea unui adolescent, precum și în intervențiile suportive.

Psihologii descrie anxietatea ca pe un sentiment de teamă care poate să se manifeste ca răspuns la anumite circumstanțe sau evenimente de viață stresante [100]. Stări de tensiune psihică i se adaugă preocupări cognitive recurente cu privire la o amenințare iminentă, agitație, neliniște și numeroase simptome somato-fiziologice care interferează negativ cu funcționarea de zi cu zi, precum și cu performanțele pe care o persoană poate să le obțină în diverse domenii. Adesea, indivizii anxioși sunt frământați de gânduri care anticipează evenimente negative, inhibiție, neîncrederea în propriile lor abilități de a face față amenințărilor, hipervigilență etc. și manifestă răspunsuri fiziologice, cognitive, comportamentale și sociale care le împiedică concentrarea pe scopurile pe care și le propun [100, 285].

Schimbările care marchează perioada de tranziție specifică adolescenței pot să conducă la intensificarea stărilor anxioase [16, 222, 362] cărora unii dintre adolescenți încearcă să le facă față recurgând la abuzul de alcool și alte substanțe [45, 63, 83, 395]. Unii adolescenți recurg la utilizarea alcoolului pentru a controla simptomele supărătoare ale anxietății pe care le resimt în diverse contexte sociale (mai ales atunci când nu au încredere în propriile abilități de comunicare și socializare) sau pentru a diminua sensibilitatea față de anxietate [45]. Un alt factor care poate explica asocierea dintre anxietatea și abuzul de alcool include perturbările somatice și hormonale, izolarea reală sau sentimentul subiectiv al înstrăinării față de grupurile sociale formate din adolescenți, la care se adaugă afilierea mai multor adolescenți predispuși spre anxietatea socială și teama de eșec într-un grup în care se încurajează reciproc și ajung să utilizeze alcoolul pentru a controla propriile lor emoții negative.

*Ipotezele B și F.* În eșantionul adolescenților români care au participat la cercetarea realizată, atitudinea favorabilă față de angajarea în comportamente care pot să pericliteze sănătatea fizică și



psihică, respectiv dezvoltarea armonioasă a fost predictor pozitiv, în timp ce percepția periculozității comportamentelor care pot să afecteze starea de sănătate și dezvoltare a fost predictor negativ al riscului pentru abuzul de alcool. Atitudinea față de comportamentele riscante pentru sănătate, dezvoltare și chiar pentru viață se referă la credințele, convingerile, expectanțele, valorile și motivele care determină o persoană să manifeste anumite comportamente (de exemplu: abuzul de alcool, consumul drogurilor de mare risc, alimentația excesivă, raporturile sexuale neprotejate etc.) care îi pot cauza probleme de sănătate, dificultăți în domeniul familial, școlar/academic, profesional sau social și probleme cu legea și îi pot pune viața în pericol.

Schimbările biologice, cognitive și psihosociale specifice vârstei oferă adolescenților numeroase oportunități de dezvoltare, dar și șanse de a se angaja în comportamente care au implicații importante pentru propria lor sănătate fizică și mintală, funcționare pozitivă, respectiv adoptarea unor stiluri de viață sănătoase [237]. Mulți adolescenți manifestă mai degrabă atitudini favorabile angajării în comportamente cu risc pentru sănătate și dezvoltarea pozitivă, însă se angajează mai puțin în comportamente efective care pot avea consecințe periculoase. Totuși, putem presupune că, odată cu înaintarea în vârstă, adolescenții din această categorie sunt mai predispuși să inițieze efectiv comportamente riscante (de exemplu, să consume mai multe băuturi la rând într-o „întrecere” sau să fumeze marijuana), mai ales sub influența anturajului care poate exercita o presiune normativă asupra unui adolescent solicitându-i să demonstreze că are curaj și că poate fi „cool”. Din acest motiv, atitudinile favorabile asumării riscurilor reprezintă principala țintă a programelor preventive destinate adolescenților și tinerilor.

Cercetările arată că anumiți factori cognitivi, precum percepțiile cu privire la normele de comportament/sociale în ceea ce privește utilizarea alcoolului, expectanțele cu privire la beneficiile alcoolului sau propriul comportament și motivele personale relaționate cu refuzul alcoolului/consumul acestei substanțe, pot să explice diferențele dintre adolescenți în ceea ce privește utilizarea alcoolului și posibilele probleme asociate acesteia [69, 99, 203]. Ținând cont de această observație, este de așteptat ca adolescenții care manifestă atitudini mai liberale (deschise) față de alcool să fie mai predispuși spre consumul mai frecvent și/sau excesiv al acestei substanțe. Relația dintre consumul de alcool și atitudinea față de utilizarea acestei substanțe poate fi bilaterală. Astfel, experiențele individuale pe care adolescenții le-au avut în ceea ce privește utilizarea alcoolului pot să le influențeze percepțiile cu privire la riscuri și atitudinile față de consumul acestei substanțe. De exemplu, un adolescent care a fost „impresionat” de senzațiile fizice, „beneficiile” mentale și experiențele sociale pe care le-a trăit într-o ocazie în care a consumat alături de prieteni mai multe sticle de băutură spirtoasă tare își poate dori să repete

experiența căutând, ca atare, oportunități în această direcție. Din fericire, se mai întâlnesc încă adolescenți care refuză să mai consume după primele contacte cu alcoolul [370].

Aplicarea teoriei comportamentului planificat la problematica abordată în cercetarea pe care am realizat-o poate explica diferențele dintre adolescenții care abuzează de alcool și se află în riscul de a dezvolta mai târziu dependența de această substanță și problemele asociate acesteia, respectiv adolescenții care consumă alcool ocazional și în cantități mici și cei care sunt abștinenți. Conform acesteia [7, 8], atitudinile și normele subiective afectează intenția și motivația unei persoane de a se angaja într-un anumit comportament. La rândul lor, intenția și motivația determină comportamentul dat. Atitudinile au la bază credințele persoanei cu privire la efectele (beneficiile sau riscurile) adoptării unei decizii sau angajării într-un anumit comportament. Cu cât credințele cu privire la efectele pozitive ale unor acțiuni sunt mai puternice cu atât atitudinea față de acele acțiuni va fi mai favorabilă, iar intenția (dorința) de a le îndeplini va fi mai puternică [7]. Astfel, mulți adolescenți se așteaptă adesea ca alcoolul să le faciliteze socializarea și integrarea în grupurile de prieteni sau să le diminueze stresul psihic, însă este mai puțin probabil să ia în calcul și consecințele negative pe care consumul excesiv de alcool le poate avea pe termen scurt sau lung (de exemplu: tulburarea liniștii și a ordinii publice, șofatul sub influența unei băuturi alcoolice, starea de mahmureală, absențele nemotivate la școală, repetarea anului școlar, întreruperea traseului școlar).

La rândul lor, normele subiective sunt înrădăcinate în așa-numitele credințe normative care iau naștere prin influențele (pozitive sau negative) pe care persoanele semnificative din rețeaua socială a unui individ (pe care acesta le respectă și ale căror opinii, atitudini și comportamente acționează ca modele puternice) le exercită. Referitor la problematica pe care s-a focalizat cercetarea noastră, suntem de părere că, în rândul adolescenților, credințele normative sunt o expresie a influenței manifestată sub forma presiunilor sociale care încurajează sau descurajează consumul de alcool. Pentru un adolescent persoane semnificative sunt părinții, cadrele didactice, partenerul romantic, prietenii sau colegii de clasă care, prin opiniile și atitudinile lor, pot aproba sau dezaproba consumul de alcool sau alte comportamente deviante. Prin urmare, putem presupune că adolescenții care cred că prietenii lor sau colegii de clasă dezaprobă consumul de alcool și, prin propriul lor comportament, oferă modelul dezirabil al abștinenței sau consumului moderat sunt mai puțin predispuși să abuzeze de alcool [188]. Pe de altă parte, în rândul adolescenților, tiparul în ceea ce privește consumul de alcool poate să depindă într-o măsură semnificativă de modelele învățate, precum și de normele sociale defavorabile sau favorabile, percepția cu privire la disponibilitatea alcoolului (care poate fi procurat relativ ușor deși este interzisă vânzarea acestuia către minori), atitudinea favorabilă față de utilizarea acestei substanțe, precum și de percepția pe

care adolescenții o au cu privire la riscurile asociate consumului de alcool. Cu cât conștientizarea riscurilor pe care abuzul de alcool le are pentru sănătate și traseul pozitiv al dezvoltării este mai mare, cu atât cresc șansele de prevenire a dependenței de alcool în rândul adolescenților. Este de așteptat ca schimbarea atitudinilor favorabile pe care adolescenții le au față de alcool (prin programe preventive) să contribuie la reducerea riscului pentru consumul excesiv și regulat al acestei substanțe dăunătoare care conduce la dependență.

Conform ipotezei de lucru B, indisciplina în mediul școlar contribuie pozitiv la predicția riscului pentru abuzul de alcool. Datele obținute prin efectuarea analizei de regresie liniară multiplă au oferit suport ipotezei. Astfel, frecvența mai ridicată a actelor indiscipline pe care adolescenții chestionați le manifestau la școală s-a asociat semnificativ din punct de vedere statistic cu un scor mai mare la chestionarul prin care a fost măsurat riscul pentru abuzul de alcool. Indisciplina se traduce prin refuzul unui elev de a respecta regulile promovate în clasa/școala din care face parte. Această dimensiune poate fi completată prin agitație, perturbări ale atenției, lipsa respectului față de colegii de clasă și profesori, non-complianța la activitățile instructiv-educative, neefectuarea temelor pentru acasă, limbajul trivial și insultele, deranjarea orelor, întârzierile la programul școlar și absenteismul, comportamentele agresive orientate spre colegii de clasă sau alți elevi din școală, subminarea autorității personalului școlar, degradarea bunurilor școlare. Toate aspectele negative pe care le-am enumerat îngreunează procesul instructiv-educativ și contribuie la tensionarea atmosferei de lucru dintr-o clasă de elevi, respectiv la deteriorarea climatului social și emoțional din școală.

Constatările studiilor care s-au preocupat de factorii protectivi și cei de risc pentru utilizarea substanțelor nocive în rândul adolescenților arată că manifestările indiscipline sunt predictorii ai consumului abuziv de alcool [140, 287, 308]. Factorii care ar putea explica aceste constatări includ nivelul scăzut al atașamentului pe care unii dintre adolescenți îl manifestă față de școală și al angajamentului în activitățile școlare [164, 334], respectiv lipsa conștiinciozității în rezolvarea sarcinilor primite în clasă sau a temelor pentru acasă [42, 308, 319]. Conform datelor unui studiu corelațional efectuat într-un eșantion consistent format din adolescenți români, frecvență ridicată a actelor indiscipline în mediul școlar s-a asociat cu un nivel mai scăzut al angajamentului comportamental în viața școlară [299]. Un alt studiu a identificat relații în aceeași direcție între frecvența indisciplinei și dimensiunile cognitivă, afectivă și comportamentală ale angajamentului în domeniul școlar [302]. De asemenea, lipsa angajamentului în domeniul școlar se poate asocia cu un nivel mai scăzut al conștiinciozității ca predispoziție stabilă a personalității adolescenților [302]. Ambele vulnerabilități fac parte din profilul adolescenților care tind să manifeste comportamente deviate printre care se numără și consumul de substanțe riscante (de exemplu,

alcool) pentru sănătatea fizică și psihică, respectiv traseul dezvoltării. Adolescenții care manifestă mai frecvent comportamente problematice, își petrec timpul alături de alți adolescenți predispuși spre devianță și antisocialitate, care îi încurajează în acest sens, ignoră consecințele propriilor lor comportamente negative (inclusiv pe cele ale actelor indisciplinate de la școală) și au o percepție mai favorabilă cu privire la consumul de alcool pot să fie mai predispuși spre abuzul de alcool și, mai târziu, să devină dependenți de această substanță. Așadar, atât actele indisciplinate pe care adolescenții le manifestă la școală, cât și consumul de alcool pot să fie expresii ale profilului unui adolescent care este predispus spre devianță ca urmare a unor factori individuali, familiali și sociali vulnerabilizanti.

*Ipoteza C.* Dintre cele patru dimensiuni incluse în a treia ipoteză de lucru, doar religiozitatea și reziliența s-au evidențiat printre predictorii negativi ai riscului pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților care au participat la studiu. Nivelurile ridicate ale religiozității și rezilienței s-au asociat cu un risc mai scăzut pentru consumul abuziv de alcool. Așadar, religiozitatea și reziliența pot fi considerați factori care îi protejează pe adolescenți împotriva angajării în comportamente riscante pentru propria lor sănătate și dezvoltare.

Adolescenții sunt implicați în propria lor educație, cultura *pop* și numeroase rețele sociale în care stabilesc și cultivă relații cu alți convârșnici. Totodată, adolescenții achiziționează noi capacități fizice și cognitiv-intelectuale, își testează propriile lor abilități și limite, experimentează întâlniri romantice care prilejuiesc cunoașterea propriei lor sexualități, își planifică cariera, luptă pentru propria lor autonomie și învață o mulțime de lucruri despre lumea din jurul lor. Unii dintre adolescenți sunt mai tentați să experimenteze „senzații *cool*”, iar astfel de atitudini îi predispun spre asumarea de riscuri. Prin urmare, religiozitatea (credințele și sentimentele religioase puternice, respectiv participarea la activități religioase organizate, la ora de educație religioasă sau la alte programe formative focalizate pe religie) și orientarea spre spiritualitate pot avea un rol formativ consistent în viața și dezvoltarea adolescenților deoarece pot reprezenta o „voce a moderației” și pot contribui la promovarea sănătății, comportamentelor pro-sociale și a dezvoltării pozitive [269, 282, 293].

Constatările studiilor converg spre concluzia unanim acceptată potrivit căreia participarea la activitățile comunităților religioase poate contribui semnificativ la reducerea riscului pentru consumul abuziv/dependența de alcool în rândul adolescenților [250, 269, 282, 293]. Este posibil ca adolescenții care consideră religia ca fiind un factor important în viața lor, motiv pentru care participă la slujbe religioase sau la alte activități prin care își cultivă relația cu Divinitatea și se deschid spiritual, să dobândească în timp o imagine pozitivă despre ei înșiși, mai multă încredere în propriile lor forțe, respectiv o stimă de sine ridicată și să manifeste atitudini pozitive față de

viață în general. Ne propune să testăm această ipoteză într-o viitoare investigație. De asemenea, putem presupune că valorizarea relației cu Divinitatea și implicarea constantă în viața unei comunități religioase pot compensa riscul angajării unui adolescent în comportamente nesănătoase (cum ar fi abuzul de alcool sau droguri) prin achiziționarea normelor pro-sociale și a modelelor pentru conduite pozitive, accesarea rețelelor sociale formate din adolescenți care prețuiesc sănătatea și evită asumarea de riscuri, precum și prin creșterea încrederii în propriile lor forțe (mai ales atunci când se confruntă cu dificultăți) și a stimei de sine. Un alt argument plauzibil trebuie să ia în calcul faptul că atunci când adolescenții își petrec timpul educativ/liber implicându-se în activități pro-sociale (care, de cele mai multe ori, sunt supravegheate) sau în activități de socializare și dezvoltare personală alături de alți covârșnici, aceștia au mai puțin timp disponibil pentru a explora situații sau a se angaja în comportamente care pot să aibă consecințe dăunătoare pentru sănătate și dezvoltare. La fel de plauzibil este și faptul că adolescenții cărora le place să-și asume riscuri tind să evite implicarea în viața unei comunități religioase deoarece această latură a vieții nu-i motivează, în timp ce cei care manifestă aversiune față de situațiile de risc sunt mai preocupați de sensul existenței individului uman în general, semnificațiile propriilor lor vieți sau relația cu Dumnezeu și, prin aceasta, sunt mai religioși. O ultimă posibilă explicație pe care o avansăm pornește de la presupunerea că adolescenții care apreciază prezența sacrului ca fiind importantă în viața lor și participă sistematic la diverse activități religioase au părinți care îi încurajează prin propriul lor model de conduită, îi supraveghează îndeaproape și, astfel, îi protejează de consumul de alcool, droguri sau alte substanțe riscante pentru prezervarea sănătății și a traseului pozitiv al dezvoltării.

La rândul ei, dimensiunea referitoare la reziliență este considerată o bază importantă pentru dezvoltarea pozitivă în copilărie și adolescență, precum și pentru facilitarea sănătății mintale și a stării de bine [39, 217, 218, 378]. Mulți dintre adolescenți au potențialul necesar pentru a se recupera din punct de vedere psihologic atunci când se confruntă cu dificultăți și a se adapta cu ușurință la condițiile de viață neprielnice, schimbările care au loc în mediile proxime în care cresc, respectiv la provocările care pot să apară în funcționarea de zi cu zi. Înțelegerea cauzelor pentru care unii adolescenți se confruntă cu experiențe negative și derapaje de la traseul normal al dezvoltării, în timp ce alții devin tineri și, mai târziu, adulți competenți în ciuda faptului că experimentează provocări de viață similare a devenit un punct principal pe agenda de lucru a cercetătorilor și practicienilor care lucrează în serviciile de sănătate mintală.

Reziliența este conceptualizată ca rezultatul dezvoltării unui individ care se confruntă cu riscuri ridicate, procesul dinamic al adaptării pozitive la amenințări semnificative/adversități severe sau ansamblul trăsăturilor individuale care reflectă abilitatea unei persoane de a identifica

și utiliza resurse, respectiv soliditatea și flexibilitatea funcționării psiho-socio-profesionale ca răspuns la diferite circumstanțe de mediu sau situații de viață [218, 228]. Potrivit modelului ecologic al dezvoltării (U. Bronfenbrenner), reziliența este promovată atât prin factori interni înnașcuți sau achiziționați pe parcursul dezvoltării timpurii (de exemplu: profilul dezvoltării somatice și neuronale, starea de sănătate fizică și mintală, locul controlului intern, gândirea constructivă, abilitatea de autoreglare a emoțiilor, perseverența și autodeterminarea, credințele în autoeficacitate, stima de sine ridicată etc.), cât și prin factori externi (de exemplu: climatul familial, calitatea atașamentului față de părinți și a rețelelor de suport social, relațiile interpersonale pozitive, resursele pe care comunitatea le oferă etc.). Factorii interni și circumstanțele de mediu pe care le-am enumerat contribuie în mod semnificativ la procesul adaptării adolescenților la provocările creșterii și solicitările de viață stresante.

Adolescenții rezilienți reușesc să funcționeze pozitiv și să-și mențină echilibrul psihologic, școlar și social în ciuda dificultăților pe care le întâmpină în diferite sfere ale vieții. Indiferent de perspectiva din care este considerată, reziliența contribuie semnificativ la reducerea riscului ca un adolescent să se angajeze pe un traseu nefavorabil al dezvoltării, care poate include abuzul de alcool, dependența de droguri, viața sexuală dezorganizată, abandonul școlar prematur, afilierea la grupuri delincvente, precum și alte manifestări deviante. Studiile efectuate până în prezent confirmă rolul pozitiv pe care reziliența îl are în diminuarea consumului de substanțe periculoase în general și, în particular, a problemelor referitoare la consumul de alcool [40, 44, 245, 375, 387]. Prin urmare, demersurile orientate spre dezvoltarea sănătoasă a adolescenților sunt abordări promițătoare pentru prevenirea și reducerea unei game largi de comportamente care prezintă riscuri pentru sănătate și dezvoltare [39, 180]. Acestea trebuie să urmărească înzestrarea adolescenților cu suportul, relațiile sociale, experiențele de viață și cele de învățare, respectiv oportunitățile de care au nevoie pentru a deveni tineri și, apoi, adulți competenți și de succes.

*Ipoteza D.* Dintre ceilalți factori ai personalității, doar agreabilitatea s-a evidențiat ca predictor negativ al riscului pentru abuzul de alcool, deși puterea explicativă a acestei variabile a fost modestă. Totuși, este de precizat că agreabilitatea asociază trăsături precum căldura și apropierea emoțională în relațiile interpersonale, empatia și atitudinile constructive, generozitatea și altruismul, sensibilitatea față de nevoile celorlalți, toleranța la frustrare în situații tensionate, încrederea în ceilalți, orientarea spre cooperare etc. [97, 305]. Persoanele agreabile tind să fie prietenoase, de încredere și bine intenționate. Acestea știu cum să gestioneze într-un mod constructiv neînțelegerile și conflictele care pot apărea în relațiile sociale. Datorită caracterului plăcut astfel de persoane sunt apreciate în grupurile din care fac parte și se bucură de popularitate.

În timp ce nevrotismul, extraversiunea, deschiderea mentală și în planul experiențelor interpersonale se evidențiază ca factori de risc pentru diferite comportamente care pot fi dăunătoare sănătății adolescenților (de exemplu, fumatul și consumul de alcool sau marijuana), agreabilitatea și conștiinciozitatea acționează ca factori protectori [71, 151, 191, 224, 225]. Diferențele individuale în ceea ce privește factorii personalității sunt factori importanți care stau la baza atât a predispoziției indivizilor umani de a experimenta anumite emoții, cât și a motivației de a înlătura stări afective negative sau de a le obține și menține pe cele pozitive. La rândul lor, stările emoționale și motivele care îi determină pe indivizii umani să acționeze într-un anumit fel trebuie relaționate cu indicatorii consumului de alcool. Tiparul comportamental specific agreabilității poate explica rolul protector pe care acest factor al personalității îl are în ceea ce privește consumul problematic de alcool. Astfel, adolescenții deschiși spre interacțiunile sociale pozitive, complianți la normele grupurilor sociale din care fac parte, loiali prietenilor, calzi și empatici în relațiile interpersonale, atenți la nevoile prietenilor și ale colegilor de clasă, altruști, de încredere și capabili de apropiere afectivă au numeroase oportunități de a-și construi în timp o rețea socială dezvoltată care să le asigure suportul instrumental, emoțional sau afiliativ de care au nevoie pentru a face față solicitărilor stresante de zi cu zi și provocărilor în diverse domenii, fără a apela la consumul de tutun, alcool sau alți adjuvanți. La polul opus, adolescenții nepoliticoși, neprietenosi, lipsiți de empatie, rebeli, mai puțin cooperanți și mai reticenți în a oferi ajutor celorlalți (de exemplu, colegi de școală sau prieteni) pot fi mai predispuși să experimenteze emoții neplăcute (de exemplu, marginalizarea socială sau critica) pe care încearcă să le gestioneze prin consumul de alcool.

Deși alte cercetări raportează o relație inversă între nivelul ridicat al agreabilității și absența comportamentelor care prezintă riscuri pentru sănătatea fizică și/sau mentală, funcționarea optimă în diverse domenii și integrarea socială în rândul adolescenților [151, 191, 225], investigația pe care am realizat-o în eșantionul format din adolescenți români a evidențiat asocieri neglijabile ca mărime și, evident, ne semnificative din punct de vedere statistic între scorurile pentru factorii personalității referitori la extraversiune și deschiderea mentală pe de o parte și, pe de alta, riscul pentru abuzul de alcool (a se vedea Tabelul 2.4). De asemenea, corelația dintre conștiinciozitate și riscul pentru abuzul de alcool a fost semnificativă din punct de vedere statistic, însă modestă în ceea ce privește magnitudinea. O posibilă explicație pentru aceste rezultate neconcludente trebuie să ia în calcul natura transversală a *design*-ului care a stat la baza colectării datelor din populația de adolescenți. De asemenea, este necesar de precizat că deși modelul celor cinci factori ai personalității este o taxonomie frecvent utilizată în cercetările care se focalizează pe relația dintre predispozițiile personalității și sănătate în general, aceasta poate fi mai puțin utilă pentru analiza comportamentelor manifestate într-un anumit context specific, cum sunt cele relaționate cu

utilizarea alcoolului [191]. Mai precis, taxonomia Big Five nu explică cum anume fiecare dintre cei cinci factori ai personalității se manifestă practic în diferite contexte și ce impact are asupra stării de bine și adaptării indivizilor umani în diverse situații de viață. De exemplu, atunci când vorbim despre comportamentele riscante pentru sănătatea, adaptarea și dezvoltarea adolescenților, cum este abuzul de alcool, este posibil ca stima de sine, anxietatea, depresia, locul controlului sau alte dimensiuni psihosociale să joace un rol predictiv mai important decât cel al factorilor personalității delimitați în modelul Big Five. Pentru a testa această ipoteză sunt necesare investigații suplimentare.

*Ipoteza E.* Conform acestei ipoteze de lucru, suportul social din partea familiei, a prietenilor și a altor persoane semnificative, precum și satisfacția față de familie, prieteni, școală și sine sunt predictorii negativi ai riscului pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților. Doar satisfacția față de familie a oferit suport ipotezei. Astfel, adolescenții care au raportat niveluri ridicate ale satisfacției față de viața de familie s-au evidențiat printr-un risc mai scăzut pentru abuzul de alcool. Printre factorii care contribuie la nivelul satisfacției față de viață în rândul adolescenților se numără atât caracteristici individuale (de exemplu: profilul temperamental, factorii de personalitate, bagajul competențelor individuale, imaginea despre sine etc.), cât și factori contextuali (de exemplu: calitatea relațiilor familiale, nivelul implicării și al suportului social din partea părinților, rezultatele școlare etc.) [74, 165]. Chiar dacă, la vârsta adolescenței, relațiile sociale cu alți covârșnici sunt foarte importante pentru formarea identității și dobândirea autonomiei, familia continuă să joace un rol esențial în procesul dezvoltării. Continuitatea legăturilor familiale puternice, baza emoțională sigură pentru explorarea propriului eu și a mediului social, comunicarea constructivă, suportul social și dragostea necondiționată, modelarea într-o manieră pozitivă a rolurilor pe care părinții, școala, comunitatea și societatea le așteaptă din partea unui tânăr etc. sunt o parte dintre fațetele mediului familial care contribuie în mod substanțial la satisfacția pe care un adolescent o are față de viața de familie, reziliența în confruntarea cu dificultățile inerente vârstei, dezvoltarea sănătoasă, precum și la pregătirea pentru vârsta adultă [13, 338].

Modelele teoretice care se preocupă de factorii ce condiționează evoluția individului uman de-a lungul vieții acordă factorilor contextuali referitori la climatul familial un rol crucial în dezorganizarea și (re)organizarea rutelor dezvoltării la vârsta copilăriei și în adolescență [39, 237, 292, 330, 339]. Numeroase studii și monografii tematice publicate în literatura internațională arată că anumiți factori familiali pot acționa fie în sens protectiv, fie ca riscuri în raport cu apariția și/sau intensificarea comportamentelor problematice care pot fi dăunătoare sănătății, creșterii și dezvoltării unui adolescent [47, 180, 184, 357, 364]. Dacă ținem cont de perspectiva sistemică cu



privire la dezvoltarea individului uman, rezultă că mediul familial grevat de lipsa suportului instrumental și emoțional, sărăcia comunicării, conflicte și lipsa coeziunii, nivelul slab al monitorizării parentale, modelele comportamentale negative pe care părinții le oferă copiilor etc. reprezintă un factor de risc major în dezvoltarea tulburărilor legate de consumul de alcool în rândul adolescenților [96, 183, 206, 211, 259, 390]. Abuzul sau dependența de alcool sunt comportamente cu risc care pot fi interpretate ca rezultate psihosociale dezadaptative cauzate de vulnerabilitățile mediului familial.

*B) Predictorii ai consumului de băuturi alcoolice în rândul adolescenților. Date ale analizei de regresie logistică binomială*

Din răspunsurile pe care adolescenții le-a dat la primul item din chestionarul care a urmărit evaluarea tiparului în ceea ce privește consumul de alcool (Tabelul 2.7), 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 (de exemplu, votcă sau *whisky*). Analiza frecvențelor cumulate doar pentru variantele de răspuns *des* și *în fiecare zi* a arătat că adolescenții chestionați obișnuiau să consume semnificativ mai frecvent bere comparativ cu vin ( $z_{\text{proporții}} = 4.76$ ;  $p < 0.001$ ;  $h_{\text{Cohen}} = 0.26$ ), lichior ( $z_{\text{proporții}} = 6.40$ ;  $p < 0.001$ ;  $h_{\text{Cohen}} = 0.37$ ), gin ( $z_{\text{proporții}} = 6.29$ ;  $p < 0.001$ ;  $h_{\text{Cohen}} = 0.36$ ) și băuturi spirtoase ( $z_{\text{proporții}} = 3.34$ ;  $p < 0.001$ ;  $h_{\text{Cohen}} = 0.18$ ). De asemenea, adolescenții consumau semnificativ mai frecvent băuturi spirtoase comparativ cu lichior ( $z_{\text{proporții}} = 3.42$ ;  $p < 0.001$ ;  $h_{\text{Cohen}} = 0.19$ ) și gin ( $z_{\text{proporții}} = 3.29$ ;  $p = 0.001$ ;  $h_{\text{Cohen}} = 0.18$ ). Totuși, pentru diferențele semnificative din punct de vedere statistic pe care le-am enumerat, mărimea efectelor a fost scăzută sau modestă ( $h_{\text{Cohen}} = 0.18-0.37$ ). Diferența dintre frecvența consumului de băuturi spirtoase tari și cea a consumului de vin nu a fost semnificativă din punct de vedere statistic ( $z_{\text{proporții}} = 1.53$ ;  $p = 0.126$ ).

**Tabelul 2.7. Date brute cu privire la frecvența consumului de băuturi alcoolice**

TIP BĂUTURĂ	Variante de răspuns												TOTAL pentru variantele des și în fiecare zi	
	Deloc		Foarte rar		Rar		Când și când		Des		În fiecare zi		<i>f<sub>a</sub></i>	%
	<i>f<sub>a</sub></i>	%	<i>f<sub>a</sub></i>	%	<i>f<sub>a</sub></i>	%	<i>f<sub>a</sub></i>	%	<i>f<sub>a</sub></i>	%	<i>f<sub>a</sub></i>	%		
Bere	109	15.8	123	17.9	113	16.4	279	40.6	54	7.8	10	1.5	64	9.3
Vin	214	31.1	192	27.9	159	23.1	102	14.8	17	2.5	4	0.6	21	3.1
Lichior	365	53.1	176	25.6	91	13.2	46	6.7	7	1.0	3	0.4	10	1.5
Gin	444	64.5	131	19.0	59	8.6	43	6.3	9	1.3	2	0.3	11	1.6
Băuturi spirtoase tari	323	46.9	154	22.4	94	13.7	85	12.4	27	3.9	5	0.7	32	4.7

**Tabelul 2.8. Comparații între fete și băieți în ceea ce privește frecvența consumului de băuturi alcoolice**

TIP BĂUTURĂ	Fete (N = 321)		Băieți (N = 367)		Zproportii	p
	<i>f<sub>a</sub></i>	%	<i>f<sub>a</sub></i>	%		
Bere	14	4.36	50	13.62	<b>4.17</b>	< 0.001
Vin	8	2.49	13	3.54	0.79	0.423
Lichior	5	1.55	5	1.36	0.21	0.833
Gin	4	1.24	7	1.90	0.69	0.490
Băuturi spirtoase tari	9	2.80	23	6.26	<b>2.15</b>	0.031
Frecvență globală consum	26	8.09	68	18.5	<b>3.97</b>	< 0.001

Notă: *f<sub>a</sub>* = frecvență absolută (doar pentru categoriile de răspuns des/în fiecare zi)

Comparativ cu subeșantionul format din fete, semnificativ mai mulți dintre băieți (Tabelul 2.8) au raportat că obișnuiau să consume frecvent (*des/în fiecare zi*) bere ( $h_{\text{Cohen}} = 0.33$ ) sau băuturi spirtoase ( $h_{\text{Cohen}} = 0.16$ ). De asemenea, băieții s-au remarcat prin frecvența globală a consumului de băuturi alcoolice, care a fost semnificativ mai ridicată ( $h_{\text{Cohen}} = 0.31$ ) comparativ cu cea înregistrată pentru fete. Astfel, 18.5 % dintre băieți (față de numai 8.09 % dintre fete) au raportat că obișnuiau să consume *des* sau *în fiecare zi* una sau alta dintre băuturile alcoolice pe care ne-am focalizat atenția în studiul nostru. Totuși, pentru diferențele constatate, mărimea efectelor a fost scăzută sau modestă. Pentru consumul de vin, lichior sau gin, diferențele dintre băieți și fete nu au fost semnificative din punct de vedere statistic.

Aproximativ 14 % (N = 94) din totalul adolescenților chestionați au raportat că obișnuiau să consume *des* sau *în fiecare zi* un anumit tip de băutură alcoolică. Cu alte cuvinte, unul dintre cinci adolescenți s-a încadrat în grupul critic în ceea ce privește frecvența consumului de alcool. Comparativ cu adolescenții care nu consumau băuturi alcoolice (indiferent de tipul acestora) sau consumau ocazional, cei care s-au încadrat în grupul critic s-au evidențiat prin scoruri medii (Anexa 11) semnificativ mai ridicate pentru riscul abuzului de alcool ( $d_{\text{Cohen}} = 1.15$ ), nevrotism ( $d_{\text{Cohen}} = 0.39$ ), probabilitatea angajării în general în comportamente riscante pentru sănătatea fizică și mintală ( $d_{\text{Cohen}} = 0.89$ ), frecvența actelor de indisciplină manifestate la școală ( $d_{\text{Cohen}} = 0.65$ ) și anxietate ( $d_{\text{Cohen}} = 0.43$ ).

De asemenea, comparativ cu adolescenții care nu aveau probleme în ceea ce privește consumul de alcool, cei care au făcut parte din grupul critic s-au evidențiat prin scoruri medii semnificativ mai scăzute pentru reziliență ( $d_{\text{Cohen}} = 0.23$ ), religiozitate ( $d_{\text{Cohen}} = 0.67$ ), conștiinciozitate ( $d_{\text{Cohen}} = 0.34$ ), percepția pericolozității comportamentelor riscante ( $d_{\text{Cohen}} = 0.70$ ), stima de sine în domeniul școlar ( $d_{\text{Cohen}} = 0.42$ ), suportul social din partea familiei ( $d_{\text{Cohen}} = 0.50$ ) și a altor persoane ( $d_{\text{Cohen}} = 0.34$ ), suportul social global ( $d_{\text{Cohen}} = 0.42$ ), satisfacția față de familie ( $d_{\text{Cohen}} = 0.66$ ), satisfacția față de școală ( $d_{\text{Cohen}} = 0.57$ ), respectiv satisfacția față de sine ( $d_{\text{Cohen}} = 0.30$ ). Cea mai consistentă mărime a efectului s-a constatat în cazul riscului pentru abuzul de alcool. De asemenea, pentru probabilitatea angajării în comportamente riscante în general, mărimea efectului a fost ridicată. Pentru religiozitate, percepția cu privire la pericolozitatea comportamentelor de risc, indisciplina manifestată la școală și satisfacția față de familie, mărimea efectelor a fost moderată spre ridicată, iar pentru agreabilitate, stima de sine în domeniul școlar, anxietate, suportul social din partea familiei, suportul social global și satisfacția față de școală, mărimea efectelor a fost moderată. Pentru reziliență, nevrotism, conștiinciozitate, suportul social din partea altor persoane și satisfacția față de sine, mărimea efectelor a fost fie scăzută, fie scăzută spre moderată.

Adolescenții care au raportat că obișnuiau să consume frecvent băuturi alcoolice nu s-au diferențiat semnificativ din punct de vedere statistic de cei fără probleme în ceea ce privește scorurile medii pentru credința în autoeficacitatea generalizată, extraversiune, deschiderea în planul mental și al experiențelor interpersonale, stresul psihic pe care îl resimțiseră în ultimele șase luni, dispoziția afectivă negativă (depresia), suportul social din partea prietenilor, respectiv satisfacția față de prieteni.

Tabelul 2.9 sumarizează datele obținute prin efectuarea analizei de regresie logistică binomială în care variabila dependentă a fost frecvența globală a consumului de băuturi alcoolice. Variabila a fost derivată prin recodificarea răspunsurilor pe care adolescenții care au participat la studiu le-au dat la primul item din chestionarul pentru evaluarea tiparului în ceea ce privește consumul de alcool. Variantele de răspuns (cumulate pentru toate cele cinci categorii de băuturi alcoolice) au fost recodificate cu „1” pentru *des/în fiecare zi*, respectiv „0” pentru *deloc/foarte rar/rar/când și când*, astfel încât să rezulte o variabilă dihotomică de tip *dummy*. Ca variabile independente au fost luate în calcul riscul pentru abuzul de alcool, probabilitatea angajării în general în comportamente riscante, percepția pericolozității comportamentelor riscante, religiozitatea, agreabilitatea, anxietatea, suportul social din partea familiei, suportul social global, satisfacția față de familie, școală și sine, indisciplina manifestată la școală, respectiv stima de sine în domeniul școlar. Toate aceste variabile cantitative au evidențiat diferențe semnificative din punct de vedere statistic în funcție de frecvența globală a consumului de băuturi alcoolice (a se revedea Anexa 11), cu o mărime a efectelor cel puțin moderată. Deși sexul adolescenților care au participat la studiu a avut un efect semnificativ din punct de vedere statistic asupra frecvenței globale a consumului de băuturi alcoolice (a se revedea Tabelul 2.8), mărimea efectului a fost modestă. Din acest motiv, această variabilă nu a fost luată în calcul în modelul de regresie logistică binomială.

Deoarece corelația dintre suportul social din partea familiei și suportul social global (scorul total la MSPSS a fost obținut prin însumarea scorurilor la subscalele pentru măsurarea suportului din partea familiei, prietenilor și a altor persoane semnificative) a fost ridicată ( $r = 0.73$ ;  $p < 0.001$ ), au fost testate separat două modele de regresie pentru a se evita multicolaritatea dintre variabilele independente. Aceasta se referă la existența unor corelații ridicate ( $> 0.50/0.60$ ) între oricare două dintre variabilele independente care urmează să fie introduse într-un model de regresie liniară multiplă (Labăr, 2008; Morgan *et al.*, 2019). Verificarea multicolarității reprezintă o analiză preliminară importantă pentru creșterea acurateții unui model de regresie în ceea ce privește predictorii și estimarea puterii explicative pe care acestea o au individual în cadrul modelului.

**Tabelul 2.9. Analiza de regresie logistică binomială**

<b>VARIABLE INDEPENDENTE</b>	<b>b</b>	<b>ES</b>	<b>Wald</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>95 % CI pentru OR</b>
<b>1. Risc abuz de alcool</b>	<b>0.30/0.31</b>	<b>0.08/0.09</b>	<b>11.43/11.90</b>	<b>0.001/0.001</b>	<b>1.35/1.36</b>	<b>1.13 – 1.60/1.14 – 1.62</b>
<b>2. Atitudine față de comportamentele riscante (probabilitate angajare)</b>	<b>0.58/0.60</b>	<b>0.19/0.19</b>	<b>9.14/9.75</b>	<b>0.002/0.002</b>	<b>1.80/1.83</b>	<b>1.23 – 2.63/1.25 – 2.69</b>
3. Atitudine față de comportamentele riscante (percepție periculozitate)	- 0.13/- 0.11	0.19/0.19	0.44/0.34	0.505/0.559	0.88/0.89	0.60 – 1.28/0.61 – 1.30
<b>4. Religiozitate</b>	<b>- 0.08/- 0.08</b>	<b>0.03/0.03</b>	<b>5.90/5.25</b>	<b>0.015/0.022</b>	<b>0.92/0.92</b>	<b>0.86 – 0.98/0.86 – 0.98</b>
5. Agreabilitate	0.18/0.23	0.24/0.25	0.55/0.87	0.455/0.349	1.20/1.26	0.74 – 1.95/0.77 – 2.08
6. Anxietate	- 0.004/- 0.003	0.04/0.03	0.01/0.005	0.910/0.942	0.99/0.99	0.92 – 1.07/0.92 – 1.07
7. Suport social familie	- 0.008	0.03	0.06	0.804	0.99	0.93 – 1.05
8. Suport social global	- 0.01	0.01	1.78	0.182	0.98	0.96 – 1.00
9. Satisfacție față de familie	- 0.11/- 0.09	0.18/0.15	0.40/0.35	0.526/0.553	0.89/0.91	0.62 – 1.27/0.67 – 1.24
10. Satisfacție față de școală	- 0.18/- 0.18	0.16/0.16	1.26/1.23	0.260/0.266	0.82/0.83	0.59 – 1.15/0.59 – 1.15
11. Satisfacție față de sine	- 0.17/- 0.12	0.19/0.19	0.79/0.39	0.374/0.529	0.84/0.88	0.58 – 1.22/0.60 – 1.29
12. Indisciplină la școală	0.38/0.40	0.28/0.28	1.81/2.04	0.178/0.153	1.46/1.49	0.84 – 2.55/0.86 – 2.60
13. Stimă de sine în domeniul școlar	0.16/0.19	0.23/0.23	0.49/0.70	0.480/0.402	1.17/1.21	0.74 – 1.85/0.77 – 1.92

*Notă:* N = 656. VD – frecvența globală a consumului de băuturi alcoolice (0 – *deloc/foarte rar/rar/când și când*; 1 – *des/în fiecare zi*). OR = Odd Ratio. CI = confidence interval. Datele din tabel care sunt trecute înainte de *slash* corespund modelului în care suportul social din partea familiei a fost luat în considerare ca variabilă independentă. Datele trecute după *slash* corespund modelului în care suportul social global a făcut parte din setul variabilelor independente. Modelele de regresie au fost semnificative din punct de vedere statistic ( $\chi^2 = 109.70/111.40$ ;  $p < 0.001$ ). Nagelkerke  $R^2 = 0.285/0.289$

Contribuția fiecăreia dintre variabilele independente la modelul de regresie a fost evaluată prin calcularea coeficienților de regresie nestandardizați și a celor standardizați prin exponențializare (OR), precum și prin aplicarea testul  $\chi^2_{\text{Wald}}$  pentru determinarea semnificației din punct de vedere statistic. Pentru coeficienții de regresie exponențializați, au fost indicate intervalele de încredere estimate cu o probabilitate de 95 %.

Modelele de regresie rezultate au fost semnificative din punct de vedere statistic, adică au inclus cel puțin o variabilă independentă care s-a evidențiat ca predictor pentru frecvența globală a consumului de băuturi alcoolice. Modelul în care a fost luat în calcul doar suportul social din partea familiei și restul variabilelor independente a explicat 28.5 % din diferențele dintre adolescenți în ceea ce privește frecvența globală a consumului de băuturi alcoolice, iar modelul în care s-a ținut cont doar de scorul pentru suportul social global și de celelalte variabile independente a explicat 28.9 % din varianța variabilei dependente.

Pentru ambele modele, riscul abuzului de alcool ( $\chi^2_{\text{Wald}} = 11.43$ ;  $p = 0.001/\chi^2_{\text{Wald}} = 11.90$ ;  $p = 0.001$ ), probabilitatea angajării în viitor în comportamente riscante pentru sănătatea fizică și mintală, respectiv dezvoltarea pozitivă de-a lungul vieții ( $\chi^2_{\text{Wald}} = 9.14$ ;  $p = 0.002/\chi^2_{\text{Wald}} = 9.75$ ;  $p = 0.002$ ) și religiozitatea ( $\chi^2_{\text{Wald}} = 5.90$ ;  $p = 0.015/\chi^2_{\text{Wald}} = 5.25$ ;  $p = 0.022$ ) au fost predictorii ai frecvenței globale a consumului de băuturi alcoolice. Celelalte variabile independente nu au avut o contribuție semnificativă din punct de vedere statistic la explicarea varianței variabilei dependente. Apartenența adolescenților la grupul critic în ceea ce privește frecvența consumului de băuturi alcoolice s-a asociat cu riscul ridicat pentru abuzul de alcool, atitudinea favorabilă față de comportamentele riscante în general (probabilitatea ridicată pentru angajarea în viitor în astfel de comportamente), respectiv nivelul scăzut al religiozității. Cea mai consistentă contribuție predictivă a avut-o probabilitatea angajării în comportamente riscante. Astfel, comparativ cu adolescenții care aveau o atitudine negativă față de comportamentele de risc, cei care au raportat o probabilitate ridicată de a manifesta în viitor astfel de comportamente au prezentat un risc de 1.80 de ori mai ridicat (primul model de regresie), respectiv 1.83 de ori mai ridicat (al doilea model de regresie) de a face parte din grupul critic în ceea ce privește consumul de băuturi alcoolice, rezultat care este echivalent cu 80 %, respectiv 83 % mai multe șanse. De asemenea, comparativ cu adolescenții cu un risc scăzut pentru abuzul de alcool, cei care prezentau un risc ridicat s-au evidențiat prin 35 % mai multe șanse (primul model de regresie), respectiv 36 % mai multe șanse (al doilea model de regresie) de a consuma frecvent (*des/în fiecare zi*) băuturi alcoolice. Contribuția din partea religiozității a fost mult mai modestă. Astfel, comparativ cu adolescenții mai puțin religioși, cei religioși au prezentat cu 8 % mai puține șanse de a face parte din grupul critic în ceea ce privește frecvența consumului de băuturi alcoolice.

Prin analiza comparativă a datelor prezentate la punctele B) și C), se poate constata că atitudinea favorabilă față de comportamentele riscante pentru sănătatea și dezvoltarea unui adolescent (ne referim la probabilitatea angajării în viitor în astfel de comportamente) a reprezentat un predictor destul de consistent atât pentru riscul abuzului de alcool (scorul brut la chestionarul redat în Anexa A1.15), cât și pentru frecvența globală a consumului de băuturi alcoolice. De asemenea, religiozitatea s-a regăsit în toate modelele de regresie, însă contribuția predictivă din partea acestei variabile independente a fost mult mai modestă.

### *C) Testarea relațiilor de moderare*

O primă întrebare care ne-a orientat demersul investigativ a fost: Pentru niveluri diferite ale probabilității angajării în comportamente riscante, relația dintre nevrotism/instabilitatea emoțională (ca predispoziție a personalității adolescenților) și riscul pentru abuzul de alcool este diferită? Premisa de la care am pornit a fost că predispoziția adolescenților de a se angaja în comportamente riscante pentru sănătatea fizică și mintală acționează ca un catalizator care intensifică impactul negativ pe care nevrotismul îl poate avea prin abuzul de alcool.

*Nevrotism, probabilitatea angajării în comportamente riscante și abuzul de alcool.* În primul pas al analizei de regresie liniară multiplă ierarhică, scorurile standardizate pentru nevrotism și probabilitatea angajării în comportamente riscante pentru sănătatea fizică și mintală au fost introduse ca variabile independente, variabila dependentă fiind riscul pentru abuzul de alcool (Anexa 12, Tabelul A.12.1). Modelul obținut a fost semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.518$ ;  $F_R = 122.78$ ;  $p < 0.001$ ). Nevrotismul și probabilitatea angajării în comportamente riscante au explicat împreună 26.6 % din diferențele dintre adolescenți în ceea ce privește riscul pentru abuzul de alcool. Atât nevrotismul, cât și probabilitatea angajării în comportamente riscante au fost predictorii pozitivi ai riscului pentru abuzul de alcool. Astfel, condițiile *a* și *b* necesare pentru existența unei relații de moderare au fost îndeplinite (a se revedea subcapitolul 2.5).

În al doilea pas al analizei, variabilele independente au fost scorurile standardizate pentru nevrotism și probabilitatea angajării în comportamente riscante, precum și variabila compozită obținută prin calcularea produsului dintre valorile standardizate pentru variabilele menționate anterior. Această a treia variabilă a fost derivată pentru a se manipula din punct de vedere cantitativ interacțiunea dintre variabila independentă și cea moderatoare. Modelul rezultat a fost semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.530$ ;  $F_R = 87.14$ ;  $p < 0.001$ ). Variabilele independente au explicat împreună 27.8 % din varianța riscului pentru abuzul de alcool. Nevrotismul și probabilitatea angajării în comportamente cu risc pentru sănătate și dezvoltare și-au păstrat rolul predictiv, iar variabila rezultată prin interacțiunea dintre ele a fost, de asemenea, predictor pozitiv

al riscului pentru abuzul de alcool [condiția *c*; cf. 32]. Mai mult, în raport cu puterea explicativă globală a modelului rezultat în primul pas al analizei, adăugarea interacțiunii dintre nevrotism și probabilitatea angajării în comportamente riscante a condus la o creștere cu 1.3 % a puterii explicative globale a celui de-al doilea model. Chiar dacă a avut o valoare modestă, această creștere a fost semnificativă din punct de vedere statistic ( $F_{\Delta R^2} = 11.87$ ;  $p = 0.002$ ).

Reprezentarea grafică redată în Anexa 13 (Figura A.13.1) a fost obținută prin transformarea scorurilor brute pentru nevrotism și probabilitatea angajării în comportamente riscante în variabile categoriale (intervale de valori) în funcție de criteriul  $m \pm s$ . Pentru nevrotism,  $m \pm s = 2.88 \pm 0.73 = [2.15; 3.61]$ . Intervalele de valori au fost: [1.00; 2.15] – scor scăzut (N = 114); [2.16; 3.61] – scor moderat (N = 437); [3.62; 5.00] – scor ridicat (N = 122). Pentru probabilitatea angajării în comportamente riscante,  $m \pm s = 2.41 \pm 0.79 = [1.62; 3.20]$ . Intervalele de valori au fost: [1.00; 1.62] – scor scăzut (N = 93); [1.63; 3.20] – scor moderat (N = 467); [3.21; 5.00] – scor ridicat (N = 128). Atunci când probabilitatea angajării în comportamente riscante a fost ridicată, adolescenții care au obținut un scor ridicat la nevrotism au evidențiat un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool (N = 29;  $m = 5.00$ ;  $s = 2.13$ ). La polul opus, atunci când probabilitatea angajării în comportamente riscante a fost scăzută, adolescenții cu un scor ridicat la nevrotism au evidențiat un risc mai scăzut pentru abuzul de alcool (N = 22;  $m = 2.33$ ;  $s = 1.43$ )

Factorul de personalitate referitor la instabilitatea emoțională a fost predictor pozitiv al scorului pe care adolescenții l-au obținut la scala prin care a fost operaționalizat riscul pentru abuzul de alcool. În cei doi pași ai analizei de regresie liniară multiplă ierarhică, scorul pentru instabilitatea emoțională a explicat 8.52 %, respectiv 8.94 % din varianța riscului pentru abuzul de alcool. Rezultatele pe care le-am obținut sunt convergente cu constatările altor studii [71, 220, 224]. Este cunoscut că persoanele instabile emoțional sunt predispușe să experimente mai multe evenimente de viață negative. În plus, acestea sunt foarte vigilențe și au tendința de a percepe mediul în care își duc existența ca fiind amenințător la adresa propriilor lor scopuri și a echilibrului individual [232]. Din această cauză, persoanele instabile emoțional manifestă tendința de a trăi mai frecvent și cu o intensitate mai mare emoții preponderent negative (de exemplu: anxietate, depresie, stări de furie sau ostilitate, culpabilitate etc.). În combinație cu predispoziția spre imaginea de sine negativă, lipsa încrederii în propriile lor forțe, respectiv impulsivitatea în acțiuni și relațiile interpersonale, emoțiile preponderent negative pe care persoanele nevrotice le trăiesc contribuie la diminuarea capacității de adaptare în situațiile de viață stresante [176]. Atunci când pierde complet controlul asupra eforturilor de gestionare a unor situații de criză (de exemplu, decepția într-o relație romantică sau escaladarea conflictului cu părinții), adolescentul instabil din punct de vedere emoțional poate fi mai vulnerabil în raport cu utilizarea abuzivă atât a alcoolului,



cât și a altor substanțe periculoase la care apelează pentru a compensa efectele negative asociate stresului psihic.

La rândul ei, variabila referitoare la predispoziția spre angajarea în comportamente riscante a fost predictor pozitiv al riscului pentru abuzul de alcool. În pașii analizei de regresie, predispoziția spre angajarea în comportamente riscante a explicat 14.97 %, respectiv 13.54 % din varianța scorului pentru abuzul de alcool. Din acest motiv, atitudinile orientate spre asumarea riscurilor reprezintă una dintre principalele ținte ale programelor prin care se urmărește prevenirea problemelor de sănătate și dezvoltare în rândul adolescenților.

De asemenea, variabila rezultată prin crearea interacțiunii dintre instabilitatea emoțională și predispoziția spre angajarea în comportamente riscante a fost predictor pozitiv și a explicat 1.27 % din varianța riscului pentru abuzul de alcool. Acest rezultat sugerează că trăsăturile vulnerabile ale personalității unui adolescent, cum este instabilitatea emoțională marcată de impulsivitate și deficitul controlului comportamental, la care se adaugă atitudinea favorabilă pe care adolescentul o poate manifesta față de angajarea în anumite circumstanțe sociale în comportamente periculoase au un efect cumulativ în predicția abuzului de alcool. Acest efect poate fi intensificat mai ales de situațiile în care adolescentul instabil emoțional împărtășește credințe, emoții, convingeri și valori similare cu alți covârșnici din grupuri sociale în care urmărește să se integreze și cu care se identifică puternic sau în situațiile din existența individuală în care se confruntă cu solicitări stresante și utilizează alcoolul pentru a le face față [176]. În concluzie, datele analizei de regresie liniară multiplă ierarhică au oferit dovezi pentru relația de moderare. Adolescenții instabili din punct de vedere emoțional care, în același timp, erau mai predispuși să se angajeze în viitor în comportamente periculoase pentru propria lor sănătate, funcționare individuală și stare de bine au evidențiat un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool.

*Nevrotism, percepția pericolozității comportamentelor riscante și abuzul de alcool.* Analiza care urmează a fost efectuată pentru a se răspunde la întrebarea: Pentru niveluri diferite ale percepției pericolozității cu privire la comportamentele riscante, relația dintre nevrotism, respectiv riscul pentru abuzul de alcool este diferită? Premisa de la care am pornit a fost că, atunci când un adolescent instabil emoțional are și o percepție favorabilă față de angajarea în comportamente riscante pentru propria lui sănătate fizică și mintală (adică nu consideră că astfel de comportamente sunt periculoase), riscul pentru abuzul de alcool crește.

În primul pas al analizei de regresie liniară multiplă ierarhică, scorurile standardizate pentru nevrotism, respectiv percepția pericolozității comportamentelor riscante au fost introduse ca variabile independente. Variabila dependentă a fost riscul pentru abuzul de alcool (Anexa 12, Tabelul A.12.2). Modelul astfel obținut a fost semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.469$ ;

$F_R = 94.20$ ;  $p < 0.001$ ). Nevrotismul și percepția periculozității comportamentelor riscante au explicat împreună 22 % din varianța riscului pentru abuzul de alcool. Nevrotismul a fost predictor pozitiv al riscului pentru abuzul de alcool, în timp ce percepția periculozității comportamentelor riscante a fost predictor negativ. Astfel, au fost îndeplinite condițiile *a* și *b* necesare pentru existența unei relații de moderare.

În al doilea pas al analizei, variabilele independente au fost scorurile standardizate pentru nevrotism și percepția periculozității comportamentelor riscante, precum și variabila compozită obținută prin calcularea produsului dintre valorile standardizate pentru variabilele la care ne-am referit anterior. De asemenea, modelul rezultat a fost semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.483$ ;  $F_R = 67.46$ ;  $p < 0.001$ ). Variabilele independente au explicat împreună 23.3 % din varianța riscului pentru abuzul de alcool. Nevrotismul și percepția periculozității comportamentelor riscante și-au păstrat *status*-ul predictiv. La rândul ei, variabila rezultată prin interacțiunea dintre nevrotism și percepția periculozității comportamentelor riscante s-a evidențiat ca predictor negativ (condiția *c* necesară pentru existența unei relații de moderare). În raport cu puterea explicativă globală a modelului rezultat în primul pas al analizei de regresie, adăugarea interacțiunii dintre nevrotism și percepția periculozității comportamentelor riscante a condus la o creștere cu 1.3 % a puterii explicative globale a celui de-al doilea model. Chiar dacă a avut o valoare modestă, această creștere a fost semnificativă din punct de vedere statistic ( $F_{\Delta R^2} = 11.13$ ;  $p = 0.001$ ).

Reprezentarea grafică redată în Anexa 13 (Figura A.13.2) a fost obținută prin transformarea scorurilor brute pentru nevrotism și percepția periculozității comportamentelor riscante în variabile categoriale în funcție de criteriul  $m \pm s$ . Pentru percepția periculozității comportamentelor riscante,  $m \pm s = 3.53 \pm 0.75 = [2.78; 4.28]$ . Intervalele de valori au fost:  $[1.00; 2.78]$  – scor scăzut ( $N = 100$ );  $[2.79; 4.28]$  – scor moderat ( $N = 486$ );  $[4.29; 5.00]$  – scor ridicat ( $N = 97$ ). Atunci când percepția periculozității asociată comportamentelor riscante a fost slabă, adolescenții cu un scor ridicat la nevrotism au evidențiat un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool ( $N = 19$ ;  $m = 5.15$ ;  $s = 1.95$ ). În schimb, atunci când percepția periculozității comportamentelor riscante a fost puternică, adolescenții cu un scor ridicat la nevrotism au evidențiat un risc mai scăzut pentru abuzul de alcool ( $N = 29$ ;  $m = 2.69$ ;  $s = 1.74$ ). Așadar, datele analizei de regresie liniară multiplă ierarhică au oferit dovezi pentru efectul moderator pe care percepția cu privire la periculozitatea comportamentelor riscante l-a avut asupra relației dintre nevrotism și riscul pentru abuzul de alcool. Astfel, adolescenții instabili din punct de vedere emoțional care, în același timp, s-au diferențiat printr-o percepție favorabilă față de angajarea în comportamente riscante în general (în

sensul în care nu au considerat că astfel de comportamente sunt periculoase pentru sănătatea și dezvoltarea unui adolescent), au înregistrat un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool.

*Nevrotism, reziliență și abuzul de alcool.* De asemenea, am efectuat o altă analiză pentru a se răspunde la întrebarea: Pentru niveluri diferite ale rezilienței (ca abilitate a unui adolescent de a-și reveni și a-și păstra funcționarea pozitivă în ciuda circumstanțelor de viață nefavorabile), relația dintre nevrotism și riscul pentru abuzul de alcool este diferită? Ipoteza de la care am pornit a fost că nivelul redus al rezilienței accentuează efectul negativ pe care instabilitatea emoțională a unui adolescent îl are în ceea ce privește riscul pentru abuzul de alcool (mai ales în situații de viață stresante pe care le evaluează ca fiind amenințătoare și ca depășindu-i posibilitățile de a face față).

În primul pas al analizei de regresie liniară multiplă ierarhică pe care am realizat-o, scorurile standardizate pentru nevrotism și reziliență au fost luate în considerare ca variabile independente, iar riscul pentru abuzul de alcool ca variabilă dependentă (Anexa 12, Tabelul A.12.3). Modelul rezultat a fost semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.378$ ;  $F_R = 55.60$ ;  $p < 0.001$ ). Nevrotismul și reziliența au explicat împreună 14.3 % din diferențele dintre adolescenții chestionați în ceea ce privește riscul pentru abuzul de alcool. Nevrotismul a fost predictor pozitiv al riscului pentru abuzul de alcool, în timp ce reziliența a fost predictor negativ, asigurându-se astfel condițiile *a* și *b* necesare pentru testarea unei relații de moderare.

În al doilea pas al analizei, variabilele independente au fost scorurile standardizate pentru nevrotism și reziliență, respectiv variabila compozită rezultată prin calcularea produsului dintre valorile standardizate pentru variabilele menționate anterior. Și acest al doilea model a fost semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.391$ ;  $F_R = 39.98$ ;  $p < 0.001$ ). Cele trei variabile independente au explicat împreună 15.3 % din varianța riscului pentru abuzul de alcool. Nevrotismul a fost predictor pozitiv, în timp ce reziliența și variabila compozită rezultată prin interacțiunea dintre reziliență și nevrotism au fost predictorii negativi (condiția *c* necesară pentru existența unei relații de moderare). În plus, în raport cu puterea explicativă globală a modelului rezultat în primul pas al analizei de regresie, adăugarea interacțiunii dintre nevrotism și reziliență a condus la o creștere cu 1 % a puterii explicative globale a celui de-al doilea model. Această creștere a fost semnificativă din punct de vedere statistic ( $F_{\Delta R^2} = 7.63$ ;  $p = 0.006$ ).

Reprezentarea grafică redată în Anexa 13 (Figura A.13.3) a fost obținută prin transformarea scorurilor brute pentru nevrotism, respectiv reziliență în variabile categoriale utilizându-se criteriul  $m \pm s$ . Pentru reziliență,  $m \pm s = 3.12 \pm 0.71 = [2.41; 3.28]$ . Intervalele de valori au fost: [1.00; 2.41] – scor scăzut ( $N = 114$ ); [2.42; 3.83] – scor moderat ( $N = 482$ ); [3.84; 5.00] – scor ridicat ( $N = 89$ ). Adolescenții cu un scor ridicat la nevrotism și un scor scăzut la reziliență au evidențiat un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool ( $N = 20$ ;  $m = 4.24$ ;  $s = 2.25$ ). La polul opus, adolescenții

cu scoruri ridicate pentru nevrotism și reziliență au evidențiat un risc mai scăzut pentru abuzul de alcool ( $N = 23$ ;  $m = 1.66$ ;  $s = 1.52$ ). În concluzie, datele analizei de regresie liniară multiplă ierarhică au oferit dovezi pentru efectul moderator pe care reziliența l-a avut asupra relației dintre nevrotism, respectiv riscul pentru abuzul de alcool. Adolescenții instabili din punct de vedere emoțional care, în același timp, s-au evidențiat printr-un nivel scăzut al rezilienței au înregistrat un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool.

*Nevrotism, suport social din partea familiei și abuzul de alcool.* O altă întrebare pe care ne-am adresat-o a fost: Pentru niveluri diferite ale suportului social din partea familiei, relația dintre nivelul nevrotismului în rândul adolescenților și riscul pentru abuzul de alcool este diferită? Premisa care a stat la baza investigației a fost că percepția pe care un adolescent o are cu privire la disponibilitatea și calitatea suportului social din partea familiei acționează ca un amortizor care reduce impactul negativ pe care instabilitatea emoțională îl poate avea prin abuzul de alcool.

În primul pas al analizei de regresie liniară multiplă ierarhică, scorurile standardizate pentru nevrotism și suportul social din partea familiei au fost variabile independente, în timp ce riscul pentru abuzul de alcool a fost variabila dependentă (Anexa 12, Tabelul A.12.4). Modelul rezultat a fost semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.390$ ;  $F_R = 59.48$ ;  $p < 0.001$ ). Nevrotismul și suportul social din partea familiei au explicat împreună 15.2 % din variația riscului pentru abuzul de alcool. Nevrotismul a fost predictor pozitiv al riscului pentru abuzul de alcool, în timp ce suportul social din partea familiei a fost predictor negativ (condițiile *a* și *b* necesare pentru testarea unei relații de moderare).

În al doilea pas al analizei, variabilele independente au fost scorurile standardizate pentru nevrotism și suportul social din partea familiei, respectiv variabila compozită rezultată prin calcularea produsului dintre valorile standardizate pentru nevrotism și suportul familial. De asemenea, al doilea model de regresie a fost semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.407$ ;  $F_R = 43.94$ ;  $p < 0.001$ ). Cele trei variabile independente au explicat împreună 16.6 % din variația riscului pentru abuzul de alcool. Nevrotismul a fost predictor pozitiv, în timp ce suportul social din partea familiei și variabila compozită rezultată prin interacțiunea dintre nevrotism și suportul familial au fost predictorii negativi (condiția *c* pentru existența unei relații de moderare). Față de puterea explicativă globală a modelului obținut în primul pas al analizei de regresie, adăugarea interacțiunii dintre nevrotism și suportul social din partea familiei a condus la o creștere cu 1.4 % a puterii explicative globale a celui de-al doilea model. Această creștere a fost destul de modestă, însă semnificativă din punct de vedere statistic ( $F_{\Delta R^2} = 11.05$ ;  $p = 0.001$ ).

Reprezentarea grafică redată în Anexa 13 (Figura A.13.4) a fost obținută prin transformarea scorurilor brute pentru nevrotism și suportul social din partea familiei în variabile categoricale în

funcție de criteriul  $m \pm s$ . Pentru suportul social din partea familiei,  $m \pm s = 21.63 \pm 5.73 = [15.90; 27.36]$ . Intervalele de valori au fost:  $[4.00; 15.90]$  – scor scăzut (N = 103);  $[15.91; 27.36]$  – scor moderat (N = 447);  $[27.27; 28.00]$  – scor ridicat (N = 129). Atunci când nivelul suportului din partea familiei a fost ridicat, adolescenții cu un scor ridicat la instabilitatea emoțională au evidențiat un risc mai scăzut pentru abuzul de alcool (N = 25;  $m = 2.83$ ;  $s = 1.26$ ). În schimb, atunci când nivelul suportului familial a fost scăzut, adolescenții cu un scor ridicat la instabilitatea emoțională au evidențiat un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool (N = 30;  $m = 3.96$ ;  $s = 2.31$ ). În concluzie, datele analizei de regresie liniară multiplă ierarhică au oferit dovezi pentru efectul moderator pe care suportul social din partea familiei l-a avut asupra relației dintre nevrotism și riscul pentru abuzul de alcool. Adolescenții instabili din punct de vedere emoțional și care, în plus, percepeau un nivel scăzut al suportului social din partea familiei s-au evidențiat printr-un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool.

*Nevrotism, satisfacție față de familie și abuzul de alcool.* O altă întrebare care ne-a ghidat analizele a fost: Pentru niveluri diferite ale satisfacției pe care adolescenții o au față de familie, relația dintre nivelul nevrotismului și riscul pentru abuzul de alcool este diferită? Ipoteza de la care am pornit a fost că percepția pe care un adolescent o are cu privire la calitatea vieții de familie amortizează relația negativă dintre instabilitatea emoțională și riscul abuzului de alcool.

În primul pas al analizei de regresie liniară multiplă ierarhică, scorurile standardizate pentru nevrotism, respectiv satisfacția față de familie au fost luate în considerare ca variabile independente. Variabila dependentă a fost riscul pentru abuzul de alcool (Anexa 12, Tabelul A.12.5). Modelul obținut a fost semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.452$ ;  $F_R = 85.45$ ;  $p < 0.001$ ). Nevrotismul și satisfacția față de familie au explicat împreună 20.4 % din diferențele dintre adolescenți în ceea ce privește riscul pentru abuzul de alcool. Nevrotismul a fost predictor pozitiv, iar satisfacția față de viața de familie predictor negativ. Aceste rezultate au oferit dovezi pentru condițiile *a* și *b* care trebuie îndeplinite în vederea testării unei relații de moderare.

În al doilea pas al analizei, variabilele independente au fost scorurile standardizate pentru nevrotism și satisfacția față de familie, respectiv variabila compozită rezultată prin calcularea produsului dintre valorile standardizate pentru cele două variabile la care ne-am referit anterior. Și acest al doilea model de regresie a fost semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.464$ ;  $F_R = 60.66$ ;  $p < 0.001$ ). Variabilele independente au explicat împreună 21.5 % din varianța riscului pentru abuzul de alcool. Nevrotismul a fost predictor pozitiv. Satisfacția față de familie, respectiv variabila compozită rezultată prin calcularea produsului dintre valorile standardizate pentru nevrotism și satisfacția față de familie au fost predictorii negativi (condiția *c* pentru existența unei relații de moderare). Mai mult, față de puterea explicativă globală a modelului obținut în primul

pas al analizei de regresie, adăugarea interacțiunii dintre nevrotism și satisfacția față de familie a condus la o creștere cu 1.1 % a puterii explicative globală a modelului obținut în al doilea pas al analizei de regresie. Deși creșterea fost destul de modestă, aceasta a atins pragul semnificativității din punct de vedere statistic ( $F_{\Delta R}^2 = 9.02$ ;  $p = 0.003$ ).

Reprezentarea grafică redată în Anexa 13 (Figura A.13.5) a fost obținută prin transformarea scorurilor brute pentru nevrotism și satisfacția față de familie în variabile categoriale utilizându-se criteriul  $m \pm s$ . Pentru satisfacția față de familie,  $m \pm s = 4.50 \pm 1.08 = [3.42; 5.58]$ . Intervalele de valori au fost: [1.00; 3.42] – scor scăzut (N = 117); [3.43; 5.58] – scor moderat (N = 450); [5.59; 6.00] – scor ridicat (N = 114). Atunci când satisfacția față de familie a fost ridicată, adolescenții care au obținut un scor ridicat la instabilitatea emoțională au evidențiat un risc mai scăzut pentru abuzul de alcool (N = 21;  $m = 2.45$ ;  $s = 1.03$ ). La polul opus, atunci când nivelul satisfacției față de familie a fost scăzut, adolescenții cu un scor ridicat la instabilitatea emoțională au evidențiat un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool (N = 38;  $m = 4.39$ ;  $s = 2.42$ ). Așadar, datele analizei de regresie liniară multiplă ierarhică au oferit dovezi pentru efectul moderator pe care satisfacția față de familie l-a avut asupra relației dintre instabilitatea emoțională și riscul pentru abuzul de alcool. Adolescenții instabili din punct de vedere emoțional și care, în plus, erau mai puțin satisfăcuți de viața de familie s-au remarcat printr-un risc mai ridicat pentru consumul abuziv de alcool.

*Anxietate, probabilitatea angajării în comportamente riscante și abuzul de alcool.* Întrebarea care ne-a orientat demersul investigativ a fost: Pentru niveluri diferite ale predispoziției unui adolescent de a se angaja în general în comportamente riscante pentru propria lui sănătate și dezvoltare armonioasă, relația dintre anxietate și riscul pentru abuzul de alcool este diferită? Premisa de la care am pornit a fost că predispoziția unui adolescent de a se angaja în comportamente riscante pentru sănătatea fizică și mintală acționează ca un catalizator care intensifică impactul negativ pe care anxietatea îl poate avea prin abuzul de alcool mai ales în situații de viață care sunt solicitante din punct de vedere psihic.

În primul pas al analizei de regresie liniară multiplă ierarhică, scorurile standardizate pentru anxietate, respectiv probabilitatea angajării în comportamente riscante în general au fost introduse ca variabile independente, variabila dependentă fiind riscul pentru abuzul de alcool (Anexa 12, Tabelul A.12.6). Modelul astfel obținut a fost semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.540$ ;  $F_R = 139.68$ ;  $p < 0.001$ ). Cele două variabile independente au explicat împreună 29.2 % din diferențele dintre adolescenții chestionați în ceea ce privește riscul pentru abuzul de alcool. Atât anxietatea, cât și probabilitatea angajării în comportamente riscante au fost predictorii pozitivi ai riscului pentru abuzul de alcool. Așadar, condițiile *a* și *b* necesare pentru existența unei relații de moderare au fost îndeplinite.

În al doilea pas al analizei, variabilele independente au fost scorurile standardizate pentru anxietate și probabilitatea angajării în comportamente riscante, precum și variabila compozită obținută prin calcularea produsului dintre valorile standardizate ale variabilelor menționate anterior. Modelul de regresie obținut a fost semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.551$ ;  $F_R = 98.59$ ;  $p < 0.001$ ). Cele trei variabile independente au explicat împreună 30.4 % din variația riscului pentru abuzul de alcool. Anxietatea și probabilitatea angajării în comportamente riscante în general și-au păstrat rolul predictiv pozitiv. De asemenea, variabila compozită rezultată prin crearea interacțiunii dintre anxietatea și probabilitatea angajării în viitor în comportamente riscante a fost predictor pozitiv al riscului pentru abuzul de alcool (condiția  $c$  pentru existența unei relații de moderare). Mai mult, în raport cu puterea explicativă globală a modelului rezultat în primul pas al analizei, adăugarea interacțiunii dintre anxietate și probabilitatea angajării în comportamente riscante a condus la o creștere cu 1.2 % a puterii explicative globale a celui de-al doilea model de regresie. Deși a avut o valoare modestă, această creștere a fost semnificativă din punct de vedere statistic ( $F_{AR^2} = 11.67$ ;  $p = 0.001$ ).

Reprezentarea grafică redată în Anexa 13 (Figura A.13.6) a fost obținută prin transformarea scorurilor brute pentru anxietate și probabilitatea angajării în comportamente riscante în variabile categoriale în funcție de criteriul  $m \pm s$ . Pentru anxietate,  $m \pm s = 6.97 \pm 3.83 = [3.14; 10.80]$ . Intervalele de valori au fost:  $[0.00; 3.14]$  – scor scăzut ( $N = 138$ );  $[3.15; 10.80]$  – scor moderat ( $N = 452$ );  $[10.81; 20.00]$  – scor ridicat ( $N = 92$ ). Atunci când probabilitatea angajării în comportamente riscante în general a fost ridicată, adolescenții care au obținut un scor ridicat la anxietate au evidențiat un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool ( $N = 26$ ;  $m = 6.00$ ;  $s = 2.33$ ). La polul opus, atunci când probabilitatea angajării în comportamente riscante a fost scăzută, adolescenții cu un scor ridicat la anxietate au evidențiat un risc mai scăzut pentru abuzul de alcool ( $N = 21$ ;  $m = 2.33$ ;  $s = 1.77$ ). În concluzie, din datele analizei de regresie liniară multiplă ierarhică, rezultă efectul de moderare pe care probabilitatea angajării în viitor în comportamente riscante l-a avut asupra relației dintre anxietate pe de o parte și, de pe alta, riscul pentru abuzul de alcool. Adolescenții predispuși spre anxietate care, în plus, au raport o probabilitate mai mare de a se angaja în comportamente riscante pentru menținerea sănătății fizice și mintale, respectiv pentru dezvoltarea pozitivă s-au evidențiat printr-un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool.

*Anxietate, percepția pericolozității comportamentelor riscante și abuzul de alcool.* Analiza care urmează a fost realizată pentru a se răspunde la o a doua întrebare, și anume pentru niveluri diferite ale percepției pe care un adolescent o are cu privire la pericolozitatea angajării în comportamente nesănătoase, relația dintre anxietate și riscul abuzului de alcool este diferită? Ipoteza de la care am pornit a fost că, atunci când un adolescent predispus spre anxietate are o

percepție favorabilă față de angajarea în comportamente riscante pentru propria lui sănătate fizică și mintală, pe care le evaluează superficial, riscul pentru abuzul de alcool crește.

În primul pas al analizei de regresie liniară multiplă ierarhică, scorurile standardizate pentru anxietate și percepția pericolozității comportamentelor riscante au fost introduse ca variabile independente. Modelul a luat în calcul riscul pentru abuzul de alcool ca variabilă dependentă (Anexa 12, Tabelul A.12.7). Modelul rezultat a fost semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.474$ ;  $F_R = 97.68$ ;  $p < 0.001$ ). Anxietatea și percepția pericolozității comportamentelor riscante au explicat împreună 22.5 % din varianța riscului pentru abuzul de alcool. Anxietatea a fost predictor pozitiv al riscului pentru abuzul de alcool, iar percepția pericolozității comportamentelor riscante a fost predictor negativ. Astfel, au fost îndeplinite condițiile *a* și *b* care sunt necesare pentru testarea unui efect moderator.

În al doilea pas al analizei, variabilele independente au fost scorurile standardizate pentru anxietate și percepția pericolozității comportamentelor riscante, la care s-a adăugat variabila compozită obținută prin calcularea produsului dintre valorile standardizate pentru anxietate și percepția pericolozității comportamentelor riscante. Modelul rezultat a fost semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.481$ ;  $F_R = 67.62$ ;  $p < 0.001$ ). Cele trei variabile independente au explicat împreună 23.2 % din diferențele dintre adolescenți în ceea ce privește riscul pentru abuzul de alcool. Anxietatea și percepția pericolozității comportamentelor riscante și-au păstrat rolul predictiv negativ. De asemenea, variabila creată prin interacțiunea dintre anxietate și percepția pericolozității comportamentelor riscante s-a evidențiat ca predictor negativ (astfel a fost îndeplinită condiția *c* necesară pentru testarea unui efect moderator). În plus, față de puterea explicativă globală a modelului rezultat în primul pas al analizei, adăugarea interacțiunii dintre anxietate și percepția pericolozității comportamentelor riscante a condus la o creștere cu 0.7 % a puterii explicative globale a celui de-al doilea model. Chiar dacă a avut o valoare foarte modestă, această creștere a fost semnificativă din punct de vedere statistic ( $F_{\Delta R^2} = 6.03$ ;  $p = 0.014$ ).

Reprezentarea grafică redată în Anexa 13 (Figura A.13.7) a fost obținută prin transformarea scorurilor brute pentru anxietate, respectiv percepția pericolozității comportamentelor riscante în variabile categoriale în funcție de criteriul  $m \pm s$ . Atunci când percepția pericolozității asociată comportamentelor riscante a fost slabă (adolescenții nu considerau că astfel de comportamente sunt periculoase pentru propria lor sănătate și dezvoltare), adolescenții cu un scor ridicat la anxietate au evidențiat un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool ( $N = 23$ ;  $m = 5.12$ ;  $s = 2.15$ ). În schimb, atunci când percepția pericolozității comportamentelor riscante a fost puternică (efect protector), adolescenții cu un scor ridicat la anxietate au evidențiat un risc mai scăzut pentru abuzul de alcool ( $N = 20$ ;  $m = 3.10$ ;  $s = 1.59$ ). În concluzie, din analiza de regresie liniară multiplă



ierarhică, s-a evidențiat efectul moderator pe care percepția cu privire la periculozitatea comportamentelor riscante în general l-a avut asupra relației dintre anxietate și riscul pentru abuzul de alcool. Adolescenții predispuși spre anxietate care, în același timp, s-au diferențiat printr-o percepție slabă în ceea ce privește periculozitatea comportamentelor riscante au înregistrat un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool.

*Anxietate, reziliență și abuzul de alcool.* A treia întrebare de cercetare a fost: Pentru niveluri diferite ale rezilienței, relația dintre anxietatea în rândul adolescenților și riscul pentru abuzul de alcool este diferită? Premisa de la care am pornit a fost că reziliența unui adolescent în fața circumstanțelor de viață adverse acționează ca un amortizor care reduce impactul negativ pe care anxietatea îl poate avea prin creșterea riscului pentru abuzul de alcool.

În primul pas al analizei de regresie liniară multiplă ierarhică, scorurile standardizate pentru anxietate și reziliență au fost introduse ca variabile independente, variabila dependentă fiind riscul pentru abuzul de alcool (Anexa 12, Tabelul A.12.8). Modelul obținut a fost semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.409$ ;  $F_R = 67.82$ ;  $p < 0.001$ ). Anxietatea și reziliența au explicat împreună 16.7 % din diferențele dintre adolescenți în ceea ce privește riscul pentru abuzul de alcool. Anxietatea a fost predictor pozitiv, iar reziliența predictor negativ (condițiile *a* și *b* necesare pentru existența unei relații de moderare).

În al doilea pas al analizei, variabilele independente au fost scorurile standardizate pentru anxietate și reziliență, respectiv variabila compozită obținută prin crearea interacțiunii dintre variabilele menționate anterior. Modelul rezultat a fost, de asemenea, semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.427$ ;  $F_R = 50.10$ ;  $p < 0.001$ ). Cele trei variabile independente au explicat împreună 18.2 % din varianța riscului pentru abuzul de alcool. Anxietatea a fost predictor pozitiv pentru riscul abuzului de alcool, în timp ce reziliența și variabila rezultată prin crearea interacțiunii dintre anxietate și reziliență au fost predictorii negativi (condiția *c* pentru existența unei relații de moderare). În plus, adăugarea interacțiunii dintre anxietate și reziliență a condus la o creștere cu 1.5 % a puterii explicative globale a celui de-al doilea model de regresie. Această creștere a fost semnificativă din punct de vedere statistic ( $F_{\Delta R^2} = 12.47$ ;  $p < 0.001$ ).

Reprezentarea grafică redată în Anexa 13 (Figura A.13.8) a fost obținută prin transformarea scorurilor brute pentru anxietate și reziliență în variabile categoriale în funcție de criteriul  $m \pm s$ . Adolescenții cu un scor ridicat la anxietate și un scor scăzut la reziliență au evidențiat un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool ( $N = 30$ ;  $m = 4.70$ ;  $s = 2.45$ ). În schimb, adolescenții cu scoruri ridicate atât pentru anxietate, cât și pentru reziliență au evidențiat un risc mai scăzut pentru abuzul de alcool ( $N = 18$ ;  $m = 2.25$ ;  $s = 2.21$ ). În concluzie, datele analizei de regresie liniară multiplă ierarhică pe care am efectuat-o au oferit dovezi pentru efectul moderator pe care reziliența l-a avut

asupra relației dintre anxietate și riscul pentru abuzul de alcool. Adolescenții predispuși spre anxietate care, în același timp, s-au evidențiat printr-un nivel scăzut al rezilienței în confruntarea cu situații de viață nefavorabile au înregistrat un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool.

*Anxietate, suport social din partea familiei și abuzul de alcool.* A cincea întrebare de la care am pornit a fost: Pentru niveluri diferite ale suportului social din partea familiei, relația dintre nivelul anxietății în rândul adolescenților și riscul abuzului de alcool este diferită? Premisa 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. Ipoteza pe care am testat-o este o extensie a modelului amortizării stresului psihic, potrivit căruia suportul social reduce efectele negative pe care stresul le poate avea [87, 88].

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 (Anexa 12, Tabelul A.12.9). 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.

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 ( $F_{\Delta R^2} = 9.44$ ;  $p = 0.002$ ).

Reprezentarea grafică redată în Anexa 13 (Figura A.13.9) a fost obținută prin transformarea scorurilor brute pentru anxietate și suportul social din partea familiei în variabile categoriale în

funcție de criteriul  $m \pm s$ . 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 ( $N = 20$ ;  $m = 1.33$ ;  $s = 1.15$ ). 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 mare pentru abuzul de alcool ( $N = 29$ ;  $m = 4.86$ ;  $s = 2.50$ ). Așadar, datele analizei de regresie liniară multiplă ierarhică au oferit dovezi pentru relația de moderare. Adolescenții care se confruntau cu simptomele neplăcute ale anxietății care, în același timp, nu beneficiau 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 [89, 291], cât și la vârsta adultă [114, 266]. 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 se confruntă cu anxietate și alte simptome ale stresului psihic.

*Anxietate, satisfacție față de familie și abuzul de alcool.* A șasea întrebare de cercetare a pornit de la premisa că, pentru niveluri diferite ale satisfacției pe care adolescenții o au față de viața de familie, relația dintre predispoziția spre anxietate și riscul pentru abuzul de alcool este diferită. Cu alte cuvinte, atunci când un adolescent se confruntă cu solicitări stresante care îl predispun spre anxietate, nivelul ridicat al satisfacției față de familie acționează ca un amortizor și atenuază riscul pentru abuzul de alcool la care adolescentul poate apela pentru a face față situațiilor sau evenimentelor negative din viața sa.

În primul pas al analizei, scorurile standardizate pentru anxietate și satisfacția față de familie au fost variabilele independente, iar variabila dependentă a fost riscul pentru abuzul de alcool (Anexa 12, Tabelul A.12.10). Modelul de regresie a fost semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.451$ ;  $F_R = 86.10$ ;  $p < 0.001$ ). Anxietatea și satisfacția față de familie au explicat împreună 20.4 % din diferențele dintre adolescenții care au participat la studiu în ceea ce privește riscul abuzului de alcool. Nivelul anxietății a fost predictor pozitiv, în timp ce satisfacția față de familie a fost predictor negativ. Astfel, condițiile *a* și *b* necesare pentru existența unei relații de moderare au fost îndeplinite.

În al doilea pas al analizei, variabilele independente au fost scorurile standardizate pentru anxietate și satisfacția față de familie, precum și variabila compozită obținută prin crearea interacțiunii dintre anxietate și satisfacția față de familie. Modelul obținut a fost semnificativ din punct de vedere statistic ( $R = 0.457$ ;  $F_R = 59.18$ ;  $p < 0.001$ ). Variabilele independente au explicat împreună 20.9 % din varianța riscului pentru abuzul de alcool. Anxietatea și-a păstrat rolul

predictiv pozitiv, în timp ce satisfacția față de familie și variabila rezultată din interacțiunea dintre anxietate și satisfacția față de familie au fost predictorii negativi ai riscului pentru abuzul de alcool (condiția *c*). De asemenea, în raport cu puterea explicativă globală a modelului rezultat în primul pas al analizei, adăugarea interacțiunii dintre anxietate și satisfacția față de familie a condus la o creștere cu 0.5 % a puterii explicative a celui de-al doilea model. Această creștere a fost foarte modestă, însă semnificativă din punct de vedere statistic ( $F_{\Delta R^2} = 4.44$ ;  $p = 0.035$ ).

Reprezentarea grafică redată în Anexa 13 (Figura A.13.10) a fost obținută prin transformarea scorurilor brute pentru anxietate și satisfacția față de familie în variabile categoriale în funcție de criteriul  $m \pm s$ . Atunci când nivelul satisfacției față de familie a fost scăzut, adolescenții predispuși spre anxietate au evidențiat un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool ( $N = 36$ ;  $m = 4.72$ ;  $s = 2.31$ ). Atunci când satisfacția față de familie a fost ridicată, adolescenții predispuși spre anxietate s-au remarcat printr-un risc mai scăzut pentru abuzul de alcool ( $N = 25$ ;  $m = 1.50$ ;  $s = 0.83$ ). Așadar, datele analizei de regresie liniară multiplă ierarhică au oferit dovezi pentru relația de moderare. Adolescenții predispuși spre anxietate care, în același timp, nu erau satisfăcuți de viața de familie s-au diferențiat printr-un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool.

#### D) Profilul psiho-socio-comportamental al consumului de alcool în rândul adolescenților

Datele sumarizate în Tabelul 2.10 evidențiază o asociere semnificativă din punct de vedere statistic ( $\chi^2 = 83.29$ ;  $p < 0.001$ ) între riscul pentru abuzul de alcool (stabilit prin recodificarea scorurilor brute la chestionarul construit de către autorul prezentei teze de doctorat – Anexa A1.15) și frecvența globală a consumului de băuturi alcoolice (stabilită prin recodificarea răspunsurilor la primul item din chestionarul pentru evaluarea tiparului în ceea ce privește consumul de alcool – Anexa A1.16). Pentru asocierea constatată, mărimea efectului a fost moderată spre ridicată ( $V_{\text{Cramér}} = 0.34$ ) [cf. 5].

**Tabelul 2.10. Asocierea dintre riscul pentru abuzul de alcool și frecvența globală a consumului de băuturi alcoolice (eșantion total)**

VARIABLE		Risc abuz alcool			TOTAL
		<i>Fără risc</i>	<i>Moderat</i>	<i>Ridicat</i>	
Frecvență consum băuturi alcoolice (global)	<i>Deloc/foarte rar/rar/când și când</i>	239 (34.7 %)	241 (35.02 %)	114 (16.5 %)	594
	<i>Des/în fiecare zi</i>	6 (0.8 %)	31 (4.5 %)	57 (8.2 %)	94
<b>TOTAL</b>		245	271	171	<b>688</b>

Aproximativ 35 % (N = 239) din totalul adolescenților care au răspuns la chestionare au raportat fie că nu consumau *deloc* alcool, fie că utilizau această substanță (indiferent de natura băuturii alcoolice) *foarte rar*, *rar* sau *când și când* și, în același timp, s-au încadrat în categoria adolescenților fără risc în ceea ce privește abuzul de alcool (scorurile totale la chestionarul din Anexa A1.15 au fost cuprinse între 0.00 și 1.00). La polul opus, 8.2 % (N = 57) din totalul adolescenților care au participat la studiu au raportat că obișnuiau să consume alcool (indiferent de natura băuturii alcoolice) *des* sau *în fiecare zi* și, în același timp, s-au încadrat în categoria adolescenților cu risc ridicat în ceea ce privește abuzul de alcool (aceștia au avut la chestionarul din Anexa A1.15 scoruri cuprinse între 4.00 și 10.00).

Unul dintre obiectivele studiului cantitativ pe care l-am realizat a fost determinarea profilului psihosocial al adolescenților care se află în risc pentru abuzul de alcool. Dimensiunile pe care ne-am focalizat atenția au inclus caracteristici individuale (cognitive – de exemplu, credința în autoeficacitatea generalizată, afective – de exemplu, predispoziția spre depresie, trăsături ale personalității – de exemplu, nevrotismul sau conștiinciozitatea, variabile atitudinal-comportamentale – de exemplu, percepția pericolozității comportamentelor riscante în general sau indisciplina manifestată în mediul școlar), sociale (de exemplu, percepția cu privire la disponibilitatea și adecvarea suportului oferit de familie sau prieteni) și indicatori ai stării de bine subiective (de exemplu: anxietatea, stima de sine în domeniul școlar, satisfacția față de familie și prieteni sau cea față de școală). Riscul pentru abuzul de alcool a fost diferențiat în funcție de scorul brut pe care adolescenții l-au obținut la chestionarul redat în Anexa A1.15.

Comparativ cu adolescenții fără risc (cei care au obținut scoruri brute egale cu 0 sau 1), cei care au prezentat un risc ridicat (scorul brut cuprins între 4 și 10) s-au evidențiat prin niveluri semnificativ mai ridicate (Tabelul 2.11) pentru: nevrotism ( $d_{\text{Cohen}} = 0.94$ ), probabilitatea angajării în viitor în comportamente riscante pentru sănătatea fizică, mintală, socială și pentru dezvoltare în general ( $d_{\text{Cohen}} = 1.06$ ), indisciplina manifestată la școală ( $d_{\text{Cohen}} = 0.78$ ) și anxietate ( $d_{\text{Cohen}} = 0.93$ ). Pentru aceste diferențe, mărimea efectelor a fost ridicată sau foarte ridicată.

**Tabelul 2.11. Comparații în funcție de riscul pentru abuzul de alcool**

Variabile dependente	N <sup>a</sup>	Subeșantioane comparate	<i>m</i>	<i>s</i>	<i>t</i> -Student	<i>p</i>
1. Reziliență	243	Adolescenți fără risc	3.31	0.69	7.62	< 0.001
	171	Adolescenți cu risc	2.79	0.67		
2. Autoeficacitate generală	245	Adolescenți fără risc	27.35	5.32	- 0.41	0.682
	170	Adolescenți cu risc	27.56	5.07		
3. Religiozitate	245	Adolescenți fără risc	15.77	4.63	5.76	< 0.001
	171	Adolescenți cu risc	13.25	4.00		
4. Nevrotism	243	Adolescenți fără risc	2.61	0.67	- 8.98	< 0.001

	163	Adolescenți cu risc	3.23	0.70		
5. Extraversiune	243	Adolescenți fără risc	3.28	0.71	- 0.80	0.423
	163	Adolescenți cu risc	3.33	0.64		
6. Deschidere	242	Adolescenți fără risc	3.41	0.48	0.27	0.788
	162	Adolescenți cu risc	3.39	0.52		
7. Agreabilitate	243	Adolescenți fără risc	3.84	0.62	7.55	< 0.001
	163	Adolescenți cu risc	3.37	0.61		
8. Conștiinciozitate	243	Adolescenți fără risc	3.51	0.59	1.34	0.179
	163	Adolescenți cu risc	3.43	0.54		
9. Atitudine față de comportamentele de risc (probabilitate angajare)	245	Adolescenți fără risc	2.12	0.69	- 10.59	< 0.001
	171	Adolescenți cu risc	2.91	0.81		
10. Atitudine față de comportamentele de risc (percepție periculozitate)	243	Adolescenți fără risc	3.73	0.70	7.82	< 0.001
	170	Adolescenți cu risc	3.14	0.82		
11. Indisciplină la școală	243	Adolescenți fără risc	1.61	0.42	- 7.75	< 0.001
	168	Adolescenți cu risc	1.97	0.51		
12. Stimă de sine în domeniul școlar	245	Adolescenți fără risc	3.31	0.67	6.17	< 0.001
	169	Adolescenți cu risc	2.91	0.59		
13. Stres psihic (ultimele 6 luni)	345	Adolescenți fără risc	1.60	0.73	-1.38	0.167
	171	Adolescenți cu risc	1.71	0.80		
14. Anxietate	243	Adolescenți fără risc	5.67	3.33	- 9.30	< 0.001
	169	Adolescenți cu risc	9.03	3.95		
15. Dispoziție afectivă negativă	245	Adolescenți fără risc	10.01	4.43	- 1.15	0.249
	171	Adolescenți cu risc	10.53	4.56		
16. Suport social familie	243	Adolescenți fără risc	22.38	5.73	6.45	< 0.001
	168	Adolescenți cu risc	18.81	5.18		
17. Suport social prieteni	243	Adolescenți fără risc	20.44	6.01	0.95	0.339
	168	Adolescenți cu risc	19.86	5.98		
18. Suport social alte persoane	243	Adolescenți fără risc	22.85	5.72	0.78	0.434
	168	Adolescenți cu risc	22.39	6.02		
19. Suport social global	243	Adolescenți fără risc	65.67	13.71	3.45	0.001
	168	Adolescenți cu risc	61.07	12.69		
20. Satisfacție față de familie	244	Adolescenți fără risc	4.75	1.03	10.36	< 0.001
	166	Adolescenți cu risc	3.71	0.92		
21. Satisfacție față de prieteni	244	Adolescenți fără risc	4.63	0.80	1.80	0.073
	166	Adolescenți cu risc	4.48	0.80		
22. Satisfacție față de școală	244	Adolescenți fără risc	3.91	0.96	7.64	< 0.001
	166	Adolescenți cu risc	3.23	0.74		
23. Satisfacție față de sine	244	Adolescenți fără risc	4.51	0.77	1.01	0.312
	166	Adolescenți cu risc	4.42	0.84		

*Notă:* <sup>a</sup> Pentru unele dintre comparații, efectivele subeșantioanelor analizate au fost diferite deoarece unele dintre instrumentele prin care au fost operaționalizate dimensiunile vizate nu au fost completate de către toți adolescenții chestionați.

Pe de altă parte, adolescenții aflați într-un risc ridicat pentru consumul abuziv de alcool s-au remarcat prin scoruri medii semnificativ mai scăzute pentru: reziliență ( $d_{Cohen} = 0.76$ ), religiozitate

( $d_{\text{Cohen}} = 0.57$ ), agreabilitate ( $d_{\text{Cohen}} = 0.76$ ), percepția cu privire la pericolozitatea comportamentelor riscante în general ( $d_{\text{Cohen}} = 0.78$ ), stima de sine în domeniul școlar ( $d_{\text{Cohen}} = 0.63$ ), suportul social din partea familiei ( $d_{\text{Cohen}} = 0.65$ ), suportul social global ( $d_{\text{Cohen}} = 0.35$ ), satisfacția față de familie ( $d_{\text{Cohen}} = 1.05$ ), respectiv satisfacția față de școală ( $d_{\text{Cohen}} = 0.77$ ). Pentru satisfacția față de familie, s-a obținut cea mai consistentă mărime a efectului. În schimb, în ceea ce privește suportul social global, mărimea efectului a fost modestă. Religiozitatea a evidențiat o mărime a efectului moderată, stima de sine în domeniul școlar și suportul social din partea familiei – o mărime a efectelor moderată spre ridicată, iar reziliența, agreabilitatea, percepția pericolozității comportamentelor riscante și satisfacția față de școală – o mărime a efectelor ridicată. Pentru restul variabilelor de interes, diferențele dintre adolescenții cu risc ridicat în ceea ce privește abuzul de alcool și cei fără risc nu au fost semnificative din punct de vedere statistic. Totuși, este de precizat că, în comparație cu adolescenții fără risc, cei aflați în risc ridicat pentru abuzul de alcool au înregistrat medii mai scăzute pentru suportul social din partea prietenilor și a altor persoane, respectiv o medie cu peste jumătate de punct mai ridicată pentru dispoziția afectivă negativă.

În topul motivelor pentru consumul de băuturi alcoolice (Tabelul 2.12), s-a detașat (66.7 % dintre indicații) obiceiul specific ocaziilor festive, reuniunilor între prieteni și petrecerilor, știut fiind faptul că adolescenții socializează intens și, în anumite contexte sociale, sunt tentați să „condimenteze” propria lor stare de bine cu alcool și, uneori, cu alte substanțe psihoactive (de exemplu, etnobotanice sau marijuana).

**Tabelul 2.12. Motivele consumului de băuturi alcoolice (eșantion total)**

MOTIVE	$f_a$	%
a) Nu consuma alcool	102	14.8
b) Singurătate	54	7.8
c) Buna dispoziție, antistres	101	14.7
d) Ușurința comunicării	81	11.8
e) Tristețe, disperare	56	8.1
f) Dorința de integrare în grupul de prieteni	76	11.0
g) Dorința de recompensare	132	19.2
h) Gustul băuturilor alcoolice	124	18.0
i) Obiceiul specific ocaziilor festive, reuniunilor, petrecerilor	459	66.7
j) Modelul familial	10	1.5
k) Dorința de a se simți bine cu propria persoană	124	18.0
l) Rezolvarea situațiilor conflictuale	21	3.1
m) Depășirea timidității și a nesiguranței de sine	35	5.1
n) Alte motive	69	10.0

Notă:  $f_a$  = frecvență absolută; N = 688

La o distanță considerabilă din punct de vedere procentual s-au situat alte motive pentru consumul de alcool, precum dorința de recompensare a propriei persoane (19.2 %), dorința adolescenților de a se simți bine cu ei înșiși (18 %), gustul băuturilor alcoolice (18 %), respectiv utilizarea alcoolului pentru diminuarea stresului și crearea unei bune dispoziții (14.7 %).

Aproximativ 22 % din totalul fetelor (comparativ cu doar 9 % dintre băieți) au declarat că nu obișnuiau să consume alcool (Tabelul 2.13). Pentru această diferență semnificativă din punct de vedere statistic ( $p < 0.001$ ), mărimea efectului a fost modestă ( $h_{Cohen} = 0.35$ ). În ierarhia motivelor pentru care fetele consumau băuturi alcoolice, obiceiul specific reuniunilor și pretrecerilor s-a situat pe primul loc (aproximativ 64 % dintre fete au selectat acest motiv). Un rezultat asemănător a fost obținut pentru băieți (69.2 %).

Pentru motivele referitoare la buna dispoziție și diminuarea stresului psihic (fete – 11.2 % vs. băieți – 17.7 %;  $h_{Cohen} = 0.18$ ), facilitarea comunicării (fete – 6.9 % vs. băieți – 16.1 %;  $h_{Cohen} = 0.29$ ), dorința de integrare în grupul de prieteni (fete – 6.9 % vs. băieți – 14.7 %;  $h_{Cohen} = 0.25$ ), dorința de autorecompensare (fete – 15.3 % vs. băieți – 22.6 %;  $h_{Cohen} = 0.18$ ), gustul plăcut al băuturilor alcoolice (fete – 14.3 % vs. băieți – 21.2 %;  $h_{Cohen} = 0.17$ ), depășirea timidității și a nesiguranței de sine (fete – 3.1 % vs. băieți – 6.8 %;  $h_{Cohen} = 0.17$ ), respectiv alte motive (fete – 7.2 % vs. băieți – 12.5 %;  $h_{Cohen} = 0.18$ ), diferențele în funcție de sexul adolescenților care au participat la studiu au fost semnificative din punct de vedere statistic. Totuși, se poate remarca mărimea scăzută sau modestă a efectelor. Comparativ cu fetele, băieții s-au evidențiat ca fiind mai predispuși să consume alcool pentru a comunica mai ușor, a se integra în grupul de prieteni, a-și oferi o recompensă care poate fi procurată într-un mod facil sau pentru a testa gustul plăcut al băuturilor alcoolice.

**Tabelul 2.13. Date comparative în funcție de sexul adolescenților chestionați: motivele consumului de băuturi alcoolice**

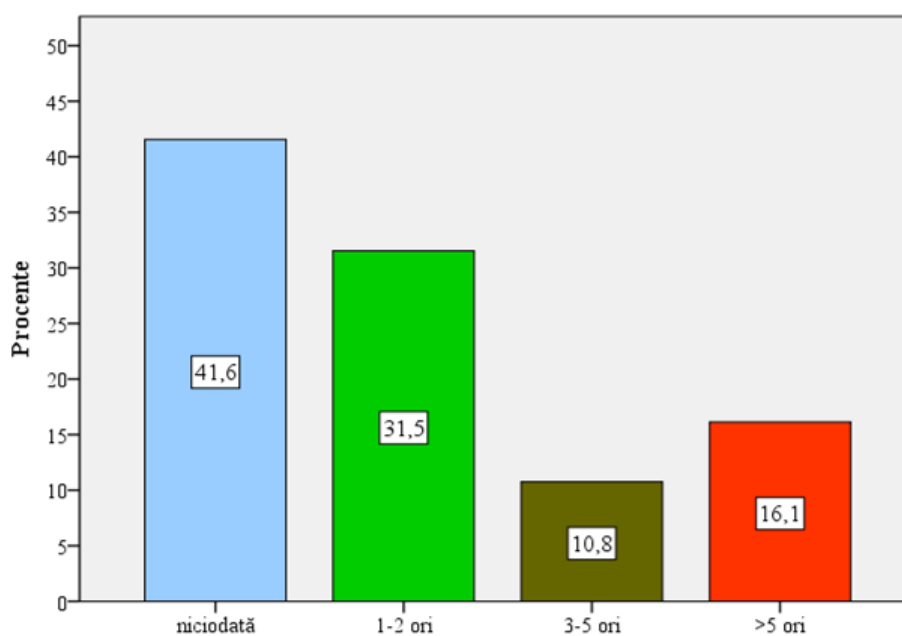
MOTIVE	Fete (N = 321)		Băieți (N = 367)		$Z_{proportii}$	P
	$f_a$	%	$f_a$	%		
a) Nu consuma alcool	69	21.5	33	9.0	4.60	< 0.001
b) Singurătate	26	8.1	28	7.6	0.22	0.818
c) Buna dispoziție, antistres	36	11.2	65	17.7	2.40	0.016
d) Ușurința comunicării	22	6.9	59	16.1	3.74	< 0.001
e) Tristețe, disperare	22	6.9	34	9.3	1.15	0.250
f) Dorința de integrare în grupul de prieteni	22	6.9	54	14.7	3.28	0.001
g) Dorința de recompensare	49	15.3	83	22.6	2.44	0.014
h) Gustul băuturilor alcoolice	46	14.3	78	21.1	2.35	0.018
i) Obiceiul specific ocaziilor festive, reuniunilor, petrecerilor	205	63.9	254	69.2	1.48	0.138



j) Modelul familial	5	1.6	5	1.4	0.21	0.833
Dorința de a se simți bine cu propria persoană	49	15.3	75	20.4	1.76	0.078
k) Rezolvarea situațiilor conflictuale	10	3.1	11	3.0	0.08	0.928
l) Depășirea timidității și a nesiguranței de sine	10	3.1	25	6.8	2.20	0.027
m) Alte motive	23	7.2	46	12.5	2.33	0.019

Aproximativ 42 % din totalul adolescenților chestionați au declarat că nu experimentaseră niciodată intoxicația etanolică (Figura 2.1). Îngrijorătoare sunt datele potrivit cărora 10.8 % dintre adolescenți se îmbătaseră voluntar de cel puțin 3-5 ori, iar 16.1 % experimentaseră această stare de mai mult de cinci ori. Datele la care ne-am referit trebuie corelate cu deciziile, atitudinile și comportamentele nesăbuite (impulsive) pe care un adolescent le poate adopta/manifesta atunci când este intoxicat cu alcool, deoarece acestea pot conduce la accidentări, probleme cu familia, colegii de școală, organele de poliție sau alte autorități, angajarea în alte comportamente riscante pentru sănătatea și integritatea fizică și cea psihică (de exemplu: șofatul prin manevre periculoase sau cu viteze foarte mari, consumul de substanțe halucinogene, implicarea în relații sexuale neprotejate etc.).

S-a obținut o asocierie semnificativă din punct de vedere statistic ( $\chi^2 = 62.52$ ;  $p < 0.001$ ;  $V_{\text{Cramér}} = 0.30$  – efect moderat) între frecvența intoxicației cu etanol și sexul adolescenților care au participat la studiu. Aproximativ 25 % din totalul băieților (față de numai 6.2 % dintre fete) au declarat că se îmbătaseră de cel puțin cinci ori. Pentru această diferență semnificativă din punct de vedere statistic ( $z_{\text{proporții}} = 6.60$ ;  $p < 0.001$ ), mărimea efectului a fost moderată ( $h_{\text{Cohen}} = 0.53$ ).



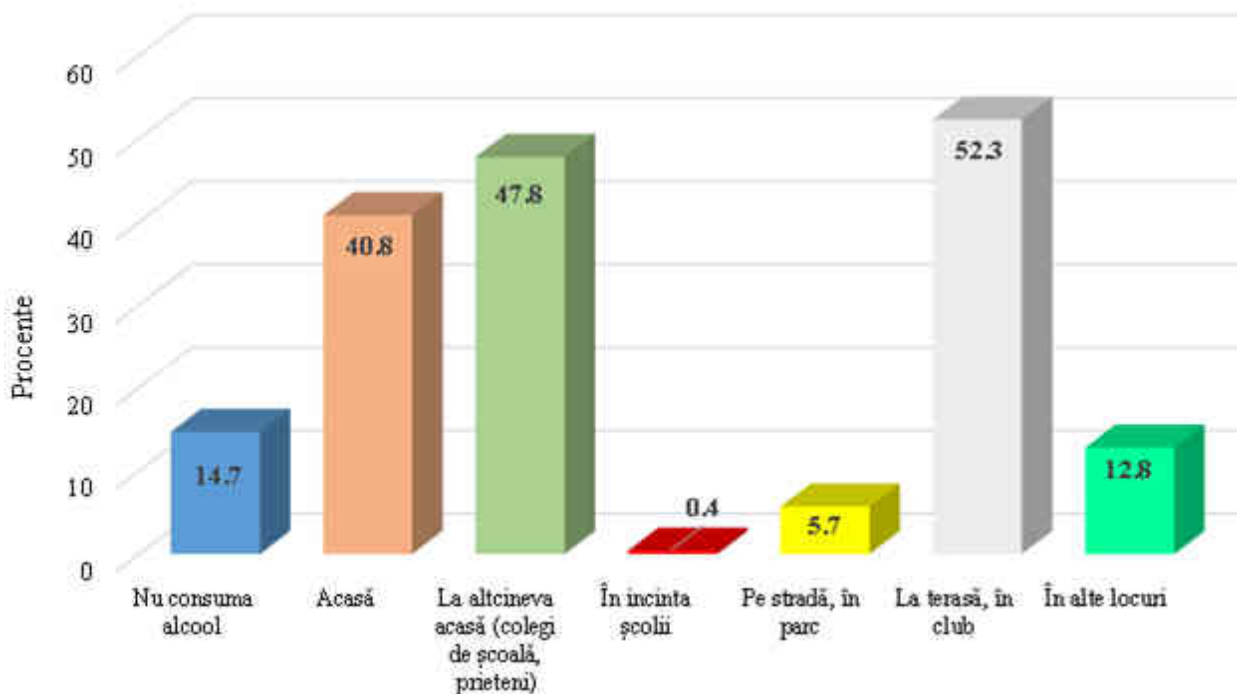
**Fig. 2.1. Distribuția adolescenților chestionați în funcție de frecvența intoxicației etanolice**

De asemenea, datele au indicat o asociere semnificativă din punct de vedere statistic ( $\chi^2 = 45.44$ ;  $p < 0.001$ ) între frecvența intoxicației cu alcool și vârsta adolescenților. Totuși, pentru această asociere, mărimea efectului a fost scăzută ( $V_{\text{Cramér}} = 0.14$ ). Cei mai predispuși la intoxicația etanolică au fost adolescenții cu vârsta de 18 ani (36.3 % dintre aceștia au raportat că se îmbătaseră de cel puțin cinci ori), urmați de cei cu vârsta de 17 ani (18.8 %) și cei cu vârsta de 16 ani (12.8 %). Adolescenții care aveau 15 ani au fost cel mai puțin predispuși (4.6 % dintre aceștia au raportat că se îmbătaseră de cel puțin cinci ori).

S-a mai evidențiat o asociere semnificativă din punct de vedere statistic ( $\chi^2 = 202.46$ ;  $p < 0.001$ ) între frecvența intoxicației cu etanol și riscul pentru abuzul de alcool, cu o mărime a efectului care a tins spre zona moderată ( $V_{\text{Cramér}} = 0.38$ ). Este de remarcat faptul că 43.8 % dintre adolescenții care au înregistrat un risc ridicat pentru abuzul de alcool (comparativ cu numai 2.4 % dintre cei fără risc) experimentaseră de cel puțin cinci ori intoxicația etanolică. Diferența dintre adolescenții din cele două grupuri a fost semnificativă din punct de vedere statistic ( $z_{\text{proporții}} = 10.50$ ;  $p < 0.001$ ), cu o mărime a efectului foarte ridicată ( $h_{\text{Cohen}} = 1.12$ ). O altă asociere semnificativă ( $\chi^2 = 110.08$ ;  $p < 0.001$ ) a fost obținută între frecvența intoxicației cu alcool și frecvența globală a consumului de băuturi alcoolice. Pentru această asociere, mărimea efectului a tins spre zona moderată ( $V_{\text{Cramér}} = 0.40$ ). Peste 51 % dintre adolescenții din grupul critic (cei care consumau *des/în fiecare zi* băuturi alcoolice), comparativ cu doar 10.6 % dintre adolescenții care nu aveau probleme în ceea ce privește consumul de alcool, au raportat că se îmbătaseră de cel puțin cinci ori. Diferența dintre cele două grupuri de adolescenți a fost semnificativă din punct de vedere statistic ( $z_{\text{proporții}} = 9.91$ ;  $p < 0.001$ ), cu o mărime a efectului ridicată ( $h_{\text{Cohen}} = 0.92$ ).

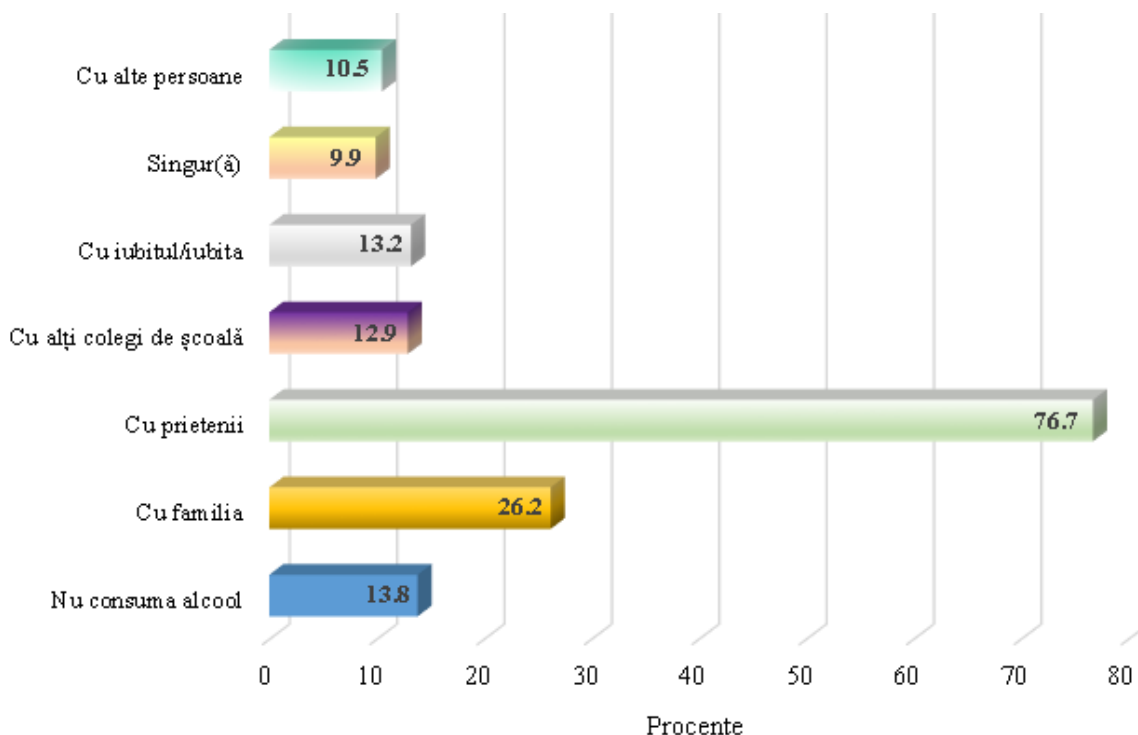
Asocierile dintre frecvența intoxicației cu alcool și rezidența adolescenților ( $\chi^2 = 2.38$ ;  $p = 0.496$ ), respectiv situația familială ( $\chi^2 = 4.58$ ;  $p = 0.599$ ) nu au fost semnificative din punct de vedere statistic. Totuși, trebuie evidențiat faptul că 21.3 % dintre adolescenții ai căror familii erau dezorganizate, 16.6 % dintre cei care proveneau din familii temporar dezintegrate, respectiv 14.7 % dintre adolescenții cu familii intacte experimentaseră de cel puțin cinci ori intoxicația voluntară cu alcool.

În topul locurilor în care adolescenții consumau alcool (Figura 2.2), s-au detașat terasele și cluburile (52.3 %), opțiunea *la altcineva acasă* – colegi de școală, prieteni (47.8 %), respectiv opțiunea *acasă la mine* (40.8 %). Se poate constata preferința adolescenților de a consuma alcool în contexte în care pot să socializeze cu ușurință, fără a fi monitorizați de către adulți.



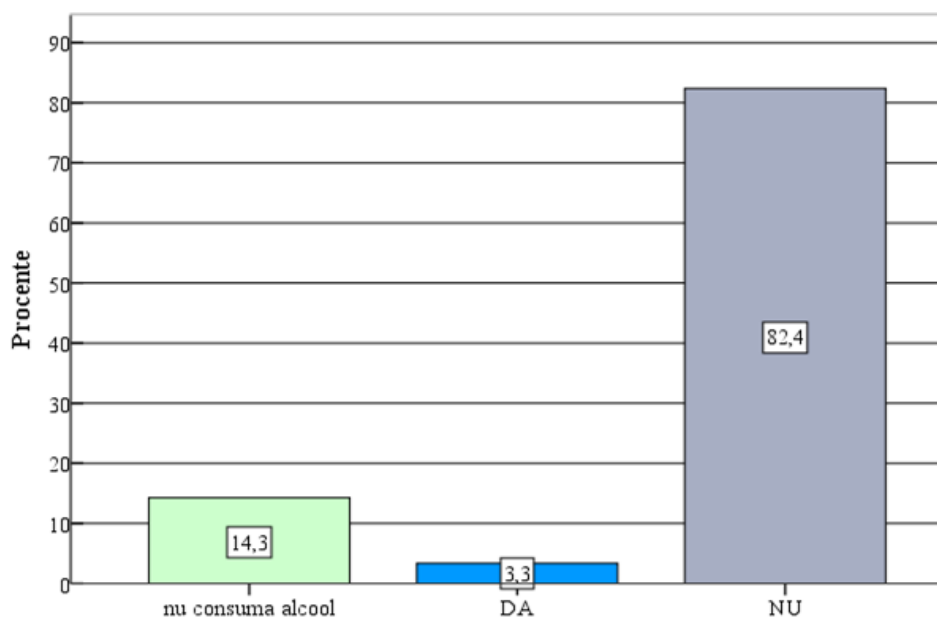
**Fig. 2.2. Distribuția adolescenților în funcție de locurile în care consumau alcool**

În ceea ce privește persoanele alături de care adolescenții consumau alcool (Figura 2.3), cel mai frecvent au fost raportat prietenii (76.7 %), urmați de familie (26.2 %). Doar 10 % dintre adolescenții chestionați au declarat că obișnuiau să consume alcool singuri. Din datele de mai sus, reiese din nou caracterul social al consumului de alcool în rândul adolescenților.



**Fig. 2.3. Distribuția adolescenților în funcție de persoanele alături de care consumau alcool**

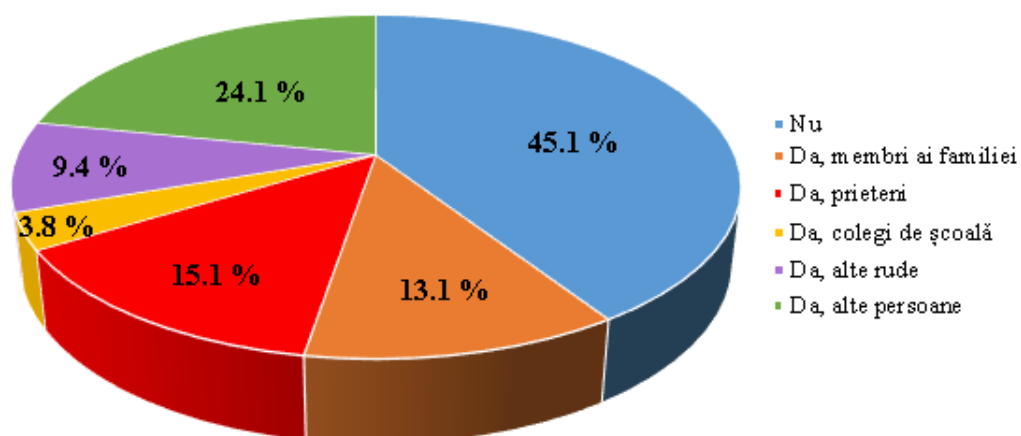
Îngrijorător este faptul că 82.4 % ( $n = 566$ ) dintre adolescenții care au participat la cercetare nu se gândiseră să solicite suport pentru posibile probleme referitoare la alcool (Figura 2.4). Probabil, în acest procent se includ și adolescenții care consumau alcool foarte rar sau ocazional și în cantități controlate, fără a ajunge să experimenteze intoxicația voluntară și problemele care pot să decurgă din aceasta.



**Fig. 2.4. Distribuția adolescenților în funcție de solicitarea suportului pentru posibile probleme referitoare la consumul de alcool**

Doar 23 dintre adolescenții chestionați (3.3 %) se gândiseră că aveau probleme cu alcoolul, pe care le-ar fi putut rezolva cu ajutorul unei alte persoane. Dintre aceștia, 12 s-au încadrat în grupul adolescenților cu risc ridicat pentru abuzul de alcool, iar opt în grupul celor cu un risc moderat. De asemenea, 10 dintre cei 23 adolescenți care se gândiseră să solicite suport pentru posibile probleme legate de consumul de alcool s-au evidențiat prin apartenența la grupul critic în ceea ce privește frecvența consumului de băuturi alcoolice.

În ierarhia răspunsurilor la itemul „Cunoști alte persoane care au probleme cu alcoolul și nu pot renunța la consumul de alcool” (Figura 2.5), s-au situat adolescenții care au ales varianta NU (45.1 %). Totuși, 15.1 % dintre adolescenții chestionați au raportat că aveau prieteni despre care știau că au probleme cu utilizarea alcoolului, 13.1 % au declarat că aveau membri ai familiei cu astfel de probleme sau alte rude (9.4 %), iar restul cunoșteau fie colegi de școală, fie alte persoane care se confruntau cu probleme în ceea ce privește consumul de alcool.



**Fig. 2.5. Distribuția adolescenților în funcție de răspunsul la itemul „Cunoști alte persoane care au probleme cu alcoolul și nu pot renunța la consumul de alcool ?”**

Deoarece are caracter legal alcoolul este o substanță la care adolescenții apelează foarte frecvent mai ales în contexte de socializare, pentru a-și procura plăcere și a se integra mai bine, dar și în situații de stres psihic acut sau cronic. Dincolo de miturile și expectanțele potrivit cărora alcoolul reduce stresul, creează o bună dispoziție sau conduce la creșterea performanțelor în anumite tipuri de activități (de exemplu, intelectuale) sau contexte sociale (de exemplu, întâlnirile romantice când un adolescent poate fi timid), adolescenții apelează la alcool pentru a gestiona propriile lor vulnerabilități, a dobândi încredere în ei înșiși, a arăta prietenilor și colegilor că sunt persoane curajoase sau mature ignorând adesea efectele adverse pe care alcoolul consumat în exces le poate avea pe termen scurt. De aceea, consilierii școlari și cadrele didactice (mai ales cele care gestionează ore de dirigiență) trebuie să intensifice eforturile orientate spre informarea adolescenților cu privire la efectele nocive pe care abuzul sau dependența de alcool le pot avea pe termen scurt sau lung, expectanțele, metacognițiile și atitudinile care facilitează și/sau întrețin consumul de alcool problematic, precum și cu privire la răspunsurile alternative la consumul de alcool pe care adolescenții le pot adopta atunci când se confruntă cu dificultăți sau când se află în situații sociale în care alți covârșnici exercită presiuni care îndeamnă la utilizarea alcoolului.

Este necesară încurajarea adolescenților care trebuie să conștientizeze că pot să comunice cu adulții despre propriile lor îngrijorări, neliniști, emoții negative, conflicte interioare, dificultăți personale, familiale, școlare sau sociale și să solicite suport specializat în vederea surmontării situațiilor din viața de zi cu zi și a evenimentelor care constituie surse ale stresului psihic. În cadrul activităților de consiliere și dezvoltare personală (curriculare și extracurriculare) desfășurate în licee și adresate atât adolescenților care se confruntă cu probleme de viață care îi pot predispune la abuzul de alcool, cât și întregii populații școlare (măsuri specifice prevenirii primare), adolescenții pot fi educați astfel să-și controleze mai bine impulsul de a apela la alcool sau la alte

substanțe periculoase atunci când se simt epuizați din punct de vedere emoțional, lipsiți de speranță și neajutorați. Pentru reușita acestui. De asemenea, se impune sporirea intervențiilor secundare care să se focalizeze pe identificarea timpurie (încă de la intrarea în ciclul liceal) a adolescenților care întâmpină dificultăți familiale, școlare și în ceea ce privește integrarea socială sau a celor care sunt cunoscuți ca având anumite vulnerabilități psiho-comportamentale (de exemplu, comportamente deviate printre care se numără și consumul de substanțe periculoase).

O altă direcție utilă eforturilor preventive trebuie să-și focalizeze atenția pe consilierea părinților care trebuie să acorde o atenție sporită gestionării climatului familial și procesului educării copiilor astfel încât acestea să asigure toate condițiile care le sunt necesare adolescenților pentru a se adapta la solicitările vieții de zi cu zi, precum și la multiplele sarcini ale dezvoltării specifice vârstei. Ne referim, de exemplu, la comunicarea deschisă, suportul informațional și emoțional, cultivarea relațiilor intrafamiliale bazate pe atașamentul autentic, asigurarea autonomiei decizionale și comportamentale, activitățile de timp liber/socializare care pot contribui la întărirea într-ajutorării, cooperării și a coeziunii dintre membrii familiei etc. Prin propriul lor model de conduită în ceea ce privește consumul de alcool și atitudinile orientate spre promovarea sănătății, părinții reprezintă cea mai importantă resursă pentru adolescenți, mai ales în contextele de viață în care aceștia se confruntă cu dificultăți personale, școlare sau sociale.

Inițierea precoce în consumul de alcool este unul dintre predictorii consistenți ai viitoarelor probleme în ceea ce privește sănătatea, adaptarea la statutul și rolurile specifice tinereții și vârstei adulte, integrarea socială, accesarea și valorificarea pieței muncii sau realizarea propriei persoane [6, 258, 371]. Având în vedere acest aspect, rezultă că abuzul de alcool în adolescenților reprezintă o problemă cu multiple implicații individuale și societale. Din acest motiv, intensificarea eforturilor preventive orientate spre controlul factorilor de risc pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților trebuie să reprezinte o prioritate în agenda de lucru a specialiștilor din domeniul sănătății mintale, asistenței psihologice și sociale, respectiv al educației. Aceștia li se adaugă părinții care joacă un rol cheie în protejarea adolescenților împotriva riscurilor în ceea ce privește funcționarea psihosocială și școlară, precum și în ceea ce privește gestionarea contextelor și a evenimentelor de viață solicitante care îi pot predispune pe adolescenți spre consumul de substanțe periculoase în general și, în particular, spre abuzul sau dependența de alcool.

## **2.8. Concluzii la Capitolul 2**

Organizarea și desfășurarea cercetării axată pe identificarea factorilor care explică diferențele individuale în ceea ce privește abuzul de alcool în rândul adolescenților, precum și a

profilului psiho-socio-comportamental al consumului problematic al acestei substanțe a permis evidențierea următoarelor concluzii:

1. Constatările cercetării prin care s-a urmărit profilul consumului de alcool în rândul adolescenților români sunt îngrijorătoare deoarece evidențiază vulnerabilitatea acestora în ceea ce privește abuzul de alcool. Astfel, unul dintre cinci adolescenți a raportat că obișnuia să consume frecvent un anumit tip de băutură alcoolică (mai ales bere sau băuturi spirtoase tari). Comparativ cu fetele, băieții s-au evidențiat printr-un risc mai ridicat de a utiliza alcoolul frecvent, în special pentru a comunica și a se integra mai ușor în grupurile de prieteni. Un alt rezultat îngrijorător în ceea ce îi privește pe băieți este frecvența mai ridicată a multiplelor intoxicații voluntare cu alcool. Indiferent de sex, adolescenții sunt predispuși să consume alcool mai ales în compania prietenilor sau a colegilor de școală.
2. Datele obținute prin efectuarea analizelor de regresie liniară multiplă, respectiv regresie logistică binomială au oferit suport parțial pentru toate ipotezele de lucru. Predispoziția spre stări anxioase și nevrotismul au avut contribuții pozitive la predicția riscului pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților investigați (Ipoteza A), deci s-au evidențiat ca factori de risc. Totuși, puterea explicativă a acestor două variabile a fost mai scăzută.
3. Atitudinea favorabilă față de angajarea în comportamente periculoase pentru sănătatea și dezvoltarea unui adolescent a fost predictor pozitiv al predispoziției spre abuzul de alcool (Ipoteza B), deci s-a evidențiat ca factor de risc. Alături de sexul masculin al adolescenților care au participat la cercetare, această variabilă a avut cea mai consistentă putere explicativă. De asemenea, atitudinea favorabilă față de angajarea în comportamente riscante în general a fost predictor pozitiv al frecvenței globale a consumului curent de băuturi alcoolice. Comparativ cu adolescenții care dezaprobau comportamentele neproductive pentru propria lor sănătate și dezvoltare, cei care au raportat o probabilitate ridicată de a manifesta în viitor astfel de comportamente au prezentat un risc mai ridicat de a face parte din grupul critic diferențiat după consumul frecvent de băuturi alcoolice. Și indisciplina manifestată în mediul școlar a contribuit pozitiv la predicția riscului pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților, însă puterea explicativă a fost modestă.
4. Dintre variabilele incluse în Ipoteza C, doar reziliența și religiozitatea s-au evidențiat ca predictorii negativi ai riscului pentru abuzul de alcool, deci ca factori protectori împotriva consumului problematic de alcool. Prima dintre aceste dimensiuni psihologice a avut o contribuție ceva mai consistentă în explicarea diferențelor dintre adolescenți în ceea ce privește variabila dependentă. Religiozitatea a avut o putere explicativă modestă, deși s-a

evidențiat ca predictor negativ și pentru frecvența globală a consumului curent de băuturi alcoolice.

5. Dintre ceilalți factori ai personalității, doar agreabilitatea a fost predictor negativ (factor protector), însă a explicat un procent modest din diferențele dintre adolescenții investigați în ceea ce privește riscul pentru abuzul de alcool (Ipoteza D).
6. La rândul ei, satisfacția față de familie a fost predictor negativ al riscului pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților chestionați (Ipoteza E), însă a avut o putere explicativă mai scăzută.
7. De asemenea, percepția periculozității comportamentelor riscante pentru sănătate și dezvoltare a avut o contribuție negativă la predicția riscului pentru abuzul de alcool, însă cu o putere explicativă modestă în ceea ce privește diferențele dintre adolescenți.
8. Probabilitatea angajării în comportamente riscante și percepția periculozității acestora, reziliența, suportul social din partea familiei și satisfacția față de familie au moderat efectele pe care nevrotismul, respectiv anxietatea le-au avut asupra riscului pentru abuzul de alcool. Cu alte cuvinte, adolescenții instabili din punct de vedere emoțional și predispuși spre anxietate care, în același timp, au raportat o probabilitate mai mare de a se angaja în comportamente riscante pentru sănătate și dezvoltare, nu percepeau periculozitatea comportamentelor riscante, s-au evidențiat printr-un nivel scăzut al rezilienței în confruntarea cu situații de viață nefavorabile, nu beneficiau de suport social din partea familiei și nu erau satisfăcuți de viața de familie s-au evidențiat printr-un risc mai ridicat pentru abuzul de alcool.





### **3. REDUCEREA RISCULUI PENTRU ABUZUL DE ALCOOL ÎN RÂNDUL ADOLESCENȚILOR. PROGRAMUL DE INTERVENȚIE PSIHO-EDUCATIVĂ „CAPCANELE ALCOOLULUI”**

#### **3.1. Justificarea și baza conceptuală a programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”**

Este larg recunoscut faptul că adolescența marchează debutul tranziției de la copilărie la vârsta adultă. Această vârstă critică se asociază cu numeroase transformări și provocări în planul funcționării somatice, hormonale, cognitive, emoționale și sociale, care generează riscuri larg recunoscute în literatura din domeniile psihologiei dezvoltării, clinice și a sănătății [339]. Tumultul specific vârstei, conflictele pe care adolescenții le au cu autoritatea adulților, nevoia din ce în ce mai mare de dobândire a autonomiei personale, crizele în ceea ce privește identitatea de sine, solicitările specifice activității școlare, provocările în plan sentimental, evenimentele de viață stresante și alți factori îi predispun pe adolescenți la numeroase probleme emoționale, tulburări comportamentale, precum și la utilizarea unei palete largi de substanțe psihoactive, care include alcoolul, amfetaminele, marijuana, canabisul sau drogurile ilegale de mare risc [16, 166, 330, 362].

Adolescenții petrec mult timp alături de prietenii și sunt tentați să încerce lucruri noi pentru a-și testa limitele personale [339]. Aceste particularități ale profilului psihosocial al unui adolescent, la care se adaugă deindividualizarea (scăderea responsabilității individuale în condițiile coexistenței în grupuri de covârșnici foarte coezive – cunoscute sub denumirea de „găști”), precum și nevoia adolescentului de a experimenta „senzații tari” îl predispun la angajarea în diverse comportamente care prezintă riscuri pentru sănătatea fizică și mintală. Printre acestea, este inclus și consumul de alcool [10, 98, 188, 314].

În rândul adolescenților consumul de alcool acoperă un spectru larg care variază de la abținerea totală la dependență – așa cum este definită și caracterizată această tulburare de către specialiștii în domeniul sănătății mintale [10]. Cercetările arată că abuzul de alcool în rândul adolescenților este o problemă majoră a sănătății publice [197], 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 marijuana sau canabis [371]. Înțelegerea factorilor de risc pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților, precum și identificarea factorilor protectivi reprezintă un demers cheie pentru prevenirea eficientă a răspândirii acestui comportament de risc și pentru intervențiile individuale timpurii asupra tinerilor care se confruntă cu probleme personale, familiale sau sociale ce îi predispun spre consumul de substanțe psihoactive [175].

Îmbunătățirea funcționării individuale a adolescenților, optimizarea procesului adaptării la sarcinile dezvoltării și la provocările specifice vârstei, crearea mediilor sigure în care adolescenții pot să-și valorifice cunoștințele, abilitățile și competențele de care dispun etc. reprezintă direcții de acțiune a tuturor serviciilor și profesioniștilor din domeniul sănătății publice. Programele de prevenire, precum și cele de intervenție destinate ameliorării problemelor pe care adolescenții (mai ales cei foarte vulnerabili) le întâmpină și creșterii calității vieții în acest segment al populației comunitare trebuie să ia în calcul măsuri concrete care să urmărească domenii precum:

- ✓ întărirea credinței unui adolescent în propriile forțe, precum și în autoeficacitatea în rezolvarea sarcinilor de zi cu zi (familiale, școlare, sociale) și în funcționarea individuală în diverse sectoare;
- ✓ crearea bazelor pentru menținerea și/sau întărirea imaginii de sine realistă și pozitivă;
- ✓ cultivarea gândirii pozitive, sentimentului speranței, optimismului și a încrederii în viitor;
- ✓ dobândirea și consolidarea strategiilor proactice pentru adaptarea la solicitările stresante;
- ✓ creșterea rezilienței – dimensiune care este conceptualizată ca rezistența în fața dificultăților inerente vârstei, la care se adaugă abilitatea de adaptare și funcționarea pozitivă în ciuda circumstanțelor/evenimentelor de viață nefavorabile;
- ✓ îmbunătățirea abilităților de viață (de exemplu: căutarea și obținerea suportului social, gestionarea resurselor personale, comunicarea intra- și interpersonală, rezolvarea conflictelor etc.);
- ✓ crearea premiselor pentru obținerea și menținerea stării de bine în planul funcționării mentale și sociale (de exemplu: satisfacția față de propria persoană, prieteni, familie, școală și față de viață în general, reducerea anxietății și a riscului depresiei, creșterea stimei de sine, dobândirea sentimentului autonomiei, controlului și al coerenței personale etc.);
- ✓ diminuarea problemelor comportamentale și a dificultăților în ceea ce privește integrarea în familie și în grupurile sociale de covârșnici.

Deoarece, în studiul constatativ pe care l-am realizat, predispoziția spre angajarea în comportamente riscante s-a evidențiat ca predictor consistent atât pentru posibilul risc ridicat în ceea ce privește abuzul de alcool, cât și pentru consumul frecvent de băuturi alcoolice (a se vedea subcapitolul 2.7), programele de intervenție trebuie să încorporeze, pe lângă factorii care contribuie la reziliența adolescenților în confruntarea cu amenințările vieții de zi cu zi și solicitările ce intervin pe parcursul dezvoltării, motivele, expectanțele, metacognițiile sau atitudinile referitoare la consumul de alcool. Aceste variabile au o contribuție directă la predicția problemelor legate de alcool [207, 243]. Programele de prevenire secundară care își focalizează atenția pe restructurarea metacognițiilor și a atitudinilor disfuncționale (de exemplu, situația în care un

adolescent consumă alcool pentru a evita judecățile negative din partea altora sau deoarece crede că așa se va integra mai bine în grupul de prieteni) pot ajuta la controlul consumului problematic de alcool [53].

### **3.2. Scopul și obiectivele programului**

Programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” urmărește *diminuarea riscului pentru abuzul de alcool și alte substanțe periculoase în rândul adolescenților prin optimizarea funcționării psihosociale, creșterea stării de bine, respectiv consolidarea abilităților de utilizare a resurselor personale și sociale în vederea depășirii dificultăților și a adaptării cu succes la contextele situaționale sau evenimentele de viață adverse.*

**Obiectivele** care ne-au orientat intervenția în grupul experimental format din adolescenți care prezentau un risc major pentru consumul abuziv de alcool au fost:

- I. *achiziționarea cunoștințelor cu privire la caracteristicile generale ale dezvoltării și funcționării la vârsta adolescenței prin valorificarea resurselor necesare adaptării la schimbările specifice, precum și a oportunităților de creștere sănătoasă și orientare spre un traseu pozitiv al vieții;*
- II. *creșterea nivelului conștientizării de sine în rândul adolescenților în vederea unei mai bune cunoașteri a propriilor lor puncte tari și vulnerabilități, precum și pentru identificarea oportunităților pentru succesul în viață și traseul pozitiv al dezvoltării;*
- III. *cunoașterea și înțelegerea particularităților, factorilor de risc și a consecințelor consumului de alcool prin raportarea la spectrul mai larg al comportamentelor care se asociază cu riscuri pentru sănătatea fizică și mintală a adolescenților;*
- IV. *înzestrarea adolescenților cu deprinderile, abilitățile, atitudinile și calitățile individuale care contribuie la creșterea rezilienței în fața solicitărilor specifice vârstei, dificultăților de viață și a stresului psihic;*
- V. *întărirea conectării dintre adolescenți și familiile din care fac parte prin conștientizarea rolului pozitiv pe care familia îl are în procesul adaptării tinerilor la problemele de viață și stresul psihic, precum și prin creșterea satisfacției față de viața de familie;*
- VI. *conștientizarea și controlul factorilor de risc pentru anxietate și depresie (indicatori ai stării de bine subiective) prin învățarea strategiilor și a modalităților prin care adolescenții pot să prevină și/sau să controleze aceste stări afective negative;*
- VII. *identificarea atitudinilor și a comportamentelor alternative la consumul de alcool, precum și transferul acestora în gestionarea situațiilor din viața de zi cu zi pe care adolescenții le întâmpină;*

VIII. *elaborarea sugestiilor practice pentru îmbunătățirea din punct de vedere conceptual și operațional a programelor de intervenție psihologică și educativă destinate prevenirii consumului de alcool și, mai general, reducerii riscurilor asociate comportamentelor periculoase pentru sănătatea și funcționarea pozitivă a adolescenților.*

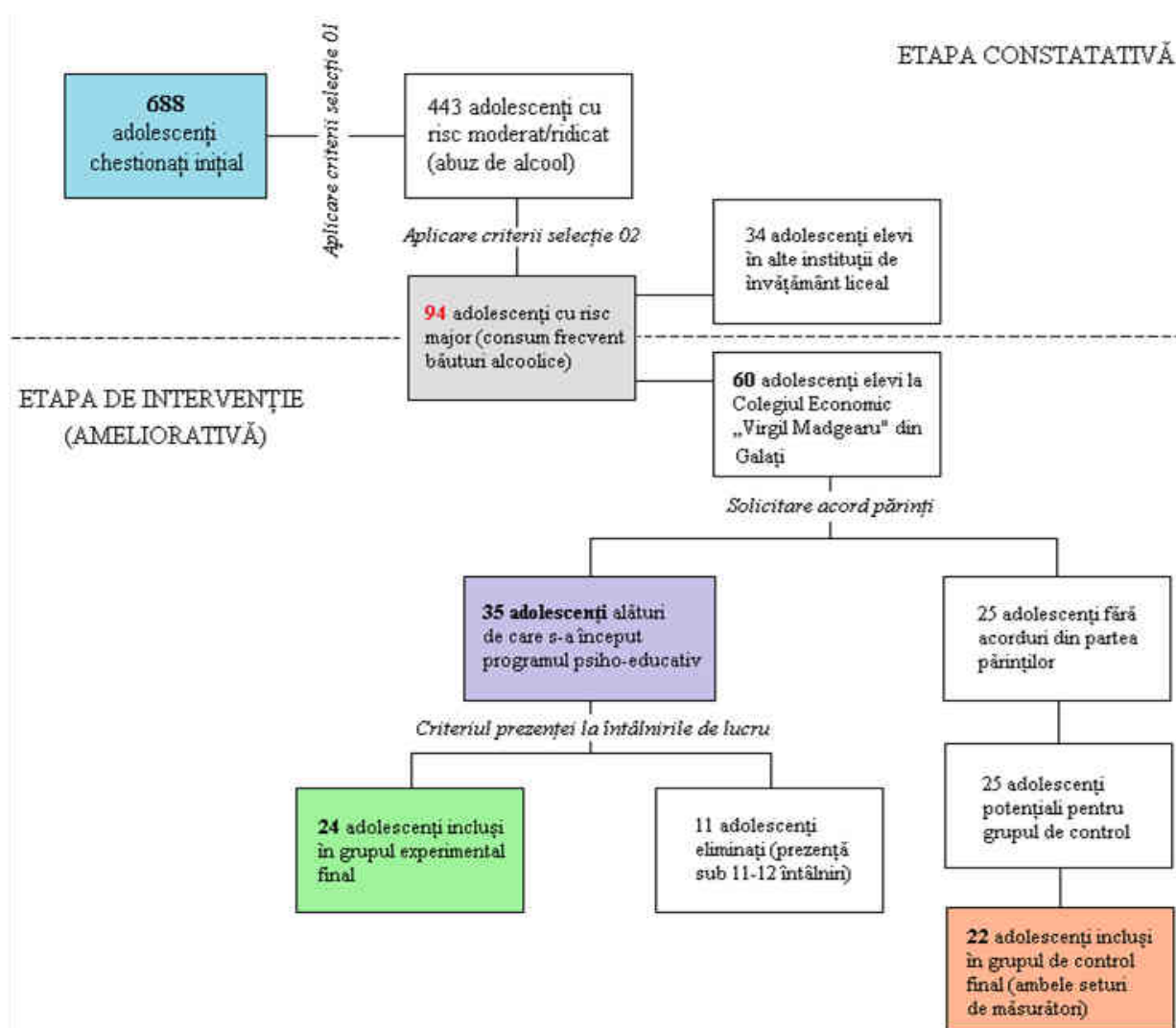
În demersul intervențional care a fost realizat, s-a pornit de la următoarea **ipoteză generală**:

*Implementarea unui program de consiliere psiho-educativă destinat diminuării riscului pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților are un impact pozitiv prin îmbunătățirea abilităților de adaptare la stres, învățarea modalităților adecvate pentru gestionarea stărilor afective negative, achiziționarea atitudinilor alternative la consumul de alcool, precum și prin activarea resurselor care contribuie la reziliență.*

### **3.3. Caracteristici ale adolescenților care au făcut parte din grupurile experimental și de control**

Bazinul din care au fost recrutați atât adolescenții din grupul pe care a fost experimentat programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”, cât și adolescenții din grupul de control a fost reprezentat de cei 688 de participanți la investigația constatativă prin care s-au urmărit dimensiunile psiho-comportamentale ale abuzului de alcool în rândul adolescenților din România (Figura 2.16). Aceștia au fost recrutați din populația școlară gestionată în 11 instituții de învățământ liceal. Într-o primă etapă au fost identificați din baza de date inițială 443 adolescenți care, prin scorul la chestionarul administrat în vederea evaluării riscului pentru consumul abuziv de alcool, au evidențiat un nivel moderat (scor 4-7) sau ridicat (scor > 7). Dintre aceștia au fost reținuți în a doua etapă 94 adolescenți care, pe lângă riscul cel puțin moderat pentru abuzul de alcool, consumau frecvent (des/în fiecare zi) băuturi alcoolice. În plus, adolescenții din grupul de risc ale căror protocoale cu răspunsuri la chestionare au fost analizate în a doua etapă s-au evidențiat prin: a) scoruri scăzute sau cel mult moderate pentru reziliență (scor  $\leq$  2.50), autoeficacitate (scor  $\leq$  25), satisfacție față de familie, prieteni, școală și față de sine (scor  $\leq$  3.50), suportul social din partea familiei și a prietenilor sau a altor persoane semnificative (scor  $\leq$  45.00), respectiv percepția riscurilor asociate comportamentelor periculoase (scor  $\leq$  3.00); b) scoruri cel puțin moderate pentru anxietate (scor  $\geq$  10), dispoziția afectivă negativă (scor  $\geq$  15), respectiv predispoziția spre angajarea în general în comportamente cu risc pentru sănătatea fizică și mintală (scor  $\geq$  3).

Dintre adolescenții selectați în a doua etapă, 60 erau elevi la Colegiul Economic „Virgil Madgearu” din Municipiul Galați (instituție de învățământ în care a fost implementat programul de intervenție psiho-educativă), în timp ce restul învățau în alte unități școlare situate pe raza județului Galați.



**Fig. 3.1. Pașii urmăriți în selectarea adolescenților care au participat la programul de intervenție psiho-educativă, respectiv a celor care au făcut parte din grupul de control**

Elevii gestionați în unitatea școlară pe care am amintit-o au fost considerați ca posibili participanți la grupul formativ. Părinților acestor adolescenți li s-a transmis formularul de consimțământ informat (Anexa 5) pentru participarea adolescenților la programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”. Dintre cei 60 adolescenți, numai pentru 35 au fost returnate acordurile semnate de către părinți. Aceștia au fost distribuiți aleatoriu în două grupuri de lucru, dintre care unul a inclus 17 adolescenți și celălalt 18. Însă, chiar după primele întâlniri de lucru, s-a constatat că 11 adolescenți le frecventaseră sporadic. Aceștia au fost contactați pentru a fi întrebați dacă doreau să mai participe. Toți elevii interpelați au declinat continuarea activităților invocând diverse motive. Prin urmare, au fost eliminați din program și cele două grupuri constituite inițial au fost reunite într-un singur grup care a inclus 24 adolescenți alături de care activitățile formative au fost finalizate cu succes. Scorurile pe care adolescenții le-au obținut la chestionarele

prin care au fost operaționalizate variabilele dependente de interes atât înainte programului de intervenție psiho-educativă, cât și după finalizarea acestuia au constituit baza pentru prelucrările cantitative și interpretările calitative care au servit ca fundament pentru evaluarea impactului pe care programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” l-a avut. Trebuie precizat că adolescenții care au fost selectați în grupul experimental au participat la cel puțin trei sferturi dintre întâlnirile de lucru ( $k = 11$ ).

Pe de altă parte, cei 25 de adolescenți ai căror părinți nu au transmis acordul de participare la activitățile intervenției psiho-educativă au fost considerați ca potențiali componenți ai grupului de control. Dintre aceștia, doar pentru 22 s-a dispus de ambele seturi de scoruri (*pretest vs. posttest*) la chestionarele care au fost administrate repetat pentru gestionarea din punct de vedere cantitativ a datelor cercetării intervenționale pe care am realizat-o.

*Grupul experimental* în care s-a implementat programul de intervenție psiho-educativă destinat reducerii riscului pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților a inclus 16 băieți și 8 fete cu vârste cuprinse între 16 și 18 ani, dintre care 8 erau elevi în clasa a X-a și 16 elevi în clasa a XI-a. Optsprezece erau rezidenți în mediul rural și restul locuiau în mediul urban. Cinsprezece proveneau din familii intacte, 4 din familii temporar dezintegrate și 5 din familii dezorganizate. Distribuția adolescenților din grupul experimental în funcție de percepția pe care o aveau cu privire la nivelul stresului psihic în ultimele șase luni s-a prezentat după cum urmează: 2 – niciun stres, 8 – ușor stresat(ă), 6 – destul de stresat(ă), 8 – foarte stresat(ă). Toți adolescenții din grupul experimental au declarat că obișnuiau să consume frecvent băuturi alcoolice precum bere, vin, lichior, gin sau produse spirtoase tari. Trei dintre adolescenți experimentaseră de cel mult două ori intoxicația etanolică, 4 se îmbătaseră de 3-5 ori și 17 de mai mult de cinci ori. Cei mai mulți dintre adolescenți ( $n = 22$ ) au declarat că nu se gândiseră să solicite ajutorul pentru posibilele probleme legate de consumul de alcool.

Din *grupul de control* au făcut parte 15 băieți și 7 fete cu vârste cuprinse între 16 și 18 ani. Dintre aceștia 12 erau elevi în clasa a X-a și restul în clasa a XI-a. Treisprezece dintre adolescenți aveau domiciliul în mediul rural, în timp ce 9 locuiau în mediul urban. Peste jumătate ( $n = 13$ ) locuiau în familii intacte, 4 proveneau din familii temporar dezintegrate și 5 trăiau experiența neplăcută a familiei dezorganizate. Doar un singur adolescent a raportat că nu resimțise niciun stres psihic în ultimele șase luni. Opt se simțiseră ușor stresați, 12 destul de stresați și un singur adolescent foarte stresat. Toți adolescenții din grupul de control consumau des sau în fiecare zi băuturi alcoolice. Cinci dintre adolescenții din grupul de control se confruntaseră de cel mult două cu intoxicația etanolică, 5 se îmbătaseră de 3-5 ori, în timp ce 12 experimentaseră această stare

neplăcută de mai mult de cinci ori. Doar doi dintre adolescenți au declarat că solicitaseră suportul pentru posibile probleme referitoare la abuzul de alcool.

Adolescenții din grupul experimental nu s-au diferențiat semnificativ din punct de vedere statistic de cei din grupul de control în ceea ce privește distribuțiile în funcție de: sex ( $\chi^2 = 0.01$ ;  $p = 0.913$ ), vârstă ( $\chi^2 = 2.46$ ;  $p = 0.292$ ), treapta școlară ( $\chi^2 = 2.10$ ;  $p = 0.147$ ), rezidență ( $\chi^2 = 1.32$ ;  $p = 0.250$ ), situația familială ( $\chi^2 = 0.05$ ;  $p = 0.972$ ), percepția stresului psihic ( $\chi^2 = 7.70$ ;  $p = 0.053$ ), frecvența intoxicației cu alcool ( $\chi^2 = 1.39$ ;  $p = 0.499$ ), respectiv solicitarea suportului pentru posibile probleme legate de consumul de alcool ( $\chi^2 = 0.008$ ;  $p = 0.927$ ).

### **3.4. Elaborarea și implementarea programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”**

Programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” a valorificat modelul dezvoltării personale pentru funcționarea optimă care se fundamentează pe contribuțiile pe care A. H. Maslow, C. G. Jung și C. Rogers le-au adus în domeniul psihologiei umaniste pozitive. Acești autori au acreditat ideea conform căreia fiecare individ uman este valoros prin el însuși și manifestă trebuința continuă pentru realizarea de sine prin creștere și atingerea potențialului maxim de care dispune, precum și prin validarea calităților personale pe baza acțiunilor pe care le întreprinde și a realizărilor pe care le obține în viața personală, familială, profesională și în domeniul social [56]. În concepția lui C. Rogers, condițiile favorabile creșterii și realizării de sine (engl. *self-actualization*) includ [cf. 56]:

- ✓ respectul de sine și încrederea în propriile forțe;
- ✓ considerația necondiționată și simpatia exprimată față de sine și ceilalți;
- ✓ abilitatea empatică (capacitatea de a rezona cu universul semenilor);
- ✓ conștientizarea experiențelor personale;
- ✓ capacitatea de a trăi deplin și intens fiecare experiență (engl. *mindfulness*);
- ✓ manifestările autonome și creative (însă responsabile) în raport cu sine și cu ceilalți;
- ✓ compatibilitatea în relațiile interpersonale.

Toate aceste dimensiuni cognitive, afective și comportamentale pot fi facil abordate în lucrul nu doar cu adolescenții vulnerabili, ci și cu cei care urmăresc să se cunoască mai bine pentru a-și optimiza funcționarea de zi cu zi și a obține starea de bine. Activitățile orientate spre consilierea psihologică și educativă urmăresc să-i înzestreze pe adolescenți cu resursele, deprinderile și abilitățile de care au nevoie pentru depășirea problemelor din viața personală, școlară și socială, precum și pentru accesarea oportunităților de dezvoltare pe care le oferă mediile imediate (familie, școală, grupurile sociale de covârșnici, comunitate). Obiectivele pe care programele de consiliere



psihopedagogică adresate adolescenților le urmăresc se focalizează pe achiziționarea unor modalități eficiente pentru gestionarea cognițiilor, trăirilor afective, motivelor, atitudinilor și a comportamentelor în vederea depășirii conflictelor intrapsihice, creșterii calității relațiilor sociale, dobândirii abilității de adoptare a deciziilor raționale și responsabile pentru ei înșiși și ceilalți, într-un cuvânt în vederea achiziționării deprinderilor de viață sănătoase și a dezvoltării personalității într-un mod plener [120].

Dacă avem în vedere perspectiva psihologiei umaniste, potrivit căreia problemele pe care le întâmpină o persoană nu trebuie privite numai în termenii deficiențelor, dizabilităților și tulburărilor psihosociale (promovați mai ales de modelul medical al abordării consilierii și psihoterapiei), ci și din perspectiva nevoilor de autocunoaștere și întărire a eului, adaptare, creștere și dezvoltare personală [34], rezultă că un adolescent (mai ales cel care este vulnerabil la derapaje de la traseul normal al dezvoltării) trebuie să fie îndrumat spre cunoașterea de sine realistă, achiziționarea imaginii pozitive și a atitudinilor respectuoase față de propria persoană, activarea și exersarea abilităților necesare pentru gestionarea eficientă a solicitărilor vieții, adoptarea deciziilor responsabile în rezolvarea problemelor de zi cu zi și managementul relațiilor interpersonale, conturarea unor scopuri și proiecte de viață pozitive ș.a.

Consilierea psiho-educativă implică activități realizate cu un singur beneficiar (consiliere individuală) sau cu un grup de beneficiari (consiliere de grup). Literatura de specialitate vorbește despre grupul de formare/antrenament care își propune mai mult obiective de natură educativ-formativă [120]. Consilierea de grup are ca avantaje virtuțile asociate dinamicii de grup, precum și gestionarea într-un mod economic a resurselor financiare, de timp și sociale. În plus, potențialul educativ-formativ al grupurilor de antrenament este facilitat de [120, 310]: a) atmosfera afectivă deschisă, respectiv climatul social relaxant care se creează în cadrul unui grup mic bazat pe egalitatea în ceea ce privește statutul, respectiv pe suportul pe care membrii grupului și-l pot oferi reciproc; atunci când un grup de consiliere susține manifestările autentice ale fiecăruia dintre membrii, aceștia își depășesc inhibițiile și dobândesc încredere în propriile lor forțe; b) faptul că fiecare membru are posibilitatea de a împărtăși în mod deschis și fără teama de a fi judecat greșit propriile opinii, idei, convingeri, trăiri emoționale, experiențe sau opțiuni de viață care, apoi, pot fi analizate colectiv; c) posibilitatea ca fiecare membru al grupului să observe și să înțeleagă experiențele de viață și resursele celorlalți membri; acest aspect este în strânsă relație cu autoevaluarea mai obiectivă și realistă a propriilor experiențe și resurse; d) achiziționarea și consolidarea deprinderilor și a abilităților prin metode și tehnici interactive care permit un transfer mai facil al achizițiilor în situații din viața reală, precum și generalizarea și menținerea acestora;

e) posibilitatea ca fiecare membru al grupului să primească și să ofere un *feed-back* într-o manieră constructivă.

Elaborarea și implementarea programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” în rândul adolescenților aflați în risc pentru abuz de alcool a reprezentat continuarea firească a cercetării constatative. **Etapele** urmărite în proiectarea și implementarea programului de intervenție au fost:

- ✓ identificarea din eșantionul inițial de adolescenți pe care a fost realizată cercetarea constatativă a unui grup mai restrâns de adolescenți care să fie elevi într-o singură instituție de învățământ liceal și să prezinte un risc major pentru consumul abuziv de alcool prin aplicarea mai multor criterii de selecție;
- ✓ diseminarea informațiilor despre programul de intervenție psiho-educativă în rândul adolescenților identificați și a părinților acestora; obținerea acordului de participare a adolescenților la program în baza consimțământului informat din partea părinților;
- ✓ elaborarea structurii și a conținutului modulelor programului de intervenție – domenii, teme, sarcini formative (exerciții individuale și de grup, fișe de lucru), sarcini de evaluare (chestionare pentru *feed-back*), planificarea întâlnirilor cu adolescenții (activităților lucrative), buget de timp, alte aspecte administrative și organizatorice; s-a urmărit ca structura și conținutul întâlnirilor de lucru să fie adecvate particularităților și nevoilor de dezvoltare ale adolescenților în general, precum și vulnerabilităților pe care le prezintă adolescenții aflați în risc major pentru abuzul de alcool;
- ✓ implementarea activităților programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” în grupul experimental;
- ✓ evaluarea impactului pe care programul de intervenție psiho-educativă l-a avut în rândul beneficiarilor prin analiza indicatorilor din punct de vedere cantitativ și calitativ.

Programul a fost structurat pe 16 întâlniri de lucru (Anexa 6) desfășurate în baza unui protocol de colaborare (Anexa 4) în perioada ianuarie-mai 2022 la Colegiul Economic „Virgil Madgearu” din Municipiul Galați cu o frecvență de o întâlnire pe săptămână, cu excepția vacanței pentru Sărbătorile Pascale. Fiecare întâlnire de lucru a avut o durată de 120 de minute. Anterior începerii programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”, adolescenții care au făcut parte din grupul experimental au participat la o întâlnire organizatorică în cadrul căreia au fost stabilite aspecte referitoare la: a) durata, frecvența și locația desfășurării activităților programului; b) ziua și ora începerii fiecărei întâlniri de lucru; c) beneficii ale prezenței constante la activitățile programate; d) consimțământul informat adresat părinților pentru participarea unui adolescent la programul de intervenție psiho-educativă. Modalitatea de recrutare a adolescenților care au

participat la program a condus la situația inevitabilă în care din grupul de lucru au făcut parte elevi din clase diferite. Din acest motiv, în primele întâlniri de lucru, am acordat o atenție sporită intercunoașterii și consolidării coeziunii grupului. De asemenea, adolescenților li s-au oferit lămuriri cu privire la misiunea programului de intervenție psiho-educativă la care urmau să participe și motivele pentru care se constituise grupul din care făceau parte.

Programul implementat în rândul adolescenților aflați în risc ridicat pentru probleme în ceea ce privește consumul de alcool a inclus un set de activități specifice consilierii psiho-educative de grup, care au fost structurate în opt domenii, respectiv 27 de teme. Activitățile formative au fost repartizate în cinci module (Tabelul 3.1).

**Tabelul 3.1. Domenii și teme abordate în programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”**

MODULE	DOMENII	Subdomenii/teme	Obiective vizate <sup>a</sup>	Nr. activitate
Modul 1	<i>Intercunoașterea membrilor grupului formativ și crearea atmosferei favorabile lucrului în grup</i>	Prezentarea scopului general și al obiectivelor programului de intervenție psiho-educativă	-	A1
		Intercunoașterea participanților	-	
		<i>Focus grup:</i> ce știm despre consumul de alcool ?	III	
	<i>Adolescența – oportunități și riscuri pentru dezvoltare</i>	Particularități generale ale adolescenței	I	A2
		Puncte tari și vulnerabilități ale adolescenților	I, II	
		Reducerea riscurilor și valorificarea oportunităților pentru traseul pozitiv al dezvoltării	II, III, VII	A3
	<i>Portretul meu de adolescent</i>	Cine sunt eu și cum mă văd ceilalți ?	I, II	A4
Adaptarea la transformările specifice adolescenței				
Cum mă văd în viitor ?				
Modul 2	<i>Comportamentele de risc pentru sănătatea noastră</i>	Ce înseamnă comportamente de risc ?	III, VII	A5
		Spune NU comportamentelor de risc		
	<i>Abuzul de alcool – comportament de risc pentru dezvoltarea armonioasă a adolescenților</i>	Consumul abuziv de alcool în rândul adolescenților: motive, mituri, consecințe, factori de risc		A6
		Atitudini și comportamente alternative la consumul de alcool ca factori de protecție		
Modul 3	<i>Reziliența: factor protector împotriva abuzul de alcool în rândul adolescenților</i>	Autoaprecierea pozitivă, încrederea în sine și sentimentul autoeficacității	IV, VI, VII	A7
		Locul controlului		A8
		Gândirea constructivă		
		Optimismul și percepția pozitivă despre propriul viitor		
		Controlul emoțiilor		

		Dezvoltarea relațiilor pozitive cu ceilalți		A10
		Obținerea suportului social		
		Cum putem face față dificultăților de viață și stresului psihic ?		A11
<b>Modul 4</b>	<i>Satisfacția față de viața de familie: factor care îi protejează pe adolescenții de abuzul de alcool</i>	Ce înseamnă familia și ce rol are aceasta pentru dezvoltarea unui adolescent ?	IV, VI, VII	A12
		Portretul familiei mele		
		Cum mă poate ajuta familia mea atunci când mă confrunt cu probleme și stres		A13
<b>Modul 5</b>	<i>Anxietatea și depresia: factori de risc pentru abuzul de alcool la adolescenți</i>	Care sunt emoțiile mele pozitive și negative ?	IV, VI, VII	A14
		Anxietatea ca emoție negativă și neproductivă		
		Strategii și modalități practice pentru controlul anxietății și al depresiei		A15

Notă: A – activitate; <sup>a</sup> a se revedea subcapitolul 3.2

Fiecare dintre întâlnirile de lucru a fost structurată și realizată prin adaptarea următoarelor componente ale consilierii educativ-formativă [356]:

- ✓ salutul de bun-venit, reactualizarea temelor parcurse în întâlnirea anterioară, o scurtă discuție de grup cu privire la provocările pe care adolescenții le întâmpinaseră în rezolvarea temelor pentru acasă, întrebări și răspunsuri pe marginea altor probleme pe care unii sau alții dintre membrii grupului doreau să le împărtășească;
- ✓ introducerea temelor actualei întâlniri de lucru;
- ✓ definirea și delimitarea conținuturilor focalizate prin raportarea la aspecte cât mai concrete (de exemplu, situații din viața de zi cu zi);
- ✓ realizarea unui exercițiu introductiv pentru activarea participanților prin înlăturarea blocajelor cognitive, emoționale și de comunicare, motivarea acestora pentru implicarea activă în sarcinile care urmau să fie lucrate, respectiv pentru crearea unei atmosfere relaxante;
- ✓ modelarea primului set de achiziții vizate prin realizarea de sarcini de consiliere cu un conținut specific;
- ✓ realizarea unui exercițiu de energizare; prin acesta s-a urmărit deconectarea participanților, stimularea energiei pozitive a grupului și pregătirea mentală pentru următoarele activități;
- ✓ modelarea celei de-al doilea set de achiziții;
- ✓ obținerea *feed-back*-ului din partea participanților (Anexa 7);
- ✓ generalizarea noilor achiziții prin câte o temă pe care adolescenții care au participat la grup au avut-o de rezolvat acasă.

În ultima întâlnire de lucru, adolescenții din grupul experimental au fost rugați să completeze din nou o parte (BRS, GSES, YSR-A, MHI-5, RPS-H/S, respectiv MSLSS) dintre instrumentele protocolului standardizat administrat în studiul constatativ, precum și un chestionar prin care s-a urmărit obținerea *feed-back*-ului final. Acesta a fost construit pornindu-se de la premisa că *feed-back*-ul din partea beneficiarilor unui program de intervenție este util pentru îmbunătățirea conținutului și a organizării viitoarelor programe și, în același timp, furnizează o imagine asupra experiențelor de învățare, interrelaționare și dezvoltare pe care fiecare dintre adolescenți le-a trăit pe parcursul programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”. Chestionarul (Anexa 8) include opt itemi cu răspunsuri închise sau deschise, al căror conținut s-a focalizat pe următoarele aspecte:

- ✓ enumerarea celor mai importante nevoi personale care l-au determinat pe adolescent să participe la programul pentru dezvoltarea abilităților de viață;
- ✓ aprecierea punctelor tari ale activităților care au fost realizate în cadrul întâlnirilor de lucru; aspectele vizate au inclus concordanța dintre conținutul activităților realizate în cadrul fiecărei întâlniri și tema anunțată, conținutul practic, claritatea pentru participanți, conținutul creativ, atractivitatea, utilitatea pentru îmbunătățirea cunoașterii de sine și pentru o mai bună adaptare la sarcinile din viața de zi cu zi; fiecare dintre aceste aspecte a fost apreciat pe o scală cu trei trepte, și anume *într-o mică măsură, într-o oarecare măsură, respectiv într-o mare măsură*;
- ✓ calitatea prestației formatorului; aspectele focalizate au fost claritatea indicațiilor și a explicațiilor, sugestiile practice și utile, creativitatea și deschiderea spre nou, încurajarea inițiativei, libertății de exprimare și a creativității participanților, atitudinea prietenoasă și deschisă, crearea unei atmosfere de lucru destinsă; pentru aprecierea acestor aspecte, a fost utilizată aceeași scală cu trei ancore verbale distribuite gradual;
- ✓ enumerarea punctelor tari și a celor slabe cu privire la grupul de adolescenți care au participat la programul de consiliere psiho-educativă;
- ✓ identificarea achizițiilor utile pentru îmbunătățirea abilităților de viață, pe care le-a prilejuit programul;
- ✓ identificarea temelor abordate care i-au suscitat adolescentului interesul și pe care acesta dorea să le dezvolte în alte programe formative;
- ✓ aprecierea gradului al satisfacției personale față de programul pentru dezvoltarea abilităților de viață privit în totalitatea aspectelor sale; adolescenții au răspuns pe o scală aprecierea a fost realizată pe o scală cu patru trepte – *foarte puțin mulțumit, puțin mulțumit, destul de mulțumit, foarte mulțumit*;
- ✓ alte sugestii pentru îmbunătățirea viitoarelor programe de antrenare și dezvoltare personală.

### 3.5. Analiza și interpretarea rezultatelor programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”

*Precizări tehnice.* În acest subcapitol sunt sumarizate datele care au fost obținute pentru grupul experimental și cel de control în urma colectării repetate a valorilor variabilelor dependente. Atât pentru prima măsurătoare (*pretest*), cât și pentru a doua (*posttest*) sunt prezentate medianele pentru variabile dependente (Tabelul 3.16). De asemenea, sunt prezentate datele obținute în urma aplicării testului non-parametric  $U_{\text{Mann-Whitney}}$  pentru compararea medianelor obținute în două eșantioane independente. Acest test a fost utilizat deoarece mărimile grupurilor experimental și de control au fost  $< 30$  subiecți. Atât pentru grupul experimental, cât și pentru cel de control a fost administrat testul non-parametric  $z_{\text{Wilcoxon}}$  pentru compararea medianelor a două eșantioane perechi (măsurători repetate).

*Prezentarea indicatorilor cantitativi.* Pentru grupul experimental, ne-am așteptat la diferențe semnificative din punct de vedere statistic pentru toate variabilele dependente de interes, în timp ce, pentru grupul de control, diferențele dintre medianele obținute în urma administrării repetate a chestionarelor nu ar fi trebuit să fie semnificative. Așa cum se poate constata din Tabelul 3.2, pentru anxietate, dispoziția afectivă negativă și percepția riscurilor asociate comportamentelor periculoase diferențele dintre medianele scorurilor pe care adolescenții din grupul experimental și cei din grupul de control le-au obținut în urma administrării chestionarelor în etapa *pretest* au fost pozitive. Cu toate acestea, doar pentru anxietate diferența a fost semnificativă din punct de vedere statistic ( $z = - 2.43$ ;  $p = 0.015$ ), însă cu un efect de mărime moderată ( $r_{\text{Cohen}} = 0.35$ ). Pentru reziliență, autoeficacitate, satisfacția față de familie și prieteni, respectiv satisfacția față de școală și sine diferențele *pretest* dintre grupul experimental și cel de control au fost negative. Totuși, cu excepția satisfacției față de familie ( $z = - 2.89$ ;  $p = 0.004$ ), acestea nu au fost semnificative din punct de vedere statistic. În ceea ce privește satisfacția față de familie, efectul a avut o mărime moderată spre ridicată.

Pentru majoritatea variabilelor dependente, grupurile experimental și de control au fost echivalente în ceea ce privește rezultatele obținute în urma primei măsurători (în cazul grupului experimental, aceasta a fost realizată înainte de implementarea programului de intervenție psiho-educativă). Acest rezultat este relevant deoarece, pentru a avea o bază de comparație acurată, eșantioanele experimental și de control trebuiau să se situeze la același nivel în ceea ce privește valorile inițiale ale caracteristicilor psihologice pe care am urmărit să le modificăm prin programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” pe care l-am implementat.

Comparațiile efectuate pentru grupul de control au confirmat parțial ipotezele de lucru pe care le-am formulat în etapa proiectării programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele

alcoolului”. Conform așteptărilor, în urma implementării intervenției adolescenții din grupul experimental au evidențiat creșteri semnificative din punct de vedere statistic pentru scorurile la reziliență ( $z = - 3.63$ ;  $p < 0.001$ ), autoeficacitate ( $z = - 3.49$ ;  $p < 0.001$ ), respectiv satisfacția față de sine ( $z = - 2.40$ ;  $p < 0.016$ ). Cele mai consistente mărimi ale efectelor s-au evidențiat pentru reziliență ( $r_{\text{Cohen}} = 0.74$ ) și autoeficacitate ( $r_{\text{Cohen}} = 0.71$ ). Pentru satisfacția față de sine, mărimea efectului a fost ridicată ( $r_{\text{Cohen}} = 0.49$ ), însă mai scăzută decât în cazul variabilelor la care ne-am referit anterior.

De asemenea, programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” a avut un impact pozitiv asupra indicatorilor stării de bine în funcționarea emoțională în rândul adolescenților din grupul experimental. Astfel, atât pentru anxietate ( $z = - 3.22$ ;  $p = 0.001$ ), cât și pentru dispoziția afectivă negativă ( $z = - 2.88$ ;  $p < 0.004$ ) scorurile obținute în urma administrării chestionarelor după finalizarea intervenției programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” au fost semnificativ mai scăzute. Pentru ambele variabile, mărimea efectului a fost consistentă ( $r_{\text{Cohen}} = 0.65$  – anxietate, respectiv  $r_{\text{Cohen}} = 0.58$  – dispoziția afectivă negativă). Creșteri ale scorurilor pe care adolescenții din grupul experimental le-au obținut după terminarea programului de intervenție s-au evidențiat și pentru satisfacția față de prieteni, respectiv satisfacția față de școală, însă acestea nu au fost semnificative din punct de vedere statistic. De asemenea, pentru satisfacția față de familie, variația medianei distribuțiilor scorurilor obținute la *pretest* și *posttest* a fost neglijabilă.

**Tabelul 3.2. Rezumatul datelor comparative obținute în urma derulării programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”**

VARIABLE DEPENDENTE	Grup experimental		Grup de control		$U_{\text{Mann-Whitney}}$ pretest		$z_{\text{Wilcoxon}}$ (pretest vs. posttest)			
	Mdn. – pretest	Mdn. – posttest	Mdn. – pretest	Mdn. – posttest			Grup experimental		Grup de control	
					<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
1. Reziliență	2.08	2.50	2.33	2.58	- 1.78	0.075	- 3.63	< 0.001	- 1.38	0.167
2. Autoeficacitate	25.00	28.00	24.50	25.00	- 0.26	0.791	- 3.49	< 0.001	- 0.82	0.408
3. Anxietate	13.00	9.00	10.50	9.50	- 2.43	0.015	- 3.22	0.001	- 0.03	0.972
4. Dispoziție afectivă negativă	14.00	10.00	11.50	10.00	- 1.15	0.247	- 2.88	0.004	- 0.64	0.521
5. Percepție riscuri asociate comportamentelor periculoase	2.62	2.50	2.50	2.50	- 0.85	0.396	- 0.97	0.328	- 0.15	0.875
6. Satisfacție față de familie	3.00	3.00	3.78	3.62	- 2.89	0.004	- 1.36	0.172	- 0.37	0.708
7. Satisfacție față de prieteni	4.38	4.61	4.55	4.50	- 0.39	0.692	- 0.62	0.533	- 0.44	0.661
8. Satisfacție față de școală	2.87	3.00	3.43	3.00	- 0.89	0.372	- 1.04	0.300	- 1.41	0.156
9. Satisfacție față de sine	4.07	4.50	4.42	4.39	- 0.99	0.322	- 2.40	0.016	- 1.10	0.920

Notă: Mdn. – mediană



În ceea ce privește percepția riscurilor asociate comportamentelor periculoase, scorul median pe care adolescenții din grupul experimental l-au obținut după finalizarea programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” a fost mai scăzut decât scorul median obținut inițial, însă variația a fost modestă.

Datele comparative obținute pentru adolescenții din grupul de control nu au evidențiat diferențe semnificative din punct de vedere statistic între scorurile mediane înregistrate în etapa *pretest* și cele obținute în etapa *posttest*. Acest rezultat poate fi considerat o dovadă suplimentară a impactului pozitiv pe care l-a avut programul de intervenție destinat reducerii vulnerabilităților în rândul adolescenților aflați în risc pentru abuzul de alcool.

*Analiza și interpretarea semnificațiilor psihopedagogice ale indicatorilor cantitativi.* Unul dintre obiectivele programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” și-a propus înzestrarea adolescenților cu abilitățile practice și resursele sociale care să le permită să facă față mai bine dificultăților pe care le întâmpină în viața personală, relațiile de familie, domeniul școlar, experiențele romantice specifice vârstei, precum și în relațiile interpersonale din grupurile de covârșnici din care fac parte. Toate aceste fațete pot fi subsumate rezilienței care, așa cum am văzut în Capitolul 1, înseamnă procesul dinamic al adaptării unei persoane la evenimente de viață stresante sau noi contexte care aduc provocări, precum și la *status*-rolurile caracteristice unei anumite vârste.

În urma parcurgerii activităților instructiv-formative, adolescenții care au făcut parte din grupul experimental au înregistrat la evaluarea *posttest* scoruri mediane semnificativ mai ridicate pentru dimensiunile referitoare la reziliență (abilitatea de recuperare în planul funcționării psihosociale și școlare după ce un adolescent traversează o perioadă de stres acut sau cronic), respectiv credințele în autoeficacitatea generalizată (credița unui adolescent în propriile sale competențe de a face față unei palete largi de solicitări stresante sau provocări ale funcționării și dezvoltării). Activitățile A7-A11 (modulul 3) au urmărit formarea, modelarea și consolidarea unor seturi de achiziții pe care adolescenții le pot valorifica atunci când se confruntă cu diverse dificultăți de viață sau când transformările prin care trec și evenimentele le amenință echilibrul psihosocial. Aceste domenii de resurse au fost împărțite în factori individuali (interni) care promovează reziliența și, prin această dimensiune, sănătatea și starea de bine (de exemplu: imaginea de sine pozitivă, încrederea în forțele proprii, credințele în autoeficacitate, locul controlului intern, percepția pozitivă cu privire la viitor, capacitatea de control a emoțiilor disfuncționale ș.a.), respectiv factori externi (de exemplu: relațiile sociale pozitive, suportul din partea familiei, prietenilor, consilierilor școlari sau al altor persoane semnificative, serviciile educative, de consiliere și dezvoltare personală oferite de școală și alte instituții comunitare ș.a.).

De exemplu, sarcinile lucrative desfășurate sub forma exercițiilor individuale, pe echipe sau de grup au urmărit formarea abilităților de autocontrol emoțional și comportamental în situații percepute ca fiind dificile sau în contexte sociale în care grupurile de adolescenți impun presiunea uniformizării comportamentelor individuale în direcția asumării necritice a riscurilor printre care se include și consumul de alcool sau alte substanțe nocive. Adolescenții care au participat la program au fost învățați să gândească rațional, să adopte atitudini preventive și decizii personale care să promoveze un stil de viață sănătos.

Alte sarcini de lucru au urmărit consolidarea încrederii adolescenților în propriile lor resurse, precum și întărirea sentimentului valorii personale. Cele două dimensiuni sunt importante pentru prevenirea comportamentelor riscante pe care unii dintre adolescenți tind să le adopte atunci când se află în situații de criză sau când cedează în fața influențelor din partea grupurilor sociale. Formarea și cimentarea gândirii constructive, dezvoltarea relațiilor pozitive cu adulții sau covârșnicii care reprezintă modele și pot oferi suport real în situații de solicitare, conștientizarea și controlul emoțiilor negative în contexte de viață stresante, consolidarea abilității de a solicita și obține ajutor în fața provocărilor, precum și a capacității de a selecta cogniții, emoții, motive, valori și comportamente funcționale în vederea depășirii problemelor și a prevenirii stresului psihic au fost alte scopuri care au jalonat proiectarea și derularea cu succes a activităților formative pe care adolescenții le-au apreciat ca beneficii reale pentru propria lor dezvoltare.

Toate direcțiile lucrative la care ne-am referit în paragrafele anterioare au pornit de la premisa potrivit căreia adolescenții sunt capabili și motivați să achiziționeze posibile scenarii de viață și strategii de adaptare la acestea care să le permită activarea resurselor personale și sociale ce pot acționa ca factori de protecție împotriva consumului de substanțe cu potențial nociv (inclusiv alcool), respectiv deprecierei calității funcționării de zi cu zi și a stării de bine psihosociale.

Un alt rezultat notabil care poate fi considerat indicator al impactului pozitiv pe care l-a avut programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” îl reprezintă diminuarea semnificativă a scorurilor mediane pentru anxietate și dispoziția afectivă negativă (tendința spre depresie). Aceste două domenii de emoții disfuncționale sunt recunoscute ca factori de risc majori pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților. Sarcinile de lucru care le-au fost propuse adolescenților în cadrul celui de-al cincilea modul au valorificat achizițiile din întâlnirile anterioare prin care s-a urmărit modelarea resurselor care contribuie la creșterea rezilienței în confruntarea cu solicitările specifice adolescenței. Participanții la program au fost învățați să identifice, analizeze și să gestioneze atât emoțiile pozitive, cât și pe cele negative, cu accent pe nesiguranța de sine, anxietate și depresie – emoții debilitante pe care mulți dintre adolescenți le

experimentează). De asemenea, adolescenții din grupul experimental au fost orientați spre descoperirea propriilor calități care îi pot ajuta să-și controleze mai eficient anxietatea în situații de viață percepute ca amenințătoare. În cadrul unei întâlniri de lucru, s-a concluzionat că recunoașterea simptomelor specifice anxietății (senzații somato-neuro-vegetative neplăcute, gânduri automate recurente, atitudini și răspunsuri comportamentale disproporționate în raport cu semnificațiile situațiilor de viață) reprezintă un pas cheie care trebuie exersat continuu deoarece pregătește o persoană pentru a fi capabilă să acceseze toate resursele de care dispune și să inițieze acțiuni care o vor conduce la rezultate pozitive. Adolescenții au mai fost învățați să recunoască și să evite mecanismele defensive (distorsiuni cognitive, cum ar fi negarea sau proiectarea responsabilității în afară, la care se adaugă atitudini și răspunsuri comportamentale inconștiente) prin care o persoană încearcă să facă față stărilor anxioase.

În concluzie, conținutul exercițiilor care au fost lucrate în activitățile A14 și A15 a urmărit să ofere adolescenților care au participat la programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” noi resurse care să-i ajute să înlocuiască strategiile dezadaptative (de exemplu, abuzul de alcool) cu strategii funcționale, pentru a face față mai bine solicitărilor specifice adolescenței.

După finalizarea programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”, s-a mai constatat o creștere semnificativă a satisfacției față de sine în rândul adolescenților din grupul experimental. Datorită eșecurilor în confruntarea cu amenințările specifice vârstei, imaginea despre propria persoană, încrederea în propriile forțe și stima de sine a unora dintre adolescenți pot cunoaște fluctuații care îngreunează procesul adaptării la noi solicitări prin predispoziția spre angajarea în acțiuni, situații de viață sau contexte sociale care să le distragă atenția de la temeri, nemulțumiri și frustrări. Prin urmare, întărirea încrederii în sine, a sentimentului valorii personale și formarea imaginii de sine pozitive îi ajută pe adolescenții vulnerabili să înlocuiască răspunsurile emoționale și atitudinal-comportamentale negative cu strategii adaptative pozitive. Succesul eforturilor pe care le depun atunci când se confruntă cu solicitări de viață stresante contribuie la consolidarea credințelor cu privire la punctele tari ale eului, precum și la creșterea satisfacției pe care un adolescent o are față de propria persoană.

Sarcinile lucrate pe parcursul activităților A2-A4, respectiv A7 le-au oferit adolescenților care au participat la program numeroase oportunități de a înțelege cum pot face față mai bine vulnerabilităților vârstei. Exercițiile utilizate au avut ca scop consolidarea abilităților necesare pentru autoevaluarea propriilor puncte tari și a celor slabe, respectiv resemnificarea cognițiilor negative pe care unii dintre adolescenți le aveau cu privire la propria lor persoană. La finalul programului, adolescenții au evidențiat în răspunsurile la chestionarul de *feed-back* pentru

consilier utilitatea sarcinilor formative pe care le lucraseră în vederea consolidării imaginii de sine pozitive, sporirii încrederii în propriile resurse și a îmbunătățirii satisfacției față de sine.

*Analiza răspunsurilor la chestionarul de feed-back administrat la sfârșitul programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”.* Pe lângă indicatorii cantitativi, impactul unui program de intervenție psiho-educativă poate fi evaluat prin analizarea *feed-back*-ului pe care participanții îl oferă la finalizarea activităților formative în legătură cu temele și sarcinile propuse, climatul din grupul de lucru, prestația formatorului, beneficiile în planul achizițiilor personale și sociale ș.a. Din analiza răspunsurilor pe care adolescenții le-au oferit la chestionarul administrat la sfârșitul programului „Capcanele alcoolului” au reieșit următoarele:

- ✓ dintre nevoile personale care i-au determinat pe adolescenți să participe la program s-au evidențiat cel mai frecvent nevoia de a înțelege mai bine situațiile de viață și evenimentele vulnerabilizante pe care le trăiau, nevoia de a-și cunoaște mai bine propriile lor resurse și de a înțelege cum anume puteau să le utilizeze în depășirea dificultăților, exprimarea emoțională și socială deschisă, dezvoltarea capacității de control a emoțiilor disfuncționale, îmbunătățirea abilităților de comunicare și socializare, depășirea dificultăților în stabilirea relațiilor interpersonale, nevoia de a învăța cum să gestioneze mai bine neînțelegerile și conflictele cu adulții (în special cu părinții), dobândirea abilităților necesare lucrului în echipă, creșterea încrederii în propriile lor forțe, dorința de a face lucruri noi ș.a.; aceste nevoie au reieșit și din analiza răspunsurilor pe care adolescenții din grupul experimental le-au oferit la chestionarul de *feed-back* administrat la sfârșitul fiecărei întâlniri de lucru; sugestiile participanților au fost integrate în conținutul viitoarelor întâlniri prin schimbarea/adăugarea anumitor exerciții individuale/în perechi și jocuri de grup, la care s-a adăugat intensificarea discuțiilor și a reflecțiilor care au avut loc la finalul fiecărei ședințe;
- ✓ majoritatea adolescenților care au parcurs programul psiho-educativ au oferit un *feed-back* pozitiv în legătură cu concordanța dintre activitățile desfășurate și temele întâlnirilor de lucru, respectiv conținutul clar, practic, creativ și atractiv al acestora; de asemenea, prestația consilierului psiholog (este vorba despre autorul prezentei teze de doctorat) a fost apreciată ca un punct tare al programului desfășurat prin indicațiile și explicațiile clare pe care adolescenții le-au primit în vederea derulării sarcinilor de lucru sau la întrebările adresate, creativitatea și deschiderea spre idei noi, abundența sugestiilor practice pe care participanții le-au considerat ca fiindu-le utile, stimularea colaborării între membrii grupului de lucru și a deschiderii spre comunicare sinceră, precum și prin atitudinea prietenoasă și empatică care a condus la crearea unei atmosfere de lucru deschise și prielnice autodezvăluirii, exprimării de sine în modalități autentice și, mai general, dezvoltării personale;

- ✓ în ceea ce privește aspectele pozitive referitoare la grupul de lucru din care au făcut parte, adolescenții care au participat la programul psiho-educativ „Capcanele alcoolului” au apreciat cel mai mult conținutul variat al exercițiilor care, în opinia lor, le-a permis să se înțeleagă mai bine pe ei înșiși, să conștientizeze propriile lor punct slabe, să învețe modalități constructive de abordare a problemelor personale, să interacționeze într-un mod plăcut cu alți adolescenți, să-și exprime fără teama de a fi judecați, etichetați sau respinși propriile lor gânduri, credințe, emoții, valori și atitudini; alte aspecte pozitive referitoare la grupul formativ au inclus atmosfera de lucru deschisă, coezivă și creativă, oportunitățile pentru dezvoltarea abilităților de comunicare și în ceea ce privește lucrul în echipă, orientarea formatorului spre atitudini constructive, stabilirea de relații de prietenie, libertatea de exprimare a propriilor opinii, idei și emoții; dintre aspectele care le-au plăcut mai puțin adolescenților s-au evidențiat momentele în care unii dintre participanți nu respectau regulile grupului, sărăcia abilităților sociale a unora dintre membrii grupului sau atitudinile negative; o parte dintre participanții la programul psiho-educativ derulat a declarat că și-ar fi dorit ca programul să dureze mai mult, iar activitățile să se deruleze și în alte contexte decât sala de clasă pentru a putea să interacționeze în moduri mai variate și informale;
- ✓ temele abordate în cadrul programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” care au trezit cel mai mult interesul adolescenților și pe care aceștia le-au propus pentru viitoarele programe au inclus autocunoașterea (de exemplu, „Portretul meu de adolescent”), modalitățile de gândire constructivă, controlul emoțiilor negative și dezvoltarea relațiilor pozitive cu ceilalți (teme subsumate Modulului 3 referitor la reziliență), „Portretul familiei mele” (Modulul 4 referitor la satisfacția față de viața de familie), respectiv strategiile și modalitățile practice pentru controlul anxietății și al depresiei; acest rezultat confirmă nevoile adolescenților în ceea ce privește autocunoașterea, gestionarea emoțiilor negative și întărirea legăturilor cu familia care constituie o sursă de suport cheie pentru dezvoltarea pozitivă;
- ✓ peste trei sferturi dintre adolescenții care au făcut parte din grupul experimental s-au declarat foarte mulțumiți de programul de intervenție psiho-educativă la care au participat; aceștia au inclus printre cele mai importante noi achiziții o mai bună cunoaștere a propriilor lor resurse și punct slabe, un mai bun control al emoțiilor neproductive, creșterea încrederii în forțele proprii, depășirea barierelor de comunicare (de exemplu, lipsa asertivității sau a capacității de ascultare activă) și a timidității în relațiile cu alți covârșnici, o mai bună abilitate de gestionare a situațiilor tensionate care pot să conducă la conflicte, perspectiva optimistă asupra viitorului, achiziționarea unor posibile scenarii de acțiune care pot fi utilizate pentru

surmontarea dificultăților din viața de zi cu zi și diminuarea vulnerabilităților, abilitatea de a empatiza cu alți adolescenți și de a le oferi suport, precum și o mai bună înțelegere a situațiilor riscante în care se pot afla (inclusiv ca urmare a consumului de alcool sau alte substanțe dăunătoare funcționării psihice și sănătății fizice);

- ✓ printre sugestiile pe care adolescenții le-au oferit pentru îmbunătățirea viitoarelor programe de dezvoltare personală se numără utilizarea unei varietăți mai largi de teme și sarcini lucrate, orientarea activităților mai ales spre exersarea abilităților de comunicare și a celor necesare pentru gestionarea problemelor emoționale și comportamentale pe care mulți adolescenți le întâmpină, intensificarea activităților realizate prin sarcini creative de echipă sau jocuri, creșterea atractivității întâlnirilor de lucru prin integrarea tehnologiilor moderne de informare și comunicare ș.a.

În concluzie, rezultatele programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” au fost foarte satisfăcătoare deoarece, așa cum rezultă și din *feed-back*-ul adolescenților, au prilejuit noi experiențe cognitive, emoționale și interpersonale pe care beneficiarii le-au identificat printre propriile lor nevoi psihologice și educative. Prin volumul, varietatea conținuturilor, *design*-ul, accesibilitatea activităților în raport cu particularitățile dezvoltării la vârsta adolescenței, precum și prin atractivitatea care a răspuns intereselor participanților, programul psiho-educativ derulat a oferit adolescenților numeroase oportunități de auto-analiză mai obiectivă și cuprinzătoare și i-a orientat spre o mai bună înțelegere a riscurilor pe care le implică consumul de alcool și alte substanțe care pot fi dăunătoare sănătății și dezvoltării armonioase.

### 3.6. Concluzii la Capitolul 3

Atât rezultatele cantitative, cât și analiza răspunsurilor pe care adolescenții le-au dat la chestionarul de *feed-back* care le-a fost administrat la finalul programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” au permis elaborarea următoarelor concluzii:

9. Comparațiile rezultatelor pe care adolescenții din grupul experimental le-au obținut după finalizarea programului cu rezultatele inițiale au oferit suport pentru ipoteza experimentală și impactul pozitiv pe care intervenția realizată l-a avut. Eficiența programului s-a evidențiat prin creșterea scorurilor pentru reziliență, credința în propria lor eficacitate în general și satisfacția față de sine, respectiv scăderea scorurilor pentru anxietate și dispoziția afectivă negativă.
10. Pentru adolescenții care nu au participat la activitățile programului de intervenție psiho-educativă (grupul de control), nu s-au constatat diferențe semnificative din punct de vedere statistic între rezultatele obținute în etapa *pretest* și cele înregistrate în etapa *posttest*.

11. Impactul pozitiv pe care programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” l-a avut asupra beneficiarilor s-a evidențiat și prin alte achiziții pe care adolescenții din grupul experimental le-au dobândit, așa cum acestea reies din analiza răspunsurilor la chestionarul de *feed-back* administrat la sfârșitul programului. Adolescenții care au participat la program au inclus printre noile achiziții: cunoștințele teoretice și practice despre alcool și efectele nocive ale consumului abuziv, o mai bună înțelegere a situațiilor riscante pentru creșterea fizică, sănătatea mintală și dezvoltarea de-a lungul vieții, cunoașterea propriilor lor resurse și puncte slabe, creșterea încrederii în forțele proprii și a abilității de control a emoțiilor negative, orientarea spre analizarea mai obiectivă a propriilor lor gânduri, emoții, reacții și comportamente, dezvoltarea abilității de gestionare a dificultăților din viața de zi cu zi, depășirea barierelor de comunicare și a timidității în relațiile cu alți adolescenți, îmbunătățirea capacității de exprimare liberă și creativă a propriei lor personalități, deschiderea spre schimbare și afirmarea personală ș.a.
12. Sarcinile instructiv-formative pe care adolescenții din grupul experimental le-au lucrat individual, pe echipe sau în grup le-au oferit acestora numeroase oportunități pentru a înțelege cum pot face față mai bine vulnerabilităților specifice vârstei (de exemplu: anxietatea, depresia, stresul psihic, predispoziția spre angajarea în comportamente riscante pentru sănătatea fizică și mintală, funcționarea optimă de zi cu zi și dezvoltarea pozitivă ș.a.). Activitățile lucrative desfășurate pe parcursul programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” i-au înzestrat pe adolescenții participanți cu noi resurse care îi ajută să înlocuiască strategiile dezadaptative (de exemplu, abuzul de alcool sau alte substanțe dăunătoare) cu strategii de adaptare funcționale.

## CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Analiza teoretico-conceptuală, sinteza constatărilor studiilor care s-au preocupat de problematica consumului de alcool în populația de adolescenți și rezultatele obținute în cercetarea constatativă (Capitolul 2) și în cea experimentală (Capitolul 3) au permis formularea următoarelor concluzii:

1. Implicarea în comportamente riscante precum consumul excesiv de alcool, șofatul sub influența alcoolului, utilizarea frecventă a substanțelor psihoactive din categoria drogurilor „ușoare”, actele violente sau raporturile sexuale neprotejate ș.a. este frecventă la vârsta adolescenței. Această dimensiune psiho-comportamentală a profilului funcționării și dezvoltării la vârsta adolescenței reprezintă o problemă semnificativă pe agenda specialiștilor din domeniul sănătății publice, respectiv din cel al controlului și prevenirii devianței și delincvenței juvenile.
2. Alcoolul este una dintre substanțele psihoactive legale pe care adolescenții le utilizează cel mai frecvent. În comparație cu adulții, aceștia sunt mai predispuși să consume ocazional o cantitate mare de alcool, adică să abuzeze de această substanță [343], mai ales atunci când se află într-un grup cu alți covârșnici și cedează presiunilor acestora, merg la o petrecere unde nu sunt monitorizați și controlați, se simt stresați, triști sau disperați și neajutorați. Această particularitate face ca abuzul de alcool să fie periculos pentru adolescenți, mai ales atunci când este asociat cu utilizarea altor substanțe precum etnobotanicele, marijuana sau drogurile cu risc ridicat [175].
3. Pe parcursul prezentei teze, termenul referitor la *abuzul de alcool* a fost utilizat cu o semnificație diferită de cea a dependenței de alcool, pentru a se descrie situațiile în care un adolescent consumă ocazional sau episodic o cantitate mare de alcool punându-și în pericol funcționarea personală de zi cu zi, sănătatea fizică și psihică, relațiile cu familia, colegii de școală, prietenii și alte persoane adulte, scopurile de viață, activitatea școlară, integritatea morală și imaginea socială.
4. Printre factorii de risc pentru abuzul de alcool și problemele cognitive, emoționale, comportamentale și sociale asociate acestuia, se numără [10, 48, 133, 160, 179, 239, 272, 292, 365]: vârsta, sexul, slăbiciunea profilului neurobiologic, evenimentele de viață traumatizante, vulnerabilitatea la stresul psihic (relaționată cu stilul de coping centrat pe evitare sau pe emoțiile negative), predispoziția spre anxietate, depresia, imaginea de sine negativă și sentimentul eșecului personal, insatisfacția față de propria persoană și față de viață în general, deficitul în ceea ce privește competențele emoționale și sociale, problemele legate de consumul de alcool în rândul părinților, atitudinea permisivă/neglijentă pe care părinții o au cu privire la



- comportamentele deviante ale adolescentului (inclusiv consumul de alcool), sărăcia atașamentului față de părinți și sentimentul alienării relațiilor intrafamiliale, deficitul în ceea ce privește suportul social și monitorizarea din partea familiei, nivelul scăzut al atașamentului față de școală, prietenia cu alți adolescenți care au probleme în ceea ce privește consumul de alcool/alte substanțe periculoase, aderarea la grupuri deviante și cu potențial delincvențial etc.
5. Indiferent de sexul subiectului vulnerabil, precocitatea în ceea ce privește abuzul de alcool (inclusiv la vârsta adolescenței) reprezintă un factor de risc pentru instalarea dependenței clinice la vârste mai mari, precum și a binecunoscutelor probleme asociate acestuia [6, 159, 258, 355, 371]. Din acest motiv, considerăm că determinarea și înțelegerea factorilor de risc pentru abuzul de alcool, precum și identificarea factorilor protectori reprezintă un pas esențial pentru prevenirea eficientă a răspândirii acestui comportament indezirabil, precum și pentru intervențiile individuale (recuperatorii)/de grup (preventive) timpurii adresate adolescenților care se confruntă cu probleme personale, familiale sau sociale ce îi predispun spre consumul de substanțe psihoactive în general și, în particular, spre utilizarea alcoolului într-un mod netemperat și periculos [175].
  6. Valorificând modelul teoretic comportamentelor problematice în rândul adolescenților, propus de către R. Jessor [180, 181], precum și rezultatele unui corp consistent de studii care s-au preocupat de determinarea cauzelor comportamentelor periculoase (inclusiv consumul de alcool) pentru sănătatea și dezvoltarea pozitivă a adolescenților [47, 96, 183, 184, 357, 363], am elaborat și testat un model al factorilor de risc și protectori în abuzul de alcool în rândul adolescenților. Acesta deosebește șase domenii de variabile (caracteristici socio-demografice, trăsături ale personalității, alte caracteristici individuale, variabile atitudinale, variabile sociale, indicatori ai stării de bine) care pot acționa fie ca factori de risc (contribuție predictivă pozitivă) pentru problemele legate de consumul de alcool (de exemplu, abuzul ocazional/episodic), fie ca factori de protecție.
  7. Datele corelaționale și cele obținute prin efectuarea analizelor de regresie liniară multiplă, respectiv logistică binomială au confirmat parțial toate ipoteze de lucru formulate în baza modelului factorilor de risc și protectori în abuzul de alcool în rândul adolescenților. Sexul adolescenților, probabilitatea angajării în comportamente riscante în general, nevrotismul, anxietatea și indisciplina manifestată la școală au fost predictorii pozitivi (factori de risc) ai predispoziției spre abuzul de alcool, în timp ce reziliența, religiozitatea, agreabilitatea, percepția periculozității comportamentelor riscante și satisfacția față de familie au fost predictorii negativi.

8. Rezultatele studiului constatativ au stat la baza proiectării și implementării programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” care a fost desfășurat cu un grup de adolescenți aflați în risc ridicat pentru consumul de alcool problematic. Rezultatele cantitative au oferit suport pentru impactul pozitiv pe care programul l-a avut prin achizițiile pe care beneficiarii le-au realizat. După finalizarea intervenției, adolescenții care au participat la program au obținut scoruri semnificativ mai ridicate pentru reziliență, credința în propria lor eficacitate în general și satisfacția față de sine, respectiv scoruri semnificativ mai scăzute pentru anxietate și dispoziția afectivă negativă.

**Problema științifică soluționată** în prezenta teză de doctorat constă în determinarea factorilor care explică diferențele individuale în ceea ce privește riscul pentru abuzul de alcool și profilul psiho-socio-comportamental al adolescentului consumator, precum și în elaborarea și implementarea cu succes a programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” destinat gestionării factorilor negativi care îi predispun pe adolescenți la abuzul de alcool.

**Valoarea aplicativă a cercetării** derivă din constatările studiului cu privire la predictorii riscului pentru abuzul de alcool, precum și din rezultatele implementării programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”. Acestea pot fi aplicate ca bază pentru elaborarea altor programe de intervenție psiho-educativă de grup/consiliere individuală calibrate pe recuperarea adolescenților cu probleme în ceea ce privește consumul de alcool sau prevenirea abuzului/dependenței de alcool în populația adolescenților care sunt vulnerabili la derapaje de la traseul dezvoltării pozitive. Chestionarul pentru evaluarea riscului pentru abuzul de alcool, elaborat și validat de către autor, precum și celelalte instrumente de măsurare traduse în limba română și validate pentru populația de adolescenți pot fi utile cercetătorilor, doctoranzilor, consilierilor școlari și specialiștilor din alte domenii de referință pentru sănătatea, dezvoltarea și calitatea vieții adolescenților.

**Contribuțiile proprii la realizarea cercetărilor** expuse în prezenta teză de doctorat includ:

1. radiografierea și analizarea critică a unui volum consistent de lucrări științifice valoroase (publicate în fluxul internațional și în literatura autohtonă), în vederea determinării dimensiunilor psiho-socio-comportamentale asociate consumului de alcool problematic în rândul adolescenților;
2. elaborarea din punct de vedere teoretico-conceptual a modelului de lucru al factorilor de risc și protectori în abuzul de alcool și testarea acestuia în populația adolescenților;
3. conceperea și validarea chestionarului prin care s-a urmărit măsurarea riscului pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților; acesta poate fi utilizat atât în scop de cercetare, cât și pentru evaluarea individuală a adolescenților care solicită ajutor psihologic sau pentru

*screening*-ul prospectiv al populației de adolescenți în vederea identificării cazurilor vulnerabile la consumul de alcool problematic;

4. adaptarea din punct de vedere lingvistic, cultural și psihometric a unui set consistent de instrumente (bine cunoscute în comunitatea academică) care măsoară o paletă variată de caracteristici psihologice, comportamentale și sociale ce pot constitui factori de risc/protecție pentru derapajele de la traseul dezvoltării normale a unui adolescent; chestionarele, scalele și inventarele gestionate pot fi utilizate atât în studiile focalizate pe problematica consumului de alcool, cât și în cele care urmăresc alte domenii ale adaptării, funcționării și dezvoltării adolescenților;
5. proiectarea, implementarea și evaluarea impactului unui set consistent de activități formative; acestea au alcătuit programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” prin care s-a urmărit diminuarea riscului pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților prin optimizarea funcționării psihosociale, creșterea stării de bine și îmbunătățirea rezilienței în situațiile de viață adverse și în confruntarea cu provocările dezvoltării la vârsta adolescenței.

În baza rezultatelor studiului constatativ și ale programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” care a fost derulat, propunem următoarele **recomandări practice** adresate consilierilor școlari, diriginților și cadrelor didactice, respectiv părinților adolescenților vulnerabili în raport cu abuzul de substanțe periculoase pentru sănătatea și dezvoltarea armonioasă, printre care se numără și alcoolul:

1. evaluarea particularităților cognitive, emoționale, motivaționale, atitudinal-comportamentale și sociale în scopul identificării, consilierii și monitorizării adolescenților vulnerabili la comportamente deviante (inclusiv consumul de alcool sau alte substanțe periculoase) care sunt riscante pentru sănătate, dezvoltarea normală și adaptarea la sarcinile specifice vârstei, acest demers trebuie realizat încă de la începutul ciclului de învățământ liceal și are un caracter continuu;
2. determinarea caracteristicilor familiale și școlare care constituie factori de risc pentru derapajele de la traseul normal al dezvoltării unui adolescent; această evaluare poate fi realizată de către consilierul școlar în colaborare cu adolescenții vulnerabili, diriginții acestora și părinți;
3. prevenirea tulburărilor emoționale și comportamentale care pot conduce la consumul de alcool problematic prin cumulara continuă și canalizarea eforturilor din partea consilierilor școlari, diriginților, părinților și a adolescenților aflați în risc, în vederea gestionării vulnerabilităților ce pot apărea în viața de zi cu zi, precum și în traseul dezvoltării unui adolescent;

4. integrarea în programele (recuperatorii sau preventive) care urmăresc consilierea individuală și de grup a dimensiunilor care s-au evidențiat printre predictorii consistenți ai predispoziției spre abuzul de alcool în rândul adolescenților; ne referim, de exemplu, la reziliență (abilitatea unui adolescent de a se adapta și de a-și menține funcționarea pozitivă atunci când se confruntă cu circumstanțe/evenimente de viață stresante din punct de vedere psihologic și social), anxietate sau la atitudinea față de comportamentele cu risc pentru sănătate și dezvoltare;
5. încorporarea în conținutul obiectivelor și al activităților programelor de intervenție psiho-educativă a motivelor, expectanțelor, metacognițiilor și atitudinilor pe care adolescenții le au cu privire la consumul de alcool (de exemplu, predispoziția spre angajarea în comportamente riscante în general sau evaluările pe care le fac cu privire la posibilele consecințe negative ale abuzului de alcool).

Rezultatele investigației pe care am realizat-o și am inclus-o în al doilea capitol al prezentei teze de doctorat trebuie analizate ținându-se cont de următoarele **limite** care sugerează și **direcții de cercetare**:

1. Adolescenții care au participat la studiul cantitativ prin care s-a urmărit testarea modelului factorilor de risc și protecție pentru abuzul de alcool au fost elevi în clasele a X-a și a XI-a recrutați din 11 instituții de învățământ liceal atât din mediul urban, cât și din cel rural din județul Galați. Prin urmare, eșantionul de subiecți a avut o relativă reprezentativitate pentru populația adolescenților din România, mai ales dacă avem în vedere diferențele dintre regiuni în ceea ce privește potențialul economic și social, respectiv cel cultural. Acest factor trebuie relaționat cu stilul de viață al adolescenților, posibilitățile de petrecere a timpului liber, oportunitățile pentru procurarea și utilizarea alcoolului și a altor substanțe psihoactive, suportul psihosocial și educativ de care pot beneficia ș.a. Comparativ cu adolescenții care sunt rezidenți în orașe mici sau în mediul rural, cei care locuiesc în orașe mari mai bine dezvoltate din punct de vedere socio-economic și cosmopolite au mai multe șanse să acceseze oportunități sociale/de petrecere a timpului liber în care să consume diverse substanțe riscante, inclusiv alcool. Într-o viitoare investigație, ne propunem utilizarea unui eșantion mai eterogen în ceea ce privește variabile referitoare la regiunea geografică și statutul socio-economic al familiei, care pot avea un impact semnificativ asupra consumului de alcool și alte substanțe periculoase în rândul adolescenților.
2. Principalele variabile de interes pentru studiile pe care le-am realizat au fost operaționalizate utilizându-se instrumente la care adolescenții au răspuns individual și anonim (pentru a se încuraja sinceritatea). Această metodă pentru colectarea datelor bazată pe autoraportare implică riscul distorsionării rezultatelor prin subiectivitatea răspunsurilor sau lipsa sincerității

participanților la cercetare fie ca urmare a intervenției unor mecanisme defensive pentru protejarea imaginii de sine, fie datorită dezirabilității sociale a răspunsurilor [103]. În prezentul studiu, adolescenții au fost chestionați în legătură cu probleme „sensibile”, precum propria lor angajare în comportamente riscante pentru sănătate și dezvoltare în general și, în particular, în consumul abuziv de alcool. Acest aspect întărește necesitatea de a se ține cont de acuratețea și validitatea răspunsurilor atunci când vor fi analizate datele și rezultatele [58]. Într-un viitor demers investigativ, ne propunem să completăm răspunsurile la instrumente standardizate care vizează consumul de alcool și factorii asociați prin interviuri realizate individual cu adolescenții participanți. Metoda interviului oferă posibilitatea de a ne crea o imagine bogată despre o paletă mai largă de factori (de exemplu, problemele cu alcoolul în rândul părinților sau dificultățile în ceea ce privește integrarea în grupurile sociale formate din covârșnici – pentru a enumera două variabile pe care nu ne-am concentrat atenția în studiul constatativ pe care l-am realizat) care contribuie la implicarea adolescenților în consumul abuziv de alcool, precum și despre diferențele individuale în ceea ce privește tiparul de consum.

3. O altă limită este natura transversală și corelațională a *design*-ului care a stat la baza cercetării prin care s-au urmărit factorii de risc și cei protectori în abuzul de alcool în rândul adolescenților [70]. Dimensiunile care au stat în atenția noastră au fost măsurate concomitent, iar testarea ipotezelor de lucru a fost realizată utilizându-se analiza de regresie liniară multiplă și analiza de regresie logistică binomială. Cele două aspecte metodologice ne-au limitat posibilitatea de interpretare a relațiilor dintre variabilele care au fost presupuse ca determinante psiho-socio-comportamentale și abuzul de alcool în termeni de cauză-efect. Într-o viitoare investigație, ne propunem utilizarea unui *design* longitudinal și a metodelor statistice adecvate (de exemplu, modelarea prin ecuații pentru estimarea generalizată a relațiilor sau analiza curbei creșterii latente) care permit evidențierea dinamicii temporale a relațiilor dintre factorii de risc/protectori și abuzul de alcool în rândul adolescenților.

## BIBLIOGRAFIE

1. ACHENBACH, T. M. *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991, 221 p. ISBN 093-856-509-5.
2. ACHENBACH, T. M., RESCORLA, L. A. *Manual for the ASEBA school age forms & profiles. An Integrated System of Multi-informant Assessment*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Centre for Children, Youth & Family, 2001, 238 p. ISBN 978-017-60-8589-6.
3. ADOLFSEN, F. *et al.* Early drinking onset: A study of prevalence and determinants among 13-year-old adolescents in Norway. În: *Scandinavian Journal of Psychology*, 2014, vol. 55, no. 5, p. 505-512. ISSN (online) 1467-9450. doi: [10.1111/sjop.12151](https://doi.org/10.1111/sjop.12151).
4. AGENȚIA NAȚIONALĂ ANTIDROG/ANA. *Studiul în școli privind consumul de alcool, tutun și droguri ilicite în România – ESPAD 2019*, 2019, 30 p. Raport disponibil online la <http://ana.gov.ro/wp-content/>.
5. AGRESTI, A. *An Introduction to Categorical Data Analysis* (3rd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc., 2019, 367 p. ISBN 978-111-94-0526-9.
6. AGUILAR, M. P. O. *et al.* The role of age of onset on problematic alcohol consumption: Artefact or cohort effect? În: *Clínica y Salud*, 2022, vol. 33, no. 1, p. 11-17. ISSN (print) 1130-5274, ISSN (online) 2174-0550. doi: [10.5093/clysa2021a11](https://doi.org/10.5093/clysa2021a11).
7. AJZEN, I. The theory of planned behavior. În: *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1991, vol. 50, no. 2, p. 179-211. ISSN (print) 0749-5978, ISSN (online) 8564-6244 doi:[10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T).
8. AJZEN, I. The theory of planned behavior: Frequently asked questions. În: *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2020, vol. 2, no. 4, p. 314-324. ISSN (online) 2578-1863. doi: [10.1002/hbe2.195](https://doi.org/10.1002/hbe2.195).
9. ALVES-MARTINS, M. *et al.* Self-esteem and academic achievement among adolescents. În: *Educational Psychology*, 2002, vol. 22, no. 1, p. 51-62. ISSN (print) 1469-5820, ISSN (online) 0144-3410. doi: [10.1080/01443410120101242](https://doi.org/10.1080/01443410120101242).
10. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS – COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE. Policy statement – Alcohol use by youth and adolescents: A pediatric concern. În: *Pediatrics*, 2010, vol. 125, no. 5, p. 1078-1087. ISSN (print) 0031-4005, ISSN (online) 1098-4275. doi: [10.1542/peds.2010-0438](https://doi.org/10.1542/peds.2010-0438).

11. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2000, 943 p. ISBN 978-089-04-2025-6.
12. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013, 947 p. ISBN 978-089-04-2555-8.
13. ANDERSON MOORE, K., ZAFF, J. F. (2002, November). Building a better teenager: A summary of “what works” in adolescent development. În: *Child Trends: Research Brief*. Articol no. #2002-57, 10 p. Articol disponibil online la <https://www.oregon.gov/oha/PH/> (vizitat 02.12.2022).
14. ANDREI, A. et al. *Ghid pentru profesorii consilieri școlari. Programe și activități de consiliere pentru dezvoltarea competențelor socio-emoționale ale elevilor (Vol. III – Învățământ liceal/profesional de trei ani)*. București: Editura Didactică și Pedagogică S.A., 2021, 665 p. ISBN 978-606-31-1319-2.
15. ANTARAMIAN, S. P., HUEBNER, E. S., VALOIS, R. F. Adolescent life satisfaction. În: *Applied Psychology: An International Review*, 2008, vol. 57, suppl., p. 112-126. ISSN (print) 0269-994X, ISSN (online) 1464-0597. doi: [10.1111/j.1464-0597.2008.00357.x](https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00357.x).
16. ANYAN, F., HJEMDAL, O. Adolescent stress and symptoms of anxiety and depression: resilience explains and differentiates the relationships. În: *Journal of Affective Disorders*, 2016, vol. 203, p. 213-220. ISSN (print) 0165-0327, ISSN (online) 1573-2517. doi: [10.1016/j.jad.2016.05.031](https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.031).
17. ARBUCKLE, J. L. *IBM® SPSS® AMOS™ 20 User's Guide*. Chicago, IL: IBM Corporation, 2011, 653 p.
18. ARMSTRONG, T. D., COSTELLO, E. J. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. În: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002, vol. 70, no. 6, p. 1224-1239. ISSN (print) 0022-006X, ISSN (online) 1939-2117. doi: [10.1037//0022-006x.70.6.1224](https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.6.1224).
19. ARMUM, P., CHELLAPPAN, K. Social and emotional self-efficacy of adolescents: Measured and analysed interdependencies within and across academic achievement level. În: *International Journal of Adolescence and Youth*, 2016, vol. 21, no. 3, p. 279-288. ISSN (print) 0267-3843, ISSN (online) 2164-4527. doi: [10.1080/02673843.2015.1067894](https://doi.org/10.1080/02673843.2015.1067894).
20. ARNETT, J. Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective. În: *Developmental Review*, 1992, vol. 12, no. 4, p. 339-373. ISSN (print) 0273-2297, ISSN (online) 1090-2406. doi: [10.1016/0273-2297\(92\)90013-R](https://doi.org/10.1016/0273-2297(92)90013-R).

21. ARTERBERRY, B. J., MARTENS, M. P., CADIGAN, J. M., ROHRER, D. Application of generalizability theory to the Big Five Inventory. În: *Personality and Individual Differences*, 2014, vol. 69, p. 98-103. ISSN (print) 0191-8869, ISSN (online) 1873-3549. doi: [10.1016/j.paid.2014.05.015](https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.05.015).
22. AUERBACH, R. P. *et al.* Conceptualizing the prospective relationship between social support, stress, and depressive symptoms among adolescents. În: *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2011, vol. 39, no. 4, p. 475-487. ISSN (print) 0091-0627, ISSN (online) 1573-2835. doi: [10.1007/s10802-010-9479-x](https://doi.org/10.1007/s10802-010-9479-x).
23. AUSTIN, W. A. The effects of alcohol use on high school absenteeism. În: *The American Economist*, 2012, vol. 57, no. 2, p. 238-252. ISSN (print) 0569-4345, ISSN (online) 2328-1235. doi: [10.1177/05694345120570020](https://doi.org/10.1177/05694345120570020).
24. BABOR, T. F., GRANT, M. From clinical research to secondary prevention: International collaboration in the development of the Alcohol Disorders Identification Test (AUDIT). În: *Alcohol Health & Research World*, 1989, vol. 13, no. 4, p. 371-374. ISSN (print) 0090-838X. doi: [10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x).
25. BADALE, M.-I. *et al.* *Profesorul – un agent al schimbării. Chid de exerciții pentru facilitatori*. Alba Iulia: Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Alba, 2019, 64 p. ISBN 978-973-0-28860-5.
26. BAGOZZI, R. P., HEATHERTON, T. F. A general approach to representing multifaceted personality constructs: Application to self-esteem. În: *Structural Equation Modelling*, 1994, vol. 1, no. 1, p. 35-67. ISSN (print) 1532-8007, ISSN (online) 1070-5511. doi: [10.1080/10705519409539961](https://doi.org/10.1080/10705519409539961).
27. BAKER, J. A., MAUPIN, A. N. School satisfaction and children's positive school adjustment. În: GILMAN, R., HUEBNER, E. S., FURLONG, M. J. (Eds.), *Handbook of Positive Psychology in the Schools*. New York, NY: Routledge, 2009, p. 189-196. ISBN 978-020-38-8408-9.
28. BANDALOS, D. L., FINNEY, S. J. Item parceling issues in structural equation modeling. În: MARCOULIDES, G. A., SCHUMACKER, R. E. (Eds.), *New Developments and Techniques in Structural Equation Modeling*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 2001, p. 269-296. ISBN 141-06-0185-4.
29. BANDURA, A. Self-efficacy. În: RAMACHAUDRAN, V. S. (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* (Vol. 4). San Diego, CA: Academic Press, 1994, p. 71-81, ISBN 978-012-26-6920-2.



30. BANDURA, A. Self-efficacy. În: WEINER, I. B., CRAIGHEAD, W. E. (Eds.), *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (4th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons., 2010, p. 1534-1536. ISBN 978-047-01-7024-3.
31. BARNES, G. M. *et al.* Effect of parental monitoring and peer deviance on substance use and delinquency. În: *Journal of Marriage and Family*, 2006, vol. 68, no. 4, p. 1084-1104. ISSN (print) 0022-2445, ISSN (online) 1741-3737. doi: [10.1111/j.1741-3737.2006.00315.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2006.00315.x).
32. BARON, R. M., KENNY, D. A. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. În: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, vol. 51, no. 6, p. 1173-1182. ISSN (print) 0022-3514, ISSN (online) 1939-1315. doi: [10.1037/0022-3514.51.6.1173](https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173).
33. BARRERA, M. JR., GARRISON-JONES, C. Family and peer social support as specific correlates of adolescent depressive symptoms. În: *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1992, vol. 20, no. 1, p. 1-16. ISSN (print) 0091-0627, ISSN (online) 1573-2835. doi: [10.1007/BF00927113](https://doi.org/10.1007/BF00927113).
34. BĂBAN, A. (Coord.), *Consiliere educațională. Ghid metodologic pentru orele de dirigenție și consiliere* (ediția a II-a). Cluj-Napoca: Editura ASCR., 2009, 307 p. ISBN 978-973-7973-65-8.
35. BĂBAN, A., SCHWARZER, R., JERUSALEM, M. *Romanian Version of the General Self-Efficacy Scale*, 1996. Document disponibil online la <http://www.userpage.fu-erlin.de> (vizitat 09.10.2019).
36. BENET-MARTÍNEZ, V., JOHN, O. P. “Los Cinco Grandes” across cultures and ethnic groups: Multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. În: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998, vol. 75, no. 3, p. 729-750. ISSN (print) 0022-3514, ISSN (online) 1939-1315. doi: [10.1037/0022-3514.75.3.729](https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.3.729).
37. BENTLER, P. M. Comparative fit indexes in structural models. În: *Psychological Bulletin*, 1990, vol. 107, no. 2, p. 238-246. ISSN (print) 0033-2909, ISSN (online) 1939-1455. doi: [10.1037/0033-2909.107.2.238](https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238).
38. BENȚEA, C.-C. Motivations for alcohol use in late adolescence and educational strategies of intervention. În: *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2014, vol. 128, p. 186-191. ISSN (print) 1877-0428. doi: [10.1016/j.sbspro.2014.03.141](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.141).
39. BERNAT, D. H., RESNICK, M. D. Healthy youth development: Science and strategies. În: *Journal of Public Health Management and Practice*, 2006, vol. 12, suppl., p. 10-16. ISSN (print) 1078-4659, ISSN (online) 1550-5022. doi: [doi: 10.1097/00124784-200611001-00004](https://doi.org/10.1097/00124784-200611001-00004).

40. BERNSTEIN, J. *et al.* Determinants of drinking trajectories among minority youth and young adults: The interaction of risk and resilience. În: *Youth & Society*, 2011, vol. 43, no. 4, p. 1199-1219. ISSN (print) 0044-118X, ISSN (online) 1552-8499. doi: [10.1177/0044118X10382033](https://doi.org/10.1177/0044118X10382033).
41. BERWICK D. M. *et al.* Performance of a five-item mental health screening test. În: *Medical Care*, 1991, vol. 29, no. 2, p. 169-176. ISSN (print) 0025-7079, ISSN (online) 1537-1948. doi: [10.1097/00005650-199102000-00008](https://doi.org/10.1097/00005650-199102000-00008).
42. BHATTACHARYA, A. *Youthful Abandon. Why Are Young People Drinking Less*. London, UK: Institute of Alcohol Studies, 2016, 44 p. Raport disponibil online la <https://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/rp22072016.pdf> (vizitat 20.06.2021).
43. BLAKE, C., CODD, M. B., O'MEARA, Y. M. The Short Form 36 (SF-36) Health Survey: Normative data for the Irish population. În: *Irish Journal of Medical Science*, 2000, vol. 169, no. 3, p. 195-200. ISSN (print) 0021-1265, ISSN (online) 1863-4362. doi: [10.1007/BF03167695](https://doi.org/10.1007/BF03167695).
44. BLOCK, J., BLOCK, J. H., KEYES, S. Longitudinally foretelling drug usage in adolescence: Early childhood personality and environmental precursors. În: *Child Development*, 1988, vol. 59, no. 2, p. 336-355. ISSN (print) 0009-3920, ISSN (online) 1467-8624. doi: [10.1111/j.1467-8624.1988.tb01470.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1988.tb01470.x).
45. BLUMENTHAL, H., LEEN-FELDNER, E. W., BADOOR, C. L., BABSON, K. A. Anxiety psychopathology and alcohol use among adolescents: A critical review of the empirical literature and recommendations for future research. În: *Journal of Experimental Psychopathology*, 2011, vol. 2, no. 3, p. 318-353. ISSN (print) 2043-808. doi: [10.5127/jep.012810](https://doi.org/10.5127/jep.012810).
46. BOGORIN, V., TUDOSE, R. *Jocul de-a viața. Exerciții pentru orele de dirigenție*. Cluj-Napoca: Editura „Eikon”, 2007, 124 p. ISBN 978-973-757-081-9.
47. BONINO, S., CATTELINO, E., CIAIRANO, S. *Adolescents and Risk: Behavior, Functions, and Protective Factors*. Milan: Springer-Verlag, 2005, 372 p. ISBN 884-700-290-7.
48. BONNIE, R. J., O'CONNELL, M. E. (Eds.), *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*. Washington, DC: The National Academies Press, 2004, 760 p. ISBN 0-309-511-87-9.
49. BORDIN, I. A. *et al.* Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): An overview of the development of the original and Brazilian versions. În: *Cadernos de Saúde Pública*, 2013, vol. 29, no. 1, p. 13-28. ISSN (print) 0102-311X, ISSN (online) 1678-4464. doi: [10.1590/s0102-311x2013000100004](https://doi.org/10.1590/s0102-311x2013000100004).

50. BORSARI, B., CAREY, K. B. How the quality of peer relationships influences college alcohol use. În: *Drug and Alcohol Review*, 2006, vol. 25, no. 4, p. 361-370. ISSN (print) 0959-5236, ISSN (online) 1465-3362. doi: [10.1080/09595230600741339](https://doi.org/10.1080/09595230600741339).
51. BOTVIN, G. J. *et al.* Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a 3-year study. În: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, vol. 58, no. 4, p. 437-446. ISSN (print) 0022-006X, ISSN (online) 1939-2117. doi: [10.1037//0022-006x.58.4.437](https://doi.org/10.1037//0022-006x.58.4.437).
52. BOWEN, N. K., GUO, S. *Structural Equation Modeling*. New York, NY: Oxford University Press, 2012, 240 p. ISBN 978-019-53-6762-1.
53. BØ, E. BILLIEUX, J. LANDRO, I. Which facets of impulsivity predict binge drinking? În: *Addictive Behaviors Reports*, 2016, vol. 3, Fascicle C, p. 43-47. ISSN (online) 2352-8532. doi: [10.1016/j.abrep.2016.03.001](https://doi.org/10.1016/j.abrep.2016.03.001).
54. BRAILOVSKAIA, J. *et al.* A cross-cultural study in Germany, Russia, and China: Are resilient and social supported students protected against depression, anxiety, and stress? În: *Psychological Reports*, 2018, vol. 121, no. 2, p. 265-281. ISSN (print) 0033-2941, ISSN (online) 1558-691X. doi: [10.1177/0033294117727745](https://doi.org/10.1177/0033294117727745).
55. BRATBERG, G. H., NILSEN, T. I. L., HOLMEN, T. L., VATTEN, L. J. Sexual maturation in early adolescence and alcohol drinking and cigarette smoking in late adolescence: A prospective study of 2,129 Norwegian girls and boys. În: *European Journal of Pediatrics*, 2005, vol. 164, no. 10, p. 621-625. ISSN (print) 0340-6199, ISSN (online) 1432-1076. doi: [10.1007/s00431-005-1721-0](https://doi.org/10.1007/s00431-005-1721-0).
56. BRĂZDĂU, O. Procesul împlinirii sinelui. Cercetare teoretică și experimentală. În: MÂNZAT, I. (Ed.), *Psihologia Sinelui. Un pelerinaj spre centrul ființei*. București: Editura „Eminescu”, 2000, p. 235-245. ISBN 978-973-22-0832-8.
57. BRECHWALD, W. A., PRINSTEIN, M. J., Beyond homophily: A decade of advances in understanding peer influence processes. În: *Journal of Research on Adolescence*, vol. 21, nr. 1, 2011, p. 166-179, ISSN (print) 1050-8392, ISSN (online) 1532-7795. doi: [10.1111/j.1532-7795.2010.00721.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00721.x).
58. BRENER, N. D., BILLY, J. O. G., GRADY, W. R. Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. În: *Journal of Adolescent Health*, 2003, vol. 33, no. 6, p. 436-57. ISSN (print) 1054-139X, ISSN (online) 1879-1972. doi: [10.1016/S1054-139X\(03\)00052-1](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(03)00052-1).

59. BRENT, D. A., BIRMAHER, B. Adolescent depression. În: *New England Journal of Medicine*, 2002, vol. 347, no. 9, p. 667-671. ISSN (print) 0028-4793, ISSN (online) 1533-4406. doi: [10.1056/NEJMcp012249](https://doi.org/10.1056/NEJMcp012249).
60. BROWN, A. S., TAPERT, S. F., GRANHOLM, E., DELIS, D. C. Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use. În: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2000, vol. 24, no. 2, p. 164-171. ISSN (print) 0145-6008, ISSN (online) 1530-0277. doi: [10.1111/j.1530-0277.2000.tb04586.x](https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2000.tb04586.x).
61. BROWNE, M. W., CUDECK, R. Alternative ways of assessing model fit. În: BOLLEN, K. A., LONG, J. S. (Eds.), *Testing Structural Equation Models*. Newbury Park, CA: Sage, 1993, p. 136-162. ISBN 978-080-39-4507-4.
62. BRUWER, B. *et al.* Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. În: *Comprehensive Psychiatry*, 2008, vol. 49, no. 2, p. 195-201. ISSN (print) 0010-440X, ISSN (online) 1532-8384. doi: [10.1016/j.comppsy.2007.09.002](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.09.002).
63. BUCKNER, J. D. *et al.* Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. În: *Journal of Psychiatric Research*, 2008, vol. 42, no. 3, p. 230-239. ISSN (print) 0022-3956, ISSN (online) 1879-1379. doi: [10.1016/j.jpsychires.2007.01.002](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.01.002).
64. BUCURENCI, M. *et al.* *Ghid de prevenție. Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară. Intervențiile preventive adresate stilului de viață – consumul de alcool* (vol. 3). București: Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei, Alianța pentru Lupta împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor, Ministerul Fondurilor Europene, Guvernul României și Norway Grants, 2016, 56 p. ISBN 978-973-02-2798-7.
65. BUISMAN, V. Prevenția consumului de substanțe psihoactive în rândul tinerilor. În PRELIPCEANU, D., BUISMAN, V., MIHALCEA, C. (Editori), *Ghid de tratament în abuzul de substanțe psihoactive*. București: Editura Info-Medica, 2002, p. 21-34. ISBN 978-973-93-9485-7.
66. BUSH, B. *et al.* Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire. În: *The American Journal of Medicine*, 1987, vol. 82, no. 2, p. 231-235. ISSN (print) 0002-9343, ISSN (online) 1555-7162. doi: [10.1016/0002-9343\(87\)90061-1](https://doi.org/10.1016/0002-9343(87)90061-1).
67. BUTLER, J. T. Early adolescent alcohol consumption and self-concept, social class and knowledge of alcohol. În: *Journal of Studies on Alcohol*, 1982, vol. 43, no. 5, p. 603-607. ISSN (print) 0096-882X, ISSN (online) 1934-2683. doi: [10.15288/jsa.1982.43.603](https://doi.org/10.15288/jsa.1982.43.603).
68. BYRNE, B. M. *Structural Equation Modeling with AMOS. Basic Concepts, Applications and Programming* (2nd ed.). New York, NY: Routledge, 2010, 438 p, ISBN: 978-113-87-9703-1.

69. CAPUTO, A. Comparing theoretical models for the understanding of health-risk behaviour: Towards an integrative model of adolescent alcohol consumption. În: *Europe's Journal of Psychology*, 2020, vol. 16, no. 3, p. 418-436. ISSN (online) 1841-0413. doi: [10.5964/ejop.v16i3.2213](https://doi.org/10.5964/ejop.v16i3.2213).
70. CARLSON, M. D. A., MORRISON, R. S. Study design, precision, and validity in observational studies. În: *Journal of Palliative Medicine*, 2009, vol. 12, no. 1, p. 77-82. ISSN (print) 1096-6218, ISSN (online) 1557-7740. doi: [10.1089/jpm.2008.9690](https://doi.org/10.1089/jpm.2008.9690).
71. CASPI, A. *et al.* Personality differences predict health-risk behaviors in young adulthood: Evidence from a longitudinal study. În: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, vol. 73, no. 5, p. 1052-1063. ISSN (print) 0022-3514, ISSN (online) 1939-1315. doi: [10.1037//0022-3514.73.5.1052](https://doi.org/10.1037//0022-3514.73.5.1052).
72. CAZACU, A., BOTEANU, I. *Culegere de exerciții de dezvoltare personală – auxiliar pentru orele de dirigenție*. Suceava: Editura „George Tofan”, 2016, 171 p. ISBN 978-606-62-5210-2.
73. CENTER FOR BEHAVIORAL HEALTH STATISTICS AND QUALITY. *2017 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2018, 2871 p.. Raport disponibil *online* la <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/> (vizitat 12.12.2022).
74. CHANG, L., MCBRIDE-CHANG, C., STEWART, S. M., AU, E., Life satisfaction, self-concept, and family relations in Chinese adolescents and children. În: *International Journal of Behavioral Development*, 2003, vol. 27, no. 2, p. 182-189. ISSN (print) 0165-0254, ISSN (online) 1464-0651. doi: [10.1080/01650250244000182](https://doi.org/10.1080/01650250244000182).
75. CHAWLA, N. *et al.* Perceived approval of friends and parents as mediators of the relationship between self-determination and drinking. În: *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2009, vol. 70, no. 1, p. 92-100. ISSN (print) 1937-1888, ISSN (online) 1938-4114. doi: [10.15288/jsad.2009.70.92](https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.92).
76. CHENG, C. Role of perceived social support on depression in Chinese adolescents: A prospective study examining the buffering model. În: *Journal of Applied Social Psychology*, 1997, vol. 27, no. 9, p. 800-820. ISSN (print) 0021-9029, ISSN (online) 1559-1816. doi: [10.1111/j.1559-1816.1997.tb00660.x](https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1997.tb00660.x).
77. CHENG, H. G., ANTHONY, J. C. Male-female differences in the onset of heavy drinking episode soon after first full drink in contemporary United States: From early adolescence to young adulthood. În: *Drug and Alcohol Dependence*, 2018, vol. 190, p. 159-165. ISSN (print) 0376-8716, ISSN (online) 1879-0046. doi: [10.1016/j.drugalcdep.2017.12.035](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.12.035).

78. CHENG, H. G., CANTAVE, M. D., ANTHONY, J. C. Taking the first full drink: Epidemiological evidence on male-female differences in the United States. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2016, vol. 40, 4, p. 816-825. ISSN (print) 0145-6008, ISSN (online) 1530-0277. doi: [10.1111/acer.13028](https://doi.org/10.1111/acer.13028).
79. CHENG, S. T., CHAN, A. C. M. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: Dimensionality and age and gender differences in adolescents. In: *Personality and Individual Differences*, 2004, vol. 37, no. 7, p. 1359-1369. ISSN (print) 0191-8869, ISSN (online) 1873-3549. doi: [10.1016/j.paid.2004.01.006](https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.006).
80. CHEUNG, S. K., McBRIDE-CHANG, C. Friendship satisfaction. In: MICHALOS, A. C. (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Dordrecht, NL: Springer, 2014, p. 2364-2366. ISBN 978-94-007-0752-8.
81. CHU, P. O., SAUCIER, D. A., HAFNER, E. Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. In: *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2010, vol. 29, no. 6, p. 624-645. ISSN (print) 0736-7236, ISSN (online) 1943-2771. doi: [10.1521/jscp.2010.29.6.624](https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.6.624).
82. CHUNG, T. *et al.* Adolescent binge drinking: Developmental context and opportunities for prevention. In: *Alcohol Research: Current Reviews*, 2018, vol. 39, no. 1, p. 5-15. ISSN (print) 2168-3492, ISSN (online) 2169-4796.
83. CLARK, D. B. *et al.* Identifying anxiety disorders in adolescents hospitalized for alcohol abuse or dependence. In: *Psychiatric Services*, 1995, vol. 46, no. 6, p. 618-620. ISSN (print) 1075-2730, ISSN (online) 1557-9700. doi: [10.1176/ps.46.6.618](https://doi.org/10.1176/ps.46.6.618).
84. COBB-CLARK, D. A., SCHURER, S. The stability of Big Five personality traits. In: *Economics Letters*, 2012, vol. 115, no. 1, p. 11-15. ISSN (print) 0165-1765, ISSN (online) 1873-7374. doi: [10.1016/j.econlet.2011.11.015](https://doi.org/10.1016/j.econlet.2011.11.015).
85. COHEN, J. A power primer. In: *Psychological Bulletin*, 1992, vol. 112, nr. 1, p. 155-159. ISSN (print) 0033-2909, ISSN (online) 1939-1455. doi: [10.1037/0033-2909.112.1.155](https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155).
86. COHEN, S., GOTTLIEB, B., UNDERWOOD, L. Theoretical and historical perspectives. In: 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. ISBN 978-019-51-2670-9.
87. COHEN, S., PRESSMAN, S. Stress-buffering hypothesis. In: ANDERSON, N. B. (Editor-in-Chief), *Encyclopedia of Health & Behavior (Vol. 2)*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2004, p. 780-782. ISBN 978-076-19-2360-2.



88. COHEN, S., WILLS, T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. În: *Psychological Bulletin*, 1985, vol. 98, no. 2, p. 310-357. ISSN (print) 0033-2909, ISSN (online) 1939-1455. doi: [10.1037/0033-2909.98.2.310](https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310).
89. 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. ISBN 978-047-12-0948-5.
90. CONNOR, J. P. et al. A prospective study of alcohol expectancies and self-efficacy as predictors of young adolescent alcohol misuse. În: *Alcohol and Alcoholism*, 2011, vol. 46, no. 2, p. 161-169. ISSN (print) 0735-0414, ISSN (online) 1464-3502. doi: [10.1093/alcalc/agr004](https://doi.org/10.1093/alcalc/agr004).
91. CONSTANTINESCU, M., CONSTANTINESCU, C. The alcohol consumption and health status of teenagers. În: *Psychology & Health*, 2010, vol. 25, suppl. 1, p. 184. ISBN (print) 0887-0446, ISSN (online) 1476-8321.
92. CONSTANTINESCU, M., CONSTANTINESCU, C. Success local policies in preventing and reducing the alcohol consumption among youngsters. În: *Revista de Cercetare și Intervenție Socială*, 2012, vol. 36, no. 54-73. ISSN (print) 1583-3410, ISSN (online) 1584-5397.
93. COOKE, R., DAHDAH, M., NORMAN, P., FRENCH, D. P. How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis. În: *Health Psychology Review*, 2016, vol. 10, no. 2, p. 148-167. ISBN (print) 0021-9029, ISSN (online) 1559-1816. doi: [10.1080/17437199.2014.947547](https://doi.org/10.1080/17437199.2014.947547).
94. COPĂCEANU, M. Sex, alcool, marijuana și depresie în rândul tinerilor și adolescenților. București: Editura Universitară, 2020, 322 p. ISBN 978-606-28-1157-0.
95. CORNELLÀ-FONT, G., M., VIÑAS-POCH, F., JUÁREZ-LÓPEZ, J. R., MALO-CERRATO, S. Risk of addiction: Its prevalence in adolescence and its relationship with security of attachment and self-concept. În: *Clínica y Salud*, 2020, vol. 31, no. 1, p. 21-25. ISSN (print) 2174-0550, ISSN (online) 1130-5274. doi: [10.5093/clysa2020a1](https://doi.org/10.5093/clysa2020a1).
96. COSTA, F. M., JESSOR, R., TURBIN, M. S. Transition into adolescent problem drinking: The roles of psychosocial risk and protective factors. În: *Journal of Studies on Alcohol*, 1999, vol. 60, no. 4, p. 480-490. ISSN (print) 0096-882X, ISSN (online) 1934-2683. doi: [10.15288/jsa.1999.60.480](https://doi.org/10.15288/jsa.1999.60.480).
97. COSTA, P. T., Jr., McCRAE, R. R. Stability and change in personality from adolescence through adulthood. În: HALVERSON, C. F. JR., KOHNSTAMM, G. A., MARTIN, R. P. (Eds.), *The Developing Structure of Temperament and Personality from Infancy to Adulthood*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1994, p. 139-150, ISBN 978-080-58-1669-3.

98. CROMER, B. Adolescent development. În: KLIEGMAN, R. M. *et al.* (Eds.), *Nelson Textbook of Pediatrics* (19th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier, 2011, p. 649-659. ISBN 978-080-89-2420-3.
99. CUTRÎN, O. *et al.* Applicability of the theory of planned Behavior for predicting alcohol use in Spanish early adolescents. În: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, vol. 17, no. 22, Article no. 8539. ISSN (print) 1660-4601, ISSN (online) 1661-7827. doi: [10.3390/ijerph17228539](https://doi.org/10.3390/ijerph17228539).
100. DAFINOIU, I. Anxietatea. În: BONCU, Șt., NASTAS, D. (Coord.), *Emoțiile complexe*. Iași: Editura Polirom, 2015, p. 89-98. ISBN 978-973-46-5217-4.
101. DE ANDRÉS, V. Self-esteem in the classroom. În: *Humanising Language Teaching Magazine*, 1999, no. 1, p. 1-3. ISSN (print) 1755-9715.
102. DELGADO, J. R. P. Autoeficacia e intención conductual del consumo de tabaco en adolescentes: validez factorial y relación estructural [Autoeficacitatea și intenția comportamentală de a fuma în rândul adolescenților: validitate factorială și relație structurală]. În: *Adicciones*, 2010, vol. 22, no. 4, p. 325-330. ISSN (print) 0214-4840, ISSN (online) 2604-6334. doi: [10.20882/adicciones.174](https://doi.org/10.20882/adicciones.174).
103. DEMETRIOU, C., UZUN OZER, B., ESSAU, C. A. Self-report questionnaires. În: CAUTIN, R. L., LILIENFELD, S. O. (Eds.), *The Encyclopedia of Clinical Psychology (Vol. 5)*. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc., 2015, p. 1-6. ISBN 978-047-06-7127-6. doi: [10.1002/9781118625392.wbecp507](https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp507).
104. DERLOGEA, Ș. *Teambuilding. 50 de jocuri și rolul lor în consolidarea echipei*. București: Editura „Amaltea”, 2006, 139 p. ISBN 978-973-77-8045-4.
105. DEROSIER, M. E., LLOYD, S. W. The impact of children's social adjustment on academic outcomes. În: *Reading and Writing Quarterly*, 2011, vol. 27, no. 1, p. 25-47. ISSN (print) 1521-0693, ISSN (online) 1057-3569. doi: [10.1080/10573569.2011.532710](https://doi.org/10.1080/10573569.2011.532710).
106. DESOUSA, C., MURPHY, S., ROBERTS, C., ANDERSON, L. School policies and binge drinking behaviours of school-aged children in Wales – A multilevel analysis. *Health Education Research*, 2008, vol. 23, no. 2, p. 259-271. ISSN (print) 0268-1153, ISSN (online) 1465-3648. doi: [10.1093/her/cym030](https://doi.org/10.1093/her/cym030).
107. 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. În: *American Journal of Psychiatry*, 2000, vol. 157, no. 5, p. 745-750. ISSN (print) 0002-953X, ISSN (online) 1535-7228. doi: [10.1176/appi.ajp.157.5.745](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.745).



108. DHALLA, S., ZUMBO, B. D., POOLE, G. A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. În: *Current Drug Abuse Reviews*, 2011, vol. 4, no. 1, p. 57-64. ISSN (print) 1874-4737, ISSN (online) 1874-4745. doi: [10.2174/1874473711104010057](https://doi.org/10.2174/1874473711104010057).
109. DiCLEMENTE, R. J., HANSEN, W. B., PONTON, L. E. (1996). Adolescents at risk: A generation in jeopardy. În: DiCLEMENTE, R. J., HANSEN, W. B., PONTON, L. E. (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*. New York, NY: Plenum, 1996, p. 1-4. ISBN 978-030-64-5147-8.
110. DIELMAN, T. E., SHOPE, J. T., LEECH, S. L., BUTCHART, A. T. Differential effectiveness of an elementary school-based alcohol misuse prevention program. În: *Journal of School Health*, 1989, vol. 59, no. 6, p. 255-263. ISSN (online) 1746-1561. doi: [10.1111/j.1746-1561.1989.tb04718.x](https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1989.tb04718.x).
111. SMITH, H. L. Subjective well-being: Three decades of progress. În: *Psychological Bulletin*, 1999, vol. 125, no. 2, p. 276-302. ISSN (print) 0033-2909, ISSN (online) 1939-1455. doi: [10.1037/0033-2909.125.2.276](https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276).
112. DINCĂ, M. *Adolescenții într-o societate în schimbare*. București: Editura „Paideia”, 2004, 123 p. ISBN 973-596-201-2.
113. DIR, A. L., BELL, R. L., ADAMS, Z. W., HULVERSHORN, L. A. Gender differences in risk factors for adolescent binge drinking and implications for intervention and prevention. În: *Frontiers in Psychiatry*, 2017, vol. 8, Article no. 289. ISSN (online) 1664-0640. doi: [10.3389/fpsy.2017.00289](https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00289).
114. 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. În: *Journal of Urban Health*, 2008, vol. 85, no. 2, p. 250-267. ISSN (print) 1099-3460, ISSN (online) 1468-2869. doi: [10.1007/s11524-007-9246-7](https://doi.org/10.1007/s11524-007-9246-7).
115. DONOVAN, J. E. Estimated blood alcohol concentrations for child and adolescent drinking and their implications for screening instruments. În: *Pediatrics*, 2009, vol. 123, no. 6, p. 975-981. ISSN (print) 0031-4005, ISSN (online) 1908-4275. doi: [10.1542/peds.2008-0027](https://doi.org/10.1542/peds.2008-0027).
116. DRIGA, O., POSTELNICU, C., COSMOVICI, N. Definiția alcoolismului. În: *Alcool – Alertă Maximă*, 1999, nr. 15, p. 14-16.
117. DRIGA, O., ROBU, V. Date preliminare cu privire la incidența alcoolismului în familiile copiilor de vârstă școlară medie din Municipiul Iași. În: *Revista de Asistență Socială*, 2005, nr. 3-4, p. 70-78. ISSN (print) 1583-0608.
118. DRUGAȘ, I. *100 de idei despre și pentru adolescenți*. Oradea: Editura „Primus”, 2012, 240 p. ISBN 978-606-83-1828-8.

- 119.DRYFOOS, J. G. *Safe Passage: Making It Through Adolescence in a Risky Society – What Parents, Schools, and Communities Can Do*. New York, NY: Oxford University Press, 1998, 304 p. ISBN 978-019-51-3785-9.
- 120.DUMITRU, I. A. *Consiliere psihopedagogică. Baze teoretice și sugestii practice*. Iași: Editura Polirom, 2008, 332 p. ISBN 978-973-46-0869-0.
- 121.DURA, S. Alcohol and vulnerable youth in Romania. În: *Acta Medica Transilvanica*, 2018, vol. 23, no. 2, p. 30-32. ISSN (print) 2285-7079, ISSN (online) 1453-1968.
- 122.EDWARDS, L. M. Measuring perceived social support in Mexican American youth: psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. În: *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 2004, vol. 26, no. 2, p. 187-194. ISSN (print) 0739-9863, ISSN (online) 1552-6364. doi: [10.1177/0739986304264374](https://doi.org/10.1177/0739986304264374).
- 123.ELKIND, D. Egocentrism redux. În: *Developmental Review*, 1985, vol. 5, no. 3, p. 218-226. ISSN (print) 0273-2297, ISSN (online) 1090-2406. doi: [10.1016/0273-2297\(85\)90010-3](https://doi.org/10.1016/0273-2297(85)90010-3).
- 124.ELICKSON, P. L., BELL, R. M. Drug prevention in junior high: A multi-site longitudinal test. În: *Science*, 1990, vol. 247, no. 4948, p. 1299-1305. ISSN (print) 0036-8075, ISSN (online) 1095-9203. doi: [10.1126/science.2180065](https://doi.org/10.1126/science.2180065).
- 125.EMMONS, R. A., PALOUTZIAN, R. F. The psychology of religion. În: *Annual Review of Psychology*, 2003, vol. 54, p. 377-402. ISSN (print) 0066-4308, ISSN (online) 1545-2085. doi: [10.1146/annurev.psych.54.101601.145024](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145024).
- 126.EUROPEAN SCHOOL SURVEY PROJECT ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS/ESPAD. *ESPAD Report 2019 – Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Lisbon: Publications Office of the European Union, 2020, 136 p. ISBN 978-929-49-7546-1. Raport disponibil online la <http://www.espad.org/espad-report-2019> (vizitat 11.10.2021).
- 127.EWING, J. A. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. În: *The Journal of the American Medical Association*, 1984, vol. 252, no. 14, p. 1905-1907. ISSN (print) 0098-7484, ISSN (online) 1538-3598. doi: [10.1001/jama.252.14.1905](https://doi.org/10.1001/jama.252.14.1905).
- 128.FELDMAN, S. S., ELLIOTT, G. R. (Eds.), *At the Threshold: The Developing Adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1990, 642 p. ISBN 067-405-035-5.
- 129.FERGUSON, D., BODEN, J. Alcohol use in adolescence. În: GLUCKMAN, P. (Ed.), *Improving the Transition: Reducing Social and Psychological Morbidity During Adolescence (A Report from the Prime Minister's Chief Science Advisor)*. Auckland, NZ: Office of the Prime Minister's Science Advisory Committee, 2011, p. 217-237. ISBN 978-047-71-0335-0. Raport disponibil online la <https://dpmc.govt.nz/sites/default/files/> (vizitat 11.11.2023)

130. FIDALGO, T. M., DA SILVEIRA, E. D., DA SILVEIRA, D. X. Psychiatric comorbidity related to alcohol use among adolescents. *În: American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2008, vol. 34, no. 1, p. 83-89. ISSN (print) 0095-2990, ISSN (online) 1097-9891. doi: [10.1080/00952990701764664](https://doi.org/10.1080/00952990701764664).
131. FISCHER, L., CORCORAN, K. *Measures for Clinical Practice: A Sourcebook – Volume 1: Couples, family and children* (4th ed.). New York, NY: Oxford University Press, 2007, 688 p. ISBN 978-019-97-7858-4.
132. FISHBEIN, M., AJZEN, I. *Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach*. New York, NY: Psychology Press, 2010, 538 p. ISBN 978-020-38-3802-0.
133. FITZGERALD, A. *et al.* Dissociable psychosocial profiles of adolescent substance users. *În: PLoS ONE*, 2018, vol. 13, no. 8, Article no. e0202498. ISSN (online) 1932-6203. doi: [10.1371/journal.pone.0202498](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202498).
134. FLAMMER, A. Self-efficacy. *În: SMELSER, N.J., BALTES, P. B. (Editors-in-Chief), International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Oxford: Elsevier Science, Ltd., 2001, p. 13812-13815. ISBN 978-008-09-7087-5.
135. FLYNN, M., RUDOLPH, K. D. Stress generation and adolescent depression: Contribution of interpersonal stress responses. *În: Journal of Abnormal Child Psychology*, 2011, vol. 39, no. 8, p. 1187-1198, ISSN (print) 0091-0627, ISSN (online) 1573-2835. doi: [10.1007/s10802-011-9527-1](https://doi.org/10.1007/s10802-011-9527-1).
136. FORGEARD, M. J. C., JAYAWICKREME, E., KERN, M. L., SELIGMAN, M. E. P. Doing the right thing: Measuring well-being for public policy. *În: International Journal of Wellbeing*, 2011, vol. 1, no. 1, p. 79-106. ISSN (online) 1179-8602. doi: [10.5502/ijw.v1i1.15](https://doi.org/10.5502/ijw.v1i1.15).
137. FRAYRE, A. D., JORDAN, M. L., LOPEZ, M. A., TELUMBRE, J. Y. Self-efficacy and alcohol consumption in adolescent females. *În: Nure Investigación*, 2018, vol. 15, no. 95, p. 1-9. ISSN (print) 1697-218X.
138. FRAZIER, P. A., TIX, A. P., BARRON, K. E. Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *În: Journal of Counseling Psychology*, 2004, vol. 51, no. 1, p. 115-134. ISSN (print) 0022-0167, ISSN (online) 1939-2168. doi: [10.1037/0022-0167.51.1.115](https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.115).
139. FRUEHWIRTH, J. C., GORMAN, B. L., PERREIRA, K. M. The effect of social and stress-related factors on alcohol use among college students during the COVID-19 pandemic. *În: Journal of Adolescent Health*, 2021, vol. 69, no. 4, p. 557-565. ISSN (print) 1054-139X, ISSN (online) 1879-1972. doi: [10.1016/j.jadohealth.2021.06.016](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.016).

- 140.FUENTES, M. C., GARCÍA, O. F., GARCIA, F. Protective and risk factors for adolescent substance use in Spain: Self-esteem and other indicators of personal well-being and ill-being. În: *Sustainability*, 2020, vol. 12, Article no. 5967. ISSN (online) 2071-1050. doi: [10.3390/su12155962](https://doi.org/10.3390/su12155962).
- 141.FURSTENBERG, F. F. JR. The sociology of adolescence and youth in the 1990s: A critical commentary. În: *Journal of Marriage and the Family*, 2000, vol. 62, no. 4, p. 896-910. ISSN (print) 0022-2445, ISSN (online) 1741-3737. doi: [10.1111/j.1741-3737.2000.00896.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00896.x).
- 142.GARAZ, G. Factori implicați în inițierea consumului de alcool la adolescenți în Republica Moldova. *Buletin de Perinatologie. Revistă Științifico-Practică*, 2014, vol. 4, no. 64, p. 23-26. ISSN (print) 1810-5289.
- 143.GAVRILIUC, C. *Ghid pentru profesioniștii care lucrează cu copiii migranților*. Chișinău: Centrul de Informare și Documentare privind Drepturile Copilului, 2007, 160 p. ISBN 978-997-59-5341-2.
- 144.GE, X., CONGER, R. D., ELDER, G. H. JR. Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescents depressive symptoms. În: *Developmental Psychology*, 2001, vol. 37, no. 3, p. 404-417. ISSN (print) 0012-1649, ISSN (online) 1939-0599. doi: [10.1037//0012-1649.37.3.404](https://doi.org/10.1037//0012-1649.37.3.404).
- 145.GIBBONS, F. X., GERRARD, M., BLANTON, H., RUSSELL, D. W. Reasoned action and social reaction: Willingness and intention as independent predictors of health risk. În: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998, vol. 74, no. 5, p. 1164-1180. ISSN (print) 0022-3514, ISSN (online) 1939-1315. doi: [10.1037/0022-3514.74.5.1164](https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1164).
- 146.GILMAN, R., HUEBNER, E. S., LAUGHLIN, J. E. A first study of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale with adolescents. În: *Social Indicators Research*, 2000, vol. 52, nr. 2, p. 135-160. ISSN (print) 0303-8300, ISSN (online) 1573-0921. doi: [10.1023/A:1007059227507](https://doi.org/10.1023/A:1007059227507).
147. GOTTLIEB, B. H., BERGEN, A. E. (2010). Social support concepts and measures. În: *Journal of Psychosomatic Research*, 2010, vol. 69, no. 5, p. 511-520. ISSN (print) 0022-3999, ISSN (online) 1879-1360. doi: [10.1016/j.jpsychores.2009.10.001](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.001).
- 148.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. În: *Journal of Substance Abuse*, 2001, vol. 13, no. 4, p. 493-504. ISSN (print) 0899-3289. doi: [10.1016/s0899-3289\(01\)00096-7](https://doi.org/10.1016/s0899-3289(01)00096-7).
- 149.GREENE, A. L. Future time-perspective in adolescence: The present of things future revisited. În: *Journal of Youth and Adolescence*, 1986, vol. 15, no. 2, p. 99-113. ISSN (print) 0047-2891, ISBN (online) 1573-6601. doi: [10.1007/BF02141732](https://doi.org/10.1007/BF02141732).

150. GRUNBAUM, J. A. *et al.* Youth risk behavior surveillance-United States, 2003. In: *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries (MMWR)*, 2004, vol. 53, no. 2, p. 1-96. ISSN (print), 1546-0738, ISSN (online) 1545-8636.
151. GULLONE, E., MOORE, S. Adolescent risk-taking and the five-factor model of personality. In: *Journal of Adolescence*, 2000, vol. 23, no. 4, p. 393-407. ISSN (print) 0140-1971, ISSN (online) 1095-9254. doi: [10.1006/jado.2000.0327](https://doi.org/10.1006/jado.2000.0327).
152. GURUNG, R. A. R. *Health Psychology: A Cultural Approach*. Belmont, CA: Wadsworth, 2005, 487 p. ISBN 978-049-56-0079-4.
153. GWALTNEY, C. J., METRIK, J., KAHLER, C. W., SHIFFMAN, S. Self-efficacy and smoking cessation: A meta-analysis. In: *Psychology of Addictive Behaviors*, 2009, vol. 23, no. 1, p. 56-66. ISSN (print) 0893-164X, ISSN (online) 1939-1501. doi: [10.1037/a0013529](https://doi.org/10.1037/a0013529).
154. HALLFORS, D. D. *et al.* Which comes first in adolescence – sex and drugs or depression? In: *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, vol. 29, no. 3, p. 1163-1170. ISSN (print) 0749-3797, ISSN (online) 1873-2607. doi: [10.1016/j.amepre.2005.06.002](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.06.002).
155. HAMDAN-MANSOUR, A. M., PUSKAR, K., SEREIKA, S. M. Perceived social support, coping strategies and alcohol use among rural adolescents/USA sample. In: *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2007, vol. 5, no. 1, p. 53-64. ISSN (print) 1557-1874, ISSN (online) 1557-1882. doi: [10.1007/s11469-006-9051-7](https://doi.org/10.1007/s11469-006-9051-7).
156. HARRELL, A. V., WIRTZ, P. W. Screening for adolescent problem drinking: Validation of a multidimensional instrument for case identification. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, vol. 1, no. 1, p. 61-63. ISSN (print) 0022-006X, ISSN (online) 1939-2117. doi: [10.1037/1040-3590.1.1.61](https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.1.61).
157. HARRIS, K. M., DUNCAN, G. J., BOISJOLY, J. Evaluating the role of “nothing to lose” attitudes on risky behavior in adolescence. In: *Social Forces*, 2002, vol. 80, no. 3, p. 1005-1039. ISSN (print) 0037-7732, ISSN (online) 1534-7605. doi: [10.1353/sof.2002.0008](https://doi.org/10.1353/sof.2002.0008).
158. HARTER, S. *The Construction of the Self. A Developmental Perspective*. New York, NY: Guilford Press, 2001, 413 p. ISBN 978-157-23-0716-2.
159. HARTFORD, T. C., GRANT, B. F., YI, H. Y., CHEN, C. M. Patterns of DSM-IV alcohol abuse and dependence criteria among adolescents and adults: Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2005, vol. 29, no. 5, p. 810-828. ISSN (print) 0145-6008, ISSN (online) 1530-0277. doi: [10.1097/01.alc.0000164381.67723.76](https://doi.org/10.1097/01.alc.0000164381.67723.76).
160. 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. In: *Psychological Bulletin*, 1992, vol. 112, no. 1, p. 64-105. ISSN (print) 0033-2909, ISSN (online) 1939-1455. doi: [10.1037/0033-2909.112.1.64](https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64).
161. HAYS, R. D., STACY, A. W., DiMATTEO, M. R. Problem behavior theory and adolescent alcohol use. In: *Addictive Behaviors*, 1987, vol. 12, no. 2, p. 189-193. ISSN (print) 0306-4603, ISSN (online) 1873-6327. doi: [10.1016/0306-4603\(87\)90026-8](https://doi.org/10.1016/0306-4603(87)90026-8).
162. HIATT, C., LAURSEN, B., STATTIN, H., KERR, M. Best friend influence over adolescent problem behaviors: Socialized by the satisfied. In: *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2017, vol. 46, no. 5, p. 695-708. ISSN (print) 1537-4416, ISSN (online) 1537-4424. doi: [10.1080/15374416.2015.1050723](https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1050723).
163. HINGSON, R. W., HEEREN, T., WINTER, M. R. Age at drinking onset and alcohol dependence. In: *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2006, vol. 160, no. 7, p. 739-746. ISSN (print) 2168-6263, ISSN (online) 2168-6211. doi: [10.1001/archpedi.160.7.739](https://doi.org/10.1001/archpedi.160.7.739).
164. HIRSCHFELD, P. J., GASPER, J. The relationship between school engagement and delinquency in late childhood and early adolescence. In: *Journal of Youth and Adolescence*, 2011, vol. 40, no. 1, p. 3-22. ISSN (print) 0047-2891, ISSN (online) 1573-6601. doi: [10.1007/s10964-010-9579-5](https://doi.org/10.1007/s10964-010-9579-5).
165. HO, M. Y., CHEUNG, F. M., CHEUNG, S. F. Personality and life events as predictors of adolescents' life satisfaction: Do life events mediate the link between personality and life satisfaction? In: *Social Indicators Research*, 2008, vol. 89, no. 3, p. 457-471. ISSN (print) 0303-8300, ISSN (online) 1573-0921. doi: [10.1007/s11205-008-9243-6](https://doi.org/10.1007/s11205-008-9243-6).
166. HOFFMANN, J. P., CERBONE, F. G., SU, S. S. A growth curve analysis of stress and adolescent drug use. In: *Substance Use & Misuse*, 2000, vol. 35, no. 5, p. 687-716. ISSN (print) 1082-6084, ISSN (online) 1532-2491. doi: [10.3109/10826080009148417](https://doi.org/10.3109/10826080009148417).
167. HOLAHAN, C. J., VALENTINER, D. P., MOOS, R. H. Parental support, coping strategies, and psychological adjustment: An integrative model with late adolescents. In: *Journal of Youth and Adolescence*, 1995, vol. 24, no. 6, p. 633-648. ISSN (print) 0047-2891, ISSN (online) 1573-6601. doi: [10.1007/BF01536948](https://doi.org/10.1007/BF01536948).
168. HORMENU, T., HAGAN, J. E., Jr., SCHACK, T. Predictors of alcohol consumption among in-school adolescents in the Central Region of Ghana: A baseline information for developing cognitive-behavioural interventions. In: *PLoS ONE*, 2018, vol. 13, Article no. e0207093. ISSN (online) 1932-6203. doi: [10.1371/journal.pone.0207093](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207093).



- 169.HU, L., BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. În: *Structural Equation Modeling*, 1999, vol. 6, no. 1, p. 1-55. doi: [10.1080/10705519909540118](https://doi.org/10.1080/10705519909540118).
- 170.HUBER, S., HUBER, O. W. The Centrality of Religiosity Scale (CRS). În: *Religions*, 2012, vol. 3, no. 3, p. 710-724. doi: [10.3390/re13030710](https://doi.org/10.3390/re13030710).
- 171.HUEBNER, E. S. Preliminary development and validation of a multidimensional life satisfaction scale for children. În: *Psychological Assessment*, 1994, vol. 6, nr. 2, p. 149-158. ISSN (print) 1040-3590, ISSN (online) 1939-134X. doi: [10.1037/1040-3590.6.2.149](https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.2.149).
- 172.HUEBNER, E. S. *Manual for The Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale*. University of South Carolina, Department of Psychology, Columbia, 2001, 8 p. <http://www.artsandsciences.sc.edu> (vizitat 14.01.2019).
- 173.HUEBNER, E. S., BRANTLEY, A., NAGLE, R., VALOIS, R. F. Correspondence between parent and adolescent ratings of life satisfaction for adolescents with and without mental disabilities. În: *Journal of Psychoeducational Assessment*, 2002, vol. 20, no. 1, p. 20-29. ISSN (print) 0734-2829, ISSN (online) 1557-5144. doi: [10.1177/0734282902020001](https://doi.org/10.1177/0734282902020001).
- 174.HUEBNER, E. S., AUGHLIN, J. E., ASH, C., GILMAN, R. Further validation of the multidimensional life self-satisfaction scale. În: *Journal of Psychoeducational Assessment*, 1998, vol. 16, no. 2, p. 118-134. ISSN (print) 0734-2829, ISSN (online) 1557-5144. doi: [10.1177/073428299801600202](https://doi.org/10.1177/073428299801600202).
- 175.IONAȘCU, G., GLAVAN, A. Relația dintre anxietate și riscul pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților: rolul moderator al suportului sociale din partea familiei. În: *Revista de Psihologie*, 2022, vol. 68, no. 2, p. 111-132. ISSN (print) 0034-8759, ISSN (online) 2344-4665.
- 176.IONAȘCU, G., GLAVAN, A., ROBU, V. The relationship between emotional instability and risk of alcohol abuse among adolescents: The moderating role of predisposition to engage in risky behaviors. În: *EcoSoEn: Științe Economice, Sociale și Inginerești*, 2023, vol. 6, nr. 1, p. 43-59. ISSN (print) 2587-344X, ISSN (online) 2587-425X. doi: [10.54481/ecosoen.2023.1.05](https://doi.org/10.54481/ecosoen.2023.1.05).
- 177.IVANOV, M. Y. *et al.* The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. În: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2007, vol. 75, no. 5, p. 729-738. ISSN (print) 0022-006X, ISSN (online) 1939-2177. doi: [10.1037/0022-006X.75.5.729](https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.729).
- 178.JAMES, P. D., KEARNS, C., CAMPBELL, A., SMYTH, B. P. *Adolescents and Substance Use: The Handbook for Professionals Working with Young People*. London, UK: Taylor & Francis Ltd., 2013, 296 p. ISBN 978-184-61-9979-0.

179. JESSOR, R. Problem behavior theory, psychosocial development and adolescent problem drinking. În: *British Journal of Addiction*, 1987, vol. 82, no. 4, p. 331-342. ISSN (print) 0952-0481, ISSN (online) 2056-5178. doi: [10.1111/j.1360-0443.1987.tb01490.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1987.tb01490.x).
180. JESSOR, R. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. În: *Journal of Adolescent Health*, 1991, vol. 12, no. 8, p. 597-605. ISSN (print) 1054-139X, ISSN (online) 1879-1972. doi: [10.1016/1054-139x\(91\)90007-k](https://doi.org/10.1016/1054-139x(91)90007-k).
181. JESSOR, R. Problem-behavior theory. În: RAITHEL, J. (Ed), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher* [Comportamentele de risc ale tinerilor]. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2001, p. 61-78. ISBN 978-366-31-1311-9.
182. JESSOR, R. Problem behavior theory: A half-century of research on adolescent behavior and development. În: LERNER, R. M., PETERSEN, A. K., SILBEREISEN, R. K., BROOKS-GUNN, J. (Eds.), *The Developmental Science of Adolescence: History Through Autobiography*. New York, NY: Psychology Press, 2014, p. 239-256. ISBN: 978-184-87-2931-5.
183. JESSOR, R., COSTA, F. M., KRUEGER, P. M., TURBIN, M. S. A developmental study of heavy episodic drinking among college students: The role of psychosocial and behavioral protective and risk factors. În: *Journal of Studies on Alcohol*, 2006, vol. 67, no. 1, p. 86-94. ISSN (print) 0096-882X, ISSN (online) 1934-2683. doi: [10.15288/jsa.2006.67.86](https://doi.org/10.15288/jsa.2006.67.86).
184. JESSOR, R., DONOVAN, J. E., COSTA, F. M. *Beyond Adolescence: Problem Behavior and Young Adult Development*. New York, NY: Cambridge University Press, 1991, 332 p. ISBN 978-052-14-6758-2.
185. JOHN, O. P., DONAHUE, E. M., KENTLE, R. L. *The Big Five Inventory-Versions 4a and 54*. Berkeley, CA: University of California at Berkeley, Institute of Personality and Social Research, 1991.
186. JOHN, O. P., NAUMANN, L. P., SOTO, C. J. Paradigm shift to the integrative Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. În: JOHN, O.P., ROBINS, R. W., PERVIN, L. A. (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press, 2008, p. 114-158, ISBN 978-160-91-8059-1.
187. JOHNSON, C. A. *et al.* Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high-risk and low-risk adolescents. În: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, vol. 58, no. 4, p. 447-456. ISSN (print) 0022-006X, ISSN (online) 1939-2117. doi: [10.1037//0022-006x.58.4.447](https://doi.org/10.1037//0022-006x.58.4.447).
188. JOHNSTON, L. D. *et al.* *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2018: Overview – Key Findings on Adolescent Drug Use*. Ann Arbor, MI: University of



- Michigan – Institute for Social Research, 2019, 126 p. Raport disponibil *online* la [www.monitoringthefuture.org//pubs](http://www.monitoringthefuture.org//pubs) (vizitat 22.09.2022).
189. JUNG, J. Toward a social psychology of social support. În: *Basic and Applied Social Psychology*, 1987, vol. 8, no. 1-2, p. 57-83. doi: [10.1207/s15324834basp0801&2\\_5](https://doi.org/10.1207/s15324834basp0801&2_5).
190. KAHNEMAN, D., TVERSKY, A. Prospect theory: An analysis of decision under risk. În: *Econometrica*, 1979, vol. 47, no. 2, p. 263-291. ISSN (print) 0012-9682, ISSN (online) 1468-0262. doi: [10.2307/1914185](https://doi.org/10.2307/1914185).
191. KALEBIĆ MAGLICA, B. Predicting adolescents' health risk behaviors. În: *Review of Psychology*, 2011, vol. 18, no. 2, p. 101-108. ISSN (print) 1330-6812, ISSN (online) 1849-0905.
192. KANN, L. *et al.* Youth risk behavior surveillance – United States, 2017. În: *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries (MMWR)*, 2018, vol. 67, no. 8, p. 1-114. ISSN (print), 1546-0738, ISSN (online) 1545-8636. doi: [10.15585/mmwr.ss6708a1](https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6708a1).
193. KARAMAN, N. G. Predicting the problem behavior in adolescents. În: *Eurasian Journal of Educational Research*, 2013, vol. 13, no. 52, p. 137-154. ISSN (print) 1302-597X, ISSN (online) 2528-8911.
194. KAZARIAN, S. S., MCCABE, S. B. Dimensions of social support in the MSPSS: Factorial structure, reliability, and theoretical implications. În: *Journal of Community Psychology*, 1991, vol. 19, no. 2, p. 150-160. ISSN (print) 0090-4392, ISSN (online) 1520-6629. doi: [10.1002/1520-6629\(199104\)19:2<150::AID-JCOP2290190206>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1520-6629(199104)19:2<150::AID-JCOP2290190206>3.0.CO;2-J)
195. KEARNEY, C. A. School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. În: *Clinical Psychology Review*, 2007, vol. 28, no. 3, p. 451-471. ISSN (print) 0272-7358, ISSN (online) 1873-7811. doi: [10.1016/j.cpr.2007.07.012](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.012).
196. KELLEY, R. M., DENNY, G., YOUNG, M. Abbreviated Hare Self-Esteem Scale: Internal consistency and factor analysis. În: *American Journal of Health Studies*, 1997, vol. 13, no. 4, p. 180-186. ISSN (print) 1090-0500, ISSN (online) 1945-4511.
197. KELLY, A. B. *et al.* Very young adolescents and alcohol: Evidence of a unique susceptibility to peer alcohol use. În: *Addictive Behaviors*, 2012, vol. 37, no. 4, p. 414-419. ISSN (print) 0306-4603, ISSN (online) 1873-6327. doi: [10.1016/j.addbeh.2011.11.038](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.11.038).
198. KLITZNER, M., SCHWARTZ, R. H., GRUENWALD, P., BLASINSKY, M. Screening for risk factors for adolescent alcohol and drug use. În: *American Journal of Diseases of Children*, 1987, vol. 141, no. 1, p. 45-49. ISSN (print) 0002-922X, ISSN (online) 2374-3018. doi: [10.1001/archpedi.1987.04460010045021](https://doi.org/10.1001/archpedi.1987.04460010045021).

- 199.KNIGHT, J. R., GOODMAN, E., PULERWITZ, T., DuRANT, R. H. Reliability of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) in adolescent medical practice. În: *Journal of Adolescent Health*, 2001, vol. 29, no. 2, p. 125-130. ISSN (print) 1054-139X, ISSN (online) 1879-1972. doi: [10.1016/s1054-139x\(00\)00206-8](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(00)00206-8).
- 200.KNIGHT, J. R. *et al.* Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. În: *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2002, vol. 156, no. 6, p. 607-614. ISSN (print) 2168-6203, ISSN (online) 2168-6211. doi: [10.1001/archpedi.156.6.607](https://doi.org/10.1001/archpedi.156.6.607).
- 201.KNIGHT, J. R. *et al.* A new brief screen for adolescent substance abuse. În: *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, vol. 153, no. 6, p. 591-596. ISSN (print) 2168-6203, ISSN (online) 2168-6211. doi: [10.1001/archpedi.156.6.607](https://doi.org/10.1001/archpedi.156.6.607).
- 202.KUNTSCHE, E. N., GMEL, G. Emotional well-being and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. În: *Addiction*, 2004, vol. 99, no. 3, p. 331-339. ISSN (print) 0965-2140, ISSN (online) 1360-0443. doi: [10.1111/j.1360-0443.2004.00653.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00653.x).
- 203.KUNTSCHE, E. N. *et al.* Drinking motives mediate cultural differences but not gender differences in adolescent alcohol use. În: *Journal of Adolescent Health*, 2015, vol. 56, no. 3, p. 323-329. ISSN (print) 1054-139X, ISSN (online) 1879-1972. doi: [10.1016/j.jadohealth.2014.10.267](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.267).
- 204.KYRRESTAD STRØM, H. *et al.* Gender differences in alcohol onset and drinking frequency in adolescents: An application of the theory of planned behavior. În: *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2022, vol. 29, no. 1, p. 21-31. ISSN (print) 0968-7637, ISSN (online) 1465-3370. doi: [10.1080/09687637.2020.1865271](https://doi.org/10.1080/09687637.2020.1865271).
- 205.LABĂR, A.-V. *SPSS pentru științele educației*. Iași: Editura Polirom, 2008, 347 p. ISBN 978-973-46-1148-5.
- 206.LAGHI, F. *et al.* Family functioning and binge drinking among Italian adolescents. În: *Journal of Health Psychology*, 2012, vol. 17, no. 8, p. 1132-1141. ISSN (print) 1359-1053, ISSN (online) 1461-7277. doi: [10.1177/1359105311430005](https://doi.org/10.1177/1359105311430005).
- 207.LANG, K. *et al.* The role of positive consequences of alcohol in the relation between sensation seeking and drinking. În: *Addiction Research & Theory*, 2012, vol. 20, no. 6, p. 504-510. ISSN (print) 1606-6359, ISSN (online) 1476-7392. doi: [10.3109/16066359.2012.667854](https://doi.org/10.3109/16066359.2012.667854).
- 208.LEATHERDALE, S. T., BURKHALTER, R. The substance use profile of Canadian youth: Exploring the prevalence of alcohol, drug and tobacco use by gender and grade. În: *Addictive Behaviors*, 2012, vol. 37, no. 3, p. 318-322. ISSN (print) 0306-4603, ISSN (online) 1873-6327. doi: [10.1016/j.addbeh.2011.10.007](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.10.007).

209. LEE, C. T., PADILLA-WALKER, L. M., MEMMOT-ELISON, M. K. The role of parents and peers on adolescents' prosocial behavior and substance use. În: *Journal of Social and Personal Relationships*, 2016, vol. 34, no. 7, p. 1053-1069. ISSN (print) 0265-4075, ISSN (online) 1460-3608. doi: [10.1177/026540751666592](https://doi.org/10.1177/026540751666592).
210. LEUNG, L. Stressful life events, motives for Internet use, and social support among digital kids. În: *CyberPsychology, Behavior & Social Networking*, 2007, vol. 10, no. 2, p. 204-214. ISSN (print) 2152-2715, ISSN (online) 2152-2723. doi: [10.1089/cpb.2006.9967](https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9967).
211. LEW, D., XIAN, H., QIAN, Z., VAUGHN, M. G. Examining the relationships between life satisfaction and alcohol, tobacco and marijuana use among school-aged children. În: *Journal of Public Health*, 2019, vol. 41, no. 2, p. 346-353. ISSN (print), 1741-3842, ISSN (online) 1741-3850. doi: [10.1093/pubmed/fdy074](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy074).
212. LIU, X. C., KEYES, K. M., LI, G. Work stress and alcohol consumption among adolescents: Moderation by family and peer influences. În: *BMC Public Health*, 2014, vol. 14, Article no. 1303. ISSN (print) 1471-2458. doi: [10.1186/1471-2458-14-1303](https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1303).
213. LOTREAN, L. M., KREMERS, S., IONUT, C., De VRIES, H. Gender differences regarding the alcohol-tobacco relationship among Romanian adolescents – longitudinal study. În: *European Journal of Public Health*, 2009, vol. 19, no. 3, p. 285-289. ISSN (print) 1101-1262, ISSN (online) 1464-360X. doi: [10.1093/eurpub/ckp011](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp011).
214. LÓPEZ, M. L., COOPER, L. *Social Support Measure Review. Final Report*, 2011, 115 p. Raport disponibil online la [www.first5la.org](http://www.first5la.org) (vizitat 10.03.2022).
215. LÖFSTEDT, P. *et al.* School satisfaction and school pressure in the WHO European Region and North America: An analysis of time trends (2002-2018) and patterns of co-occurrence in 32 countries. În: *Journal of Adolescent Health*, 2020, vol. 66, no. 6 (suppl.), p. 59-69. ISSN (print) 1054-139X, ISSN (online) 1879-1972. doi: [10.1016/j.jadohealth.2020.03.007](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.007).
216. LUSZCZYNSKA, A., SCHOLZ, U., SCHWARZER, R. The General Self-Efficacy Scale: Multicultural validation studies. În: *The Journal of Psychology*, 2005, vol. 139, no. 5, p. 439-457. ISSN (print) 0022-3980, ISSN (online) 1940-1019. doi: [10.3200/JRLP.139.5.439-457](https://doi.org/10.3200/JRLP.139.5.439-457).
217. LUTHAR, S. S. Resilience in development: A synthesis for research across five decades. În: CICCHETTI, D., COHEN, D. J. (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation* (2nd ed., Vol. 3). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2006, p. 738-795. ISBN 978-047-12-3738-9.
218. LUTHAR, S. S., CICCHETTI, D., BECKER, B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. În: *Child Development*, 2000, vol. 71, no. 3, p. 543-562. ISSN (print) 0009-3920, ISSN (online) 1467-8624. doi: [10.1111/1467-8624.00164](https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164).

219. MacCALLUM, R. C., AUSTIN, T. J. Applications of structural equation modeling in psychological research. În: *Annual Review of Psychology*, 2000, vol. 51, p. 201-226. ISSN (print) 0066-4308, ISSN (online) 1545-2085. doi: [10.1146/annurev.psych.51.1.201](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.201).
220. MACKIE, C. J., CASTELLANOS-RYAN, N., CONROD, P. J. Personality moderates the longitudinal relationship between psychological symptoms and alcohol use in adolescents. În: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2011, vol. 35, no. 4, p. 703-716. ISSN (print) 0145-6008, ISSN (online) 1530-0277. doi: [10.1111/j.1530-0277.2010.01388.x](https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01388.x).
221. MANES, S. (Coord.), *83 de jocuri psihologice pentru animarea grupurilor. Manual pentru psihologi, consilieri școlari, profesori, asistenți sociali* (trad.). Iași: Editura Polirom, 2008, 204 p. ISBN 978-973-46-1213-0.
222. MANN, R. E. *et al.* Estimating the prevalence of anxiety and mood disorders in an adolescent general population: An evaluation of the GHQ12. În: *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2011, vol. 9, no. 4, p. 410-420. ISSN (print) 1557-1874, ISSN (online) 1557-1882. doi: [10.1007/s11469-011-9334-5](https://doi.org/10.1007/s11469-011-9334-5).
223. MARCOUX, B. C., SHOPE, J. T. Application of the theory of planned behavior to adolescent use and misuse of alcohol. În: *Health Education Research*, 1997, vol. 12, no. 3, p. 323-331. ISSN (print) 0268-1153, ISSN (online) 1465-3648. doi: [10.1093/her/12.3.323](https://doi.org/10.1093/her/12.3.323).
224. MARKEY, C. N., MARKEY, P. M., ERICKSEN, A. J., TINSLEY, B. J. Children's behavioral patterns, the five-factor model of personality and risk behaviors. În: *Personality and Individual Differences*, 2006, vol. 41, no. 8, p. 1503-1513. ISSN (print) 0191-8869, ISSN (online) 1873-3549. doi: [10.1016/j.paid.2006.06.007](https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.06.007).
225. MARKEY, C. N., MARKEY, P. M., TINSLEY, B. J. Personality, puberty and preadolescent girls' risky behaviors: Examining the predictive value of the five-factor model of personality. În: *Journal of Research in Personality*, 2003, vol. 37, no. 5, p. 405-419. ISSN (print) 0092-6566, ISSN (online) 1095-7251. doi: [10.1016/S0092-6566\(03\)00014-X](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(03)00014-X).
226. MARQUES, S. C., PAIS-RIBEIRO, J. L., LOPEZ, S. J. Use of the "Mental Health Inventory-5" with Portuguese 10-15 years old. În: *Spanish Journal of Psychology*, 2011, vol. 14, no. 1, p. 478-485. ISSN (print) 1138-7416, ISSN (online) 1988-2904. doi: [10.5209/rev\\_sjop.2011.v14.n1.43](https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2011.v14.n1.43).
227. MARSHAL, M. P., CHASSIN, L. Peer influence on adolescent alcohol use: the moderating role of parental support and discipline. În: *Applied Developmental Science*, 2000, vol. 4, no. 2, p. 80-88. ISSN (print) 1088-8691, ISSN (online) 1532-480X. doi: [10.1207/S1532480XADS0402\\_3](https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0402_3).

- 228.MASTEN, A. S. Ordinary magic: Resilience processes in development. În: *American Psychologist*, 2001, vol. 56, no. 3, p. 227-238. ISSN (print) 0003-066X, ISSN (online) 1935-990X. doi: [10.1037//0003-066x.56.3.227](https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.227).
- 229.MASTEN, A. S., FADEN, V. B., ZUCKER, R. A., SPEAR, L. P. Underage drinking: A developmental framework. În: *Pediatrics*, 2008, vol. 121, suppl. 4, p. 235-251. ISSN (print) 0031-4005, ISSN (online) 0031-4005. doi: [10.1542/peds.2007-2243A](https://doi.org/10.1542/peds.2007-2243A).
- 230.MATSUMOTO, D. (General Editor), *The Cambridge Dictionary of Psychology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2009, 587 p. ISBN 978-052-16-7100-2.
- 231.MAYFIELD, D., MCLEOD, G., HALL, P. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. În: *The American Journal of Psychiatry*, 1974, vol. 131, no. 10, p. 1121-1123. ISSN (print) 0002-953X, ISSN (online) 1535-7228. doi: [10.1176/ajp.131.10.1121](https://doi.org/10.1176/ajp.131.10.1121).
- 232.McCRAE, R. R., COSTA, P. T. *Personality in Adulthood: A Five-Factor Theory Perspective* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press, 2003, 268 p. ISBN 978-157-23-0827-5.
- 233.McEACHAN, R. R. C., CONNER, M., TAYLOR, N. J., LAWTON, R. J. Prospective prediction of health-related behaviours with the theory of planned behaviour: A meta-analysis. În: *Health Psychology Review*, 2011, vol. 5, no. 2, p. 97-144. ISBN (print) 1743-7199, ISBN (online) 1743-7202. doi: [10.1080/17437199.2010.521684](https://doi.org/10.1080/17437199.2010.521684).
- 234.McKAY, M. T., SUMNALL, H. R., COLE, J., PERCY, A. Self-esteem and self-efficacy: Associations with alcohol consumption in a sample of adolescents in Northern Ireland. În: *Drugs: Education Prevention and Policy*, 2011, vol. 19, no. 1, p. 72-80. ISSN (print) 0968-7637, ISSN (online) 1465-3370. doi: [10.3109/09687637.2011.579585](https://doi.org/10.3109/09687637.2011.579585).
- 235.MENDELSON, M. J., ABOUD, F. E. Measuring friendship quality in late adolescents and young adults: McGill friendship questionnaires. În: *Canadian Journal of Behavioral Science*, 1999, vol. 31, no. 2, p. 130-132. ISSN (print) 0008-400X, ISSN (online) 1879-2669. doi: [10.1037/h0087080](https://doi.org/10.1037/h0087080).
- 236.MILLER, J. W., NAIMI, S., BREWER, R. D., JONES, S. E. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. În: *Pediatrics*, 2007, vol. 119, no. 1, p. 76-85. ISSN (print) 0031-4005, ISSN (online) 1098-4275. doi: [10.1542/peds.2006-1517](https://doi.org/10.1542/peds.2006-1517).
- 237.MILLSTEIN, S. G., PETERSEN, A. C., NIGHTINGALE, E. O. (Eds.), *Promoting the Health of Adolescents: New Directions for the Twenty-First Century*. New York, NY: Oxford University Press, 1993, 424 p. ISBN 978-019-50-9188-5.

- 238.MOLDOVANU, I. *et al.* 855 de jocuri și activități. Ghidul animatorului. Chișinău: European Youth Exchange Moldova și UNICEF, 2005, 176 p. [https://drepturilecopilului.md/files/publications/Carteamare\\_jocuri.pdf](https://drepturilecopilului.md/files/publications/Carteamare_jocuri.pdf) (vizitat 11.10.2020).
- 239.MONTI, P. M., COLBY, S. M., O'LEARY, T. A. (Eds.), *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse: Reaching Teens Through Brief Interventions*. New York, NY: Guilford Press, 2001, 350 p. ISBN 978-157-23-0658-5.
- 240.MORGAN, G. A., LEECH, N. L., GLOECKNER, G. W., BARRETT, K. C. *SPSS for Introductory Statistics: Use and Interpretation* (6th ed.). New York, NY: Routledge, 2019, 266 p. ISBN 978-113-85-7821-0.
- 241.MORRISON, G. M., SKIBA, R. Predicting violence from school misbehavior: Promises and perils. În: *Psychology in the Schools*, 2001, vol. 38, no. 2, p. 173-184. ISSN (print) 0033-3085, ISSN (online) 1520-6807. doi: [10.1002/pits.1008](https://doi.org/10.1002/pits.1008).
- 242.MUNTEANU, A. Din nou despre capcanele și rătăcirile adolescenței. În: *Revista de Psihologie Școlară*, 2009, vol. 2, no. 3, p. 28-33. ISSN (print) 1844-1815.
- 243.MUSHQUASH, C. J. *et al.* Personality traits and drinking motives predict alcohol misuse among Canadian aboriginal youth. În: *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2014, vol. 12, no. 3, p. 270-282. ISSN (print) 1557-1874, ISSN (online) 1557-1882. doi: [10.1007/s11469-013-9451-4](https://doi.org/10.1007/s11469-013-9451-4).
- 244.MUSITU, G., JIMÉNEZ, T. I., MURGUI, S. Family functioning, self-esteem and substance use in adolescents: A mediational model. În: *Salud Pública de México*, 2007, vol. 49, no. 1, p. 3-10. ISSN (print) 0036-3634, ISSN (online) 1606-7916. doi: [10.1590/s0036-36342007000100002](https://doi.org/10.1590/s0036-36342007000100002).
- 245.MYLANT, M., IDE, B., CUEVAS, E., MEEHAN, M. Adolescent children of alcoholics: Vulnerable or resilient? În: *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 2002, vol. 8, no. 2, p. 57-64. ISSN (print) 1078-3903, ISSN (online) 1532-5725. doi: [10.1067/mpn.2002.125037](https://doi.org/10.1067/mpn.2002.125037).
- 246.NASH, S. G., MCQUEEN, A., BRAY, J. H. Pathways to adolescent alcohol use: Family environment, peer influence, and parental expectations. În: *Journal of Adolescent Health*, 2005, vol. 37, no. 1, p. 19-28. ISSN (print) 1054-139X, ISSN (online) 1879-1972. doi: [10.1016/j.jadohealth.2004.06.004](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.06.004).
- 247.NDUGWA, R. P. *et al.* Adolescent problem behavior in Nairobi's informal settlements: Applying Problem Behavior Theory in sub-Saharan Africa. În: *Journal of Urban Health*, 2011, vol. 88, suppl. 2, p. 298-317. ISSN (print) 1099-3460, ISSN (online) 1468-2869. doi: [10.1007/s11524-010-9462-4](https://doi.org/10.1007/s11524-010-9462-4).



248. NEAMȚU, C. Devianța școlară. Ghid de intervenție în cazul problemelor de comportament ale elevilor. Iași: Editura Polirom, 2003, 424 p. ISBN 973-681-403-3.
249. NEES, F. *et al.* Determinants of early alcohol use in healthy adolescents: The differential contribution of neuroimaging and psychological factors. În: *Neuropsychopharmacology*, 2012, vol. 37, no. 4, p. 986-995. ISSN (print) 0893-133X, ISSN (online) 0893-133X. doi: [10.1038/npp.2011.282](https://doi.org/10.1038/npp.2011.282).
250. NEWCOMB, M. D., MADDAHIAN, E., BENTLER, P. M. Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal analyses. În: *American Journal of Public Health*, 1986, vol. 76, no. 5, p. 525-531. ISSN (print) 0090-0036, ISSN (online) 1541-0048. doi: [10.2105/ajph.76.5.525](https://doi.org/10.2105/ajph.76.5.525).
251. NGAI, N.-P., CHEUNG, C.-K. Family stress on adolescents in Hong Kong and the mainland of China. În: *International Journal of Adolescence and Youth*, 2000, vol. 8, no. 2-3, p. 183-206. ISSN (print) 0267-3843, ISSN (online) 2164-4527. doi: [10.1080/02673843.2000.9747850](https://doi.org/10.1080/02673843.2000.9747850).
252. NILAND, P., LYONS, A. C., GOODWIN, I., HUTTON, F. "Everyone can loosen up and get a bit of buzz on": Young adults, alcohol and friendship practices. În: *International Journal of Drug Policy*, 2013, vol. 24, no. 6, p. 530-537. ISSN (print) 0955-3959, ISSN (online) 1873-4758. doi: [10.1016/j.drugpo.2013.05.013](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.05.013).
253. NORMAN, E., TURNER, S. Adolescent substance abuse prevention programs: Theories, models, and research in the encouraging 80's. În: *Journal of Primary Prevention*, vol. 14, no. 1, p. 3-20. ISSN (print) 2731-5533, ISSN (online) 2731-5541. doi: [10.1007/BF01324652](https://doi.org/10.1007/BF01324652).
254. NOVAK, A. *Statistica și tehnica sondajului*. București: Editura „Sylvi”, 2003, 390 p. ISBN 973-628-025-X.
255. NUNNALLY, J. C., BERNSTEIN, I. H. *Psychometric Theory* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill, 1994, 736 p. ISBN 978-007-04-7849-7.
256. O' CONNELL, M. E., BOAT, T., WARNER, K. E. *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press, 2009, 592 p. ISBN 978-030-91-2674-8.
257. OEI, T. S., MORAWSKA, A. A. A cognitive model of binge drinking: The influence of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy. În: *Addictive Behaviors*, 2004, vol. 29, no. 1, p. 159-179. ISSN (print) 0306-4603, ISSN (online) 1873-6327. doi: [10.1016/s0306-4603\(03\)00076-5](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(03)00076-5).
258. OHANNESSIAN, C. M., FINAN, L. J., SCHULZ, J., HESSELBROCK, V. A long-term longitudinal examination of the effect of early onset of alcohol and drug use on later alcohol

- abuse. In: *Substance Abuse*, 2015, vol. 36, no. 4, p. 440-444. ISBN (print) 0889-7077, ISSN (online) 1547-0164. doi: [10.1080/08897077.2014.989353](https://doi.org/10.1080/08897077.2014.989353).
- 259.OHANNESSIAN, C. M., FLANNERY, K. M., SIMPSON, E., RUSSELL, B. S. Family functioning and adolescent alcohol use: A moderated mediation analysis. In: *Journal of Adolescence*, 2016, vol. 49, no. 1, p. 19-27. ISSN (print) 0140-1971, ISSN (online) 1095-9254. doi: [10.1016/j.adolescence.2016.02.009](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.02.009).
- 260.OHRT, J. H., WARE, J. N., LIMBERG, D. Using play techniques for family substance abuse concerns. In: CURRY, J., FAZIO-GRIFFITH, L. (Eds.), *Integrative Play Techniques in Comprehensive School Counseling Programs*. Charlotte, NC: Information Age Publishing, Inc., 2013, p. 43-65. ISBN 978-1-623-96304-0.
- 261.OSTROFF, J. S., WOOLVERTON, K. S., BERRY, C., LESKO, L. M. Use of the Mental Health Inventory with adolescents: A secondary analysis of the Rand Health Insurance Study. In: *Psychological Assessment*, 1996, vol. 8, no. 1, p. 105-107. ISSN (print) 1040-3590, ISSN (online) 1939-134X. doi: [10.1037/1040-3590.8.1.105](https://doi.org/10.1037/1040-3590.8.1.105).
- 262.OTSUKI, T. A. Substance use, self-esteem, and depression among Asian American adolescents. In: *Journal of Drug Education*, 2003, vol. 33, no. 4, p. 369-390. ISSN (print) 0047-2379, ISSN (online) 1541-4159. doi: [10.2190/RG9R-V4NB-6NNK-37PF](https://doi.org/10.2190/RG9R-V4NB-6NNK-37PF).
- 263.OUBRAYRIE, N., DE LÉONARDIS, M., SAFONT, C. Un outil pour l'évaluation de l'estime de soi chez l'adolescent: l'ETES. In: *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 1994, vol. 44, no. 4, p. 309-317. ISSN (print) 1162-9088, ISSN (online) 1878-3457.
- 264.PALMER, R. H. C. *et al.* Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalized risk. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 2009, vol. 102, no. 1-3, p. 78-87. ISSN (print) 0376-8716, ISSN (online) 1879-0046. doi: [10.1016/j.drugalcdep.2009.01.012](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.01.012).
- 265.PAPALIA, D. E., WENDKOS OLDS, S., DUSKIN FELDMAN, R. D. *Human Development* (11th ed.). New York, NY: McGraw-Hill, 2009, 832 p. ISSN 978-007-33-7016-3.
- 266.PARADIS, A. D. *et al.* Adolescent family factors promoting healthy adult functioning: A longitudinal community study. In: *Child & Adolescent Mental Health*, 2011, vol. 16, no. 1, p. 30-37. ISSN (print) 1475-357X, ISSN (online) 1475-3588. doi: [10.1111/j.1475-3588.2010.00577.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2010.00577.x).
- 267.PARKER, J. S., BENSON, M. J. Parent-adolescent relations and adolescent functioning: Self-esteem, substance abuse, and delinquency. In: *Adolescence*, 2004, vol. 39, no. 155, p. 519-530. ISSN (print) 0001-8449.



- 268.PATRICK, M. E. *et al.* Adolescents' reported reasons for alcohol and marijuana use as predictors of substance use and problems in adulthood. *În: Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2011, vol. 72, no. 1, p. 106-116. ISSN (print) 1937-1888, ISSN (online) 1938-4114. doi: [10.15288/jsad.2011.72.106](https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.106).
- 269.PEARCE, M. J., WACHHOLTZ, A. Temperance and addiction. *În: PLANTE, T. G. (Ed.), Religion, Spirituality, and Positive Psychology: Understanding the Psychological Fruits of Faith*. Santa Barbara, CA: Praeger/ABC-CLIO, 2012, p. 195-212. ISBN 978-031-33-9845-2.
- 270.PEARSON, J., WILKINSON, L. Family relationships and adolescent well-being: Are families equally protective for same-sex attracted youth? *În: Journal of Youth and Adolescence*, 2013, vol. 42, no. 3, p. 376-393. ISSN (print) 0047-2891, ISSN (online) 1573-6601. doi: [10.1007/s10964-012-9865-5](https://doi.org/10.1007/s10964-012-9865-5).
- 271.PEDERSEN, E. R. *et al.* Exploring relationships between facets of self-esteem and drinking behavior among diverse groups of young adults. *În: Addictive Behaviors*, 2013, vol. 38, no. 10, p. 2581-2585. ISSN (print) 0306-4603, ISSN (online) 1873-6327. doi: [10.1016/j.addbeh.2013.06.004](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.06.004).
- 272.PEDERSEN, W., von SOEST, T. Adolescent alcohol use and binge drinking: An 18-year trend study of prevalence and correlates. *În: Alcohol and Alcoholism*, 2015, vol. 50, no. 2, p. 219-225. ISSN (print) 0735-0414, ISSN (online) 1464-3502. doi: [10.1093/alcalc/agu091](https://doi.org/10.1093/alcalc/agu091).
- 273.PEDRONI, C. *et al.* Alcohol consumption in early adolescence: Associations with sociodemographic and psychosocial factors according to gender. *În: PLoS ONE*, 2021, vol. 16, Article no. e0245597. ISSN (online) 1932-6203. doi: [10.1371/journal.pone.0245597](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245597).
- 274.PENTZ, M. A. Institutionalizing community-based prevention through policy change. *Journal of Community Psychology (Special Issue: Bridging the Gap Between Research and Practice in Community Based Substance Abuse Prevention)*, 2000, vol. 28, no. 3, p. 257-270. ISSN (print) 0090-4392, ISSN (online) 1520-6629. doi: [10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200005\)28:3<257::AID-JCOP3>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<257::AID-JCOP3>3.0.CO;2-L).
- 275.PENTZ, M. A. *et al.* A multicommunity trial for primary prevention of adolescent abuse. *În: Journal of the American Medical Association*, 1989, vol. 261, no. 22, p. 3259-3266. ISSN (print) 0098-7484, ISSN (online) 1538-3598. doi: [10.1001/jama.1989.03420220073030](https://doi.org/10.1001/jama.1989.03420220073030).
- 276.PERRY, C. L. *et al.* Project Northland: Outcomes of a community wide alcohol use prevention program during early adolescence. *În: American Journal of Public Health*, 1996, vol. 86, no. 7, p. 956-965. ISSN (print) 0090-0036, ISSN (online) 1541-0048. doi: [10.2105/ajph.86.7.956](https://doi.org/10.2105/ajph.86.7.956).
- 277.PHILLIPS-HOWARD, P. A. *et al.* Well-being, alcohol use and sexual activity in young teenagers: Findings from a cross-sectional survey in school children in North West England.

- În: *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2010, vol. 5, Article no. 27, 8 p. ISSN (print) 1747-597X. doi: [10.1186/1747-597X-5-27](https://doi.org/10.1186/1747-597X-5-27).
- 278.PIKO, B. Perceived social support from parents and peers: Which is the stronger predictor of adolescent substance use? În: *Substance Use & Misuse*, 2000, vol. 35, no. 4, p. 617-630. ISSN (print) 1082-6084, ISSN (online) 1532-2491. doi: [10.3109/10826080009147475](https://doi.org/10.3109/10826080009147475).
- 279.PÎRLOG, M. *et al.* Connection between alcohol consumption and aggression in a population of Romanian students. În: *Revista de Cercetare și Intervenție Socială*, 2017, vol. 58, p. 81-99. ISSN (print) 1583-3410, ISSN (online) 1584-5397.
- 280.POKORNY, A. D., MILLER, B. A., KAPLAN, H. B. The brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. În: *The American Journal of Psychiatry*, 1972, vol. 129, no. 3, p. 342-345. ISSN (print) 0002-953X, ISSN (online) 1535-7228. doi: [10.1176/ajp.129.3.342](https://doi.org/10.1176/ajp.129.3.342).
- 281.POPOVICIU, I., POPOVICIU, A. S. Strategii și politici de profilaxie și combatere a alcoolismului în societatea postmodernă. În: *Revista de Asistență Socială*, 2005, nr. 3-4, p. 55-69. ISSN (print) 1583-0608.
- 282.PORCHE, M. V., FORTUNA, L. R., WACHHOLTZ, A., STONE, R. T. Distal and proximal religiosity as protective factors for adolescent and emerging adult alcohol use. În: *Religions*, 2015, vol. 6, no. 2, p. 365-384. ISSN (online) 2077-1444. doi: [10.3390/rel6020365](https://doi.org/10.3390/rel6020365).
- 283.PROCTOR, C., LINLEY, P. A., MALTBY, J. Youth life satisfaction: A review of the literature. În: *Journal of Happiness Studies*, 2009, vol. 10, no. 5, p. 583-630. ISSN (print) 1389-4978, ISSN (online) 1573-7780. doi: [10.1007/s10902-008-9110-9](https://doi.org/10.1007/s10902-008-9110-9).
- 284.QUIROGA-SÁNCHEZ, E. *et al.* Descriptive study of friendship networks in adolescents and their relationship with self-efficacy and alcohol consumption using social network analysis. În: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, vol. 19, Article no. 11527. ISSN (print) 1661-7827, ISSN (online) 1660-4601. doi: [10.3390/ijerph191811527](https://doi.org/10.3390/ijerph191811527).
- 285.RACU, I. *Anxietatea la preadolescenții contemporani și modalități de diminuare (Teză de doctor în psihologie)*. Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, 2011, 328 p. <http://www.cnaa.md/thesis> (vizitat 16.09.2020).
- 286.RAHDERT, E. R. (Ed.), *The Adolescent Assessment/Referral System Manual (DHHS publication 91-1735)*. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services, 1991, 116 p. ISBN 978-075-67-0609-8.
- 287.RAITASALO, K. *et al.* What is going on with underage drinking? Reflections on Finnish European school survey project on alcohol and other drugs data 1999-2015. În: *Drug and*

- Alcohol Review*, 2018, vol. 37, suppl., p. 76-84. ISSN (print) 0959-5236, ISSN (online) 1465-3362. doi: [10.1111/dar.12697](https://doi.org/10.1111/dar.12697).
288. RAMASWAMY, V., AROIAN, K. J., TEMPLIN, T. Adaptation and psychometric evaluation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support for Arab American adolescents. În: *American Journal of Community Psychology*, 2009, vol. 43, no. 1-2, p. 49-56. ISSN (print) 0091-0562, ISSN (online) 1573-2770. doi: [10.1007/s10464-008-9220-x](https://doi.org/10.1007/s10464-008-9220-x).
289. RĂȘCANU, R. *Alcool și droguri: Virtuti și capcane pentru tineri*. București: Editura Universității din București, 2004, 164 p. ISBN 978-973-57-5908-7.
290. REBER, A. S. *Dictionary of Psychology*. London, UK: Penguin Books, 1985, 848 p. ISBN 978-067-08-0136-7.
291. REINHERZ, H. Z. *et al.* Health-promoting influences of the family on late adolescent functioning. În: *Child & Adolescent Social Work Journal*, 2008, vol. 25, no. 6, p. 517-530. ISSN (print) 0738-0151, ISSN (online) 1573-2797. doi: [10.1007/s10560-008-0153-x](https://doi.org/10.1007/s10560-008-0153-x).
292. RESNICK, M. D. *et al.* Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. În: *The Journal of the American Medical Association*, 1997, vol. 278, no. 10, p. 823-832. ISSN (print) 0098-7484, ISSN (online) 1538-3598. doi: [10.1001/jama.278.10.823](https://doi.org/10.1001/jama.278.10.823).
293. REW, L., WONG, J. A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. În: *Journal of Adolescent Health*, 2006, vol. 38, no. 4, p. 433-442. ISSN (print) 1054-139X, ISSN (online) 1879-1972. doi: [10.1016/j.jadohealth.2005.02.004](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.02.004).
294. RICHARDSON, C. G., KWON, J.-Y., RATNER, P. A. Self-esteem and the initiation of substance use among adolescents. În: *Canadian Journal of Public Health*, 2012, vol. 104, no. 1, p. 60-63. ISSN (print) 0008-4263, ISSN (online) 1920-7476. doi: [10.1007/BF03405656](https://doi.org/10.1007/BF03405656).
295. RIGGS, S. R., ALARIO, A. Adolescent substance use instructor's guide. În: DUBE, C. *et al.* (Eds.), *Project ADEPT: Curriculum for Primary Care Physician Training*. Providence, RI: Brown University Center for Alcohol and Addiction Studies, 1989, p. 1-57.
296. ROBU, V. Indisciplina în rândul elevilor de liceu români: prevalență și motivație. În: *Psihologie. Revistă Științifico-Practică*, 2010, nr. 1, p. 27-38. ISSN (print) 1857-2502, ISSN (online) 2537-6276.
297. ROBU, V. Rolul suportului social din partea familiei în generarea și menținerea stării de bine în rândul adolescenților. O sinteză a evidențelor empirice. În: Savca, L. (Ed.), *Aspecte psihologice ale familiei contemporane și problemele educației copilului: Materialele conferinței a VIII-a a psihologilor practicieni cu participare internațională, 18 mai 2012*.

- Chișinău: Direcția Generală Educație, Tineret și Sport, 2012, p. 74-83. ISBN 978-997-54-3372-3.
- 298.ROBU, V. Predictorii ai riscului suicidar în rândul adolescenților. În: *Revista de Psihologie*, 2013a, vol. 59, no. 3, p. 226-237. ISSN (print) 0034-8759, ISSN (online) 2344-4665.
- 299.ROBU, V. Perceived social support, school engagement, and school adjustment among adolescents: Testing a structural model of relationships. În: *Romanian Journal of School Psychology*, 2013b, vol. 6, nr. 11, p. 7-29. ISSN (print) 2248-244X.
- 300.ROBU, V. *Psihologia personalității. Note de curs*. Iași: Editura „Lumen”, 2017, 98 p. ISBN 978-973-16-6460-6.
- 301.ROBU, V., PRUTEANU, L. M. *Evaluarea rezilienței adolescenților: proprietăți psihometrice ale unui instrument – Brief Resilience Scale*. În: *Revista de Psihologie*, 2015, vol. 61, nr. 2, p. 109-120. ISSN (print) 0034-8759, ISSN (online) 2344-4665.
- 302.ROBU, V., SANDOVICI, A. Modeling the antecedents and outcomes of student engagement with school: An exploratory study of Romanian adolescents. În: Veiga, F. H. (Ed.), *Students' Engagement in School: International Perspectives of Psychology and Education*. Lisbon: Institute of Education, 2014, p. 143-161. ISBN 978-989-98-3148-3.
- 303.ROBU, V., SANDOVICI, A., CIUDIN, M. Measuring perceived social support in Romanian adolescents: Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. În: *Journal of Innovation in Psychology, Education and Didactics*, 2020, vol. 24, no. 1, p. 65-90. ISSN (print) 2247-4579, ISSN (online) 2392-7127.
- 304.ROCCAS, S., SAGIV, L., SCHWARTZ, S. H., KNAFO, A. The Big Five Personality factors and personal values. În: *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2002, vol. 28, no. 6, p. 789-801. ISSN (print) 0146-1672, ISSN (online) 1552-7433. doi: [10.1177/0146167202289008](https://doi.org/10.1177/0146167202289008).
- 305.ROLLAND, J.-P. *L'évaluation de la personnalité. Le modèle en cinq facteurs*. Sprimont: Mardaga, 2004, 248 p. ISBN 978-287-00-9843-1.
- 306.ROSENBERG, M., SCHOOLER, C., SCHOENBACH, C., ROSENBERG, F. Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. În: *American Sociological Review*, 1995, vol. 60, no. 1, p. 141-156. ISSN (print) 0003-1224, ISSN (online) 1939-8271. doi: [10.2307/2096350](https://doi.org/10.2307/2096350).
- 307.ROSENFELD, L. B., RICHMAN, J. M., BOWEN, G. L. Social support networks and school outcomes: The centrality of the teacher. În: *Child and Adolescent Social Work Journal*, 2000, vol. 17, no. 3, p. 205-226. ISSN (print) 0738-0151, ISSN (online) 1573-2797. doi: [10.1023/A:1007535930286](https://doi.org/10.1023/A:1007535930286).

- 308.ROSSOW, I., PAPE, H., TORGERSEN, L. Decline in adolescent drinking: Some possible explanations. În: *Drug and Alcohol Review*, 2020, vol. 39, no. 6, p. 721-728. ISSN (online) 1465-3362. doi: [10.1111/dar.13132](https://doi.org/10.1111/dar.13132).
- 309.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. În: *Journal of Youth and Adolescence*, 2010, vol. 39, no. 1, p. 47-61. ISSN (print) 0047-2891, ISSN (online) 1573-6601. doi: [10.1007/s10964-008-9368-6](https://doi.org/10.1007/s10964-008-9368-6).
- 310.RUSNAC, S. *Consiliere psihologică în grup. Forme și metode*. Chișinău: Universitatea Liberă Internațională din Moldova, Departamentul Psihologie și Asistență Socială & Institutul de Formare și Cercetare în Consiliere Psihologică și Psihoterapie, 2005, 113 p. ISBN 997-593-452-8.
- 311.RYAN, R. M., DECI, E. L. Promoting self-determined school engagement: Motivation, learning, and well-being. În: WENTZEL, K. R., WIGFIELD, A. (Eds.), *Handbook of Motivation at School*. New York, NY: Routledge, 2009, p. 171-195. ISBN 978-080-58-6284-3.
- 312.RYFF, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. În: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, vol. 57, no. 6, p. 1069-1081. ISSN (print) 0022-3514, ISSN (online) 1939-1315. doi: [10.1037/0022-3514.57.6.1069](https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069).
- 313.SALAMÓ-AVELLANEDA, A., GRAS-PEREZ, M. E., FONT-MAYOLAS, S. Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. În: *Psicothema*, 2010, vol. 22, no. 2, p. 189-195. ISSN (print) 0214-9915, ISSN (online) 1886-144X.
- 314.SANDOVICI, A., TUFEANU, M., MIHĂILĂ, M. L. Comportamentele cu risc pentru sănătate în rândul adolescenților români: o analiză cantitativă bazată pe modele predictive. În: *Anuarul Universității „Petre Andrei” din Iași (Fascicula: Asistență Socială, Sociologie, Psihologie)*, 2016, vol. 15, p. 61-97. ISSN (print) 2248-1060, ISSN (online) 2601-8209.
- 315.SAUNDERS, J. B., AASLAND, O. G., AMUNDSEN, A., GRANT, M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – I. *Addiction*, 1993, vol. 88, no. 3, p. 349-362. ISSN (print) 0965-2140, ISSN (online) 1360-0443. doi: [10.1111/j.1360-0443.1993.tb00822.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb00822.x).
- 316.SAUNDERS, J. B. *et al.* Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol

- consumption – II. În: *Addiction*, 1993, vol. 88, no. 6, p. 791-804. ISSN (print) 0965-2140, ISSN (online) 1360-0443. doi: [10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x).
- 317.SAVA, F. A. *Analiza datelor în cercetarea psihologică* (Ediția a II-a revizuită). Cluj-Napoca: Editura ASCR, 2011, 371 p. ISBN 978-606-82-4423-5.
- 318.SĂLĂGEAN, D. *et al. Consiliere și orientare pentru profesorii diriginți și învățători. Auxiliar didactic destinat ciclurilor primar, gimnazial și liceal*. Cluj-Napoca: Editura „Eurodidact”, 2007, 210 p. ISBN 978-973-77-0965-3.
- 319.SCHEFFELS, J., BUVIK, K., TOKLE, R., ROSSOW, I. Normalisation of non-drinking? 15–16-year-olds’ accounts of refraining from alcohol. În: *Drug and Alcohol Review*, 2020, vol. 39, no. 6, p. 729-736. ISSN (print) 0959-5236, ISSN (online) 1465-3362. doi: [10.1111/dar.13084](https://doi.org/10.1111/dar.13084).
- 320.SCHERBAUM, C. A., COHEN-CHARASH, Y., KERN, M. J. Measuring general self-efficacy. A comparison of three measures using item response theory. În: *Educational and Psychological Measurement*, 2006, vol. 66, no. 6, p. 1047-1063. ISSN (print) 0013-1644, ISSN (online) 1552-3888. doi: [10.1177/0013164406288171](https://doi.org/10.1177/0013164406288171).
- 321.SCHERMELLEH-ENGEL, K., MOOSBRUGGER, H., MÜLLER, H. Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. În: *Methods of Psychological Research Online*, 2003, vol. 8, nr. 2, p. 23-74. ISSN (print) 1616-8119, ISSN (online) 1432-8534.
- 322.SCHMITT, D. P. *et al.* The geographic distribution of Big Five personality traits. Patterns and profiles of human self-description across 56 nations. În: *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 2007, vol. 38, no. 2, p. 173-212. ISSN (print) 0022-0221, ISSN (online) 1552-5422. doi: [10.1177/002202210629729](https://doi.org/10.1177/002202210629729).
- 323.SCHOLZ, U., GUTIÉRREZ-DOÑA, B., SUD, S., SCHWARZER, R. Is general self-efficacy a universal construct ? Psychometric findings from 25 countries. În: *European Journal of Psychological Assessment*, 2002, vol. 18, no. 3, p. 242-251. ISSN (print) 2151-2426, ISSN (online) 1015-5759. doi: [10.1027/1015-5759.18.3.242](https://doi.org/10.1027/1015-5759.18.3.242).
- 324.SCHWARTZ, R. H., WIRTZ, P. W. Potential substance abuse. Detection among adolescent patients using the Drug and Alcohol Problem (DAP) Quick Screen, a 30-item questionnaire. În: *Clinical Pediatrics*, 1990, vol. 29, no. 1, p. 38-43. ISSN (print) 0009-9228, ISSN (online) 1938-2707. doi: [10.1177/000992289002900106](https://doi.org/10.1177/000992289002900106).
- 325.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. ISBN 978-012-65-7410-4.



- 326.SCHWINN, T. M., SCHINKE, S. P., TRENT, D. N. Substance use among late adolescent urban youths: Mental health and gender influences. În: *Addictive Behaviors*, 2010, vol. 35, no. 1, p. 30-34. ISSN (print) 0306-4603, ISSN (online) 1873-6327. doi: [10.1016/j.addbeh.2009.08.005](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.08.005).
- 327.SEIFERT, E. H, VORNBERG, J. A. *The New School Leader for the 21st Century: The Principal*. Oxford, UK: Scarecrow Press, 2002, 608 p. ISBN 978-081-08-4393-6.
- 328.SELZER, M. L. The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. În: *The American Journal of Psychiatry*, 1971, vol. 127, no. 12, p. 1653-1658. ISSN (print) 0002-953X, ISSN (online) 1535-7228. doi: [10.1176/ajp.127.12.1653](https://doi.org/10.1176/ajp.127.12.1653).
- 329.SELZER, M. L., VINOKUR, A., Van ROOIJEN, L. A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). În: *Journal of Studies on Alcohol*, 1975, vol. 36, no. 1, p. 117-126. ISSN (print) 0096-882X, ISSN (online) 1934-2683. doi: [10.15288/jsa.1975.36.117](https://doi.org/10.15288/jsa.1975.36.117).
- 330.SHATKIN, J. P. *Child & Adolescent Mental Health: A Practical, All-in-One Guide*. New York, NY: W. W. Norton & Company, Inc., 2015, 512 p. ISBN 978-039-37-1060-1.
- 331.SHOEMAKER, A. L. Construct validity of area specific self-esteem: The Hare Self-Esteem Scale. În: *Educational and Psychological Measurement*, 1980, vol. 40, no. 2, p. 495-501. ISSN (print) 0013-1644, ISSN (online) 1552-3888. doi: [10.1177/001316448004000231](https://doi.org/10.1177/001316448004000231).
- 332.SHOREY, S., NG, E. S., WONG, C. H. J. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. În: *British Journal of Clinical Psychology*, 2022, vol. 61, no. 2, p. 287-305. ISSN (print) 0144-6657, ISSN (online) 2044-8260. doi: [10.1111/bjc.12333](https://doi.org/10.1111/bjc.12333).
- 333.SIMACHE, D. *Adicția de substanțe*. În: ENEA, V. (Coord.), *Intervenții psihologice în școală. Manualul consilierului școlar*. Iași: Editura Polirom, 2019, p. 476-490. ISBN 978-973-46-6358-3.
- 334.SIMONS-MORTON, B., CHEN, R. Peer and parent influences on school engagement among early adolescents. În: *Youth & Society*, 2009, vol. 41, no. 1, p. 3-25. ISSN (print) 0044-118X, ISSN (online) 1552-8499. doi: [10.1177/0044118X09334861](https://doi.org/10.1177/0044118X09334861).
- 335.SMITH, B. W. *et al.* The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back. În: *International Journal of Behavioral Medicine*, 2008, vol. 15, no. 3, p. 194-200. ISSN (print) 1070-5503, ISSN (online) 1532-7558. doi: [10.1080/10705500802222972](https://doi.org/10.1080/10705500802222972).
- 336.SMITH, B. W., TOOLEY, E. M., CHRISTOPHER, P., KAY, V. S. Resilience as the ability to bounce back: A neglected personal resource? În: *Journal of Positive Psychology*, 2010, vol.

- 5, no. 3, p. 166-176. ISSN (print) 1743-9760, ISSN (online) 1743-9779. doi: [10.1080/17439760.2010.482186](https://doi.org/10.1080/17439760.2010.482186).
- 337.SOLIZ, J., KELLAS, J. K. Communicative correlates of family satisfaction. În: MICHALOS, A. C. (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Dordrecht, NL: Springer, 2014, p. 1020-1025. ISBN 978-940-07-0752-8.
- 338.STEINBERG, L. We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. În: *Journal of Research on Adolescence*, 2001, vol. 11, no. 1, p. 1-19. ISSN (print) 1050-8392, ISSN (online) 1532-7795. doi: [10.1111/1532-7795.00001](https://doi.org/10.1111/1532-7795.00001).
- 339.STEINBERG, L., SHEFFIELD MORRIS, A. Adolescent development. În: *Annual Review of Psychology*, 2001, vol. 52, p. 83-110. ISSN (print) 0066-4308, ISSN (online) 1545-2085. doi: [10.1146/annurev.psych.52.1.83](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.83).
- 340.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. În: *American Journal of Community Psychology*, 2011, vol. 48, no. 3-4, p. 284-295. ISSN (print) 0091-0562, ISSN (online) 1573-2770. doi: [10.1007/s10464-011-9429-y](https://doi.org/10.1007/s10464-011-9429-y).
- 341.STICE, E., BARRERA, M. A longitudinal examination of the reciprocal relations between perceived parenting and adolescents' substance use and externalizing behaviors. În: *Developmental Psychology*, 1995, vol. 31, no. 2, p. 322-334. ISSN (print) 0012-1649, ISSN (online) 1939-0599. doi: [10.1037/0012-1649.31.2.322](https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.2.322).
- 342.STICE, E., BEARMAN, K. Body image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. În: *Developmental Psychology*, 2001, vol. 37, no. 5, p. 597-607. ISSN (print) 0012-1649, ISSN (online) 1939-0599. doi: [10.1037//0012-1649.37.5.597](https://doi.org/10.1037//0012-1649.37.5.597).
- 343.STOLLE, M., SACK, P.-M., THOMASIUS, R. Binge drinking in childhood and adolescence: Epidemiology, consequences, and interventions. În: *Deutsches Ärzteblatt International*, 2009, vol. 106, no. 19, p. 323-328. ISSN (online) 1866-0452. doi: [10.3238/arztebl.2009.0323](https://doi.org/10.3238/arztebl.2009.0323).
- 344.STRICKLAND, B. R. Motivation. În: STRICKLAND, B. R. (Executive Editor), *The Gale Encyclopedia of Psychology* (2nd ed.). Farmington Hills, MI: Gale Group, 2001, p. 440-441. ISBN 978-078-76-4786-5.
- 345.STRUNIN, L. *et al.* Parental monitoring and alcohol use among Mexican students. În: *Addictive Behaviors*, 2013, vol. 38, no. 10, p. 2601-2606. ISSN (print) 0306-4603, ISSN (online) 1873-6327. doi: [org/10.1016/j.addbeh.2013.06.011](https://doi.org/org/10.1016/j.addbeh.2013.06.011).



- 346.SULDO, S. M., RILEY, K. N., SHAFFER, E. J. Academic correlates of children and adolescents' life satisfaction. În: *School Psychology International*, 2006, vol. 27, no. 5, p. 567-582. ISSN (print) 0143-0343, ISSN (online) 1461-7374. doi: [10.1177/0143034306073411](https://doi.org/10.1177/0143034306073411).
- 347.SWENSON, W. M., MORSE, R. M. The use of a self-administered alcoholism screening test (SAAST) in a medical center. În: *Mayo Clinic Proceedings*, 1975, vol. 50, no. 4, p. 204-208. ISSN (print) 0025-6196, ISSN (online) 1942-5546.
- 348.TABERNERO, C., LUQUE, B., CUADRADO, E. A multilevel study of alcohol consumption in young adults: Self-efficacy, peers motivations and protective strategies. În: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, vol. 16, Article no. 2827. ISSN (print) 1661-7827, ISSN (online) 1660-4601. doi: [10.3390/ijerph16162827](https://doi.org/10.3390/ijerph16162827).
- 349.TEUNISSEN, H. A. *et al.* Cool or fool? The association between drinker prototypes and alcohol consumption using multiple time-point diary assessments in adolescent males. În: *Substance Use & Misuse*, 2017, vol. 52, no. 5, p. 656-665. ISSN (print) 1082-6084, ISSN (online) 1532-2491. doi: [10.1080/10826084.2016.1253743](https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1253743).
- 350.THOITS, P. A. Stress and health: Major findings and policy implications. În: *Journal of Health and Social Behavior*, 2010, vol. 51 (special issue), p. 41-53. ISSN (print) 0022-1465, ISSN (online) 2150-6000. doi: [10.1177/0022146510383499](https://doi.org/10.1177/0022146510383499).
- 351.THOMAS, B. F. *et al.* *Alcohol – No Ordinary Commodity: Research and Public Policy* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press, 2010, 320 p. ISBN 978-019-95-5114-9.
- 352.TINTIUC, T. *et al.* *Ghidul – formarea deprinderilor de viață pentru prevenirea traficului de ființe umane*. Chișinău: Centrul de Informare și Documentare privind Drepturile Copilului, Swedish Save the Children, UNICEF și Ministerul Educației, 2004, 194 p. [https://drepturilecopilului.md/files/publications/final\\_final\\_fdv.pdf](https://drepturilecopilului.md/files/publications/final_final_fdv.pdf) (vizitat 18.11.2021).
- 353.TROVA, A. C., PAPARRIGOPOULOS, T., LIAPPAS, I., GINIERI-COCCOSSIS, M. Prevention of alcohol dependence. În: *Psychiatriki*, 2015, vol. 26, no. 2, p. 131-140. ISSN (print) 1105-2333.
- 354.TROY, A. S., MAUSS, I. B. Resilience in the face of stress: Emotion regulation as a protective factor. În: SOUTHWICK, S., CHARNEY, D., FRIEDMAN, M., LITZ, B. (Eds.), *Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011, p. 30-44. ISBN 978-052-18-9839-3.
- 355.TSCHORN, M. *et al.* Differential predictors for alcohol use in adolescents as a function of familial risk. În: *Translational Psychiatry*, 2021, vol. 11, Article no. 157. ISSN (online) 2158-3188. doi: [10.1038/s41398-021-01260-7](https://doi.org/10.1038/s41398-021-01260-7).

356. TUFEANU, M. *Subrealizarea școlară. Incursiune teoretică și aplicativă*. Cluj-Napoca: Editura ASCR, 2015, 155 p. ISBN 978-606-97-7032-0.
357. TURBIN, M. S. *et al.* Protective and risk factors in health-enhancing behavior among adolescents in China and the United States: Does social context matter? În: *Health Psychology*, 2006, 25, vol. 4, p. 445-454. ISSN (print) 0278-6133, ISSN (online) 1930-7810. doi: [10.1037/0278-6133.25.4.445](https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.4.445).
358. 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. În: *Perspectives on Psychological Science*, 2009, vol. 4, no. 3, p. 236-255. ISSN (print) 1745-6916, ISSN (online) 1745-6924. doi: [10.1111/j.1745-6924.2009.011](https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.011).
359. URBERG, K. W. *et al.* A two-stage model of peer influence in adolescent substance use: Individual and relationship-specific differences in susceptibility to influence. În: *Addictive Behaviors*, 2003, vol. 28, no. 7, p. 1243-1256. ISSN (print) 0306-4603, ISSN (online) 1873-6327. doi: [10.1016/s0306-4603\(02\)00256-3](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(02)00256-3).
360. 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. În: *BMC Psychiatry*, 2018, vol. 18, Article no. 6. ISSN (print) 1471-244X. doi: [10.1186/s12888-018-1591-4](https://doi.org/10.1186/s12888-018-1591-4).
361. VAN JORIS, H. J., MOLL, M. Adolescent alcohol consumption in Romania: A blueprint for measuring alcohol (mis)use. În: *Revista de Cercetare și Intervenție Socială*, 2012, vol. 37, p. 77-90. ISSN (print) 1583-3410, ISSN (online) 1584-5397.
362. 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. În: *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2010, vol. 19, no. 6, p. 483-491. ISSN (print) 1018-8827, ISSN (online) 1435-165X. doi: [10.1007/s00787-009-0058-z](https://doi.org/10.1007/s00787-009-0058-z).
363. VAZSONYI, A. T. *et al.* Jessor's problem behavior theory: Cross-national evidence from Hungary, the Netherlands, Slovenia, Spain, Switzerland, Taiwan, Turkey, and the United States. În: *Developmental Psychology*, 2010, vol. 46, no. 6, p. 1779-1791. ISSN (print) 0012-1649, ISSN (online) 1939-0599. doi: [10.1037/a0020682](https://doi.org/10.1037/a0020682).
364. VAZSONYI, A. T. *et al.* A test of Jessor's problem behavior theory in a Eurasian and a Western European developmental context. În: *Journal of Adolescent Health*, 2008, vol. 43, no. 6, p. 555-564. ISSN (print) 1054-139X, ISSN (online) 1879-1972. doi: [10.1016/j.jadohealth.2008.06.013](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.06.013).

365. VELLEMAN, R. *How Do Children and Young People Learn About Alcohol: A Major Review of the Literature for the Joseph Rowntree Foundation*. Bath, UK: University of Bath, Department of Psychology, 2009, 324 p. Raport disponibil online la <https://purehost.bath.ac.uk/ws/portalfiles/portal/14032679/> (vizitat 14.12.2022).
366. VERNON, A. *Programul „Pașaport pentru succes” în dezvoltarea emoțională, socială, cognitivă și personală a copiilor din clasele IX-XII*. Cluj-Napoca: Romanian Psychological Testing Services, 2008, 267 p. ISBN 978-973-1816-25-8.
367. VILLAR, E. *et al.* A systematic review and narrative synthesis of the relationship between social support and binge drinking among adolescents and emerging adults. În: *Youth*, 2022, vol. 2, no. 4, p. 570-586. ISSN (online) 2673-995X. doi: [10.3390/youth2040041](https://doi.org/10.3390/youth2040041).
368. VITARO, F., BOIVIN, M., BUKOWSKI, W. M. The role of friendship in child and adolescent psychosocial development. În: RUBIN, K. H., BUKOWSKI, W. M., LAURSEN, B. (Eds.), *Handbook of Peer Interactions, Relationships, and Groups*. New York, NY: Guilford Press, 2009, p. 568-585. ISBN 978-146-25-4121-8.
369. VLAICU, B. *et al.* Chestionarul CORT 2004. În: *Revista de Igienă și Sănătate Publică*, 2004, vol. 54, no. 3, p. 129-135. ISSN (print) 1221-2520, ISSN (online) 2069-3001.
370. VRAȘTI, R. *Alcoolismul: detecție, diagnostic și evaluare*. Timișoara: Editura „Timpolis”, 2001, 299 p. ISBN 973-975-029-X.
371. WAGNER, F. A., ANTHONY, J. C. From first drug use to drug dependence: Developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. În: *Neuropsychopharmacology*, 2002, vol. 26, no. 4, p. 479-488. ISSN (print) 0893-133X, ISSN (online) 1740-634X. doi: [10.1016/S0893-133X\(01\)00367-0](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(01)00367-0).
372. WEBER, E. U. Personality and risk taking. În: SMELSER, N. J., BALTES P. B. (Editors-in-Chief), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Oxford: Elsevier Science, Ltd., 2001, p. 11274-11276. ISBN 978-008-05-4805-0.
373. WEBER, E. U., BLAIS, A.-R., BETZ, N. E. A domain-specific risk-attitude scale: Measuring risk perceptions and risk behaviors. În: *Journal of Behavioral Decision Making*, 2002, vol. 15, no. 4, p. 263-290. ISSN (print) 0894-3257, ISSN (online) 1099-0771. doi: [10.1002/bdm.414](https://doi.org/10.1002/bdm.414).
374. WEBER, E. U., MILLIMAN, R. Perceived risk attitudes: relating risk perception to risky choice. În: *Management Science*, 1997, vol. 43, no. 2, p. 123-144. ISSN (print) 0025-1909, ISSN (online) 1526-5501. doi: [10.1287/mnsc.43.2.123](https://doi.org/10.1287/mnsc.43.2.123).
375. WEILAND, B. J. *et al.* Resiliency in adolescents at high risk for substance abuse: Flexible adaptation via subthalamic nucleus and linkage to drinking and drug use in early adulthood.

- În: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2012, vol. 36, no. 8, p. 1355-1364. ISSN (print) 0145-6008, ISSN (online) 1530-0277. doi: [10.1111/j.1530-0277.2012.01741.x](https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2012.01741.x).
376. WEITHORN, L. A., CAMPBELL, S. B. The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. În: *Child Development*, 1982, vol. 53, no. 6, p. 1589-1598. ISSN (print) 0009-3920, ISSN (online) 1467-8624. doi: [10.2307/1130087](https://doi.org/10.2307/1130087).
377. WENTZEL, K. R. Social relationships and motivation in middle school: The role of parents, teachers and peers. În: *Journal of Educational Psychology*, 1998, vol. 90, no. 2, p. 202-209. ISSN (print) 0022-0663, ISSN (online) 1939-2176. doi: [10.1037/0022-0663.90.2.202](https://doi.org/10.1037/0022-0663.90.2.202).
378. WERNER, E. E, SMITH, R. S. *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press, 1992, 304 p. ISBN 978-080-14-8018-8.
379. 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. ISBN 978-080-39-5318-5.
380. WHELAN, R. *et al.* Neuropsychosocial profiles of current and future adolescent alcohol misusers. În: *Nature*, 2014, vol. 512, no. 7513, p. 185-189. ISSN (print) 0028-0836, ISSN (online) 1476-4687. doi: [10.1038/nature13402](https://doi.org/10.1038/nature13402).
381. WILLIAMS, C. L., PERRY, C. L., FARBAKHS, K., VEBLEN-MORTENSON, S. Project Northland: Comprehensive alcohol use prevention for young adolescents, their parents, schools, peers, and communities. *Journal of Studies on Alcohol*, 1999, vol. 13, suppl., p. 112-124. ISSN (print) 0096-882X, ISSN (online) 1934-2683. doi: [10.15288/jsas.1999.s13.112](https://doi.org/10.15288/jsas.1999.s13.112).
382. WILLIAMS, P. G., HOLMBECK, G. N., GREENLEY, R. N. Adolescent health psychology. În: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002, vol. 70, no. 3, p. 828-842. ISSN (print) 0022-006X, ISSN (online) 1939-2117. doi: [10.1037/0022-006X.70.3.828](https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.828).
383. WINDLE, G., BENNETT, K. M., NOYES, J. A methodological review of resilience measurement scales. În: *Health and Quality of Life Outcomes*, 2011, vol. 9, Article no. 8. ISSN (online) 1477-7525. doi: [10.1186/1477-7525-9-8](https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-8).
384. WINDLE, M. Coexisting problems and alcoholic family risk among adolescents. În: *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1994, vol. 708, no. 1, p. 157-164. ISSN (print) 0070-8923, ISSN (online) 1749-6632. doi: [10.1111/j.1749-6632.1994.tb24708.x](https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1994.tb24708.x).
385. WINDLE, M. An alcohol involvement typology for adolescents: Convergent validity and longitudinal stability. În: *Journal of Studies on Alcohol*, 1996, vol. 57, no. 6, p. 627-637. ISSN (print) 0096-882X, ISSN (online) 1934-2683. doi: [10.15288/jsa.1996.57.627](https://doi.org/10.15288/jsa.1996.57.627).

386. WINDLE, M., WINDLE, R. C. Alcohol and other substances use and abuse. In: ADAMS, G. R., BERZONSKY, M. D. (Eds.), *Blackwell Handbook of Adolescence*. Malden, MA: Blackwell Publishing Ltd., 2006, p. 450-469. ISBN 978-063-12-1919-4.
387. WONG, M. M. *et al.* Behavioral control and resiliency in the onset of alcohol and illicit drug use: A prospective study from preschool to adolescence. In: *Child Development*, 2006, vol. 77, no. 4, p. 1016-1033. ISSN (print) 0009-3920, ISSN (online) 1467-8624. doi: [10.1111/j.1467-8624.2006.00916.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00916.x).
388. WORRELL, F. C., CROSS, W. E., Jr. The reliability and validity of Big Five Inventory scores with African-American college students. In: *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 2004, vol. 32, no. 1, p. 18-32. ISSN (print) 0883-8534, ISSN (online) 2161-1912. doi: [10.1002/j.2161-1912.2004.tb00358.x](https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.2004.tb00358.x).
389. WORTHINGTON, E. L. Jr. *et al.* The Religious Commitment Inventory- 10: Development, refinement, and validation of a brief scale for research and counselling. In: *Journal of Counseling Psychology*, 2003, vol. 50, no. 1, p. 84-96. ISSN (print) 0022-0167, ISSN (online) 1939-2168. doi: [10.1037/0022-0167.50.1.84](https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.1.84).
390. YAP, M. B. *et al.* Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. In: *Addiction*, 2017, vol. 112, no. 7, p. 1142-1162. ISSN (print) 0965-2140, ISSN (online) 1360-0443. doi: [10.1111/add.13785](https://doi.org/10.1111/add.13785).
391. YOUNG, J. F., BERENSON, K., COHEN, P., GARCIA, J. The role of parent and peer support in predicting adolescent depression: A longitudinal community study. In: *Journal of Research on Adolescence*, 2005, vol. 15, no. 4, p. 407-423. ISSN (print) 1050-8392, ISSN (online) 1532-7795. doi: [10.1111/j.1532-7795.2005.00105.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2005.00105.x).
392. YUE, L., DAJUN, Z., YINGHAO, L., TIANQIANG, H. Meta-analysis of the relationship between life events and depression in adolescents. In: *Journal of Pediatric Care*, 2016, vol. 2, no. 1, ISSN (online) 2471-805X. doi: [10.21767/2471-805X.100008](https://doi.org/10.21767/2471-805X.100008).
393. ZIMET, G. D., DAHLEM, N. W., ZIMET, S. G., FARLEY, G. K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. In: *Journal of Personality Assessment*, 1988, vol. 52, no. 1, p. 30-41. ISSN (print) 0022-3891, ISSN (online) 1532-7752. doi: [10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2).
394. ZIMMER-GEMBECK, M. J., COLLINS, W. A. Autonomy development during adolescence. In: ADAMS, G. R., BERZONSKY, M. D. (Eds.), *Blackwell Handbook of Adolescence*. Malden, MA: Blackwell Publishing Ltd., 2006, p. 175-204. ISBN 978-063-12-1919-4.
395. ZIMMERMAN, P. *et al.* Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: A 4-year community study of adolescents and young adults. In:

*Psychological Medicine*, 2003, vol. 33, no. 7, p. 1211-1222. ISSN (print) 0033-2917, ISSN (online) 1469-8978. doi: [10.1017/S0033291703008158](https://doi.org/10.1017/S0033291703008158).

396. ZULLIG, K. J. *et al.* Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. In: *Journal of Adolescent Health*, 2001, vol. 29, no. 4, p. 279-288. ISSN (print) 1054-139X, ISSN (online) 1879-1972. doi: [10.1016/s1054-139x\(01\)00269-5](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(01)00269-5).

# **ANEXE**











## ANEXA 2. Modelele metrice finale pentru versiunile în limba română ale instrumentelor administrate în studiul constatativ

*Scala pentru evaluarea religiozității.* Utilizând răspunsurile obținute în eșantionul total (N = 688) format din adolescenții care au participat la prezentul studiu, a fost testată validitatea de construct (structura factorială) a versiunii în limba română pentru instrumentul CRS-5. În acest scop, s-a apelat la analiza factorială confirmatorie. Modelul de măsurare ipotetic a inclus un singur factor latent (denumit *Religiozitate*) și cinci variabile observate (corespunzătoare scorurilor la cei cinci itemi pe care adolescenții i-au completat). Nu a fost impusă nicio constrângere în ceea ce privește corelarea reziduurilor (erorilor) asociate itemilor. Deși saturațiile pe care itemii le-au evidențiat în factorul latent au fost semnificative din punct de vedere statistic ( $p < 0.001$ ), adecvarea globală a modelului metric a fost nesatisfăcătoare deoarece:  $\chi^2 = 45.93$ ,  $df = 5$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 9.18$ , GFI = 0.973, AGFI = 0.918, TLI = 0.939, NFI = 0.966, CFI = 0.970, RMSEA = 0.112, CI<sub>90 %</sub> RMSEA = 0.084 – 0.143. Sugestiile pentru îmbunătățirea adecvării statistice a modelului de măsurare (disponibile în *output*-ul obținut cu ajutorul aplicației AMOS) ne-au orientat spre corelarea erorilor asociate itemilor 1 („Cât de des te gândești la chestiuni religioase ?”) și 3 („Cât de des mergi la slujbele religioase ?”). Noul model rezultat a evidențiat o adecvare statistică îmbunătățită, după cum urmează:  $\chi^2 = 18.63$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0.001$ ,  $\chi^2/df = 4.65$ , GFI = 0.989, AGFI = 0.958, TLI = 0.973, NFI = 0.986, CFI = 0.989, RMSEA = 0.075, CI<sub>90 %</sub> RMSEA = 0.043 – 0.111. Saturațiile itemilor în factorul latent (Fig. A.2.1) au avut valori standardizate cuprinse între 0.64 și 0.81 ( $p < 0.001$ ). Corelația dintre reziduurile asociate itemilor 1 și 3 a fost egală cu 0.24 ( $p < 0.001$ ). Factorul latent a explicat între 48 % și 66 % din varianța scorurilor la itemi.

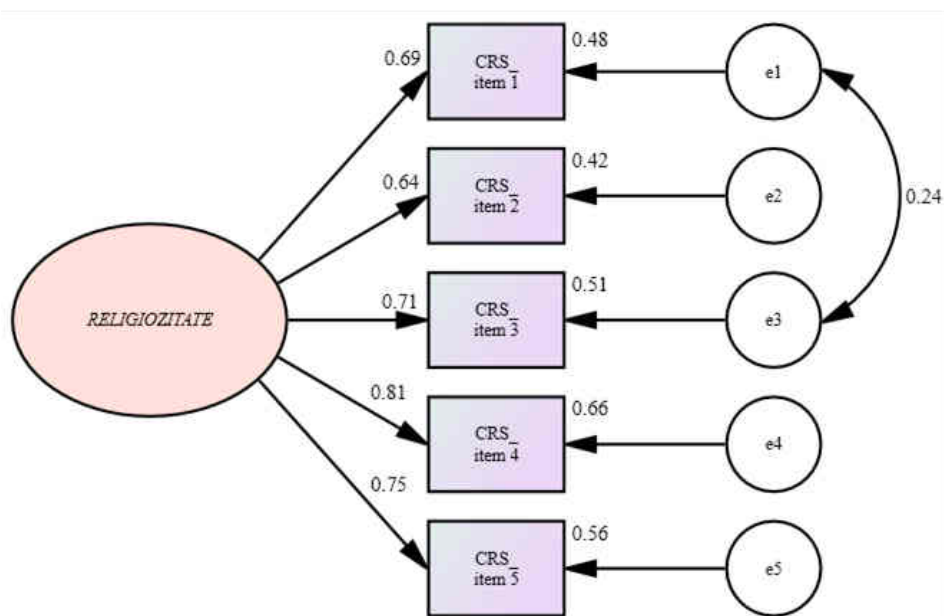


Fig. A.2.1. Modelul metric final pentru versiunea în limba română a instrumentului CRS-5

*Scala pentru evaluarea rezilienței.* În studiul pe care l-am realizat, validitatea de construct a versiunii în limba română pentru instrumentul BRS a fost testată utilizându-se analiza factorială confirmatorie. Un prim model ipotetic a luat în considerare scorurile pentru cei cinci itemi ca indicatori ai unui singur factor latent denumit *reziliență*. Pentru acest model, nu a fost impusă nicio altă constrângere cu privire la corelațiile dintre erorile asociate itemilor. Saturațiile itemilor în factorul latent au fost semnificative din punct de vedere statistic ( $p < 0.001$ ), iar adecvarea globală a modelului a fost satisfăcătoare:  $\chi^2 = 44.32$ ,  $df = 9$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 4.92$ ,  $GFI = 0.975$ ,  $AGFI = 0.942$ ,  $TLI = 0.893$ ,  $NFI = 0.922$ ,  $CFI = 0.936$ ,  $RMSEA = 0.078$ ,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.056 - 0.101$ . Sugestiile pentru îmbunătățirea modelului metric sub aspectul adecvării statistice ne-au condus la impunerea unei constrângeri prin care au fost corelate erorile asociate itemilor 1 („Tind să-mi revin repede după momentele grele prin care trec.”) și 3 („Trec ușor prin momente dificile.”). Astfel, a rezultat un al doilea model metric (Fig. A.2.2) a cărui adecvare statistică s-a îmbunătățit deoarece:  $\chi^2 = 20.48$ ,  $df = 8$ ,  $p < 0.01$ ,  $\chi^2/df = 2.56$ ,  $GFI = 0.989$ ,  $AGFI = 0.971$ ,  $TLI = 0.958$ ,  $NFI = 0.964$ ,  $CFI = 0.977$ ,  $RMSEA = 0.049$ ,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.023 - 0.076$ . Valorile standardizate ale saturațiilor pe care itemii le-au evidențiat în factorul latent au fost cuprinse între 0.40 și 0.56 ( $p < 0.001$ ). Corelația dintre reziduurile asociate itemilor 1 și 3 a fost egală cu 0.23 ( $p < 0.001$ ). Factorul latent a explicat între 16 % și 32 % din varianța scorurilor la itemi.

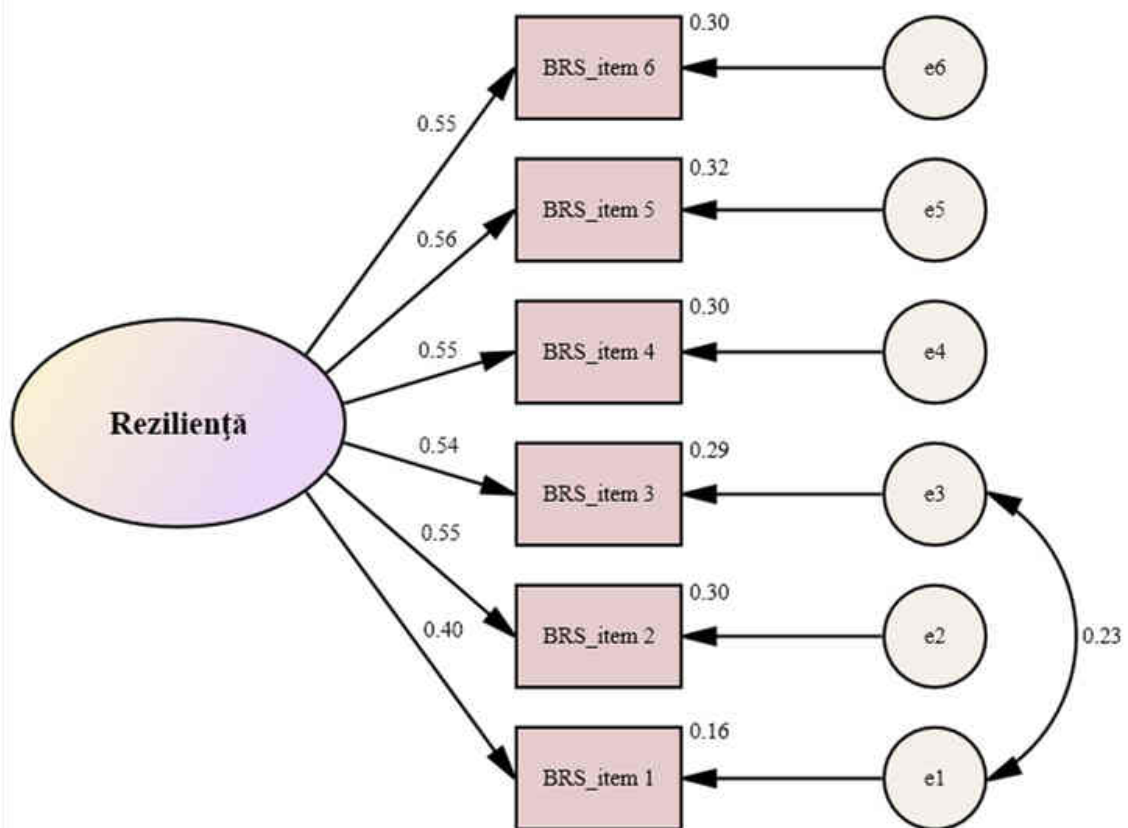


Fig. A.2.2. Modelul metric final pentru versiunea în limba română a instrumentului BRS

*Scala pentru evaluarea autoeficacității generalizate.* În studiul pe care l-am realizat, analiza factorială confirmatorie a versiunii în limba română a pornit de la un model metric cu un singur factor latent (denumit *autoeficacitate generalizată*) și fără nicio constrângere în ceea ce privește corelațiile dintre reziduurile asociate itemilor. Pentru toți dintre itemi, saturațiile în factorul latent au fost semnificative din punct de vedere statistic ( $p < 0.001$ ) și au avut valori cuprinse între 0.37 și 0.67. De asemenea, adecvarea modelului metric din punct de vedere statistic a fost destul de satisfăcătoare, după cum urmează:  $\chi^2 = 133.06$ ,  $df = 35$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 3.80$ , GFI = 0.959, AGFI = 0.935, TLI = 0.905, NFI = 0.903, CFI = 0.926, RMSEA = 0.066,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.054 - 0.078$ . Totuși, sugestiile pentru îmbunătățirea adecvării statistice a modelului metric ne-au orientat spre corelarea erorilor asociate itemilor 1 („Dacă insist, reușesc să rezolv problemele dificile pe care le întâmpin în viața mea.”) și 2 („Chiar dacă cineva mi se opune, găsesc mijloacele pentru a obține ceea ce vreau.”), respectiv 7 („Când mă confrunt cu dificultăți, rămân calm/-ă, deoarece mă pot baza pe capacitățile mele de a le soluționa.”) și 8 („Când mă confrunt cu o problemă, găsesc, de obicei, mai multe soluții de rezolvare.”). Noul model a evidențiat o adecvare statistică îmbunătățită, deoarece:  $\chi^2 = 73.51$ ,  $df = 33$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 2.22$ , GFI = 0.978, AGFI = 0.963, TLI = 0.958, NFI = 0.946, CFI = 0.969, RMSEA = 0.043,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.030 - 0.057$ . Saturațiile itemilor în factorul latent (Fig. A.2.3) au avut valori standardizate cuprinse între 0.36 și 0.68 ( $p < 0.001$ ). Corelațiile dintre reziduurile asociate itemilor 1 și 2, respectiv 7 și 8 au fost egale cu 0.14 ( $p < 0.001$ ). Factorul latent a explicat între 13 % și 46 % din varianța scorului pentru fiecare dintre itemi.

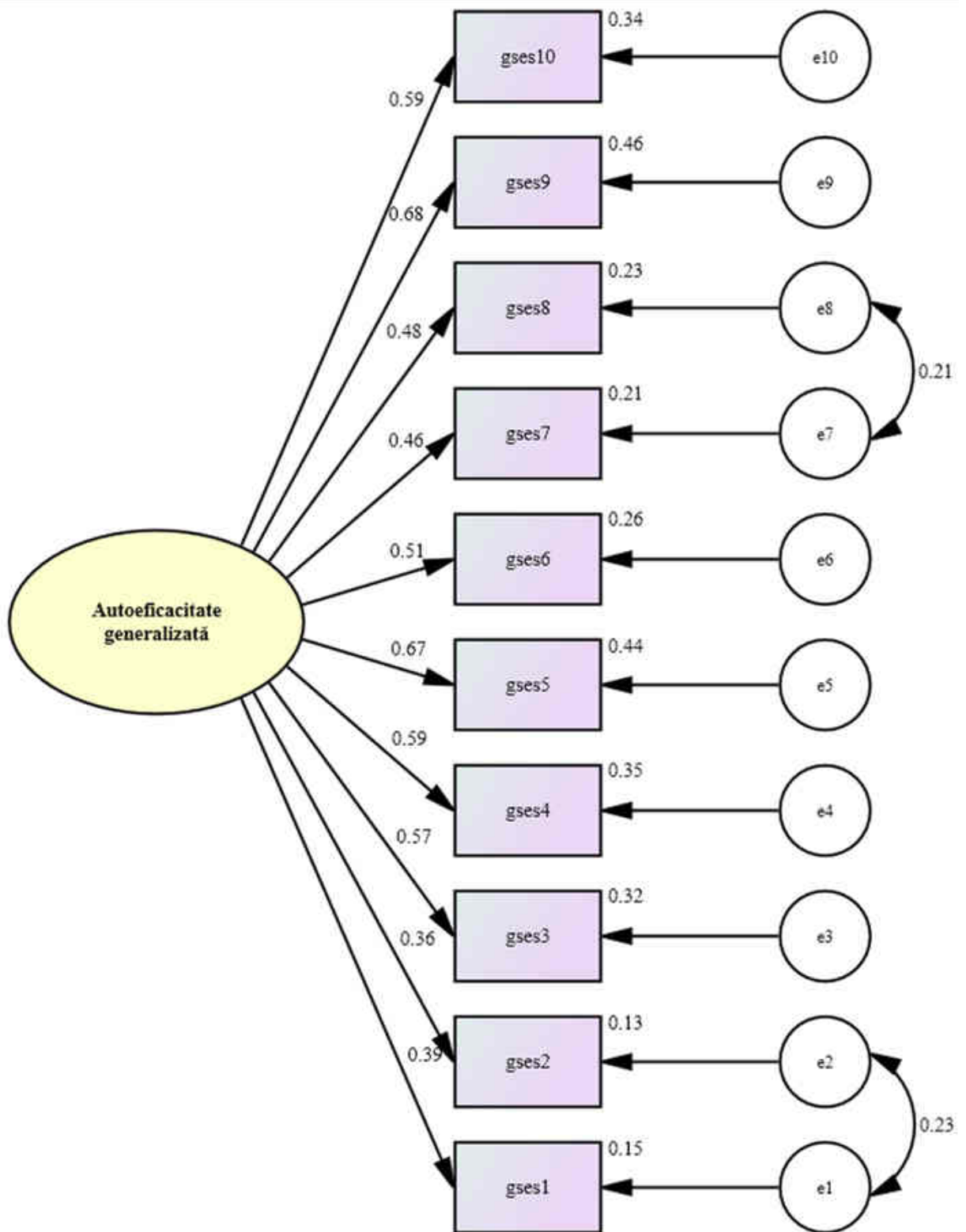


Fig. A.2.3. Modelul metric final pentru versiunea în limba română a instrumentului GSES

Scalele pentru evaluarea atitudinilor față de comportamentele de risc. Validitatea de construct teoretică a versiunii în limba română pentru instrumentul RBS-H/S a fost testată utilizându-se analiza factorială confirmatorie. Un prim model ipotetic a inclus un singur factor latent (denumit *Probabilitatea angajării în comportamente de risc*) care a fost constrâns să

satureze cei opt itemi pe care adolescenții i-au completat. Nu a fost impusă nicio altă constrângere în ceea ce privește intercorelarea erorilor corespunzătoare itemilor. Deși valorile standardizate ale saturațiilor pe care itemii le-au evidențiat în factorul latent au fost cuprinse între 0.40 și 0.53 ( $p < 0.001$ ), adecvarea globală a modelului din punct de vedere statistic a fost modestă:  $\chi^2 = 150.43$ ,  $df = 20$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 7.52$ ,  $GFI = 0.942$ ,  $AGFI = 0.896$ ,  $TLI = 0.750$ ,  $NFI = 0.801$ ,  $CFI = 0.821$ ,  $RMSEA = 0.100$ ,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.086 - 0.116$ . Respecificarea modelului (ca rezultat al sugestiilor pentru îmbunătățirea adecvării din punct de vedere statistic) a condus la un al doilea model metric care a inclus tot un singur factor latent și erorile pentru două perechi de itemi intercorelate. Noul model a evidențiat o îmbunătățire sensibilă a adecvării din punct de vedere statistic:  $\chi^2 = 69.49$ ,  $df = 18$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 3.86$ ,  $GFI = 0.973$ ,  $AGFI = 0.945$ ,  $TLI = 0.890$ ,  $NFI = 0.908$ ,  $CFI = 0.929$ ,  $RMSEA = 0.066$ ,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.050 - 0.083$ . Prin urmare, acest model a fost reținut pentru prelucrările ulterioare (Fig. A.2.4.a). Valorile standardizate ale saturațiilor pe care itemii le-au avut în factorul latent au fost cuprinse între 0.32 și 0.61 ( $p < 0.001$ ). Factorul latent a explicat între 11 % și 37 % din varianța scorului pentru fiecare dintre cei opt itemi care au fost reținuți în modelul metric final.

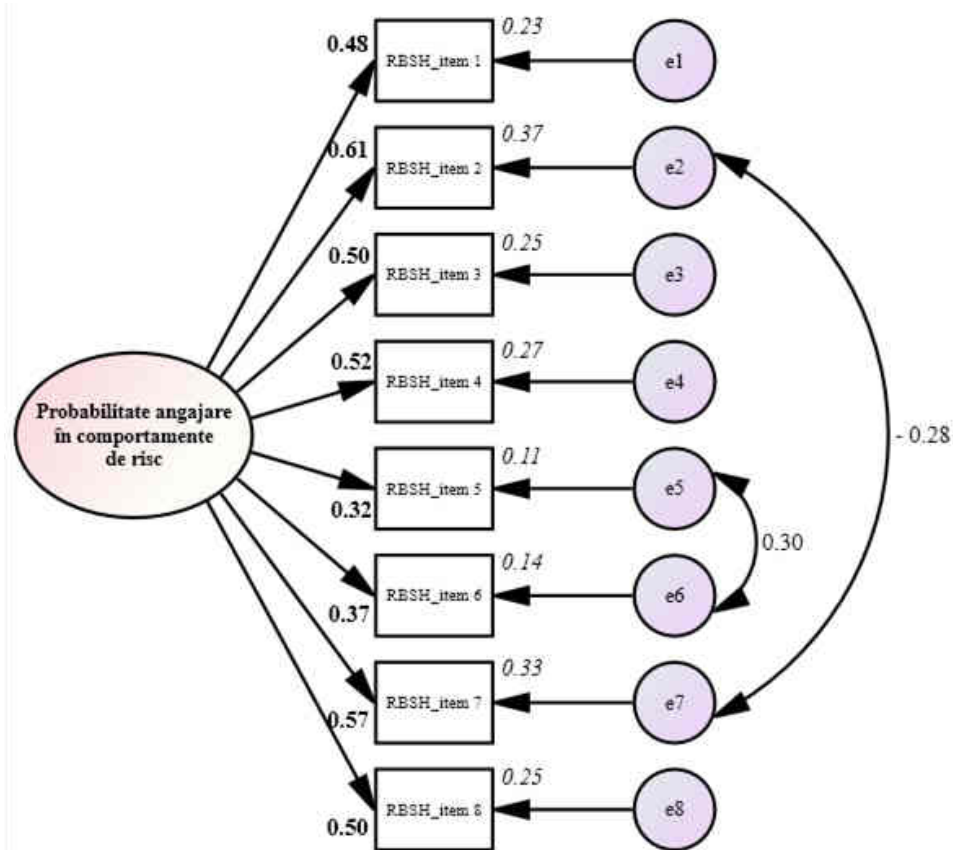


Fig. A.2.4.a. Modelul reținut pentru versiunea în limba română a scalei pentru evaluarea probabilității angajării în comportamente de risc (RBS-H/S)



De asemenea, setul format din itemii prin care a fost măsurată percepția cu privire la pericolozitatea comportamentelor de risc a fost supus analizei factoriale confirmatorie. Un prim model de măsurare a specificat un singur factor latent (denumit *Percepția pericolozității comportamentelor de risc*) fără nicio altă constrângere în ceea ce privește corelarea reziduurilor corespunzătoare itemilor. Valorile standardizate ale saturațiilor pe care itemii le-au prezentat în factorul latent au fost cuprinse între 0.49 și 0.64 ( $p < 0.001$ ), însă adecvarea modelului din punct de vedere statistic a fost modestă:  $\chi^2 = 201.42$ ,  $df = 20$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 10.07$ ,  $GFI = 0.924$ ,  $AGFI = 0.864$ ,  $TLI = 0.781$ ,  $NFI = 0.831$ ,  $CFI = 0.844$ ,  $RMSEA = 0.118$ ,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.104 - 0.133$ . Sugestiile pentru îmbunătățirea modelului în ceea ce privește adecvarea statistică ne-au condus la corelarea erorilor pentru itemii 1 („Cât de riscant ți se pare ca o persoană să consume un drog atunci când s-ar ivi ocazia ?”) și 2 („Cât de riscant ți se pare ca o persoană să consume cel puțin cinci pahare de alcool la o petrecere ?”), 2 și 7 („Cât de riscant ți se pare ca o persoană să nu poarte casca de protecție atunci când conduce o motocicletă ?”), respectiv 5 („Cât de riscant ți se pare ca o persoană să mănânce în mod regulat alimente cu un conținut ridicat de colesterol ?”) și 6 („Cât de riscant ți se pare ca o persoană să se expună la soare fără să utilizeze niciun mijloc de protecție solară ?”). Modelul rezultat (care a fost reținut în prelucrările ulterioare) a prezentat o adecvare bună din punct de vedere statistic, după cum urmează:  $\chi^2 = 65.40$ ,  $df = 17$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 3.84$ ,  $GFI = 0.975$ ,  $AGFI = 0.947$ ,  $TLI = 0.931$ ,  $NFI = 0.945$ ,  $CFI = 0.958$ ,  $RMSEA = 0.066$ ,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.050 - 0.084$ . Saturațiile itemilor în factorul latent (Fig. A.2.4.b) au avut valori standardizate cuprinse între 0.45 și 0.65 ( $p < 0.001$ ). Valorile corelațiilor dintre reziduurile corespunzătoare perechilor de itemi 1 și 2, 2 și 7, respectiv 5 și 6 au fost egale cu 0.23 ( $p < 0.001$ ), - 0.22 ( $p < 0.001$ ), respectiv 0.33 ( $p < 0.001$ ). Factorul latent a explicat între 20 % și 43 % din varianța scorului la itemi.

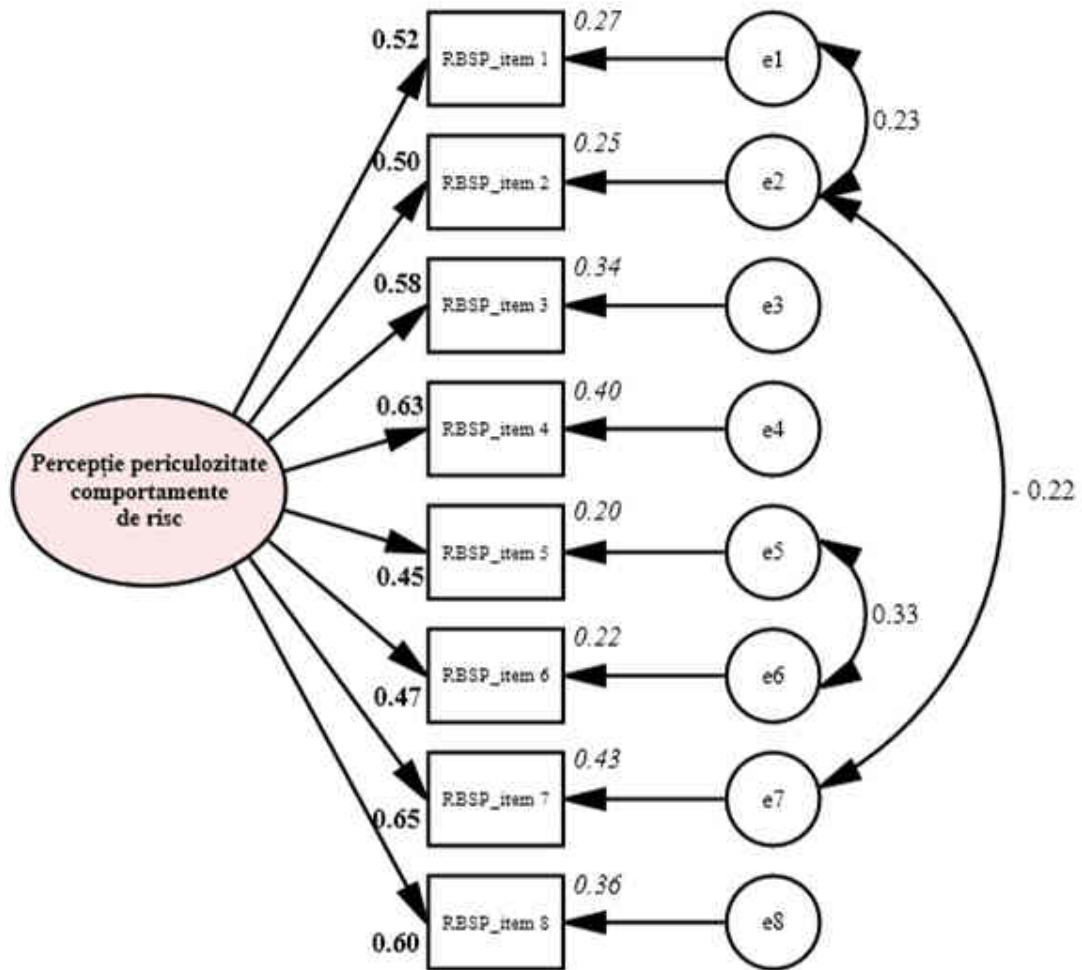


Fig. A.2.4.b. Modelul reținut pentru versiunea în limba română a scalei pentru evaluarea percepției cu privire la periculozitatea comportamentelor de risc (RPS-H/S)

*Scala pentru evaluarea anxietății.* Validitatea de construct internă a versiunii de lucru în limba română, pe care am utilizat-o pentru măsurarea anxietății, a fost testată prin efectuarea analizei factoriale confirmatorii. Într-un prim model ipotetic, s-a presupus că toți cei 13 itemi saturează un singur factor latent (denumit *Anxietate*). Nu a fost impusă nicio altă constrângere în ceea ce privește corelarea erorilor corespunzătoare itemilor. Modelul a prezentat o adecvare statistică acceptabilă:  $\chi^2 = 84.88$ ,  $df = 35$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 2.42$ , GFI = 0.974, AGFI = 0.958, TLI = 0.938, NFI = 0.921, CFI = 0.952, RMSEA = 0.047, CI<sub>90%</sub> RMSEA = 0.034 – 0.060. Valorile standardizate ale saturațiilor pe care itemii le-au avut în factorul latent au fost cuprinse între 0.27 și 0.66. Toate au fost semnificative din punct de vedere statistic ( $p < 0.001$ ). În baza sugestiilor pentru îmbunătățirea parametrilor modelului, reziduurile pentru doi dintre itemi (și anume, itemii 1 – „Îmi este frică de anumite animale, situații sau alte locuri decât școala.”, respectiv 7 – „Sunt prea fricos/oasă.”) au fost constrânse să coreleze între ele. Modelul rezultat (Fig. A.2.5) a evidențiat o îmbunătățire a adecvării din punct de vedere statistic, deoarece:  $\chi^2 = 65.54$ ,  $df = 34$ ,  $p$

= 0.001,  $\chi^2/df = 1.92$ , GFI = 0.980, AGFI = 0.967, TLI = 0.959, NFI = 0.939, CFI = 0.969, RMSEA = 0.038,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.024 - 0.051$ . Valorile standardizate ale saturațiilor în factorul latent au fost cuprinse între 0.27 și 0.66 ( $p < 0.001$ ). De asemenea, corelația dintre reziduurile corespunzătoare itemilor 1 și 7 a fost egală cu 0.18 și semnificativă din punct de vedere statistic ( $p < 0.001$ ).

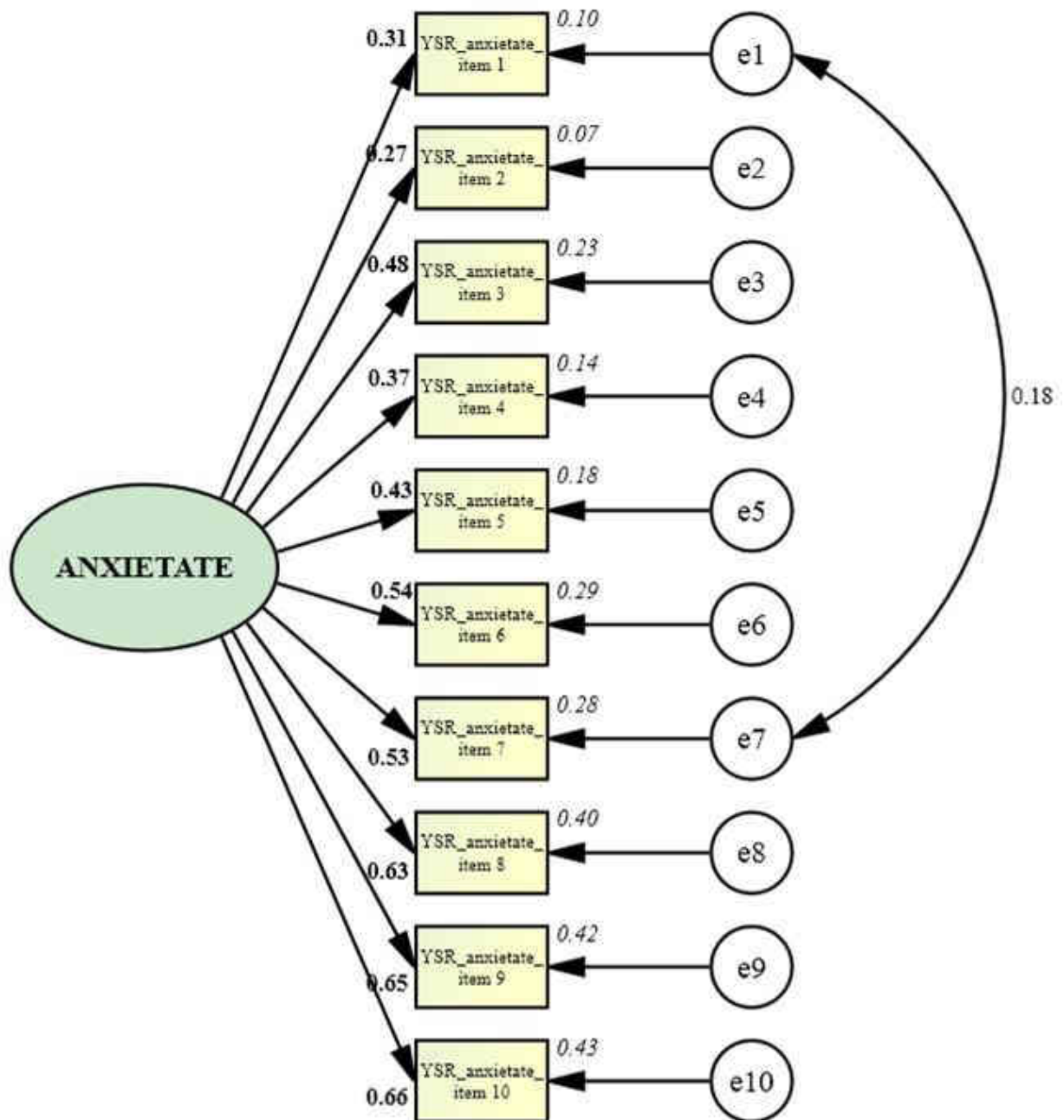


Fig. A.2.5. Modelul reținut pentru versiunea în limba română a subscalei **Anxietate** (YSR-A)

*Inventarul pentru evaluarea dispoziției afective negative.* Pentru evaluarea validității de construct a versiunii de lucru în limba română a instrumentului MHI-5, au fost efectuate analize factoriale confirmatorii. Un prim model testat a pornit de la presupunerea că toți itemii saturează

un singur factor latent (denumit *dispoziție afectivă negativă*), fără nicio constrângere în ceea ce privește corelarea reziduurilor. Deși valorile standardizate ale saturațiilor pe care itemii le-au evidențiat în factorul latent au fost semnificative din punct de vedere statistic ( $\lambda = 0.45 - 0.76$ ;  $p < 0.001$ ), modelul a prezentat o adecvare statistică slabă:  $\chi^2 = 34.72$ ,  $df = 5$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 18.94$ ,  $GFI = 0.947$ ,  $AGFI = 0.841$ ,  $TLI = 0.761$ ,  $NFI = 0.876$ ,  $CFI = 0.881$ ,  $RMSEA = 0.166$ ,  $CI_{90\%} RMSEA = 0.138 - 0.196$ . Sugestiile pentru îmbunătățirea modelului ne-au condus la corelarea reziduurilor pentru itemii 1 („În ultimele 12 luni, cât de des te-ai simțit o persoană foarte nervoasă ?”) și 3 („În ultimele 12 luni, cât de des te-ai simțit calm/-ă și liniștit/-ă ?”), respectiv 3 și 5 („În ultimele 12 luni, cât de des te-ai simțit o persoană fericită ?”). Modelul rezultat (Fig. A.2.6) s-a îmbunătățit considerabil în ceea ce privește adecvarea din punct de vedere statistic, după cum urmează:  $\chi^2 = 8.56$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0.036$ ,  $\chi^2/df = 2.85$ ,  $GFI = 0.995$ ,  $AGFI = 0.973$ ,  $TLI = 0.975$ ,  $NFI = 0.989$ ,  $CFI = 0.993$ ,  $RMSEA = 0.053$ ,  $CI_{90\%} RMSEA = 0.012 - 0.097$ . Valorile standardizate ale saturațiilor pe care itemii le-au evidențiat în factorul latent au fost cuprinse între 0.35 și 0.79 ( $p < 0.001$ ). Factorul latent a explicat între 12 % și 62 % din varianța scorului pentru fiecare dintre cei cinci itemi. Corelațiile dintre erorile corespunzătoare itemilor 1 și 3, respectiv 3 și 5 au fost egale cu 0.32 ( $p < 0.001$ ), respectiv 0.22 ( $p < 0.001$ ).

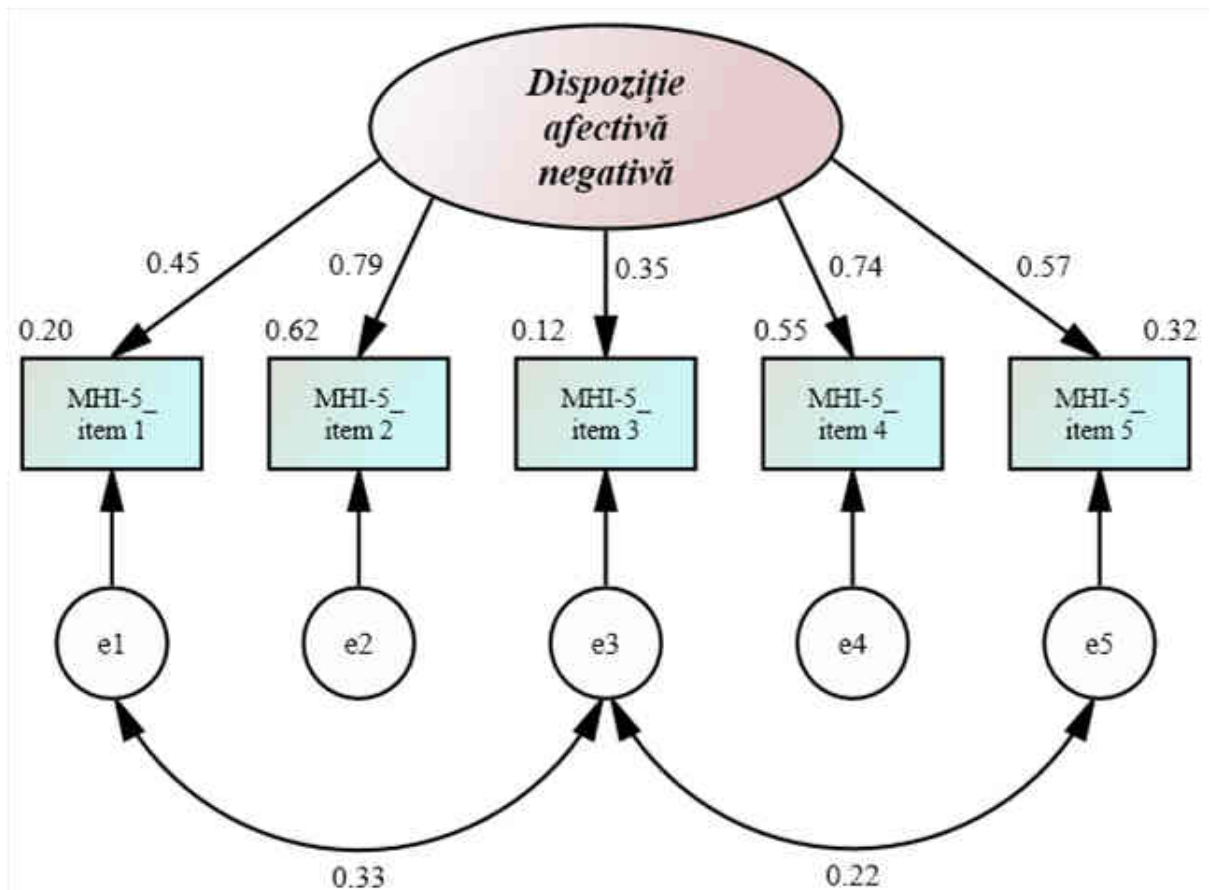


Fig. A.2.6. Modelul factorial pentru versiunea în limba română a instrumentului MHI-5

*Scala pentru evaluarea suportului social perceput.* Au fost testate trei modele factoriale ipotetice. Un prim model a inclus trei factori latenți necorelați între ei. Itemii corespunzători au fost constrânși să satureze fiecare dintre acești factori (itemii 3, 4, 8 și 11 – pentru factorul referitor la suportul social din partea familiei; itemii 6, 7, 9, 12 – pentru factorul referitor la suportul social din partea prietenilor; itemii 1, 2, 5 și 10 – pentru factorul referitor la suportul social din partea altor persoane semnificative; a se vedea Anexa A.1.11). Deși valorile standardizate ale saturațiilor pe care itemii le-au prezentat în factorii latenți au fost cuprinse între 0.72 și 0.92 ( $p < 0.001$ ), adecvarea modelului din punct de vedere statistic nu a fost satisfăcătoare:  $\chi^2 = 463.31$ ,  $df = 54$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 8.58$ , GFI = 0.889, AGFI = 0.840, TLI = 0.900, NFI = 0.908, CFI = 0.918, RMSEA = 0.108,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.099 - 0.117$ . Al doilea model a specificat trei factori latenți intercorelați, fără nicio constrângere în ceea ce privește corelarea erorilor corespunzătoare itemilor. Valorile standardizate ale saturațiilor pe care itemii le-au evidențiat în factorii latenți au fost cuprinse între 0.72 și 0.87 ( $p < 0.001$ ) pentru suportul social din partea familiei, 0.78 și 0.86 ( $p < 0.001$ ) pentru suportul social din partea prietenilor, respectiv 0.76 și 0.91 ( $p < 0.001$ ) pentru suportul social din partea altor persoane semnificative. Corelațiile dintre cei trei factori latenți au avut valori cuprinse între 0.32 și 0.43 ( $p < 0.001$ ). De asemenea, adecvarea globală a modelului din punct de vedere statistic a fost satisfăcătoare, după cum urmează:  $\chi^2 = 234.59$ ,  $df = 51$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 4.60$ , GFI = 0.941, AGFI = 0.910, TLI = 0.952, NFI = 0.954, CFI = 0.963, RMSEA = 0.074,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.065 - 0.084$ . În vederea îmbunătățirii modelului, reziduurile corespunzătoare itemilor 5 („Am o persoană specială care este o adevărată sursă de confort pentru mine.”) și 10 („În viața mea, există o persoană specială căreia îi pasă de sentimentele mele.”) au fost constrânse să coreleze între ele. Ambii itemi au fost proiectați pentru a operaționaliza suportul social din partea altor persoane semnificative. Adecvarea noului model din punct de vedere statistic s-a îmbunătățit ușor:  $\chi^2 = 183.47$ ,  $df = 50$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 3.66$ , GFI = 0.954, AGFI = 0.929, TLI = 0.965, NFI = 0.964, CFI = 0.973, RMSEA = 0.064,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.054 - 0.074$ . Saturațiile itemilor în factorii latenți corespunzători au avut valori standardizate cuprinse între 0.72 și 0.87 ( $p < 0.001$ ) – suportul social din partea familiei, 0.78 și 0.86 ( $p < 0.001$ ) – suportul social din partea prietenilor, 0.72 și 0.93 ( $p < 0.001$ ) – suportul social din partea altor persoane semnificative (Fig. A.2.7). Corelația dintre reziduurile corespunzătoare itemilor 5 și 10 a fost egală cu 0.32 ( $p < 0.001$ ). Corelațiile dintre factorii latenți au fost: suport familie cu suport prieteni – 0.32 ( $p < 0.001$ ); suport familie cu suport alte persoane semnificative – 0.42 ( $p < 0.001$ ); suport prieteni cu suport alte persoane semnificative – 0.41 ( $p < 0.001$ ). Factorul referitor la suportul social din partea familiei a explicat între 53 % și 77 % din varianța scorului pentru fiecare dintre itemii corespunzători. Factorul referitor la suportul social din partea prietenilor a explicat între

61 % și 74 % din varianța scorului pentru fiecare dintre itemii corespunzători, iar cel referitor la suportul social din partea altor persoane semnificative între 52 % și 88 %.

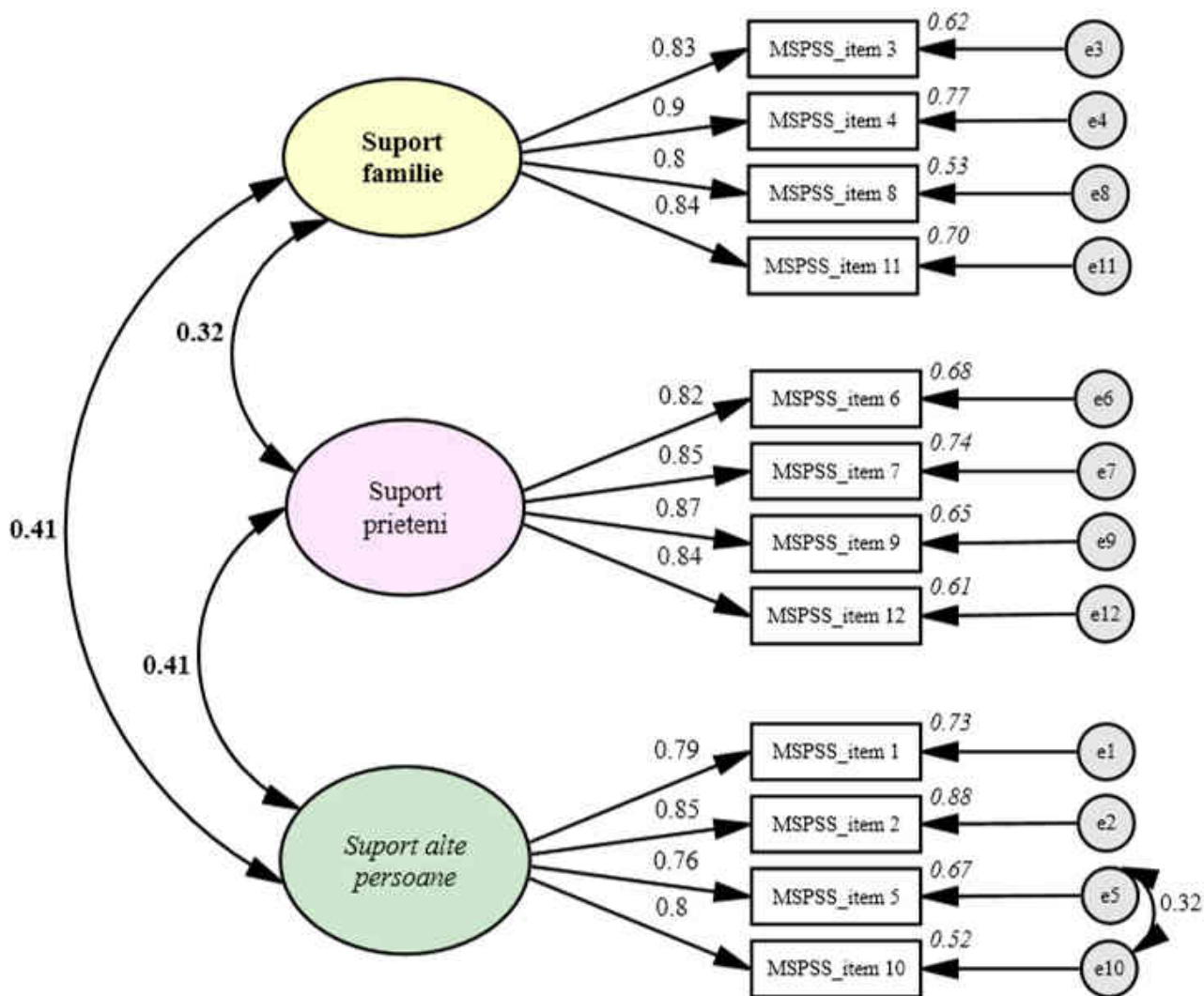


Fig. A.2.7. Modelul metric final pentru versiunea în limba română a instrumentului MSPSS

Scala pentru evaluarea satisfacției față de familie, prieteni, școală și sine. Validitatea de construct internă a versiunii de lucru în limba română a instrumentului MSPSS, pe care adolescenții care au participat la prezentul studiu au completat-o, a fost testată utilizându-se analiza factorială confirmatorie. Un prim model testat a pornit de la premisa independenței factorilor latenți (denumiți *Satisfacție față de familie*, *Satisfacție față de prieteni*, *Satisfacție față de școală*, respectiv *Satisfacție față de sine*) din punct de vedere psihometric. Prin urmare, în acest model, factorii latenți nu au fost corelați între ei. De asemenea, nu a fost impusă nicio restricție în ceea ce privește corelarea erorilor corespunzătoare itemilor unuia sau ai altuia dintre factori. Modelul a evidențiat o adecvare slabă din punct de vedere statistic, deoarece:  $\chi^2 = 2059.32$ ,  $df = 434$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 4.74$ ,  $GFI = 0.828$ ,  $AGFI = 0.795$ ,  $TLI = 0.778$ ,  $NFI = 0.753$ ,  $CFI = 0.793$ ,  $RMSEA = 0.076$ ,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.073 - 0.079$ . Intercorelarea factorilor latenți a furnizat un al doilea model

cu o adecvare ușor îmbunătățită din punct de vedere statistic, însă tot nesatisfăcătoare:  $\chi^2 = 1597.18$ ,  $df = 428$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 3.73$ ,  $GFI = 0.857$ ,  $AGFI = 0.835$ ,  $TLI = 0.838$ ,  $NFI = 0.808$ ,  $CFI = 0.851$ ,  $RMSEA = 0.065$ ,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.061 - 0.068$ .

Sugestiile pentru îmbunătățirea modelului din punct de vedere statistic ne-au condus la corelarea erorilor pentru șase perechi de itemi, și anume: 3 („Învăț multe lucruri la școală”) și 24 („Școala este interesantă”), 7 („Membrii familiei mele vorbesc frumos unii cu alții”) și 25 („Membrii familiei mele se înțeleg bine unii cu alții”), 13 („Consider că arăt bine”) și 31 („Îmi place de mine însumi/însămi”), 19 („Sunt o persoană plăcută celor din jur”) și 27 („Majoritatea celor din jurul meu mă plac”), 20 („Prietenii mei mă tratează frumos”) și 21 („Prietenii mei sunt răutăcioși cu mine”), respectiv 21 și 30 („Mi-aș dori să am alți prieteni”). Modelul astfel rezultat (Fig. A.2.8) a prezentat o adecvare mai satisfăcătoare din punct de vedere statistic:  $\chi^2 = 1210.75$ ,  $df = 422$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 2.86$ ,  $GFI = 0.889$ ,  $AGFI = 0.869$ ,  $TLI = 0.889$ ,  $NFI = 0.855$ ,  $CFI = 0.900$ ,  $RMSEA = 0.054$ ,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.050 - 0.057$ .

Valorile standardizate ale saturațiilor pe care cei șapte itemi le-au avut în factorul latent referitor la satisfacția față de familie au fost cuprinse între 0.66 și 0.85 ( $p < 0.001$ ). Acest factor a explicat între 43 % și 72 % din varianța scorului pentru fiecare dintre itemi. Pentru factorul latent referitor la satisfacția față de prieteni, valorile standardizate ale saturațiilor itemilor au fost 0.31-0.73 ( $p < 0.001$ ). Acest factor a explicat între 10 % și 54 % din varianța scorului pentru fiecare dintre cei nouă itemi. Valorile standardizate ale saturațiilor pe care cei opt itemi le-au avut în factorul latent referitor la satisfacția față de școală au fost cuprinse între 0.38 și 0.88 ( $p < 0.001$ ). Acest factor a explicat între 14 % și 77 % din varianța scorului pentru fiecare dintre itemii care au fost analizați în model. Saturațiile pe care cei șapte itemi le-au prezentat în factorul latent referitor la satisfacția față de sine au avut valori standardizate cuprinse între 0.48 și 0.66 ( $p < 0.001$ ). Acest factor a explicat între 23 % și 44 % din varianța scorului pentru fiecare dintre itemi. Corelațiile dintre erorile corespunzătoare celor șase perechi de itemi au avut valori cuprinse între 0.21 și 0.55 și au fost semnificative din punct de vedere statistic ( $p < 0.001$ ). Corelațiile între cei patru factori latenți au fost cuprinse între 0.11 (satisfacția față de prieteni cu satisfacția față de școală) și 0.66 (satisfacția față de familie cu satisfacția față de sine). Toate au fost semnificative din punct de vedere statistic ( $p < 0.05$  sau  $p < 0.001$ ).



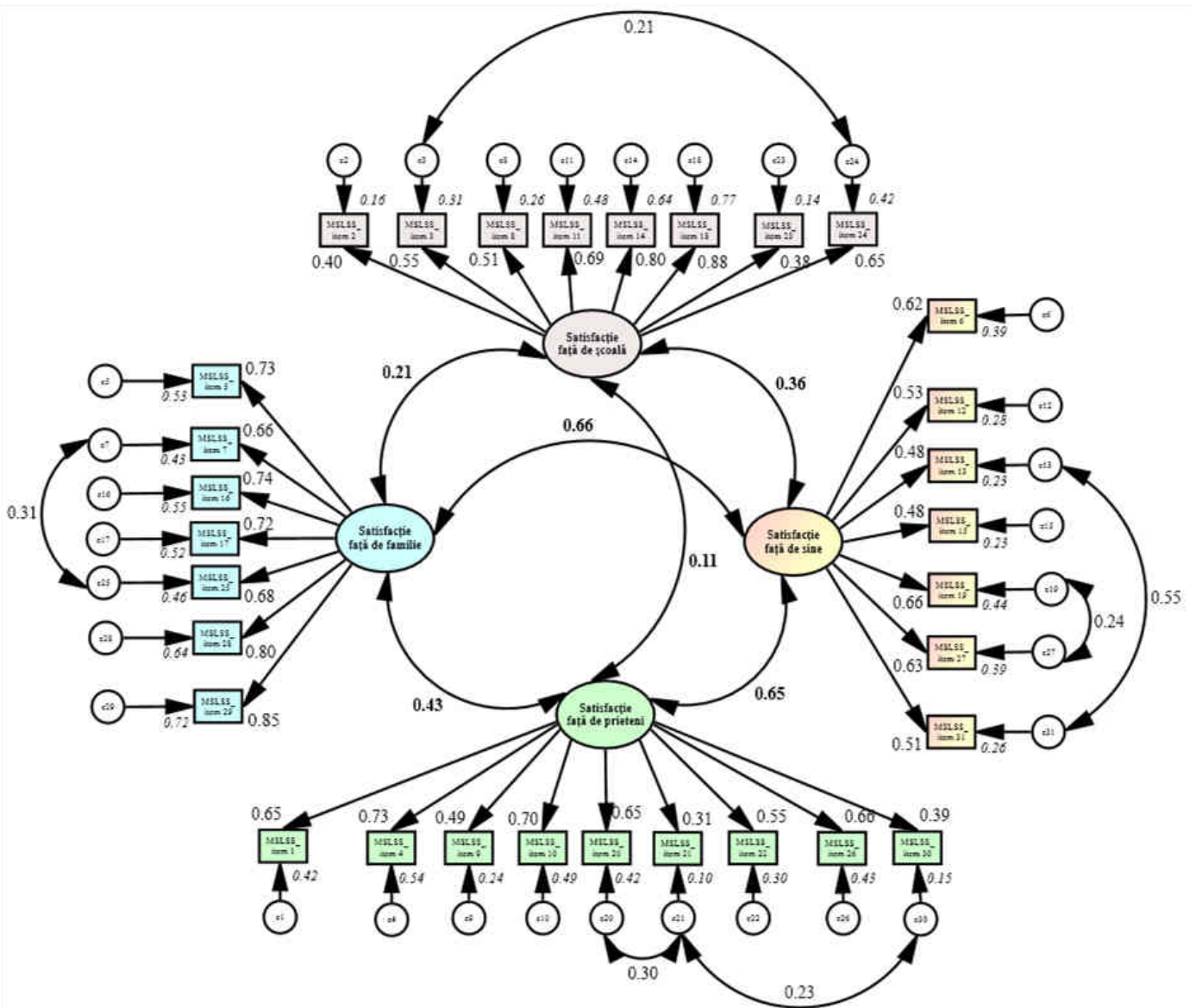


Fig. A.2.8. Modelul metric final pentru versiunea în limba română a instrumentului MSLSS

Scala pentru evaluarea indisciplinei manifestată la școală. Pentru scala pe care adolescenții au completat-o în vederea evaluării frecvenței comportamentelor indiscipline pe care le manifestau la școală, validitatea de construct internă a fost testată utilizându-se analiza factorială confirmatorie. Modelul metric a inclus un singur factor latent, respectiv șase itemi care au fost constrânși să satureze factorul latent. Nu a fost impusă nicio altă constrângere în ceea ce privește corelația dintre erorile corespunzătoare itemilor. Modelul a evidențiat o adecvare destul de bună din punct de vedere statistic, deoarece:  $\chi^2 = 30.60$ ,  $df = 9$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 3.40$ ,  $GFI = 0.985$ ,  $AGFI = 0.964$ ,  $TLI = 0.944$ ,  $NFI = 0.954$ ,  $CFI = 0.966$ ,  $RMSEA = 0.061$ ,  $CI_{90\%} RMSEA = 0.038 - 0.085$ . Valorile standardizate ale saturațiilor pe care itemii le-au prezentat în factorul latent (Fig. A.2.9) au fost cuprinse între 0.42 și 0.68 ( $p < 0.001$ ). Factorul latent a explicat între 17 % și 46 %



din variația scorului pentru fiecare dintre cei șase itemi care au fost considerați ca variabile observate.

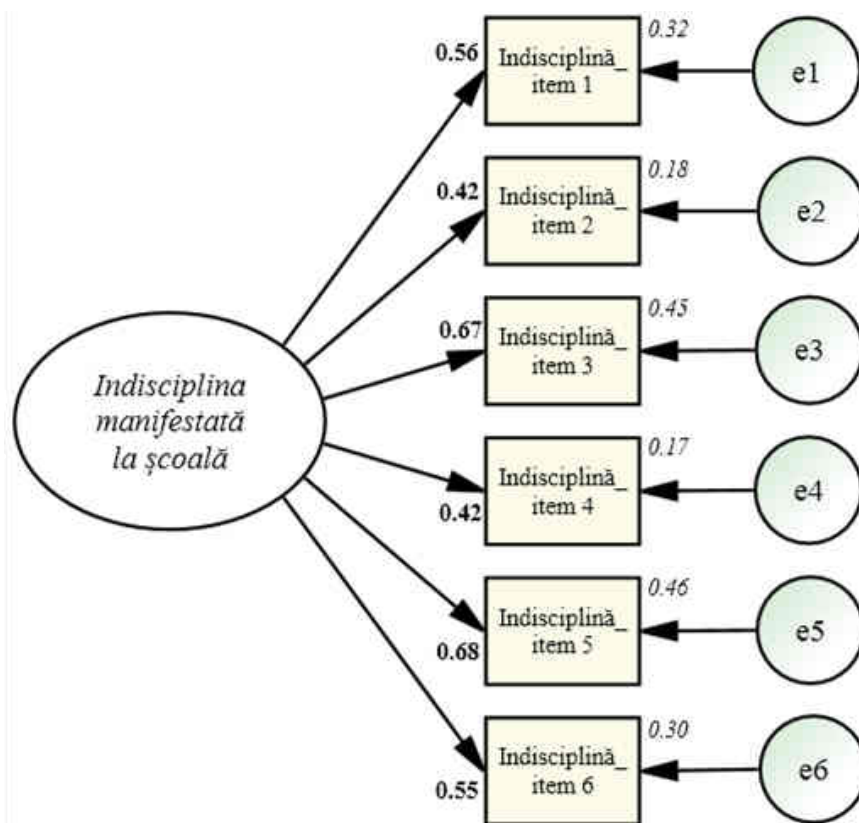


Fig. A.2.9. Modelul factorial pentru scala prin care a fost evaluată indisciplina la școală

*Scala pentru evaluarea stimei de sine în domeniul școlar.* Structura factorială a versiunii în limba română pentru subscala *Școală* din instrumentul HSES a fost testată utilizându-se analiza factorială confirmatorie. Modelul ipotetic (Fig. A.2.10) a inclus un singur factor latent (denumit *Stima de sine în domeniul școlar*) care a fost constrâns să satureze cei cinci itemi pe care adolescenții i-au completat. Nu a fost impusă nicio altă constrângere în ceea ce privește corelația dintre reziduurile corespunzătoare itemilor. Adecvarea modelului din punct de vedere statistic a fost bună:  $\chi^2 = 16.06$ ,  $df = 5$ ,  $p < 0.01$ ,  $\chi^2/df = 3.21$ ,  $GFI = 0.990$ ,  $AGFI = 0.971$ ,  $TLI = 0.963$ ,  $NFI = 0.973$ ,  $CFI = 0.981$ ,  $RMSEA = 0.058$ ,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.028 - 0.092$ . Saturațiile pe care itemii le-au evidențiat în factorul latent au avut valori standardizate cuprinse între 0.26 și 0.74 și au fost semnificative din punct de vedere statistic ( $p < 0.001$ ). Factorul latent a explicat între 7 % și 54 % din variația scorului pentru fiecare dintre itemi.

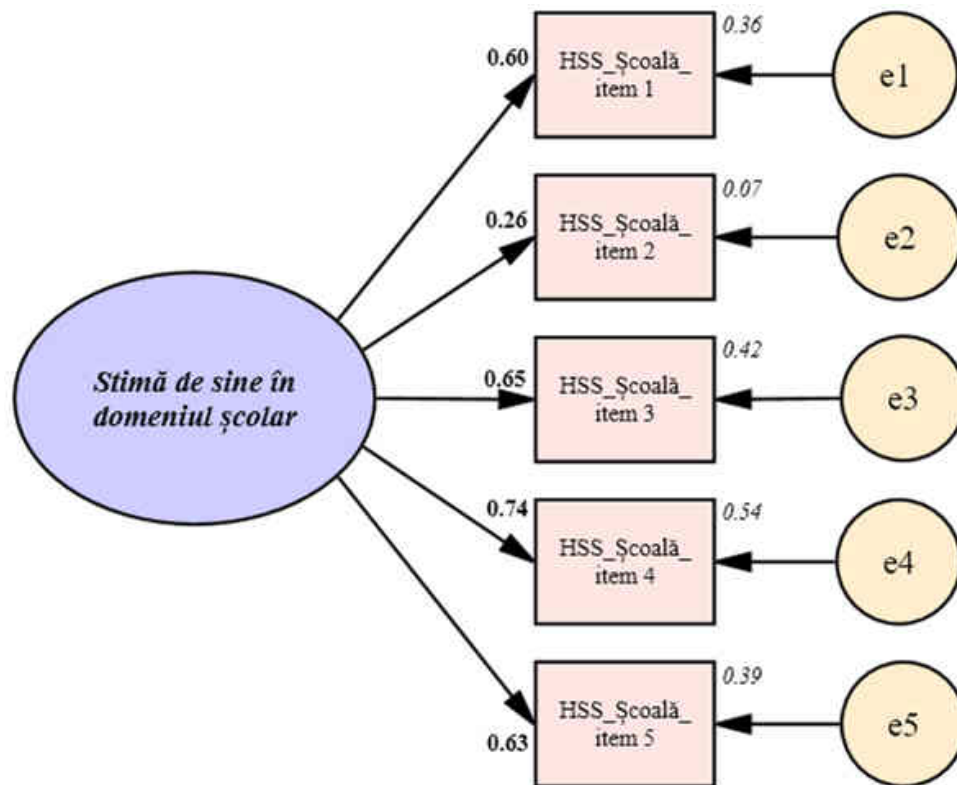


Fig. A.2.10. Modelul factorial final pentru scala prin care a fost evaluată stima de sine în domeniul școlar

Chestionarul pentru evaluarea riscului abuzului de alcool. Setul format din cei zece itemi la care ne-am referit mai sus a fost supus analizei factoriale confirmatorii în vederea explorării validității de construct (interne). Un prim model ipotetic a constrâns toți itemii să satureze un singur factor latent. Nu a fost impusă nicio altă constrângere cu privire la corelațiile dintre reziduurile asociate itemilor. Modelul a evidențiat o adecvare foarte bună din punct de vedere statistic, după cum urmează:  $\chi^2 = 49.41$ ,  $df = 35$ ,  $p = 0.054$ ,  $\chi^2/df = 1.41$ ,  $GFI = 0.985$ ,  $AGFI = 0.977$ ,  $TLI = 0.964$ ,  $NFI = 0.911$ ,  $CFI = 0.972$ ,  $RMSEA = 0.025$ ,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.000 - 0.040$ . Valorile standardizate ale saturațiilor pe care itemii 1-3, respectiv 5-10 le-au evidențiat în factorul latent au fost cuprinse între 0.24 și 0.59 ( $p < 0.001$ ), însă, pentru itemul 4, valoarea saturației ( $\lambda = 0.01$ ) nu a fost semnificativă din punct de vedere statistic ( $p = 0.818$ ). Din acest motiv, itemul 4 a fost eliminat și analiza reluată. Noul model metric (Fig. A.2.11) a evidențiat o adecvare statistică foarte bună:  $\chi^2 = 37.36$ ,  $df = 27$ ,  $p = 0.088$ ,  $\chi^2/df = 1.38$ ,  $GFI = 0.987$ ,  $AGFI = 0.979$ ,  $TLI = 0.973$ ,  $NFI = 0.931$ ,  $CFI = 0.980$ ,  $RMSEA = 0.024$ ,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.000 - 0.042$ . Saturațiile itemilor în factorul latent au avut valori standardizate cuprinse între 0.24 și 0.59 ( $p < 0.001$ ). Factorul latent a explicat între 6 % și 35 % din varianța scorului pentru fiecare dintre itemii care au fost reținuți în analiză.

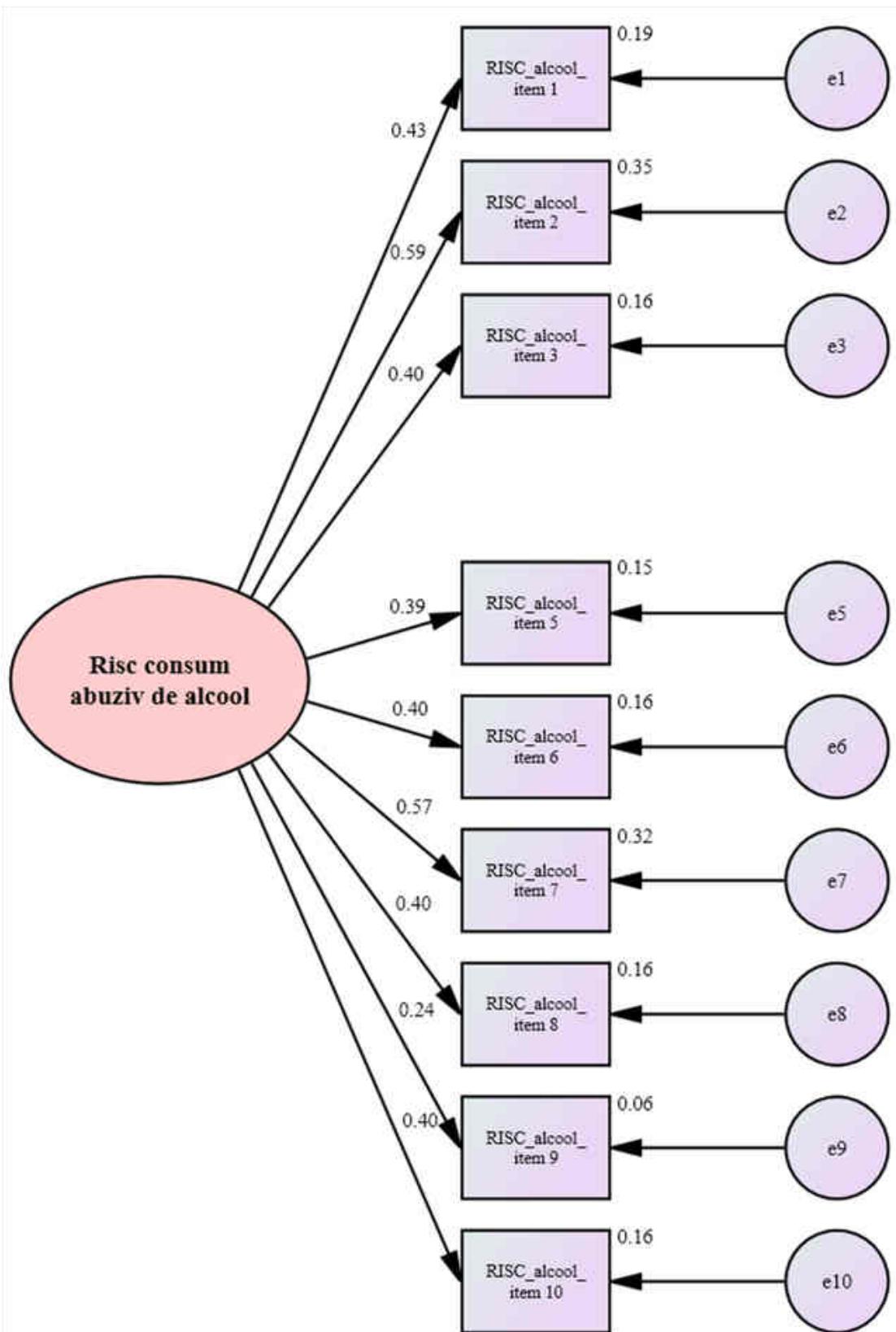


Fig. A.2.11. Modelul metric final pentru chestionarul prin care a fost evaluat riscul abuzului de alcool

### ANEXA 3. Rezultatele analizelor factoriale confirmatorii pentru scalele instrumentului BFI

*Inventarul pentru evaluarea factorilor personalității.* Versiunea instrumentului BFI tradusă în limba română și adaptată pentru contextul cultural autohton [298] a stat la baza versiunii de lucru pe care am administrat-o adolescenților în contextul cercetărilor efectuate. Validitatea de construct internă a versiunii de lucru în limba română a instrumentului BFI a fost testată prin efectuarea analizei factoriale confirmatorii. Într-un prim model ipotetic, s-a presupus că toți itemii saturează cei cinci factori latenți care nu au fost corelați între ei. De asemenea, nu a fost impusă nicio altă constrângere în ceea ce privește corelarea erorilor corespunzătoare itemilor unui factor. Deși aproape toți itemii (cu excepția itemului 35) au prezentat saturații semnificative din punct de vedere statistic ( $p < 0.001$ ) în factorii latenți de care au fost conectați, modelul global a prezentat o adecvare foarte slabă din punct de vedere statistic:  $\chi^2 = 3760.25$ ,  $df = 902$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 4.17$ ,  $GFI = 0.757$ ,  $AGFI = 0.733$ ,  $TLI = 0.541$ ,  $NFI = 0.497$ ,  $CFI = 0.562$ ,  $RMSEA = 0.070$ ,  $CI_{90} \% RMSEA = 0.068 - 0.072$ . Într-un al doilea model, factori latenți au fost constrânși să coreleze între ei, fără nicio altă restricție în ceea ce privește corelarea reziduurilor corespunzătoare itemilor unuia sau ai altuia dintre factori. Din nou, cu excepția itemului 35 (alocat factorului *Deschidere*), toți ceilalți itemi au prezentat saturații semnificative din punct de vedere statistic ( $p \leq 0.001$ ) în factorii latenți. Modelul a evidențiat o ușoară îmbunătățire a adecvării din punct de vedere statistic, însă aceasta a rămas foarte nesatisfăcătoare:  $\chi^2 = 3276.46$ ,  $df = 892$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 3.67$ ,  $GFI = 0.779$ ,  $AGFI = 0.755$ ,  $TLI = 0.612$ ,  $NFI = 0.561$ ,  $CFI = 0.635$ ,  $RMSEA = 0.064$ ,  $CI_{90} \% RMSEA = 0.062 - 0.067$ . Sugestiile pentru îmbunătățirea modelului factorial din punct de vedere statistic ne-au condus la corelarea erorilor corespunzătoare următoarelor perechi de itemi: 2 și 12 (factorul *Agreabilitate*), 18 și 23 (factorul *Conștiinciozitate*), 21 și 31 (factorul *Extraversiune*), 30 și 44 (factorul *Deschidere*), respectiv 33 și 38 (factorul *Conștiinciozitate*). Saturațiile itemilor (în afară de itemul 35) în factorii latenți au fost semnificative din punct de vedere statistic ( $p < 0.01$  sau  $p < 0.001$ ), însă modelul nu a fost satisfăcător în ceea ce privește adecvarea statistică:  $\chi^2 = 2995.73$ ,  $df = 887$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 3.37$ ,  $GFI = 0.805$ ,  $AGFI = 0.783$ ,  $TLI = 0.655$ ,  $NFI = 0.599$ ,  $CFI = 0.677$ ,  $RMSEA = 0.061$ ,  $CI_{90} \% RMSEA = 0.058 - 0.063$ . Așadar, îmbunătățirile câștigate în ceea ce privește adecvarea din punct de vedere statistic a celui de-al doilea și al treilea dintre modele factoriale testate au fost modeste. Din acest motiv, la care s-a adăugat premisa unui număr prea mare de parametri care trebuiau estimați, am apelat la metoda parcelării itemilor.

Parcelarea presupune gruparea itemilor în mai multe ansambluri care poate fi realizată fie prin randomizare (selecție aleatoare). Este necesar ca randomizarea să fie realizată separat pentru itemii care sunt proiectați pentru a captura diferite dimensiuni. Randomizarea poate fi realizată în

funcție de mărimea corelațiilor dintre scorurile pentru itemi sau ținându-se cont de anumite presupoziii teoretice și empirice (de exemplu, atunci când un instrument conține și itemi formulați negativ, aceștia pot fi parcelați separat față de itemii formulați pozitiv). De asemenea, pentru a se balansa influența din partea variabilelor latente identificate prin analiza factorială exploratorie, în cadrul unei parcele, pot fi combinați itemi care prezintă cele mai ridicate sau cele mai scăzute valori ale corelațiilor cu scorul total la scalele pentru care scorează [28]. Pentru eficientizarea și creșterea gradului adecvării din punct de vedere statistic a unui model factorial, literatura de specialitate sugerează superioritatea selecției itemilor prin randomizare [26]. Prin urmare, am utilizat această metodă. Pentru fiecare dintre factorii latenți referitori la domeniile personalității, modelul a specificat între trei și cinci parcele de itemi (indicatori), rezultând următoarele 19 parcele: a) factorul *Nevrotism* – parcela 1 (itemii 9 și 39), parcela 2 (itemii 4 și 29), parcela 3 (itemii 14 și 19), parcela 4 (itemii 24 și 34); b) factorul *Extraversiune* – parcela 1 (itemii 11 și 21), parcela 2 (itemii 16 și 36), parcela 3 (itemii 6 și 26), parcela 4 (itemii 1 și 31); c) factorul *Deschidere* – parcela 1 (itemii 5 și 35), parcela 2 (itemii 30 și 41), parcela 3 (itemii 25 și 44), parcela 4 (itemii 20 și 40), parcela 5 (itemii 10 și 15); d) factorul *Agreeabilitate* – parcela 1 (itemii 7, 17 și 42), parcela 2 (itemii 22, 27 și 29), parcela 3 (itemii 2, 12 și 37); e) factorul *Conștiinciozitate* – parcela 1 (itemii 8, 18, 43), parcela 2 (itemii 3, 28, 33), parcela 3 (itemii 13, 23, 38).

Pentru a se obține valoarea observată corespunzătoare fiecărei parcele de itemi, scorurile la itemii incluși în fiecare dintre acestea au fost însumate. Un prim model metric cu itemi parcelați a inclus cinci factori latenți necorelați între ei, fără nicio altă constrângere în ceea ce privește corelația dintre erorile corespunzătoare parcelelor de itemi conectate cu unul sau altul dintre factori. Saturațiile pe care parcelele de itemi le-au prezentat în factorii latenți au avut valori standardizate cuprinse între 0.20 și 0.79 ( $p < 0.001$ ). Valorile absolute ale corelațiilor dintre factorii latenți au fost cuprinse între 0.27 și 0.59 ( $p < 0.001$ ). Singura corelație care nu a fost semnificativă din punct de vedere statistic ( $\varphi = -0.06$ ;  $p = 0.237$ ) s-a evidențiat între factorii *Nevrotism* și *Deschidere*. Modelul global a prezentat o adecvare din punct de vedere statistic ceva mai bună decât cele ale modelele testate inițial (mai ales în ceea ce privește valorile indicatorilor  $\chi^2$ ; GFI, AGFI, TLI, NFI și CFI), însă nesatisfăcătoare:  $\chi^2 = 650.38$ ,  $df = 142$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 4.58$ , GFI = 0.902, AGFI = 0.868, TLI = 0.781, NFI = 0.781, CFI = 0.818, RMSEA = 0.074, CI<sub>90%</sub> RMSEA = 0.069 – 0.080. Avându-se în vedere rezultatele de mai sus, a fost derivat un al doilea model prin eliminarea constrângerii cu privire la corelația dintre factorii latenți referitori la nevrozism și deschidere. La fel ca în modelul analizat anterior, nu a fost impusă nicio constrângere cu privire la corelația dintre erorile corespunzătoare parcelelor de itemi. Adecvarea noului model din punct

de vedere statistic a rămas aproape neschimbată, deoarece:  $\chi^2 = 651.77$ ,  $df = 143$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 4.55$ ,  $GFI = 0.902$ ,  $AGFI = 0.869$ ,  $TLI = 0.782$ ,  $NFI = 0.780$ ,  $CFI = 0.818$ ,  $RMSEA = 0.074$ ,  $CI_{90\%} RMSEA = 0.068 - 0.080$ .

Sugestiile pentru îmbunătățirea din punct de vedere statistic a modelului metric în care factorii *Nevrotism* și *Deschidere* nu au fost constrânși să coreleze între ei ne-au condus la corelarea erorilor corespunzătoare următoarelor perechi de parcele de itemi (Fig. A.3.1): N1 (itemii 9, 39) și N4 (itemii 24, 34), N3 (itemii 14, 19) și N4 (itemii 24, 34), E1 (itemii 11, 21) și E4 (itemii 1, 31), E3 (itemii 6, 26) și E4 (itemii 1, 31), respectiv D2 (itemii 30, 41) și D3 (itemii 25, 44). Modelul astfel rezultat a prezentat o adecvare din punct de vedere statistic mult mai satisfăcătoare:  $\chi^2 = 336.04$ ,  $df = 138$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 2.43$ ,  $GFI = 0.922$ ,  $AGFI = 0.892$ ,  $TLI = 0.912$ ,  $NFI = 0.886$ ,  $CFI = 0.929$ ,  $RMSEA = 0.047$ ,  $CI_{90\%} RMSEA = 0.042 - 0.049$ .

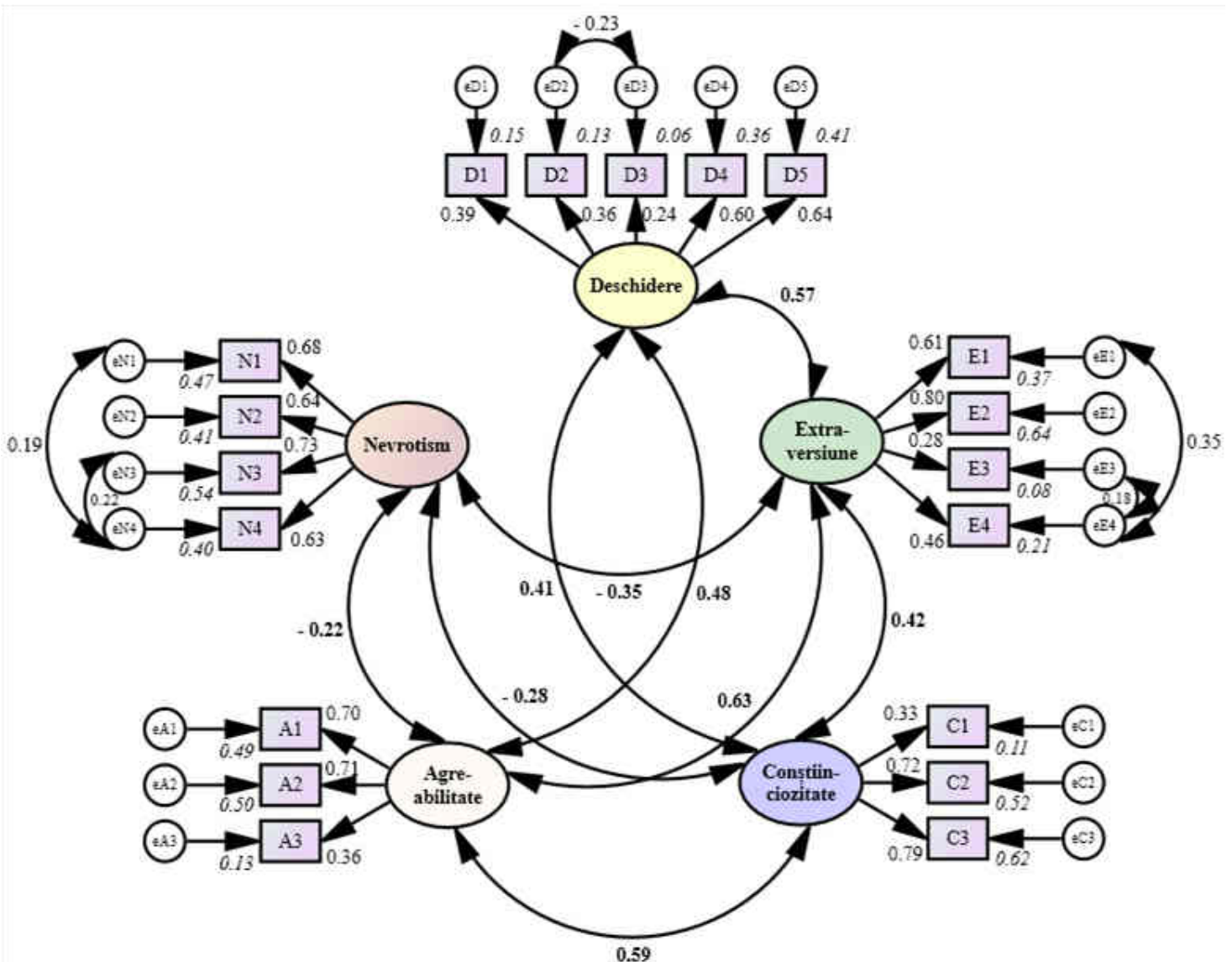


Fig. A.3.1. Modelul factorial (parcelat) pentru versiunea în limba română a instrumentului BFI

Saturațiile parcelor de itemi în factorii latenți au avut valori standardizate cuprinse între 0.24 și 0.80 și au fost toate semnificative din punct de vedere statistic ( $p < 0.001$ ). Valorile absolute ale corelațiilor dintre factorii latenți au fost cuprinse între 0.22 și 0.63 ( $p < 0.001$ ), iar corelațiile dintre erorile corespunzătoare celor cinci perechi de parcele de itemi au fost cuprinse între 0.18 și 0.35 ( $p < 0.001$ ). Factorul latent *Nevrotism* a explicat între 40 % și 54 % din varianța scorului pentru fiecare dintre cele patru parcele de itemi, în timp ce factorul *Extraversiune* a explicat între 8 % și 64 % din varianța scorului pentru fiecare dintre cele patru parcele de itemi. Factorul *Deschidere* a explicat între 6 % și 41 % din varianța scorului pentru fiecare dintre cele cinci parcele de itemi, factorul *Agreabilitate* între 13 % și 50 % din varianța scorului pentru fiecare dintre cele trei parcele de itemi, iar factorul *Conștiinciozitate* între 11% și 62 % din varianța scorului pentru fiecare dintre cele trei parcele de itemi.

În cele ce urmează, prezentăm rezultatele analizelor factoriale confirmatorii care au fost întreprinse pentru testarea validității de construct interne a fiecăreia dintre scalele instrumentului BFI. Acestea corespund celor cinci factori ai personalității pe care i-am urmărit în cercetare.

Scala pentru evaluarea nevrotismului. Un prim model ipotetic a pornit de la premisa că toți cei opt itemi saturează un singur factor latent referitor la nevrotism. Nu a fost impusă nicio constrângere în ceea ce privește corelația dintre erorile corespunzătoare itemilor. Deși valorile standardizate ale saturațiilor pe care itemii le-au evidențiat în factorul latent au fost semnificative din punct de vedere statistic ( $\lambda = 0.52-0.61$ ;  $p < 0.001$ ), modelul global nu a avut o adecvare satisfăcătoare:  $\chi^2 = 127.97$ ,  $df = 20$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 6.39$ , GFI = 0.955, AGFI = 0.918, TLI = 0.832, NFI = 0.862, CFI = 0.880, RMSEA = 0.091,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.076 - 0.107$ . Sugestiile pentru îmbunătățirea modelului din punct de vedere statistic ne-au condus la corelarea erorilor pentru itemii 9 („Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, este relaxată, face față cu brio stresului”) și 39 („Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, se enervează ușor”), respectiv 29 („Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, tinde să aibă toane, să fie capricioasă”) și 39 (Fig. A.3.2). Aceste constrângeri au produs o îmbunătățire substanțială a adecvării din punct de vedere statistic a noului model, deoarece:  $\chi^2 = 79.49$ ,  $df = 18$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 4.41$ , GFI = 0.972, AGFI = 0.944, TLI = 0.894, NFI = 0.914, CFI = 0.932, RMSEA = 0.073,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.057 - 0.089$ . Saturațiile itemilor în factorul latent au avut valori standardizate cuprinse între 0.42 și 0.60 și au fost semnificative din punct de vedere statistic ( $p < 0.001$ ). Corelațiile dintre erorile corespunzătoare perechilor de itemi 9 și 39, respectiv 29 și 39 au fost egale cu  $-0.18$  ( $p < 0.001$ ), respectiv  $0.22$  ( $p < 0.001$ ). Factorul latent a explicat între 18 % și 52 % din varianța scorului pentru fiecare dintre cei opt itemi.



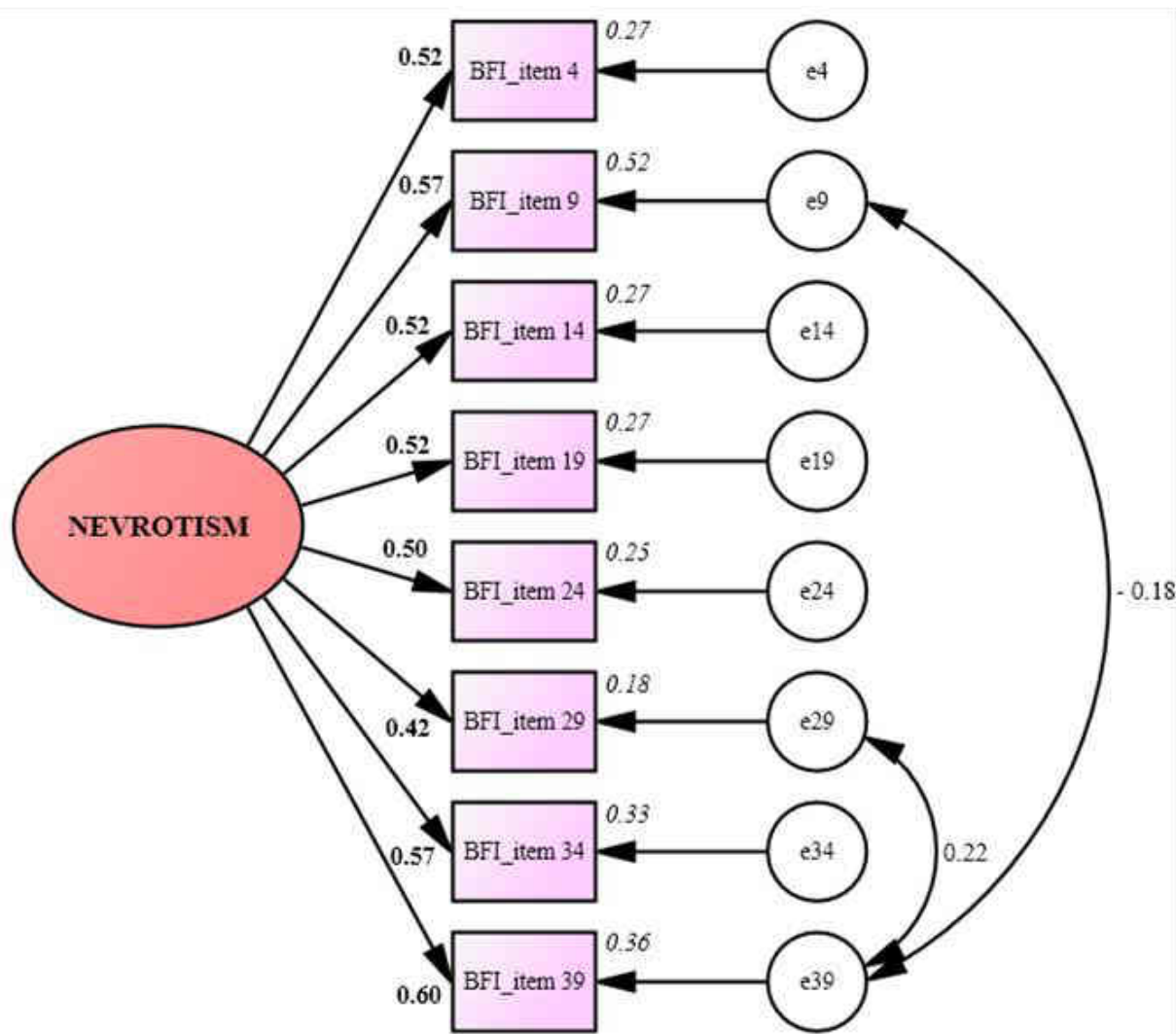


Fig. A.3.2. Modelul factorial reținut pentru scala *Nevrotism*

*Scala pentru evaluarea extraversiunii.* Într-un prim model, itemii ( $k = 8$ ) au fost constrânși să satureze un singur factor latent care a fost denumit *Extraversiune*. Nu a existat nicio altă constrângere în ceea ce privește corelația dintre reziduurile corespunzătoare itemilor. Saturațiile pe care itemii le-au evidențiat în factorul latent au avut valori standardizate cuprinse între 0.18 și 0.63 ( $p < 0.001$ ), însă modelul a evidențiat o adecvare nesatisfăcătoare din punct de vedere statistic:  $\chi^2 = 151.71$ ,  $df = 20$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 7.58$ , GFI = 0.943, AGFI = 0.898, TLI = 0.768, NFI = 0.816, CFI = 0.834, RMSEA = 0.101,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.086 - 0.116$ . Sugestiile pentru îmbunătățirea modelului ne-au condus la corelarea erorilor pentru itemii 21 („Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, are tendința de a fi retrasă”) și 31 („Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, uneori este timidă, inhibată”). Noul model a prezentat o adecvare satisfăcătoare din punct de vedere statistic:  $\chi^2 = 59.30$ ,  $df = 19$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 3.12$ , GFI = 0.978, AGFI = 0.959, TLI = 0.925, NFI = 0.928, CFI = 0.949, RMSEA = 0.057,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.041 - 0.074$ . Saturațiile



itemilor în factorul latent (Fig. A.3.3) au avut valori standardizate cuprinse între 0.16 și 0.66 ( $p < 0.001$ ). De asemenea, corelația dintre erorile corespunzătoare itemilor 21 și 31 a fost semnificativă din punct de vedere statistic ( $\varphi = 38$ ;  $p < 0.001$ ). Factorul latent a explicat între 3 % și 43 % din varianța scorului pentru fiecare dintre cei opt itemi.

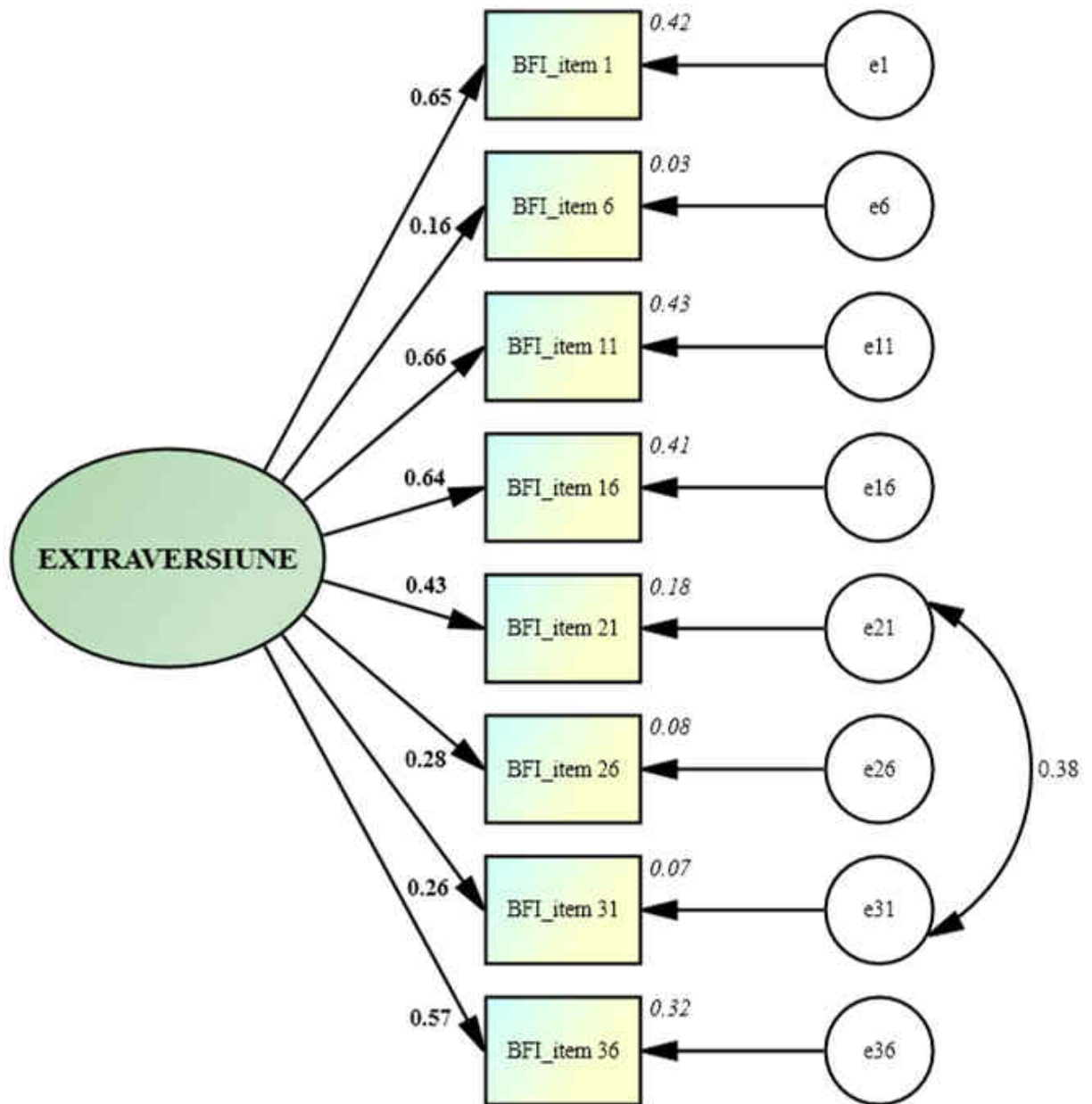


Fig. A.3.3. Modelul factorial reținut pentru scala *Extraversiune*

*Scala pentru evaluarea deschiderii în planul mental și în cel al experiențelor personale.* Într-un prim model metric, toți cei zece itemi au fost constrânși să satureze un singur factor latent. Acesta a fost denumit *Deschidere*. Nu a fost impusă nicio altă constrângere cu privire la corelația dintre erorile corespunzătoare itemilor. Modelul rezultat a prezentat o adecvare destul de satisfăcătoare din punct de vedere statistic:  $\chi^2 = 117.83$ ,  $df = 35$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 3.36$ ,  $GFI =$

0.964, AGFI = 0.944, TLI = 0.885, NFI = 0.878, CFI = 0.910, RMSEA = 0.060, CI<sub>90 %</sub> RMSEA = 0.049 – 0.073. Valorile standardizate ale saturațiilor pe care opt dintre cei zece itemi le-au prezentat în factorul latent au fost cuprinse între 0.17 și 0.69 ( $p < 0.001$ ), însă itemul 35 („Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, preferă munca de rutină”) s-a evidențiat printr-o valoare negativă și ne semnificativă din punct de vedere statistic a saturației ( $\lambda = - 0.04$ ;  $p = 0.275$ ), iar itemul 44 („Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, are gusturi sofisticate pentru artă, muzică sau literatură”) a prezentat, de asemenea, o saturație negativă ( $\lambda = - 0.37$ ), dar semnificativă din punct de vedere statistic ( $p < 0.001$ ). Avându-se în vedere aceste rezultate, a fost testat un nou model în care itemii 35 și 44 au fost eliminați și nu a fost impusă nicio constrângere cu privire la corelația dintre erorile corespunzătoare restului de itemi. Acest al doilea model a prezentat o adecvare destul de bună din punct de vedere statistic:  $\chi^2 = 67.35$ ,  $df = 20$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 3.36$ , GFI = 0.975, AGFI = 0.956, TLI = 0.919, NFI = 0.920, CFI = 0.942, RMSEA = 0.060, CI<sub>90 %</sub> RMSEA = 0.045 – 0.077. Saturațiile pe care cei opt itemi (care au fost reținuți în model) le-au prezentat în factorul latent au fost cuprinse între 0.16 și 0.70 ( $p < 0.001$ ). Sugestiile pentru îmbunătățirea modelului din punct de vedere statistic ne-au condus la corelarea erorilor corespunzătoare itemilor 30 („Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, valorizează experiențele artistice, estetice”) și 41 („Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, are puține interese artistice”). Modelul rezultat a evidențiat o ușoară îmbunătățire a adecvării din punct de vedere statistic:  $\chi^2 = 53.09$ ,  $df = 19$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 2.79$ , GFI = 0.979, AGFI = 0.961, TLI = 0.939, NFI = 0.937, CFI = 0.958, RMSEA = 0.053, CI<sub>90 %</sub> RMSEA = 0.036 – 0.070. Saturațiile itemilor în factorul latent (Fig. A.3.4) au avut valori standardizate cuprinse între 0.14 și 0.71 și au fost semnificative din punct de vedere statistic ( $p \leq 0.001$ ). Corelația dintre erorile corespunzătoare itemilor 30 și 41 a fost egală cu 0.15 ( $p < 0.001$ ). Factorul latent a explicat între 2 % și 50 % din varianța scorului pentru fiecare dintre cei opt itemi care au fost reținuți în modelul final.

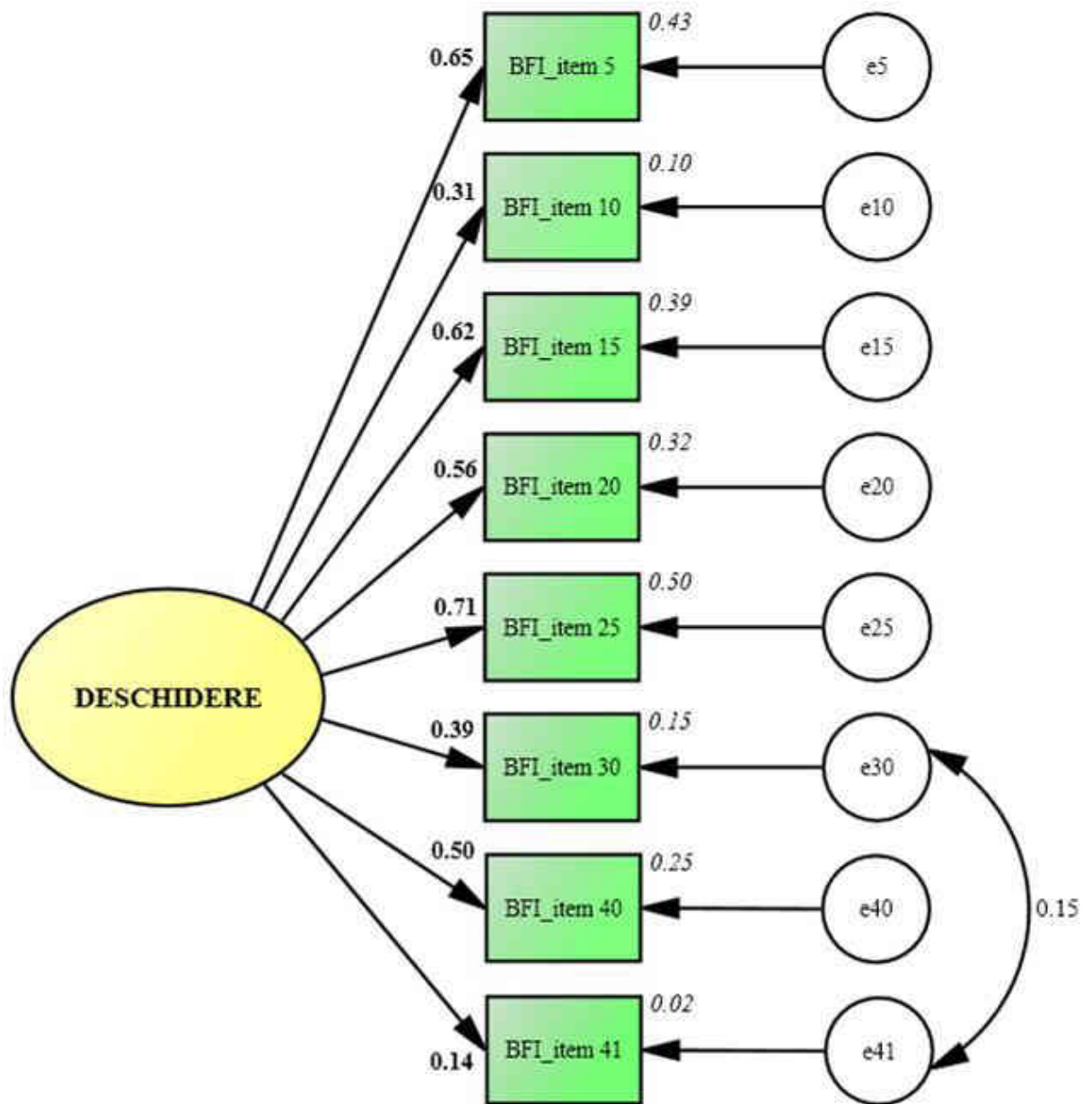


Fig. A.3.4. Modelul factorial reținut pentru scala *Deschidere*

*Scala pentru evaluarea agreabilității.* Modelul ipotetic în care toți itemii scalei *Agreabilitate* au saturat un singur factor latent (fără nicio constrângere în ceea ce privește corelația dintre erorile corespunzătoare itemilor) a evidențiat o adecvare slabă din punct de vedere statistic ( $\chi^2 = 161.93$ ,  $df = 27$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 5.99$ ,  $GFI = 0.943$ ,  $AGFI = 0.905$ ,  $TLI = 0.706$ ,  $NFI = 0.750$ ,  $CFI = 0.780$ ,  $RMSEA = 0.088$ ,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.075 - 0.1010$ ), deși saturațiile itemilor în factorul latent au fost statistic semnificative ( $\lambda = 0.28-0.57$ ;  $p < 0.001$ ). Sugestiile pentru îmbunătățirea modelului din punct de vedere statistic ne-au condus la corelarea erorilor pentru itemii 2 („Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, tinde să dea vina pe alții”) și 12 („Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, obișnuiește să stârnească certuri cu alții”), 2 și 37 („Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, uneori este nepoliticoasă față de ceilalți”), respectiv 12 și 37. Noul model a

prezentat o adecvare satisfăcătoare din punct de vedere statistic:  $\chi^2 = 71.44$ ,  $df = 24$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 2.97$ ,  $GFI = 0.976$ ,  $AGFI = 0.955$ ,  $TLI = 0.884$ ,  $NFI = 0.890$ ,  $CFI = 0.923$ ,  $RMSEA = 0.055$ ,  $CI_{90\%} RMSEA = 0.041 - 0.070$ . Saturațiile itemilor în factorul latent (Fig. A.3.5) au avut valori standardizate cuprinse între 0.21 și 0.61 ( $p < 0.001$ ). Corelațiile dintre erorile corespunzătoare perechilor de itemi 2 și 12, 2 și 37, 12 și 37 au fost egale cu 0.29 ( $p < 0.001$ ), 0.21 ( $p < 0.001$ ), respectiv 0.22 ( $p < 0.001$ ). Factorul latent a explicat între 4 % și 52 % din varianța scorului pentru fiecare dintre cei nouă itemi care au fost reținuți în modelul metric final.

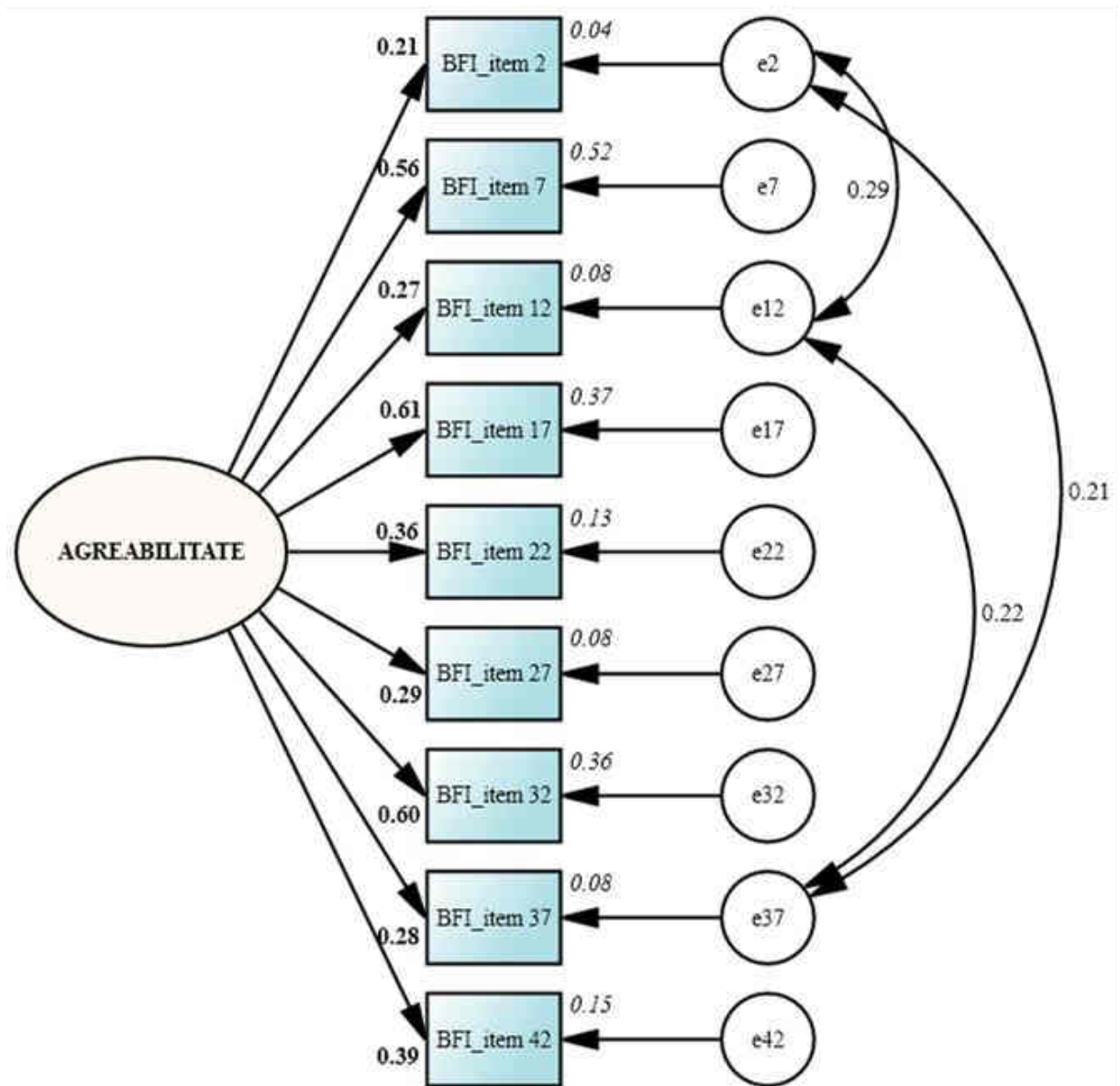


Fig. A.3.5. Modelul factorial reținut pentru scala *Agreabilitate*

*Scala pentru evaluarea conștiinciozității.* Un prim model a pornit de la premisa că toți cei nouă itemi ai scalei *Conștiinciozitate* saturează un singur factor latent. Nu a fost impusă nicio constrângere asupra corelației dintre reziduurile corespunzătoare itemilor. Adecvarea modelului

din punct de vedere statistic nu a fost satisfăcătoare:  $\chi^2 = 196.28$ ,  $df = 27$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 7.27$ ,  $GFI = 0.928$ ,  $AGFI = 0.880$ ,  $TLI = 0.788$ ,  $NFI = 0.821$ ,  $CFI = 0.841$ ,  $RMSEA = 0.098$ ,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.086 - 0.111$ . În plus, saturația pe care itemul 43 („Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, are gusturi sofisticate pentru artă, muzică sau literatură”) a avut-o în factorul latent a fost negativă ( $\lambda = -0.43$ ), deși a fost semnificativă din punct de vedere statistic ( $p < 0.001$ ). Din acest motiv, modelul a fost respecificat prin eliminarea itemului 43, iar analiza reluată fără nicio altă constrângere cu privire la corelația dintre reziduurile itemilor. Modelul rezultat a prezentat, de asemenea, o adecvare nesatisfăcătoare din punct de vedere statistic:  $\chi^2 = 184.19$ ,  $df = 20$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 9.21$ ,  $GFI = 0.925$ ,  $AGFI = 0.864$ ,  $TLI = 0.760$ ,  $NFI = 0.813$ ,  $CFI = 0.828$ ,  $RMSEA = 0.112$ ,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.098 - 0.128$ . Sugestiile pentru îmbunătățirea modelului din punct de vedere statistic ne-au condus la corelarea erorilor pentru itemii 8 („Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, tinde să fie neglijentă”) și 18 („Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, tinde să fie dezorganizată”), 18 și 23 („Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, tinde să fie leneșă, delăsătoare”), respectiv 33 („Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, rezolvă lucrurile într-un mod eficient”) și 38 („Mă văd ca o persoană care, în viața de zi cu zi, își face planuri pe care le urmează până la capăt”). Aceste constrângeri au produs o adecvare a noului model îmbunătățită din punct de vedere statistic:  $\chi^2 = 54.55$ ,  $df = 17$ ,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2/df = 3.20$ ,  $GFI = 0.979$ ,  $AGFI = 0.956$ ,  $TLI = 0.935$ ,  $NFI = 0.945$ ,  $CFI = 0.961$ ,  $RMSEA = 0.058$ ,  $CI_{90\% RMSEA} = 0.041 - 0.076$ . Valorile standardizate ale saturațiilor pe care cei opt itemi le-au prezentat în factorul latent (Fig. A.3.6) au fost cuprinse între 0.44 și 0.63 ( $p < 0.001$ ). Corelațiile dintre erorile corespunzătoare perechilor de itemi 8 și 18, 18 și 23, respectiv 33 și 38 au fost egale cu 0.19 ( $p < 0.001$ ), 0.37 ( $p < 0.001$ ), respectiv 0.21 ( $p < 0.001$ ). Factorul latent a explicat între 19 % și 40 % din varianța scorului pentru fiecare dintre itemii care au fost reținuți în modelul final.

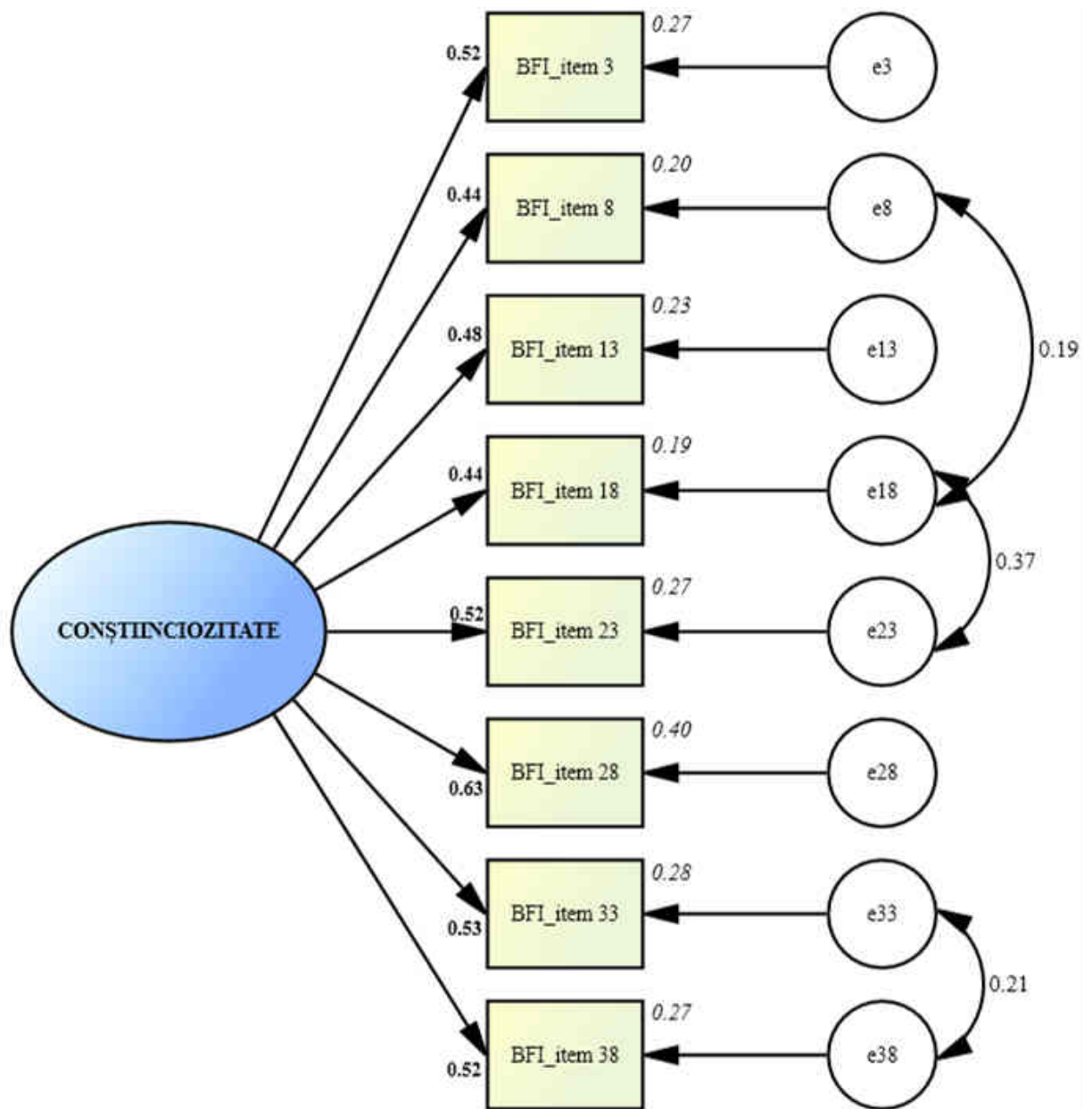


Fig. A.3.6. Modelul factorial reținut pentru scala Conștiințiozitate

**ANEXA 4. Protocolul de colaborare între Colegiul Economic „Virgil Madgearu” Galați și  
Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Galați**

**ANEXA 5. Consimțământul informat pentru părinți (participare adolescenți la programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”)**

**ACORD**

**privind desfășurarea programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”**

**Domeniul proiectului formativ:** *Reducerea și prevenirea consumului și a abuzului de alcool în rândul adolescenților*

**Implementator principal:** Prof. consilier școlar drd. Grigore IONAȘCU

**Date contact:** mobil – 0751 955 525, e-mail – [grig\\_nsc@yahoo.com](mailto:grig_nsc@yahoo.com)

**Coordonator proiect:** Conf. univ. dr. Aurelia GLAVAN

*Înainte de a semna prezentul consimțământ informat, este important ca dumneavoastră să citiți cu atenție și să înțelegeți următoarele explicații care vizează programul de intervenție psiho-educativă la care fiul/fiica dvs. este invitat(ă) să participe. Prezentul consimțământ informat descrie scopul, durata, activitățile și sarcinile, riscurile, beneficiile și drepturile participării fiului/fiicei dvs. la programul „Capcanele alcoolului”. Este foarte important pentru noi să înțelegeți că, în afară de rezultatele programului și progresele pe care fiul/fiica dvs. le poate face în viața de zi cu zi, familie și la școală, ca urmare a frecventării programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”, participarea nu implică nicio altă formă de garanție.*

Se încheie prezentul acord între domnul Prof. gr. I drd. Grigore IONAȘCU, consilier școlar la Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Galați & Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău (Republica Moldova), doamna Prof. Meran DOINA, consilier școlar la Colegiul Economic „Virgil Madgearu” Galați, și doamna/domnul \_\_\_\_\_, în calitate de reprezentat legal (părinte, tutore) al elevei/elevului \_\_\_\_\_ din clasa \_\_\_\_\_, instituția de învățământ \_\_\_\_\_, care au convenit asupra participării minorului mai sus menționat la programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”.

Programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” va fi derulat în anul școlar 2021-2022 și va urmări: a) achiziționarea cunoștințelor cu privire la caracteristicile generale ale dezvoltării și funcționării la vârsta adolescenței prin valorificarea resurselor necesare adaptării la schimbările specifice, precum și a oportunităților de creștere sănătoasă și orientare spre un traseu pozitiv al vieții; b) creșterea nivelului conștientizării de sine în rândul adolescenților în vederea unei mai bune cunoașteri a propriilor lor puncte tari și vulnerabilități, precum și pentru identificarea oportunităților pentru succesul în viață și traseul pozitiv al dezvoltării; c) cunoașterea și înțelegerea particularităților, factorilor de risc și a consecințelor consumului de alcool prin raportarea la spectrul mai larg al comportamentelor care se asociază cu riscuri pentru sănătatea fizică și mintală a adolescenților; d) înzestrarea adolescenților cu deprinderile, abilitățile,



atitudinile și calitățile individuale care contribuie la creșterea rezilienței în fața solicitărilor specifice vârstei, dificultăților de viață și a stresului psihic; e) întărirea conectării dintre adolescenți și familiile din care fac parte prin conștientizarea rolului pozitiv pe care familia îl are în procesul adaptării tinerilor la problemele de viață și stresul psihic, precum și prin creșterea satisfacției față de viața de familie; f) conștientizarea și controlul factorilor de risc pentru anxietate și depresie (indicatori ai stării de bine subiective) prin învățarea strategiilor și a modalităților prin care adolescenții pot să prevină și/sau să controleze aceste stări afective negative; g) identificarea atitudinilor și a comportamentelor alternative la consumul de alcool, precum și transferul acestora în gestionarea situațiilor din viața de zi cu zi pe care adolescenții le întâmpină.

Prezentul acord vizează participarea elevului/eleveii \_\_\_\_\_ la un număr de 16 activități (câte una săptămânal) derulate în fiecare zi de luni/vineri (în afara programului școlar) între orele 10.00-12.00, cu asigurarea unei gustări de prânz în intervalul 11.00-11.15. Participarea fiului/fiicei dvs., minorul \_\_\_\_\_ la programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” nu include niciun fel de risc asupra stării de sănătate fizică/psihică. Întrebările chestionarelor de *feed-back* (care vor fi administrate la sfârșitul fiecărei întâlniri de lucru, respectiv după finalizarea programului) vor viza experiențele personale, prestația formatorilor, conținutul și relevanța temelor abordate, precum și anumite sugestii pentru îmbunătățirea viitoarelor programe – deci aspecte care nu au legătură cu informații, situații sau evenimente de viață particulare pentru minorul pe care îl reprezentați legal sau familia acestuia. După încheierea programului de intervenție psiho-educativă pe care vi-l propunem, numele fiului/fiicei dvs. nu va putea fi identificat și utilizat în niciun alt scop care ar putea implica un anumit risc pentru imaginea sau securitatea acestuia sau a familiei din care face parte.

Rezultatele programului vor fi prezentate în cadrul unor conferințe, congrese sau simpozioane cu caracter științific, precum și al unor lucrări care vor fi publicate. Nu există niciun alt scop în care vor fi utilizate rezultatele, în afară de cele pe care vi le-am precizat. Aveți posibilitatea să cereți informații detaliate despre rezultatele programului și achizițiile fiului/fiicei dvs.

În baza *Declarației Universale a Drepturilor Omului, O.G. nr. 57/2002 privind cercetarea științifică și dezvoltarea tehnologică*, aprobată prin *Legea nr. 324/2003*, a *Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică*, a *Codului Deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică*, precum și în baza *Regulamentului Uniunii Europene nr. 679/2016 privind protecția datelor personale (General Data Protection Regulation/GDPR)*,

aveți următoarele drepturi în calitate de reprezentat al minorului \_\_\_\_\_ :

- ✓ dreptul de a refuza participarea la studiu și la programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” pe care vi-l propunem, prin nesemnarea prezentului consimțământ informat;
- ✓ dreptul de a întrerupe oricând doriți frecventarea întâlnirilor de lucru ale programului din motive întemeiate, fără ca această acțiune să atragă după sine vreo penalizare asupra minorului pe care îl reprezentați sau asupra dvs. în calitate de reprezentant legal;

- ✓ dreptul de a solicita în orice moment explicații și clarificări despre scopurile, procedurile de lucru sau rezultatele programului de intervenție psiho-educativă la care minorul al cărui reprezentant legal sunteți urmează să participe.

*Am citit sau mi-au fost citite toate aspectele participării minorului \_\_\_\_\_ la programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”, care au fost incluse în paragrafele anterioare. Implementatorul principal al programului mi-a explicat scopul, durata participării la program, activitățile și sarcinile care vor fi derulate, riscurile participării, beneficiile și drepturile și a răspuns la toate întrebările mele. Am înțeles că pot refuza participarea la program a minorului \_\_\_\_\_ sau că îmi pot exprima acordul ca acesta să se retragă oricând dorește, fără ca aceste acțiuni să implice anumite penalizări sau pierderea drepturilor/beneficiilor și sancțiuni. Am înțeles ce drepturi are minorul \_\_\_\_\_ în calitate de participant la programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului” și îmi dau consimțământul voluntar ca minorul \_\_\_\_\_ să participe la program.*

Semnătura reprezentatului  
legal al minorului

Data,

*Confirm faptul că am parcurs în întregime conținutul prezentului consimțământ informat împreună cu reprezentatul legal care a semnat mai sus și că aceasta a luat la cunoștință și a înțeles scopul, durata, activitățile și sarcinile, riscurile, beneficiile și drepturile participării minorului \_\_\_\_\_ la programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”.*

Semnătura implementatorului principal  
Prof. gr. I consilier școlar drd. Grigore IONAȘCU

Semnătura colaboratorului  
Prof. consilier școlar Doina MERAN

## ANEXA 6. Programul de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”

### Activitatea nr. 1

**Data:** 17.01.2022

**Modulul:** 1

**Domeniul:** Intercunoașterea membrilor grupului formativ și crearea atmosferei favorabile lucrului în grup

**Tema:** *Intercunoașterea participanților*

**Scop:** Intercunoașterea participanților și asigurarea coeziunii grupului prin identificarea percepției asupra comportamentelor de risc, specifice adolescenței.

**Obiective operaționale:**

La finalul activității, adolescenții vor fi capabili:

- să interrelaționeze optim cu ceilalți membri în vederea realizării sarcinilor de lucru, prin accesarea și valorificarea resurselor personale;
- să reflecteze la resursele personale valorificând experiențele de viață.

**Strategia formativă:**

- a. **Metode și procedee:** conversația, expunerea, explicația, exemplificarea, problematizarea, munca independentă, lucrul pe grupe/echipe, jocuri pentru spargerea gheții, jocuri pentru energizare, jocul de rol.
- b. **Forme de organizare a grupului experimental:** frontal, individual, pe grupe/echipe.

**Desfășurarea activității**

**1. Exercițiu introductiv: „Jocul numelor”** [preluat și adaptat din 238, p. 5]

**Obiectiv:** a însuși numele tuturor membrilor grupului

**Descriere:** Consilierul psiholog a precizat că scopul jocului este ca fiecare participant să se prezinte, asociind fiecărui nume câte un gest. Consilierul psiholog și-a spus numele și a făcut un gest ce i-ar caracteriza personalitatea (de exemplu: cântă la chitară sau doarme, îi place să citească, etc.) Jocul a fost continuat de persoana din stânga sau dreapta consilierului, repetând toate numele și gesturile anterioare. Jocul a fost continuat până au fost prezentate toate persoanele. După aceasta, jocul a continuat cu unele modificări. Consilierul psiholog a făcut un gest ce caracterizează una dintre persoane. Adolescenții trebuiau să-și amintească numele. Persoana numită a făcut același lucru. Consilierul psiholog a spus numele cuiva, iar grupul trebuia să repete gestul acelei persoane.

### **Întrebări pentru discuții:**

- b. Care sunt beneficiile aplicării normelor de grup atunci când realizăm o activitate în comun ?

### **2. Exerciții specifice etapei de consiliere:**

#### **a) „Figurile geometrice”** [preluat și adaptat din 285, p. 243]

**Obiectiv:** dezvoltarea coeziunii grupului; formarea motivației pentru lucrul în grup; dezvoltarea empatiei.

**Descriere:** Adolescenții s-au deplasat prin clasă cu ochii închiși zumbăind. La semnalul consilierului psiholog, participanții s-au oprit și au trebuit să se aranjeze în cerc. Au primit indicația ca, în nici într-un caz să nu deschidă ochii. Jocul s-a încheiat atunci când adolescenții au format un cerc. S-a acordat 7-10 încercări. Jocul s-a oprit la cea mai reușită încercare. Consilierul psiholog a fixat formele „cercurilor” primite pe tablă. După finisare s-a discutat activitatea și s-a subliniat importanța lucrului în grup. (Dacă cercul nu se primește atunci nici un participant nu a respectat cerințele jocului).

### **Întrebări pentru discuții:**

- Cât de dificilă vi s-a părut sarcina de a vă autoevalua ?
- Atunci când v-ați gândit la propria voastră persoană, ați ales preponderent caracteristici pozitive sau negative ?
- De ce credeți că este important să ne evaluăm propria noastră persoană într-un mod realist ?

#### **b) „Zăpăceala ”** [preluat și adaptat din 285, p. 242]

**Obiectiv:** diminuarea distanței psihologice între adolescenți

**Descriere:** S-a ales un voluntar care părăsește clasa. Ceilalți adolescenți s-au aranjat în cerc, s-au ținut de mâini și s-au „încâlcit” schimbându-și locul, întorcându-se sub diferite unghiuri. La întoarcerea sa în clasă voluntarul trebuia să-i descâlcească pe toți în așa fel încât adolescenții să formeze din nou cercul. Dacă îndeplinirea activității a necesitat mult timp se permite voluntarului să „dezlege” mâinile unei perechi de participanți și schimbarea locului acestor participanți.

### **Întrebări pentru discuții:**

- Cum v-ați simțit ?
- Care sunt asemănările și deosebirile dintre resursele care v-au fost prezentate ?
- În ce situații din viața de zi cu zi apelăm la resursele noastre ?
- Cum putem beneficia de resursele pe care ni le oferă alte persoane ?

### **3. Exercițiu de energizare: „Turnul de control”** [preluat și adaptat din 285, p. 247]

**Obiectiv:** energizare, stabilirea contactului între participanți; dezvoltarea încrederii; favorizarea colaborării.

**Descriere:** S-au format perechi și s-a nominalizat cine este „avion” și cine „turnul de control”. S-a făcut o pistă cu două rânduri de scaune și obstacole pe traseul de aterizare. „Avionul” are ochii legați și „turnul de control” trebuia să-l dirijeze verbal, evitând obstacolele pentru o aterizare favorabilă. După aceasta rolurile s-au schimbat fiind posibilă și modificarea situației pe pista de obstacole. S-a examinat cum anume s-au simțit participanții.

**Întrebări pentru discuții:**

- Cum v-ați simțit în timpul acestui joc ?
- Ce credeți că a urmărit această sarcină „buclucașă” pe care ați avut-o de rezolvat în grup ?

**4. Exerciții specifice etapei de consiliere:**

a) **Brainstorming** – „Ce știm despre alcool?”

**Obiectiv:** identificarea informațiilor pe care adolescenții le au despre consumul de alcool

**Descriere:** sunt aplicați pașii specifici metodei

a) „Cărțile sentimentelor” [preluat și adaptat din 25, p 44)

**Obiectiv:** să exprime sentimentele actuale și eliberarea tensiunii

**Descriere:** Consilierul psiholog a plasat mai multe carduri cu imagini pe o masă și a rugat adolescenții să își aleagă câte un card care să descrie cel mai bine sentimentele ei/lui în acel moment. A precizat faptul că este în regulă ca același card să fie ales de mai mulți adolescenți. După ce toți adolescenții au ales câte un card, au fost rugați să se așeze în cerc și să argumenteze de ce au ales acel card.

**- Întrebări pentru discuții:**

- Este important să ne exprimăm stările emoționale ?
- Vă este greu să vorbiți despre stările emoționale ? Dacă da, de ce credeți că se întâmplă acest lucru?

## Activitatea nr. 2

**Data:** 25.01.2022

**Modulul:** 1

**Domeniul:** Adolescența – oportunități și riscuri pentru dezvoltare

**Tema:** „*Particularități generale ale adolescenței. Puncte tari și vulnerabilități ale adolescenței*”

**Scop:** conștientizarea resurselor și a vulnerabilităților specifice adolescenței în vederea adoptării unor comportamente și decizii optime privind funcționarea și integrarea psiho-socio-educativă

### **Obiective operaționale:**

La finalul activității, adolescenții vor fi capabili:

- să definească adolescența;
- să prezinte caracteristicile dezvoltării fizice, cognitive, emoționale ale adolescentului;
- să argumenteze modul personal de asumare a gradului de libertate în anumite contexte de viață din această etapă (*tipuri de comportamente, atitudini, valori*);
- să descrie, prin prisma propriei percepții, tentațiile specifice (*dificultăți, provocări*) cu care s-a confruntat la un moment dat în perioada adolescenței;
- să identifice punctele forte, punctele slabe, oportunitățile și riscurile specifice adolescenței;
- să analizeze modalități de valorificare a oportunităților și de prevenire a riscurilor.

### **Strategia formativă:**

**Metode și procedee:** conversația, expunerea, explicația, exemplificarea, problematizarea, munca independentă, lucrul pe grupe/echipe, jocuri pentru spargerea gheții, jocuri pentru energizare, jocul de rol, convorbirea ghidată, tehnica SWOT, tehnica „Caruselul”.

**Tehnici de consiliere:** exteriorizarea experiențelor/poveștilor vieții, dedublarea /a fi martor extern, de a obiectiva problema, tehnica descoperirii dirijate, examinarea avantajelor și dezavantajelor, identificarea unor posibile alternative comportamentale.

**Forme de organizare a grupului experimental:** frontal, individual, pe grupe/echipe

### **Desfășurarea activității:**

**1. Exercițiu introductiv: Ice-breaking „Puntea”** [preluat și adaptat din 318, p. 83]

**Obiectiv:** Dezvoltarea coeziunii grupului

**Descriere:** Consilierul psiholog a așezat o sfoară, derulată dintr-un colț în altul al sălii, pe diagonală. Adolescenții s-au așezat pe sfoară, unul lângă altul. Sfoara reprezintă puntea, iar de o parte și de alta sunt crocodilii, așa că, fără să se rupă „puntea” și fără să vorbească (doar prin semne s-au putut ajuta), trebuiau să se ordoneze după luna și ziua de naștere, de la stânga la dreapta (stânga reprezintă ianuarie, iar dreapta decembrie). După ce s-au ordonat, fiecare și-a spus data de naștere și au fost felicitați dacă s-au așezat în ordinea crescătoare a datelor.

### **Întrebări pentru discuții:**

- V-a fost ușor sau greu să comunice doar folosind limbajul nonverbal (prin semne)?
- Ce pericole ați asociat „crocodililor” ?

### **2. Exercițiu specific etapei de consiliere:**

#### **a) „Aspecte relevante ale adolescenței” (dezbateri)**

S-a realizat un portret al adolescenței, detaliindu-se principalele trăsături de personalitate evidențiate la această vârstă.

- Cum definim adolescența ?
- Care sunt caracteristicile perioadei adolescenței ?
- Ce tentații apar în adolescență ?
- Ce înțelegeți prin libertate? Este sau poate fi ea îngrădită ?
- Când și cum apar neînțelegerile dintre adolescent și părinte/adult ?
- Ce dificultăți poate întâmpina un adolescent ? Care este reacția celor din jur (părinți, profesori, colegi) la acțiunile adolescentului ?
- Cum reușesc adolescenții să depășească dificultățile întâmpinate la un moment dat ?

#### **b) „Adolescența – între oportunități și riscuri”**

**Desfășurarea activității:** Consilierul a realizat un brainstorming: noțiunea de adolescență. S-au analizat răspunsurile și s-au dedus elementele definitorii ale adolescenței. Cei **5 „I”**, care definesc trăsăturile caracteristice adolescentului și care pot oferi oportunități, cât și riscuri ascunse:

**Independență** – adolescenții tind să devină mai puțin dependenți de părinții lor și de alți adulți care fac parte din viața lor. Pentru a obține independență, ei încep să-și schimbe „centrul de gravitație de la părinți la semenii și, uneori, la alte sisteme de valori”. Această schimbare este puternică, poate facilita dezvoltarea responsabilității, dar poate implica revoltă și duce la conflicte cu adulții.

**Identitate** – adolescenții sunt în căutarea propriei identități și trăiesc intens dorința de afirmare. Luptă pentru a se defini pe ei înșiși și pentru ceea ce vor să realizeze. Acest proces implică experimentarea, care le oferă atât oportunitatea descoperirii, cât și riscul viciilor.

**Intimitate** – apare o trebuință acută în afectivitate și intimitate. Propria afectivitate se nuanțează, se diferențiază. Ei învață să-și exprime și să-și controleze emoțiile, sentimentele. Curiozitatea sexuală și maturizarea stimulează formarea identității sexuale.

**Integritate individualizată** – apare un conflict intern între valorile de bază oferite de părinți și influențele colegilor, respectiv ale mass-mediei, etc. De aceea, ei simt nevoia de a elabora propriul sistem de valori și principii, fiind în căutarea lor. Ei vor să decidă ce să creadă și cum să se comporte.

**Intelect** – capacitatea intelectuală are acum o oportunitate de dezvoltare, extinzându-se la gândirea abstractă, conceptualizată. Se formează un anumit stil cognitiv.

**Lucrul în grup (tehnica SWOT).**

- ✓ grupul 1 – puncte forte ale vârstei adolescente
- ✓ grupul 2 – puncte slabe ale vârstei adolescente
- ✓ grupul 3 – oportunități pe care le poate oferi vârsta dată
- ✓ grupul 4 – riscurile vârstei

După realizarea sarcinii, foile de lucru au fost transmise prin rotație fiecărui grup, astfel ca toate grupurile să aibă posibilitatea să completeze fișele pentru toate cele patru dimensiuni. Apoi foile au fost afișate pe tablă în următoarea ordine:

puncte forte – <b>S</b>	<b>W</b> – puncte slabe
oportunități – <b>O</b>	<b>T</b> – riscuri

Argumentarea ideilor și prezentarea lor.

**3. Exercițiul de energizare: „Bărcile de salvare”** [preluat și adaptat din 104, p. 104]

Obiectiv: energizare, intercunoaștere, relaționare în cadrul grupului

Descriere: Consilierul psiholog i-a introdus într-o poveste în care vaporul cu pasageri se scufundă, iar bărcile de salvare pot lua un anumit număr de pasageri, altfel fie se scufundă (dacă sunt mai mulți), fie se restoarnă (dacă sunt mai puțini). Consilierul psiholog a strigat o cifră, de exemplu „5”. Imediat adolescenții s-au grupat câte 5, ținându-se cât mai strâns unii de alții. Cei care au rămas izolați sau grupurile cu un număr diferit de persoane „s-au scufundat” și au ieșit din joc și în continuare au stat pe margine. Apoi, consilierul psiholog a strigat o altă cifră ș.a.m.d.

**Întrebări pentru discuții:**

- Ce ați simțit când ați rămas izolați și ați fost excluși din joc ?
- Excluderea din joc a depins doar de voi sau ceilalți ?
- Ce putem desprinde din acest exercițiu ?

**4. Exerciții specifice etapei de consiliere** (se va completa fișa de lucru de mai jos).

a). I. Completați spațiile libere, așa cum considerați!

1. Factorii exteriori care îmi îngrădesc cel mai mult libertatea sunt:

.....

.....

.....



2. Factorii interiori care îmi îngădesc cel mai mult libertatea sunt:

.....  
.....  
.....

II. Ierarhizați primii cinci factori, exteriori și interiori, în ordinea descrescătoare a puterii cu care acționează în cazul vostru (altfel spus, care sunt primii cinci factori care vă îngădesc în opinia voastră cel mai mult libertatea) și argumentați răspunsul:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

III. Descrieți o situație în care părinții v-au reproșat că nu aveți vârsta potrivită pentru a face ceea ce v-ați propus:

.....  
.....

Adolescenții au prezentat răspunsurile și au dezbătut câteva dintre situațiile identificate la punctul III.

- Cum te-ai simțit în acel moment ?
- Ce argumente ți s-au adus ? Care au fost contraargumentele tale ?
- Ce ai făcut (ai ascultat sau nu sfatul) ?
- Cum ai proceda acum dacă ai trece prin aceeași situație ?
- Care au fost consecințele (pe termen scurt/lung) ?

**b) Reflecție individuală – Poveste metaforică: „Creionul” de Paulo Coelho.**

Consilierul psiholog a citit poezia „*Adolescenți pe mare*” (*Nichita Stănescu*), iar la final a realizat o scurtă semnificație a poeziei, ajutat de adolescenți.

„ Această mare e acoperită de adolescenți  
care învață mersul pe valuri, în picioare,  
mai rezemându-se cu brațul de curenți,  
mai sprijinindu-se de-o rază țeapănă de soare.

Eu stau pe plaja-ntinsă tăiată-n unghi perfect  
și îi contemplan ca la o debarcare.  
O flotă infinită de yole. Și aștept  
un pas greșit să văd sau o alunecare  
măcar pân'la genunchi în valul diafan  
sunând sub lenta lor înaintare.  
Dar ei sunt zvelți și calmi și simultan  
au și deprins să meargă pe valuri, în picioare.”

## FIȘĂ DE LECTURĂ

### „Adolescența - cotitură în viața unui individ”



- Copilul se desparte psihologic de familie, își stabilește propria identitate.
- Își crează un spațiu psihologic numai al lui, care să-l ajute să se cunoască și să se înțeleagă mai bine.
- Prietenii devin repere și punctele de sprijin ale adolescentului.
- Țelul adolescentului: independența absolută.
- Adolescența: perioadă de căutare, de exprimare, de confuzie față de valorile și idealul propriu de viață.
- Este o perioadă furtunoasă: vrea să trăiască emoții noi, interese, încearcă tot felul de comportamente, chiar și comportamente străine cu scopul de a se cunoaște pe sine, tinde spre explorare, aventură.
- Preocupare pentru tinerii de sex opus, având ca scop dorința de a plăcea.
- Dezechilibru afectiv.
- Apar dese conflicte cu familia, clasicele conflicte între generații.
- Adolescenții sunt intransigenți când este vorba de prietenie, adevăr, loialitate.
- Scăderea interesului pentru pregătirea școlară în alternanță cu preocupările extrașcolare, dinafara școlii.

## Reflecție individuală - „Creionul” (Paulo Coelho)

Copilul își privea bunicul scriind o scrisoare. La un moment dat, întrebă:

- Scrii o poveste care ni s-a întâmplat nouă ? Sau poate e o poveste despre mine ?

Bunicul se opri din scris, zâmbi și-i spuse nepotului:

- E adevărat, scriu despre tine. Dar mai important decât cuvintele este creionul cu care scriu. Mi-ar placea să fii ca el, când vei fi mare.

Copilul privi creionul intrigat, fiindcă nu văzuse nimic special la acesta.

- Dar e la fel ca toate creioanele pe care le-am văzut în viața mea !

- Totul depinde de felul cum privești lucrurile. Există cinci calități la creion, pe care dacă reușești să le menții, vei fi totdeauna un om care trăiește în bună pace cu lumea.

**Prima calitate:** poți să faci lucruri mari, dar să nu uiți niciodată că există o Mână care ne conduce pașii. Pe această mână o numim Dumnezeu și El ne conduce totdeauna conform dorinței Lui.

**A doua calitate:** din când în când trebuie să mă opresc din scris și să folosesc ascuțitoarea. Asta înseamnă un pic de suferință pentru creion, dar până la urmă va fi mai ascuțit. Deci, să știi să suportți unele dureri, pentru că ele te vor face mai bun.

**A treia calitate:** creionul ne dă voie să folosim guma pentru a șterge ce era greșit. Trebuie să înțelegi că a corecta un lucru nu înseamnă neapărat ceva rău, ceea ce este neapărat e faptul că ne menținem pe drumul drept.

**A patra calitate:** la creion nu este important lemnul sau forma lui exterioară, ci mina de grafit din interior. Tot așa, îngrijește-te de ce se întâmplă în lăuntrul tău.

Și, în sfârșit, **a cincea calitate** a creionului: lasă totdeauna o urmă. Tot așa, să știi că ceea ce faci în viață va lăsa urme, astfel că trebuie să încerci să fii conștient de fiecare faptă a ta.



<https://www.romedic.ro/alfa-centru-sanatate-psihica-comportamentala/articol/10333-> accesat la data de 06.08.2021.

### Activitatea nr. 3

**Data:** 31.01.2022

**Modulul:** 1

**Domeniul:** Adolescența – oportunități și riscuri pentru dezvoltare

**Tema:** „*Reducerea riscurilor și valorificarea oportunităților pentru traseul pozitiv al dezvoltării*”

**Scop:** formarea abilității de analiză a propriilor comportamente și atitudini din perspectiva consecințelor acestora; adaptarea funcțională a adolescenților la solicitările psihice/exterioare

#### **Obiective operaționale:**

La finalul activității, adolescenții vor fi capabili:

- să cerceteze capacitatea de a avea diferite sentimente și de a favoriza acceptarea;
- să înțeleagă legătura dintre modul în care acționează și consecințele acestor acțiuni.

#### **Strategia formativă:**

- a. **Metode și procedee:** conversația, expunerea, explicația, exemplificarea, problematizarea, munca independentă, lucrul pe grupe/echipe, jocuri pentru spargerea gheții, jocuri pentru energizare, jocul de rol
- b. **Forme de organizare a grupului experimental:** frontal, individual, pe grupe/echipe

#### **Desfășurarea activității**

**1. Exercițiu introductiv:** „*Variațiuni colorate*” [preluat și adaptat din 221, p. 49-50]

**Obiectiv:** activarea participanților; stimularea autopercepției, cercetarea capacității de a avea diferite sentimente și de a favoriza acceptarea.

**Descriere:** Consilierul psiholog a invitat adolescenții să observe o imagine afișată într-un loc vizibil pentru toți (în fața clasei, pe tablă), apoi a cerut fiecăruia să deseneze în culori ceea ce crede el că se potrivește cel mai bine cu starea de spirit din momentul respectiv (de exemplu, negru). Consilierul psiholog, a solicitat adolescenților să-și imagineze culoarea opusă primei culori (de exemplu, roșu). După aceea le-a spus să folosească pe o singură foaie toate combinațiile de culori care cred ei că ar putea deriva din cele alese în etapele precedente (de pildă, gri, portocaliu, etc). Apoi le-a cerut să perceapă eventualele variații de senzații de la o culoare la o alta succesivă; după care au fost îndrumați să repete același lucru inversând ordinea (de exemplu, roșu, portocaliu, gri, negru). Adolescenții au fost invitați să-și exprime propriile trăiri.

#### **Întrebări pentru discuții:**

- Cum puteți explica varietatea de exprimare a stărilor emoționale ?
- Ce vă transmite cromatica aleasă ?

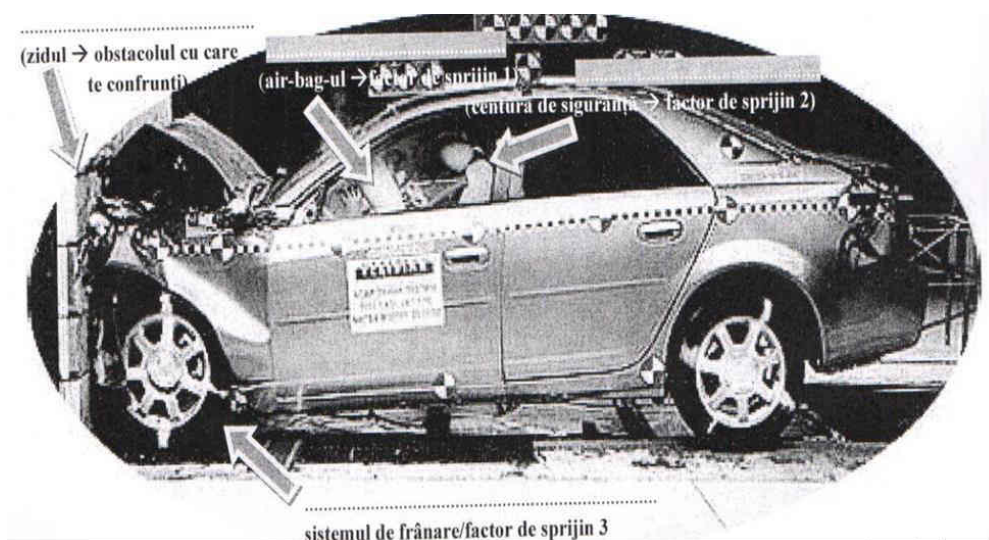
**2. Exercițiu specific etapei de consiliere: „Adolescentul, ca un șofer imprudent!”** [preluat și adaptat din 118, p. 86 ]

**Obiectiv:** Dezvoltarea conștiinței de sine prin identificarea situațiilor (de risc) întâlnite în adolescență și care necesită adaptarea unor comportamente și atitudini prudente.

**Descriere:** S-a analizat imaginea prezentată în fișa de lucru (Anexă), subliniindu-se măsurile de siguranță care pot preveni un accident auto sau care pot veni în ajutorul șoferului în cazul unui accident.

„Prudența poate combate consecințele nefaste ale nonconformismului, teribilismului sau iresponsabilității. Atunci când o persoană manifestă prudență, anticipează consecințele negative care pot să apară în urma unui comportament indezirabil. Un șofer prudent poate evita un accident, iar dacă inevitabilul se întâmplă, șoferul prudent este atent la măsurile de siguranță pe care le poate să le adopte pentru a fi ferit de pericol. Un adolescent adesea este descris în literatură ca fiind teribilist sau nonconformist ceea ce duce la apariția multor comportamente dezadaptative: fumat, consum de alcool, sarcini nedorite, agresivitate, eșec școlar etc. Ceea ce ne interesează se referă la acele comportamente/atitudini pe care fiecare dintre voi poate să le adopte în a evita un accident, pericol sau o consecință negativă specifică. Fiecare dintre voi dispuneți de atitudini și comportamente responsabile, iar azi trebuie să le identificați! Pentru început fiecare trebuie să notați pe zidul din imagine, pericolul/dificultatea cu care vă confrunțați în acest moment. După ce au numit pericolul/dificultatea, au identificat comportamentele, atitudinile sau alți factori pe care au putut să-i mobilizeze/activeze pentru a depăși acel obstacol. Măsurile pe care le poate adopta șoferul vor simboliza factorii enumerați de adolescenți (de exemplu: pedala de frână simbolizează..., airbag-ul..., centura de siguranță...etc).

Adolescentul, ca un șofer imprudent – fișă de lucru (anexă)



### **Întrebări pentru discuții:**

- Care au fost “metodele de siguranță” de care dispuneți fiecare și care pot fi mobilizate în cazul unor dificultăți ?

Consilierul psiholog a completat lista factorilor de sprijin cu diferite mijloace neamintate de adolescenți.

### **3. Exercițiu de energizare: „Corvezi emoționale” [preluat și adaptat din 104, p. 112]**

**Obiectiv:** energizare, intercunoaștere, relaționare în cadrul grupului

**Descriere:** Consilierul psiholog a împărțit adolescenții în perechi. Unul dintre membrii perechii este legat la ochi. Tema jocului e ca „nevăzătorul” să fie condus de partener într-o scurtă călătorie, care se desfășoară în sala de clasă. Fiecare pereche a ales modalitatea prin care s-a realizat conducerea – verbală sau non-verbală: „nevăzătorul” a fost ținut cu mâinile de umerii partenerului; partenerul a pus mâinile pe umerii „nevăzătorului”; cei doi au stabilit un cod de gesturi: când partenerul atinge „nevăzătorul” pe umărul drept, acesta se întoarce la 90<sup>0</sup> la dreapta și merge înainte, etc. De asemenea, cursa a avut și câteva obstacole.

### **Întrebări pentru discuții:**

- A fost dificil să vă conduceți (legați la ochi) doar cu ajutorul comenzilor oferite de partener ?
- Care dintre instrucțiuni au fost înțelese mai bine: cele verbale sau cele non-verbale ?
- Este dificil să ne orientăm folosind doar o parte din analizatori? De ce acest lucru ? Ce desprindem din acest exercițiu ?

### **4. Exerciții specifice etapei de consiliere: „Acționezi acum, plătești mai târziu” [preluat și adaptat din 25, p. 57-58]**

**Obiectiv:** să înțeleagă legătura dintre modul în care acționează și consecințele acestor acțiuni

**Descriere:** Consilierul psiholog a arătat adolescenților o imagine/planșă în care era un șoarece și o cușcă cu cașcaval și a purtat o discuție despre ce i s-ar întâmpla șoarecelui dacă și-ar dori cașcavalul din capcană. Adolescenții au fost întrebați dacă sunt de părere că șoarecele se va gândi la consecințe înainte să încerce să ajungă la cașcaval. De asemenea, au fost întrebați dacă și-au dorit vreodată ceva atât de mult încât nu s-au mai gândit la consecințe. Consilierul psiholog a purtat discuții despre ce ar putea face adolescenții pentru a-și reaminti să gândească înainte să acționeze. Apoi le-a oferit câte o coală de hârtie și creioane colorate și i-a rugat să deseneze pe jumătate de coală o cursă de șoareci. Pe cealaltă jumătate pentru a-și reaminti să gândească înainte de a acționa, adolescenții au scris:

C – ceva ce sunt tentat să fac

U – urmări

R – reamintește-ți

S – să acționezi acum numai dacă acesta este un lucru inteligent care merită făcut

A – a plănuși dinainte pentru a evita consecințele negative.

**Întrebări pentru discuții:**

- Cum vi s-a părut exercițiul ?

- Ce ați învățat ?

- Povestiți un exemplu din viața voastră când ați dorit ceva foarte mult încât nu v-ați mai gândit la urmări.

- Spuneți o situație în care vă veți gândi la exercițiul de astăzi înainte să acționați.

## Activitatea nr. 4

**Data:** 7.02.2022

**Modulul:** 1

**Domeniul:** Portretul meu de adolescent

**Tema:** „*Cine sunt eu și cum mă văd ceilalți ?*”

**Scop:** Dezvoltarea conștiinței de sine și a atitudinilor pozitive față de propria persoană.

**Obiective operaționale:**

La finalul activității, adolescenții vor fi capabili:

- să identifice punctele tari, punctele slabe, oportunitățile și riscurile în procesul de dezvoltare;
- să denumească caracteristici definitorii pentru o persoană;
- să sesizeze caracteristicile propriei persoane;
- să realizeze propriul portret de adolescent.

**Strategia formativă:**

- a. **Metode și procedee:** conversația, expunerea, explicația, exemplificarea, problematizarea, munca independentă, lucrul pe grupe/echipe, jocuri pentru spargerea gheții, jocuri pentru energizare, jocul de rol
- b. **Forme de organizare a grupului experimental:** frontal, individual, pe grupe/echipe

**Desfășurarea activității:**

**1. Exercițiu introductiv: „Portretul meu”** [preluat și adaptat din 221, p. 47]

**Descriere:** Consilierul psiholog a distribuit adolescenților câte o foaie de hârtie. Fiecare adolescent a trebuit să-și personalizeze foaia, scriindu-și mai întâi numele și apoi toate informațiile pe care le poate da despre el pentru a le comunica celorlalți propriile capacități, interese, dorințe, aspirații, activități sportive și recreative, raporturi cu alții, într-un cuvânt propriul portret. Odată ce prezentarea a fost încheiată, fiecare a trebuit să-și atârne foaia pe perete și să se oprească să le citească pe ale celorlalți. La sfârșit, consilierul psiholog i-a invitat să comenteze în grup prezentarea fiecărui participant. A fost evidențiat felul în care fiecare adolescent și-a completat foaia (dacă a avut multe de spus despre el sau dacă întâmpină dificultăți să vorbească despre propria persoană, dacă i-a fost rușine să-și arate sentimentele, dacă a folosit mult spațiu sau puțin în elaborarea prezentării, dacă scrisul este mic sau mare etc.).

**Întrebări pentru discuții:**

- Care sunt laturile pozitive ale voastre ?
- A fost dificil să vă descrieți ? De ce credeți că se întâmplă acest lucru ?
- Ce ați simțit atunci când a trebuit să vorbiți celorlalți despre sine ?



## 2. Exerciții specific etapei de consiliere:

a) **Analiza SWOT- „Care sunt punctele mele tari și cele slabe?”** [preluat și adaptat din 34, p.271]

**Obiective:** identificarea punctelor tari și a punctelor slabe, a oportunităților și a amenințărilor personale

**Descriere:** Consilierul psiholog le-a solicitat adolescenților să rezolve fișele de lucru „Puncte tari și puncte slabe”, „Cine sunt eu?”, „Cel mai interesant lucru sunt eu!”, „Diploma mea”

Fișă de lucru – „**Puncte tari și puncte slabe**”

- A. Punctele mele tari sunt.....
- B. Punctele mele slabe sunt.....
- C. Oportunitățile mele sunt.....
- D. Amenințările sunt.....
- E. Alege o abilitate, o competență, notată la punctul B și realizează un plan de dezvoltare a acestuia:

.....  
.....

**Fișă de lucru - „Cine sunt eu”?** [preluat și adaptat din 34, p. 272]

Completează următoarele fraze:

- Oamenii de care îmi pasă cel mai mult sunt.....
- Mă simt mândru de mine pentru că.....
- Oamenii pe care îi admir cel mai mult sunt.....
- Îmi place mult să.....
- Îmi doresc să.....
- Unul dintre cele mai bune lucruri făcute de mine este.....
- Mi-ar plăcea să devin.....
- Îmi propun să.....
- Prefer să.....decât să.....
- Știu că pot să.....

Fișă de lucru – „Cel mai interesant lucru sunt eu!” [preluat și adaptat din 34, p. 272]

Elevii să realizeze un colaj care să cuprindă următoarele date:

Numele:	Lucrurile care NU îmi plac:
Vârsta:	•
Înălțimea:	•

Culoarea ochilor:	•
Culoarea părului:	•
Ziua de naștere:	•
	Aceste lucruri le fac EU cel mai bine!
CE ÎMI PLACE:	•
Mâncarea mea preferată:	•
Culorile mele preferate:	•
Sportul meu preferat:	•
Materiile preferate:	•

### Fișă de lucru – „Dipoma mea” [preluat și adaptat din 34, p. 276]

Completează spațiile goale din diploma ta:

- Cea mai importantă realizare din viața mea .....
- Cel mai important succes din viața mea .....
- Cel mai important eveniment din viața mea .....
- Cel mai important obiectiv realizat .....
- Cea mai importantă decizie pe care am luat-o.....

Cele mai importante persoane din viața mea .....

#### Întrebări pentru discuții:

- V-a fost dificil să vă autodescrieți ? Dacă da, cum explicați acest lucru ?

### 2. Exercițiu specific etapei de consiliere:

a) „Copăcelul meu”- [preluat și adaptat din 238, p. 67]

**Obiective:** să determine cunoașterea reciprocă și a propriei persoane; să încurajeze autoafirmarea și valorificarea pozitivă a fiecăruia; să stimuleze încrederea și comunicarea în interiorul grupului.

**Descriere:** Adolescenții au fost rugați să deseneze un copac, cel care le place cel mai mult (ca specie), cu rădăcini, trunchi, crengi, frunze și fructe. La rădăcini adolescenții au scris calitățile și capacitățile ce le are. În crengi, trunchi — calitățile pozitive, lucrurile frumoase ce le face. Frunzele și fructele au reprezentat succesele și triumfurile. La sfârșit s-a făcut “expoziția”, pe parcursul căreia fiecare a mai putut adăuga elemente ce au fost indicate de grup.

#### Sumarizare:

*Copacul reprezintă ființa umană, în plină creștere, formare și dezvoltare. Sănătatea noastră este influențată de calitatea vieții noastre, felul în care ne îngrijim organismul. Putem asemăna frunzele și florile copacului cu lucrurile pozitive pe care le facem pentru sănătatea noastră, iar frunzele uscate pot fi înțelese ca semne ale tulburărilor, bolilor induse de consumul de alcool, tutun sau alte substanțe, care prin efectul lor nociv, afectează buna funcționare a organismului.*

#### Întrebări pentru discuții:

- Consideri că te apreciezi suficient de realist ?

- Ceilalți au descoperit multe calități pe care tu nu le-ai inclus ?
- Cum te simți în legătură cu propria ta persoană ?

### **3. Exercițiu de energizare: „Bilete cu secrete”** [preluat și adaptat din 46, p. 57]

**Obiectiv:** intercunoaștere, energizare, relaționare în cadrul grupului

**Descriere:** Consilierul psiholog a distribuit adolescenților câte un bilet (post-it) pe care trebuiau să scrie câte ceva despre propria persoană, mai exact un „secret”, un lucru pe care ceilalți membri ai grupului să nu îl cunoască, dar pe care să fie de acord să îl împărtășească. Biletele au fost strânse într-o cutie, după care au fost desfăcute pe rând de către consilierul psiholog, toate afirmațiile fiind scrise pe o foaie de flip-chart. Adolescenții au fost solicitați să identifice cui îi aparține fiecare afirmație, întrebându-și colegii. Întrebările trebuiau să fie închise, țintite, adresate unei anumite persoane și nu mai multor deodată. De exemplu: „Tu ai scris că îți place mâncarea chinezească?” și nu „Cine a scris că îi place mâncarea chinezească?” Jocul a fost întrerupt când cineva a reușit să asocieze fiecărei afirmații câte o persoană din grup. Consilierul psiholog precizează faptul că afirmațiile („secretele”) scrise pe bilețele nu sunt supuse criticii.

#### **Întrebări pentru discuții:**

- Cum v-ați dat seama cui aparțin unele afirmații ?
- De ce unii colegi au fost identificați mai ușor după afirmații decât alții ?

### **4. Exerciții specifice etapei de consiliere: „Este ca mine și sunt ca el ?”** [preluat și adaptat din 118, p. 90]

**Obiective:** să identifice caracteristicile specifice vârstei adolescenței prin raportarea la această tipologie

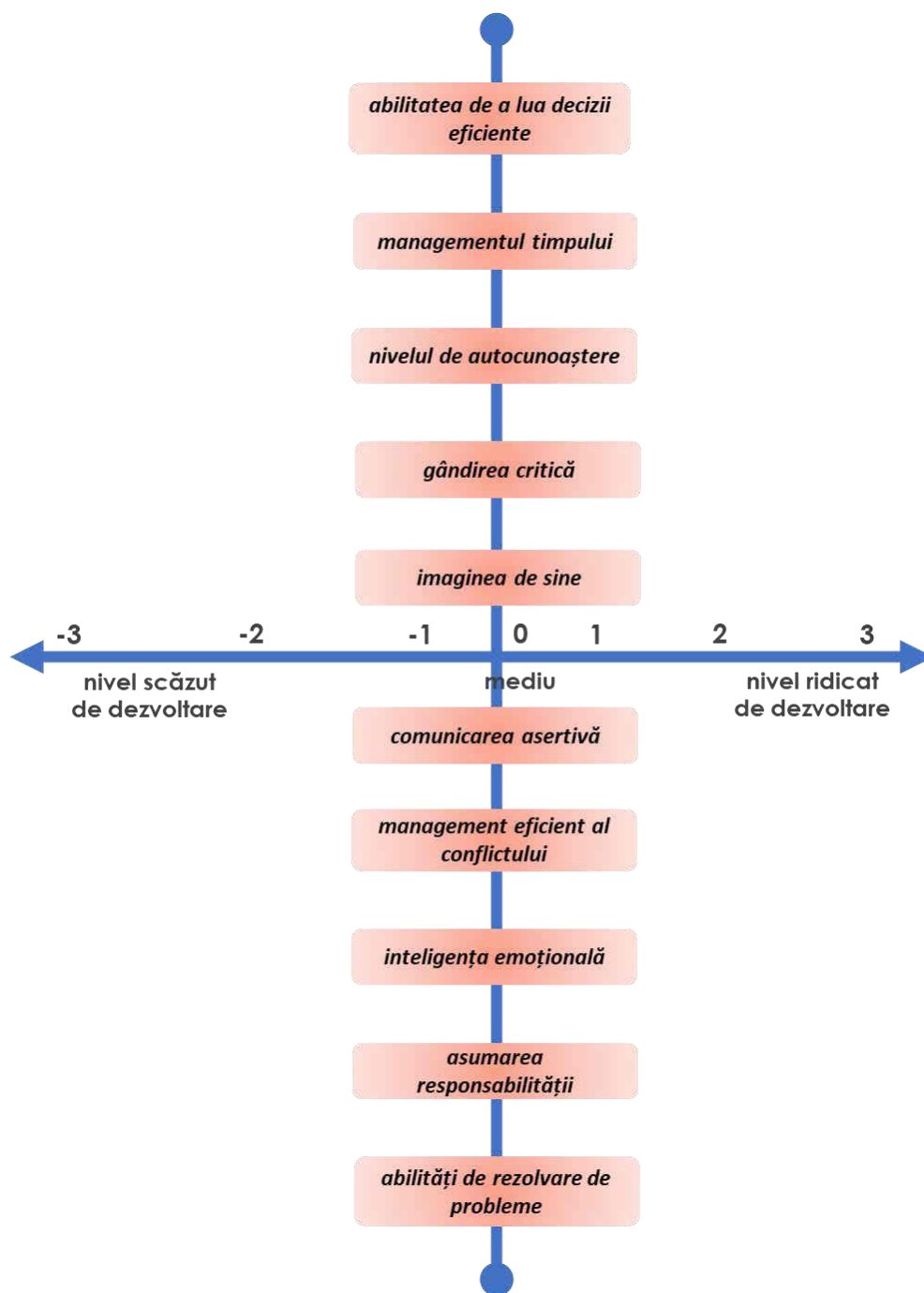
**Descriere:** Consilierul psiholog, ajutat de adolescenți a realizat o analiză a vârstei adolescenței - aspectele pozitive, dar și provocările specifice acestei perioade. Adolescenții au fost antrenați pentru a relata exemple din propria experiență, a unor situații concrete care să confirme sau să infirme informațiile expuse. Adolescenții au fost rugați de consilierul psiholog să completeze graficul redat mai jos (fișă de lucru), identificând în propria persoană nivelul de dezvoltare al diferitelor trăsături enumerate.

#### **Întrebări pentru discuții:**

- Care este nivelul dezvoltării reieșit din grafic ?
- Ce credeți că ați putea face pentru a îmbunătăți unele caracteristici ?

## FIȘĂ DE LUCRU – Adolescența într-un grafic

Completați graficul, identificând în propria persoană nivelul de dezvoltare al diferitelor trăsături enumerate !



## Activitatea nr. 5

**Data:** 14.02.2022

**Modulul:** 2

**Domeniul:** Comportamentele de risc pentru sănătatea noastră

**Tema:** „*Spune NU comportamentelor de risc !*”

**Scop:** conștientizarea și utilizarea resurselor psiho-emoționale și valorice individuale în vederea adoptării unor decizii potrivite privind sănătatea fizică și emoțională.

### **Obiective operaționale:**

La finalul activității, adolescenții vor fi capabili:

- examinarea tipurilor de relații cu persoanele de aceeași vârstă;
- identificarea oportunităților de a practica activități relaxante constructive, sănătoase, pentru adolescenți;
- să identifice riscuri asociate cu luarea deciziilor.

### **Strategia formativă:**

- a) **Metode și procedee:** conversația, expunerea, explicația, exemplificarea, problematizarea, munca independentă, lucrul pe grupe/echipe, jocuri pentru spargerea gheții, jocuri pentru energizare, jocul de rol
- b) **Forme de organizare a grupului experimental:** frontal, individual, pe grupe/echipe

### **Desfășurarea activității:**

**1. Exercițiu introductiv:** „*Cum mă influențează semenii ?*” [preluat și adaptat din 143, p. 60]

**Obiectiv:** examinarea tipurilor de relații cu persoanele de aceeași vârstă

**Descriere:** Consilierul psiholog a făcut o introducere în temă și a realizat discuții utilizând următoarele întrebări:

- Cine sunt semenii voștri ?
- De ce vrem să fim acceptați de semenii ?
- În ce situații ați simțit presiunea lor (acasă, la școală, în comunitate) ?

Apoi, consilierul psiholog a format grupuri mici și a propus să discute despre:

- a) tipurile de influență care există între semenii;
- b) tacticile de a influența semenii, pe care le-au utilizat ei sau le-au simțit din partea altora.

Au fost rugați grupurile să prezinte ideile lor și s-au notat pe tablă.

S-a elaborat în grupul mare o listă de strategii pentru a rezista influențelor negative din partea semenilor.

### **Întrebări pentru discuții:**

- Ce tipuri de influență sunt mai frecvente ?
- Ce este mai dificil pentru rezista presiunilor ?
- De ce unii oameni cedează mai repede influențelor ?
- Care dintre strategiile pe care le-ați menționat vi se par mai eficiente ?
- De ce ?
- Care sunt utilizate mai des printre tineri ?

### **2. Exercițiu specific etapei de consiliere: „Distractiv, dar nu riscant !”** [preluat și adaptat din 143, p. 98-99]

**Obiective:** identificarea oportunităților de a practica activități relaxante constructive, sănătoase, pentru adolescenți.

**Descriere:** Consilierul psiholog a făcut un asalt de idei pentru a afla cu ce asociază participanții odihna, relaxarea. S-au notat toate ideile pe tablă. Împreună cu adolescenții, s-a alcătuit o concluzie generală asupra odihnei din perspectiva adolescenților. S-au delimitat anumite categorii de idei, pentru a fi sistematizate. Apoi, consilierul psiholog a format două grupuri și adolescenții au fost rugați să alcătuiască două liste:

- a) cum și în ce locuri din comunitate se odihnesc adolescenții, tinerii;
- b) activități recreative plăcute și interesante pentru tineri, dar care nu implică consumul de alcool, fumat sau chiar sunt incompatibile cu acestea.

Consilierul psiholog a oferit posibilitate grupurilor să-și împărtășească ideile și să le compare.

### **Întrebări pentru discuții:**

- V-ați gândit la valorile pe care le aveți înainte de a participa la activitate ?
- Dacă da, ce situații v-au făcut să meditați asupra acestor lucruri ?
- Sunt valori pe care voi le împărtășiți, dar care nu sunt respectate în școală ?
- Dar situații inverse ?
- Toate valorile promovate de școală sunt valabile la nivelul societății ?
- Ce valori și reguli fac mediul școlar mai prietenos, atractiv, sigur ?
- Cât de des apar printre adolescenți situațiile de conflict care au la bază diferite valori ?
- Cum procedează tinerii în asemenea cazuri ?

### **3. Exercițiu de energizare: „Opună-te puterii !”** [preluat și adaptat din 221, p. 143-144]

**Obiectiv:** energizare, dezvoltarea încrederii în sine; deprinderea de a ne opune ordinelor pe care nu vrem să le acceptăm.

**Descriere:** Consilierul psiholog i-a invitat pe adolescenți (așezați în cerc) să se gândească la un ordin pe care vrea să-l dea altui membru din grup, apoi i-a invitat să formeze perechi. Pe rând,

fiecare a trebuit să-i impună celuilalt ceva la care s-a gândit, iar acesta din urmă a trebuit să găsească o modalitate de a i se opune; la sfârșit au fost schimbate rolurile. Pe timpul interpretării, perechilor, au fost îndrumați să observe modalitatea interactivă, să facă în mod succesiv o evaluare a modului de exprimare a fiecărei perechi.

#### **Întrebări pentru discuții:**

- Ce ați simțit în postura de a da ordin și de a întâlni opoziția celuilalt ?
- Cum v-ați simțit în postura de a executa ordinul primit ?
- Ce ați observat și cum ați trăit comportamentul celorlalți ?
- Care sunt dificultățile pe care le întâlniți în viața de zi cu zi, în postura de a vă opune la ceea ce vi se cere sau de a da un ordin ?

#### **4. Exercițiu specific etapei de consiliere:**

a) Consilierul propune o discuție argumentată pe marginea vizionării filmului documentar:

„Captivi în libertate” <https://www.youtube.com/watch?v=P2WIw7CCRSI> (accesat la data de 27.08.2021)

b) „*Cântărește riscurile !*” [preluat din 366, p 139-142]

**Obiectiv:** să identifice riscuri asociate cu luarea deciziilor.

**Descriere:** Consilierul psiholog le-a citit adolescenților o narațiune și le-a cerut să se gândească la riscurile implicate în deciziile pe care Ricardo le-a făcut: ”Ricardo are 17 ani și nu avea permis de conducere și nici nu luase cursuri de conducere. Cu toate acestea, fără a avea acordul tatălui său, el lua mașina uneori și se plimba prin oraș cu prietenii. Tatăl lui Ricardo nu îl prinsese făcând acest lucru, iar Ricardo nu fusese niciodată oprit de polițiști. Într-o seară, tatăl său nu era acasă, iar Ricardo nu a avut acces la mașină. El vroia neapărat să meargă în afara orașului la o petrecere, dar nu a găsit pe nimeni care să îl ducă cu mașinapână acolo. Apoi i-a venit o idee. Deoarece tunsese iarba vecinilor, el avea o cheie de la garajul lor. Știa că Victor își ținea cheile de la mașină în contact și că dormitorul lui era pe partea opusă a casei dinspre garaj. Ricardo s-a gândit că ar putea scoate mai ușor mașina din garaj fără ca Victor să audă ceva. Așa că după ce luminile s-au stins de ceva vreme, Ricardo a mers acasă la Victor și „a împrumutat” mașina.

#### **Întrebări pentru discuții:**

- Care sunt posibilele riscuri implicate în decizia lui Ricardo ?
- Apreciați gradul fiecărui risc, folosind o scală de la 1(foarte scăzut) la 5(risc crescut).

Nivelul de risc

(Redus) 1....2....3....4....5(Ridicat)

Consilierul psiholog a realizat discuții despre modul în care adolescenții cântăresc riscurile, apoi a distribuit adolescenților fișa de lucru - „Cântărește riscurile!” și le-a cerut să lucreze

individual, apoi în perechi pentru a completa fișa de lucru. După ce adolescenții au terminat, fiecare pereche a discutat cu o altă pereche despre răspunsurile pe care le-au dat.

### **Fișă de lucru - „Cântărește riscurile !”**

Citește fiecare situație. Identifică pentru fiecare situație posibilele riscuri și încercuiește numărul care indică cel mai bine nivelul de risc pe care îl consideri:

1. Nu vrei ca părinții tăi să afle că te vei întâlni cu prietenul tău (prietena ta) la bowling, așa că rogi un prieten să te ia de acasă și le spui părinților că mergeți la un film.

Riscuri posibile

Nivel de risc

Redus 1 2 3 4 5 Ridicat

2. De obicei, mama ta te așteaptă trează până ajungi seara acasă. În această seară ai băut prea mult și ai depășit cu mult ora ta de culcare.

Riscuri posibile

Nivel de risc

Redus 1 2 3 4 5 Ridicat

3. Ți place de o fată (sau de un băiat) despre care părinții tăi te-au înștiințat că ei nu vor să ai nimic de-a face cu ea/el. Continui să te vezi cu ea/el la liceu, care este același liceu la care merge și fratele tău.

Riscuri posibile

Nivel de risc

Redus 1 2 3 4 5 Ridicat

4. Un tânăr se oferă să îți vândă un drog halucinogen și îl cumperi.

Riscuri posibile

Nivel de risc

Redus 1 2 3 4 5 Ridicat

5. Trebuie să înveți pentru un test, dar ai deja un 10 la această materie, așa că decizi să mergi mai bine la mall.

Riscuri posibile

Nivel de risc

Redus 1 2 3 4 5 Ridicat

6. Tu crezi că ora ta de culcare este lipsită de logică, așa că vii acasă la ora 2,00 dimineața în loc de miezul nopții.

Riscuri posibile

Nivel de risc

Redus 1 2 3 4 5 Ridicat

7. Te-ai simțit foarte deprimat/ă și ai hotărât să iei un pumn de medicamente pentru a-ți ușura suferința.

Riscuri posibile

Nivel de risc

Redus 1 2 3 4 5 Ridicat

8. Scrie o situație proprie!



Riscuri posibile

Nivel de risc

Redus 1 2 3 4 5 Ridicat

### Întrebări pentru discuții:

- De ce factori a trebuit să ții cont când ai identificat riscurile ?
- Au existat unele situații în care nu ai considerat că există vreun risc ?
- Care dintre situații ai considerat că au avut cele mai multe riscuri asociate ?
- Atunci când luați o decizie, cântăriți întotdeauna riscurile ? Dacă da, v-a fost acest lucru de ajutor?
- În cazul în care nu cântăriți lucrurile, ce anume vă împiedică să faceți acest lucru ? Există vreun risc implicat dacă ignorați riscurile ?
- Unii adolescenți cântăresc riscurile, dar ei consideră că au șanse de izbândă. Ai făcut voi sau alții pe care îi cunoașteți acest lucru ? Dacă da, care au fost rezultatele? Credeți că acest lucru este benefic pentru sănătatea fizică și mintală ?

### ANEXA 1

#### CUM SĂ SPUI "NU" ÎN SITUAȚII DIFICILE

##### 1. PUNE ÎNTREBĂRI !

###### *Exemple:*

- Ce vrei să facem ?
- Unde mergem ?
- Cine mai vine ?
- Ce vrei să fac eu ? etc



##### 2. VERIFICĂ ÎN GÂND RAPID CONSECINȚELE BUNE (POZITIVE) ȘI CELE RELE (NEGATIVE) DACĂ ACCEPȚI CEEA CE ȚI S-A PROPUS !

###### *Exemple:*

- Ce o să simt dacă accept ?
- Ce se va întâmpla dacă află părinții mei că am făcut așa ceva ?
- Ce vor gândi despre mine ceilalți prieteni ?
- Cum mă va afecta asta din punct de vedere al sănătății sau sentimental ?
- Ce vor face cei de la școală dacă află ? etc.

##### 3. RĂMÂI CALM, PRIVEȘTE-ȚI INTERLOCUTORUL ÎN OCHI, SPUNE-I PE NUME ȘI RĂSPUNDE-I CU "NU".

###### *Exemple:*

- Mihaela, nu doresc să mai discutăm pe tema asta;
- Alex, nu vreau să particip la chestia asta;
- Marius, nu mă interesează subiectul acesta;
- Anca, nu merg cu tine. etc.

**4. ASUMĂ-ȚI RĂSPUNDEREA ȘI OFERĂ PRIETENULUI TĂU O ALTERNATIVĂ AMUZANTĂ, LEGALĂ**

***Exemple:***

- Hai mai bine să ne dăm cu rolele prin parc !
- Ce-ai zice să mergem la un film ?

**5. DACĂ INTERLOCUTORUL TĂU ESTE INSISTENT, LASĂ-I TIMP DE GÂNDIRE, AMINTEȘTE-I DE OFERTA TA ȘI APOI PLEACĂ**

***Exemplu:***

- Știi ce, mai gândește-te puțin la mersul la sală. Eu plec ca să mă schimb și mă găsești acolo peste o oră. La revedere !

Anexa (material suport - mapa/portofoliul consilierului din Cabinetul de asistență psihopedagogică al Colegiului Economic “Virgil Madgearu” Galați.

## Activitatea nr. 6

**Data:** 21.02.2022

**Modulul:** 2

**Domeniul:** Abuzul de alcool – comportament de risc pentru dezvoltarea armonioasă a adolescenților

**Tema:** „*Consumul abuziv de alcool în rândul adolescenților: motive, mituri, consecințe, factori de risc*”; „*Atitudini și comportamente alternative la consumul de alcool ca factori de protecție*”

**Scop:** formarea abilităților pentru un stil de viață sănătos prin respingerea comportamentelor de consum abuziv al diferitelor substanțe periculoase (de exemplu, alcool) și utilizarea activă/pozitivă a resurselor personale.

**Obiective operaționale:**

La finalul activității, adolescenții vor fi capabili:

- să exerseze modalități de a refuza acțiuni dăunătoare; a conștientiza situațiile de presiune negativă în care ajung adolescenții;
- să identifice mituri și adevăruri despre consumul de alcool;
- să analizeze consecințe în cazul abuzului de alcool asupra sănătății.

**Strategia formativă:**

- a) **Metode și procedee:** conversația, expunerea, explicația, exemplificarea, problematizarea, munca independentă, lucrul pe grupe/echipe, jocuri pentru spargerea gheții, jocuri pentru energizare, jocul de rol
- b) **Forme de organizare a grupului experimental:** frontal, individual, pe grupe/echipe

**Desfășurarea activității**

**1. Exercițiu introductiv:** „*Vreau să-mi schimb viața !*” [preluat și adaptat din 221, p. 90]

**Descriere:** Adolescenții sunt invitați să dea frâu liber imaginației și propriilor idei. Consilierul psiholog a făcut următoarea precizare: Dacă fiecare dintre noi ar vrea să-și schimbe viața, să o facă mai activă și mai bună, iar pentru asta ar fi de ajuns să exprimați o dorință, care sunt lucrurile pe care ați dori să le faceți?. Consilierul psiholog le-a solicitat adolescenților să scrie pe foaia de hârtie primele 10 idei care le-au venit în minte, chiar și cele mai absurde și imposibile. La sfârșitul elaborării textului, fiecare adolescent a exprimat verbal propriile trăiri.

**Întrebări pentru discuții:**

- Ce înțelegeți prin schimbare ?
- Ce schimbări ați putea realiza în felul vostru de a fi ?
- De ce resurse aveți nevoie pentru a realiza schimbarea propusă ?

## 2. Exerciții specifice etapei de consiliere:

„Miturile despre alcool” [preluat și adaptat din 64, p. 36]





**Obiective:** cunoașterea miturilor pe care adolescenții le au despre alcool; identificarea informațiilor adevărate și false despre alcool

**Descriere:** Consilierul psiholog realizează o dezbatere în baza miturilor și adevărilor expuse în fișa de mai jos

Pentru a rămâne sănătos, nu depășiți următoarele cantități:

**Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 unități/săptămână**  
**Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână**  
**Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi**  
**Maxim 4 unități/ocazie urmate de 2 zile de abținere**  
**GRAVIDE, COPII ȘI PERSOANELE BOLNAVE - NU CONSUMĂ ALCOOL**

UNITATEA DE ALCOOL = 10 g de alcool pur

**1U** =  =  =  = 

Consumul problematic de alcool este unul dintre cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate. Este implicat cauzal în peste 200 de boli și afecțiuni care sunt descrise în ICD-10 (OMS,1992). Dintre acestea, peste 30 de afecțiuni diferite au alcoolul parte din denumirea acestora, în sensul în care boala/afecțiunea nu ar exista în lipsa alcoolului.

**Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru sănătate !!!**

**REFACEȚI TESTUL CEL PUȚIN O DATĂ LA 4 ANI !**

**MITURI ȘI ADEVĂRURI DESPRE ALCOOL**

MIT	ADEVĂR
Consum și eu ca tot omul	Mai mult de o treime (32,4%) din populația de peste 15 ani din România nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, iar rata de abținere la nivel mondial este de peste 60% (61,7%).
Sunt foarte rezistent la alcool, nu mă îmbăt niciodată.	Rezistența sau toleranța la efectele alcoolului este semn de dependență la alcool sau semnul unei predispoziții genetice către dependența de alcool.
Eu nu beau în fiecare zi, ci doar așa, la ocazii sau în weekend.	Consumul unor cantități de peste 6 unități de alcool/ocazie este la fel de dăunător ca și consumul zilnic, având efecte grave pentru inimă, crescând riscul de fibrilație și infarct.
Alcoolul e sănătate curată.	Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are efect protector, scăzând riscul pentru: - infarct miocardic - atac cerebral ischemic dar peste aceste cantități, produce peste 200 boli.
Eu nu sunt alcoolic, pot să nu beau cu lunile fără probleme.	Dependența de alcool este doar una din consecințele consumului de alcool și nu este cea mai gravă. <b>Alcoolul omoară prin afecțiuni hepatice, prin infarct, atac vascular cerebral, cancer sau accidente.</b> Alcoolul determină atrofie cerebrală și demență.
Eu nu beau tărie, ci doar bere / Eu nu beau porcării, ci doar ce fac cu mâna mea sau vin de la țară.	Efectele dăunătoare ale alcoolului nu au legătură cu proveniența sa, ci doar cu cantitatea. Efectele negative sunt direct proporționale cu cantitatea consumată în medie. Alcoolul este o substanță care dă dependență, indiferent de proveniența sa sau de cine îl consumă.

Consilierul psiholog a distribuit fișa de lucru - „Alcoolul și dependența de alcool” și a realizat apoi o dezbatere în baza alegerilor pe care adolescenții le-au făcut pentru itemii precizați în fișa de lucru.

## FIȘĂ DE LUCRU – „Alcoolul și dependența de alcool”

[preluare și adaptare din 34, p. 282]

Citiți cu atenție următoarele afirmații și indicați care sunt adevărate sau false. Bifați în dreptul variantei alese !

Nr. crt.	Enunț	ADEVĂRAT (A)	FALS (F)
1	Un duș sau o cafea elimină efectele consumului de alcool		
2	Este mai sănătos să consumi bere sau vin decât să consumi votcă sau țuică.		
3.	Alcoolul este un drog		
4.	Dacă consumi alcool când ești supărat sau trist, te înveselești.		
5.	Beția și alcoolismul este același lucru ?		
6.	Dacă o persoană încetează să mai consume alcool, ea nu mai este alcoolică.		
7.	Majoritatea alcoolicii sunt șomeri.		
8.	Alcoolismul este un semn de slăbiciune morală.		
9.	Cei mai mulți alcoolici nu au casă sau familie.		
10	Consumul moderat de alcool nu afectează sănătatea unei femei însărcinate.		
11.	Consumul excesiv de alcool crește riscul de îmbolnăvire.		
12.	Amestecarea băuturilor determină îmbătarea mai rapidă decât consumul unei singure băuturi.		

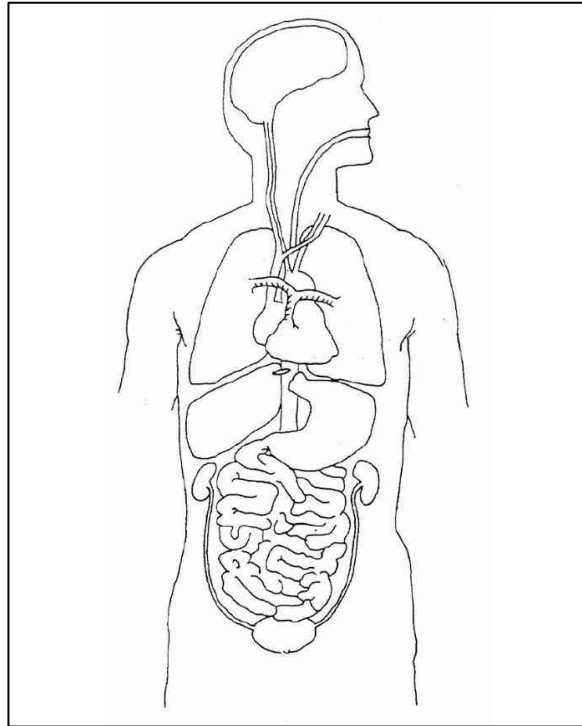
### Răspunsuri așteptate:

1.F ; 2..F ; 3.A ; 4. F; 5. F; 6.F; 7 F; 8.F ; 9 F ; 10 F ;11 A; 12 F.

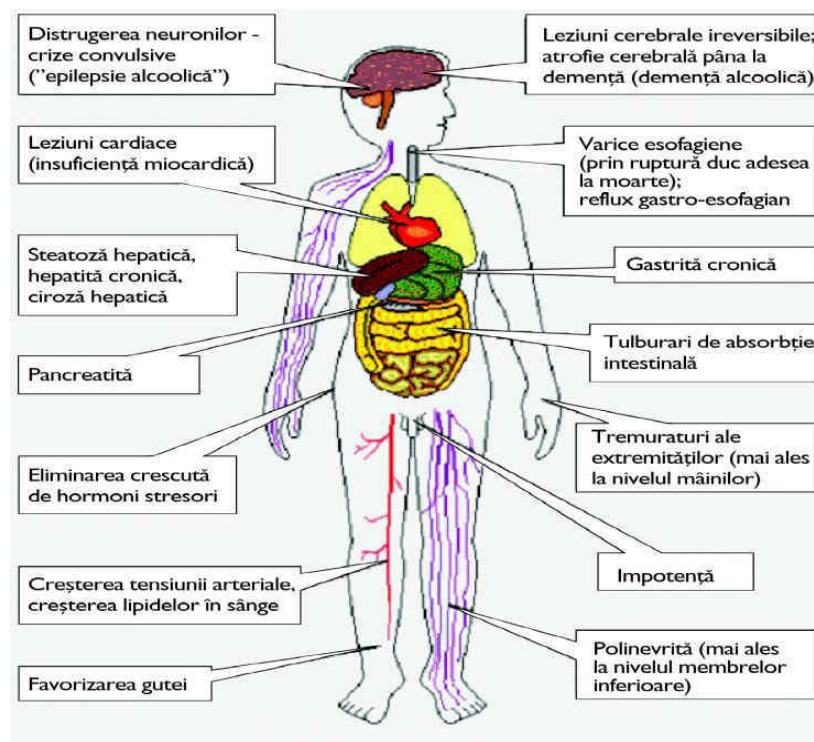
Consilierul psiholog a distribuit fișa de lucru - „Identificarea organelor care sunt afectate în cazul consumului abuziv de alcool” și au fost rugați să identifice organele care sunt afectate în cazul consumului abuziv de alcool.

## FIȘĂ DE LUCRU

„Identificarea organelor care sunt afectate în cazul consumului abuziv de alcool”  
[prelare și adaptare din 34, p. 283]



Consilierul psiholog a prezentat apoi o fișă în care sunt evidențiate efectele consumului de alcool asupra sănătății. În încheiere, consilierul psiholog a menționat faptul că, așa cum se poate observa, alcoolul afectează toate organele corpului uman !



### **3. Exercițiu de energizare: Blocarea „Invaziei celuilalt!”** [preluat și adaptat din 221, p. 137-138]

**Obiectiv:** energizare, dezvoltarea încrederii în sine; deprinderea de a distinge și bloca „invazia celuilalt” .

**Descriere:** Consilierul psiholog le-a cerut adolescenților să așeze scaunele în formă de cerc, apoi i-a invitat pe fiecare să se gândească la ceva ce ar putea să ceară sau să dorească de la un alt membru al grupului, utilizând o metodă invazivă și săcâitoare. După ce le-a acordat câteva minute de gândire, fiecare și-a ales partenerul. Pe rând, fiecare adolescent a trebuit să își asume rolul de persoană săcâitoare în timp ce celălalt a trebuit să găsească o modalitate de stopare a acestei atitudini invazive și invers.

#### **Întrebări pentru discuții:**

- Cum te-ai simțit ca persoană sufocată ?
- Ce te-ai simțit când erai invadat ?
- Cât de satisfăcut ești referitor la modalitatea pusă în practică pentru a-l opri pe celălalt ?
- Ți-ai fi dorit să faci mai mult sau altceva ?

### **4. Exerciții specifice etapei de consiliere:**

#### **a) Sunt invincibil – Povestire 1 și Povestire 2.** [preluat din 366, p. 21-23]

Consilierul psiholog a citit cele două povestiri, apoi a inițiat o sesiune de dezbateri, insistându-se pe riscurile asociate consumului abuziv de alcool.

### **FIȘĂ DE LECTURĂ – „Sunt invincibil”**

#### **POVESTIRE - 1**

Până în clasa a șaptea am fost un copil destul de normal. Am avut prieteni buni, am luat note bune și m-am înțeles bine cu părinții mei. Dar la sfârșitul clasei a șaptea, am început să ies cu alți prieteni deoarece prietena mea cea mai bună s-a mutat și ceilalți începuseră să fie cu nasul pe sus. Noul grup era foarte foarte diferit de prietenii mei vechi. Toți cei din jur au decis să încerce să bea. Nu știu exact ce vârstă aveam când am început ,dar îmi amintesc că tocmai împlinisem 14 ani când m-am îmbătat prima dată. După aceea am început să beau destul de frecvent în weekend - uri. În timpul celui de-al doilea semestru din clasa a VIII - a notele mele au început să scadă. Eram dată afară de la ore și activități și aveam probleme destul de serioase la școală. Părinții mei erau foarte stricți, așa că eram problem destul de serioase la școală. Părinții mei erau foarte stricți, așa că eram pedepsită foarte des.stăteau tot timpul pe capul meu. Dar asta nu m-a oprit. Am început să beau mai mult și la sfârșitul verii de după clasa a VIII - a deja beam foarte mult. Era ceva ce făceam

atunci când ne plictiseam și deoarece aveam prieteni mai mari, era ușor să cumpărăm alcool. Câteodată refuzam să beau, dar nu prea des, deoarece credeam că este distractiv și nu trebuia să mă îngrijorez pentru nimic atât cât eram beată. În timpul clasei a IX - a am continuat să beau, dar la nivelul toleranței mele începea să scadă așa că aveam nevoie de cantități mai mari ca să mă îmbăt. În acea perioadă, am început să fumez marijuana. Am fumat doar de câteva ori și nu prea mi-a plăcut. Notele mele erau foarte mici și aveam constant probleme acasă și la școală. Părinții mei suspectau că beam, dar nu mă gândeam să mă opresc. Părea ceva normal din moment ce toți prietenii mei făceau asta. Alții credeau că este „cool” că pot să beau atât de mult – de fapt cei mai mulți erau băieți mult mai mari decât mine. Puteam bea cel puțin opt beri una după alta și deveneam doar ușor amețită. Deoarece îmi lua tot mai mult să mă îmbăt, creșteam cantitatea de alcool pe care o beam. Părinții mei m-au obligat în final să merg la un program de reabilitare, în regim ambulatoriu, timp de o lună, dar nu a avut nici un efect. Nu vroiam să merg acolo deoarece credeam că nu am nici o problemă. Părinții mei erau furioși pe mine deoarece nu luam în serios acel tratament și m-au pedepsit să nu mai ies în oraș pentru tot restul anului școlar. La două săptămâni după sfârșitul anului școlar am reușit în sfârșit să ies afară și am mers la o prietenă acasă în acea după-amiază. Nu aveam nimic de făcut așa că, am început să bem. Îmi amintesc că am băut foarte mult lichior tare și că apoi m-am întins, iar când m-am trezit eram la spital. Mă intoxicasem cu alcool. Nu îmi amintesc prea mult despre ce s-a întâmplat la prietena mea acasă. Se pare că băusem toți prea mult și unii din prietenii mei își pierduseră conștiința sau vomitau sânge. Unul dintre prietenii care venise la ea a încercat să mă trezească. Nimic nu a funcționat, așa că a surs la salvare. În drum spre spital, era să mor și a fost nevoie să mă transporte cu elicopterul de la un spital la altul. Am stat în spital o săptămână și, apoi, părinții mei m-au dus într-o vacanță lungă pentru a mă îndepărta de prietenii cu care fusesem atunci și de toate bârfele despre mine. Toată vara abia am ieșit din casă deoarece îmi era foarte rușine. Părinții mei m-au ignorat. [povestire preluată din 366, p. 21]

### **FIȘĂ DE LECTURĂ – „Sunt invincibil”**

#### **Povestire 2**

Noua medicație a început în sfârșit să aibă efect și mergeam și la consiliere. Am început încet să mă simt mai bine și să vreau să ies mai mult din casă. Am început să studiez pentru examenul meu de completare a studiilor și am trecut la toate cursurile, așa că la sfârșitul anului terminasem liceul. M-am înscris la o facultate de stat și am început să merg la cursuri acolo. Ies mai mult în oraș și nu mai sunt deloc atât de anxioasă. Deși mă simt mult mai bine, am trecut prin chinurile iadului timp de doi ani. Cu siguranță nu am avut o viață normală în timpul liceului.



Am foarte multe regrete. Aș vrea să fi rămas la școală, dar din cauza a ceea ce făcusem, nu mai puteam suporta să merg. Aș vrea să pot da timpul înapoi și să pot face ca acea zi în care m-am intoxicat cu alcool să nu mai existe, dar nu pot. Mi-a dat viața peste cap pentru o lungă perioadă de timp și nu a fost ceva ce ar putea fi considerat normal de majoritatea copiilor. Părinții mei încă nu au încredere în mine așa că am un program strict de ieșit din casă și trebuie să-i întreb tot timpul. Câteodată mi-ar plăce să stau singură într-un apartament, dar nu pot lucra așa că nu aș avea bani. Sunt în continuare oameni care mă evită și nu am mulți prieteni. Din cauza cantităților mari de alcool pe care le-am consumat am probleme mari cu stomacul, așa că digestia este foarte îngreunată. De asemenea, am pierderi ale memoriei de lungă durată astfel încât îmi este mai dificil să învăț. Doctorii nu au fost siguri în ce măsură îmi este afectat creierul, dar au spus că este imposibil să bei atât de mult cât am băut eu și să stai în comă opt ore fără să-ți fie afectat creierul. Nu știam ce fac atunci când am început să beau și nu m-am gândit că mi se vor întâmpla lucruri rele dacă beau atât de mult. Era doar ceva cu care să-mi ocup timpul. Dar s-au întâmplat lucruri rele. Dacă iubitul prietenul mele nu ar fi venit atunci, aș fi murit. Și uneori mi-aș fi dorit să mor deoarece viața mea nu a mai fost la fel după aceea. Nu pot schimba ceea ce s-a întâmplat și dacă alții decid să consume alcool, sper să facă acest lucru într-un mod mai responsabil decât mine.

- Jessica, 18 ani [povestire preluată din 366, p. 22-23]

**b) „Spune NU alcoolului !”** [preluat și adaptat din 143, p. 127]

**Obiective:** exersarea modalităților de a refuza acțiuni dăunătoare; a conștientiza situațiile de presiune negativă în care ajung adolescenții

**Descriere:** Consilierul psiholog a făcut o introducere: Deseori, oamenii găsesc justificări pentru comportamentele lor, pentru că nu au puterea de a spune „NU” la momentul potrivit. Apoi a propus adolescenților să facă o listă, printr-un asalt de idei, a justificărilor care le utilizează adolescenții în situații în care cineva îi presează să consume alcool, să fumeze sau să facă altceva ce este dăunător pentru ei. Adolescenții au fost rugați să formeze grupuri și să se gândească la contraargumente pentru fiecare idee din lista alcătuită. Apoi consilierul psiholog a propus adolescenților să găsească cele mai eficiente moduri de a refuza, a evita utilizarea substanțelor dăunătoare, aceștia ar putea să le însceneze în baza unor situații reale.

**Întrebări pentru discuții:**

- Care este legătura dintre presiunea din partea grupului și deciziile pe care le luăm ?
- Cum te simți să faci ceea ce crezi că n-ar trebui ?
- De ce este greu să refuzi un prieten ?
- Care sunt avantajele abilității de a spune „nu” în anumite situații ?

- Cunoașteți cazuri în care cineva a avut de profitat de pe urma faptului că a utilizat alcool sau alte droguri, a fumat ?

- Cunoașteți cazuri în care cineva a avut de suferit de pe urma faptului că a utilizat alcool sau alte droguri, a fumat.

**c) Spune „NU” alcoolului ! Fișa „Justificări”**

Completează tabelul următor, precizând principalele motive pentru care adolescenții consumă alcool, precum și alternativele la consumul de alcool!

Motivele pentru care adolescenții consumă alcool:	Ce pot face adolescenții ca alternativă la consumul de alcool?
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

**d)** Consilierul psiholog a prezentat un film și apoi a propus o dezbatere argumentată pe marginea vizionării filmului documentar, cu impact educativ - „Alcoolul nu te face mare !”

<https://www.youtube.com/watch?v=rMPSxrmNf3k> (accesat la data de 01.09.2021)

**e)** „Alcoolul, ce putem face ?” [preluat și adaptat din 143, p. 128]

**Obiective:** examinarea efectelor alcoolului asupra adolescenților.

**Descriere:** Consilierul psiholog a realizat o discuție de grup, adresând întrebări de tipul:

- Care este drogul cel mai des utilizat în situațiile sociale ?
- În ce locuri, situații se consumă, de obicei, prima dată alcoolul ?
- La ce vârstă, în mod obișnuit, începe consumul de alcool ?
- Câți adolescenți din 10 au consumat alcool ?
- Care sunt motivele unor oameni care nu consumă alcool (de ex.: religia, cultura, dezgustul)?
- Ce efecte așteaptă oamenii care consumă alcool ?
- Care alte efecte are alcoolul asupra corpului, emoțiilor și comportamentului oamenilor ?

Consilierul psiholog a format grupuri mici și a rugat să discute în ce situații pot fi implicați adolescenții din cauza consumului de alcool (au fost date exemple doar dacă a fost necesar: conflicte, violență, boală, lipsă de control). Fiecare grup a ales o situație a decis cum ar putea să se descurce mai bine în aceste condiții.

S-au oferit următoarele repere pentru notițe: a) clarificarea situației analizate; b) decizia – este situația o urgență sau nu; c) identificarea pașilor pe care trebuie să-i urmeze; d) decizia – de ajutorul cui au nevoie.

**Întrebări pentru discuții:**

- Care sunt efectele cele mai grave/periculoase ale alcoolului ?
- Sunt persoane pentru care consumul de alcool este mai periculos decât pentru altele ?
- De ce ?
- Cum se simt / s-ar simți în situația în care li se propune să consume alcool ?
- De ce abilități și cunoștințe au nevoie tinerii pentru a rezista presiunii de a consuma alcool ?
- Ce concluzii puteți face ?

## Activitatea nr. 7

**Data:** 28.02.2022

**Modul:** 3

**Domeniul:** Reziliența: factor protector împotriva abuzul de alcool în rândul adolescenților

**Tema:** „*Autoaprecierea pozitivă, încrederea în sine și sentimentul autoeficacității*”

**Scop:** formarea abilităților de autocontrol și de adoptare a deciziilor personale în acord cu valorile și principiile unui stil de viață sănătos.

**Obiective operaționale:**

La finalul activității, adolescenții vor fi capabili:

- să -și dezvolte încrederea în sine, în propria eficacitate și a sentimentului valorii personale

**Strategia formativă:**

**Metode și procedee:** conversația, expunerea, explicația, exemplificarea, problematizarea, munca independentă, lucrul pe grupe/echipe, jocuri pentru spargerea gheții, jocuri pentru energizare, jocul de rol

**Forme de organizare a grupului experimental:** frontal, individual, pe grupe/echipe

**Desfășurarea activității**

**1. Exercițiu introductiv:** „Cine și cum sunt eu ?” [preluat și adaptat din 285, p. 235]

**Obiective:**

**Descriere:** Consilierul psiholog le-a propus adolescenților să continue propozițiile în scris:

- Eu cred că sunt .....

- Cei din jur cred că sunt .....

- Aș dori să fiu .....

Pentru fiecare propoziție e necesar să aleagă 4 – 5 caracteristici personale din lista de cuvinte propusă de consilierul psiholog sau adolescenții pot adauga și altele.

Lista cuvintelor: *simpatic, slab, plăcut, brutal, lăudăros, străduitor, plictisitor, ingenios, curajos, zgârcit, deștept, hazliu, răbdător, neplăcut, îngândurat, bun, sănătos, amabil, timid, cinstit, mediocru, singuratic, frumos, gingaș, puternic, bătauș, mincinos, fricos, prietenos, etc.*

**Întrebări pentru discuții:**

- A fost ușor să vă descrieți pe voi sau este mai ușor să descrieți pe altcineva? Cum explicați acest lucru?

**2. Exercițiu specific etapei de consiliere:** „Resursele mele” [preluat și adaptat din 143, p.127]

**Obiective:** consolidarea încrederii în sine, dezvoltarea încrederii în propria eficacitate și a sentimentului valorii personale

**Descriere:** Consilierul psiholog i-a întrebat pe adolescenți ce înțeleg prin cuvântul „resursă” și ce resurse există/cunosc. Au fost notate ideile adolescenților pe tablă. Ideile culese au fost grupate cu ajutorul adolescenților. S-a oferit o explicație a resurselor – rezerve, surse de mijloace, posibilități care pot fi valorificate. Au fost date exemple de resurse interne, externe și sociale. Consilierul psiholog a propus adolescenților să realizeze, individual sau în grupuri, o compoziție sau un desen care să redea resursele de care dispun pentru a face față problemelor din viață. S-a pus la dispoziția adolescenților diferite obiecte și materiale care ar simboliza resurse, pe care ei le-au folosit la realizarea sarcinii. A fost anunțată expoziția în cadrul căreia fiecare persoană sau grup și-a prezentat (în calitate de ghid) compoziția.

#### **Întrebări pentru discuții:**

- Cum v-ați simțit ?
- Care sunt asemănările și deosebirile dintre resursele prezentate ?
- În ce situații apelăm la resursele noastre ?
- Putem beneficia de resursele altei persoane ? Cum ?

### **3. Exercițiu de energizare: „Crede-mă!”** [preluat și adaptat din 285, p. 262]

**Obiectiv:** energizare, dezvoltarea încrederii în sine.

**Descriere:** Adolescenții au fost grupați și i s-a propus unuia dintre ei să-i lege la ochi pe ceilalți. Consilierul psiholog le-a explicat adolescenților că cel care nu are ochii legați va fi călăuză celuilalt și va trebui să-l ajute să treacă cu bine diferite obstacole. Călăuzele au fost rugate să-și treacă partenerii peste o bancă, să ocolească cu grijă câteva scaune, bănci, pe colegii lor care fac același lucru, să pipăie și să identifice câteva lucruri, iar în final să alerge o porțiune de spațiu fără obstacole. Consilierul psiholog a propus adolescenților să-și schimbe rolurile.

#### **Întrebări pentru discuții:**

- Cum v-ați simțit când erați legat la ochi ?
- Cum v-ați simțit când erați călăuză ?
- Ce rol v-a plăcut mai mult pe parcursul activității ? De ce ?
- Când erați călăuză ați simțit că erați responsabil față de altă persoană ?
- Ați avut încredere în călăuză voastră ?
- Pe parcursul activității, ați avut aceleași posibilități sau nu ? De ce ?
- Dar drepturi ? De ce ?

### **4. Exercițiu specific etapei de consiliere:**

a) „Ești o persoană valoroasă !” [preluat și adaptat din 285, p. 236]

**Obiectiv:** dezvoltarea încrederii în sine și a sentimentului de autoeficacitate

**Descriere:** Consilierul psiholog i-a rugat pe adolescenți să completeze tabelul care urmează:

<b>Eu pot să fac bine...</b>	<b>Ultima dată când m-am simțit valoros(oasă) a fost...</b>
------------------------------	---

**Întrebări pentru discuții:**

- Care sunt persoanele care vă fac să aveți o părere bună despre voi ? De ce se întâmplă acest lucru ?
- Cum le arătați că sunteți mulțumiți în legătură cu voi ?

b) „**Sunt o persoană specială!**” [preluat și adaptat din 285, p. 235]

**Obiectiv:** să enunțe două-trei trăsături de caracter personale care îi individualizează, îi caracterizează pe adolescenți.

**Descriere:** Consilierul psiholog a distribuit fișe de hârtie fiecărui adolescent. Timp de cinci minute ei au avut de scris trei enunțuri de ce se consideră persoane speciale („Sunt o persoană specială, deoarece ...”). După ce fiecare adolescent a menționat calitățile specifice persoanei sale, fișele au fost adunate într-un coșuleț. Consilierul psiholog a împărțit grupul în trei echipe și a repartizat în mod egal fiecărei echipe fișele completate. A explicat echipelor că au rolul de a examina aceste calități.

**Întrebări pentru discuții:** Adolescenții au fost rugați să vorbească despre utilizarea calităților personale atât în viața socială, cât și în cea personală și s-au folosit următoarele întrebări:

- În ce situații din viața reală puteți utiliza aceste trăsături speciale ?
- Cum vă pot ajuta aceste trăsături speciale să vă atingeți scopurile și să creșteți ?

## Activitatea nr. 8

**Data:** 4.03.2022

**Modulul:** 3

**Domeniul:** Reziliența – factor protector împotriva abuzului de alcool în rândul adolescenților

**Tema:** „*Gândirea constructivă*”

**Scop:** formarea abilităților de gândire analitică și rațională, centrată pe asumarea responsabilităților și a consecințelor propriilor comportamente în vederea adoptării unor comportamente sănătoase privind stilul de viață.

**Obiective operaționale:**

La finalul activității, adolescenții vor fi capabili:

- să învețe deprinderi de a gândi rațional;
- să învețe cum să aplice deprinderile de a gândi rațional pe marginea deciziilor din propria viață;
- să scoată în evidență aspectele pozitive ale unor situații și experiențe care par să fi negative;
- să identifice consecințele negative generate de o gândire rigidă în soluționarea unor obstacole (dificultăți întâmpinate în viața de zi cu zi).

**Strategia formativă:**

**Metode și procedee:** conversația, expunerea, explicația, exemplificarea, problematizarea, munca independentă, lucrul pe grupe/echipe, jocuri pentru spargerea gheții, jocuri pentru energizare, jocul de rol

**Forme de organizare a grupului experimental:** frontal, individual, pe grupe/echipe

**Desfășurarea activității**

**1. Exercițiu introductiv:** „*Interpretarea pozitivă !*” [preluat și adaptat din 285, p. 283]

**Obiective:** să scoată în evidență aspectele pozitive ale unor situații și experiențe care par să fi negative.

**Descriere:** Consilierul psiholog a prezentat adolescenților exemple despre cum să scoatem în evidență aspecte pozitive ale situațiilor:

*Situația:* Andrei, cel mai bun prieten al tău, a rugat-o pe Diana să joace fotbal cu el și nu te-a rugat pe tine.

*Interpretarea negativă:* „Andrei nu m-a rugat pe mine. Cred că nu sunt destul de iute. Și nu sunt atât de amuzant sau de drăguț ca Diana”.

*Interpretarea pozitivă:* „Chiar dacă Andrei nu m-a chemat să joc fotbal cu el, știu că sunt un jucător bun și o persoană simpatică, drăguță”.

În continuare, consilierul psiholog le-a cerut adolescenților să formeze perechi. Perechile trebuiau să fie separate unele de altele. Adolescenții au stat în perechi față în față. Acestora li s-au oferit diferite situații. În pereche unul dintre adolescenți a dat un exemplu de aspect negativ implicat de situația respectivă. Celălalt adolescent a scos în evidență un aspect pozitiv al aceleiași situații. Cu alte cuvinte, o persoană explică situația dintr-o perspectivă negativă, apoi cealaltă persoană reflectă în oglindă poziția primului, reinterpretează însă situația într-o lumină pozitivă.

### **Întrebări pentru discuții:**

Consilierul psiholog prezintă spre dezbateri elevilor exemple de situații posibile:

- Ați uitat să faceți ce v-a rugat mama ?
- Ați luat o notă proastă la o lucrare ?
- Rugați un prieten/o prietenă să se plimbe (să petreacă timpul) cu voi și acesta/aceasta v-a refuzat ?

Adolescenții se pot gândi și la alte situații.

**2. Exercițiu specific etapei de consiliere: „Fii observator și analizează critic !”** [preluat și adaptat din 118, p. 192]

**Obiective:** identificarea unei situații percepute dificil, precum și o posibilă soluție de rezolvare a situației

**Descriere:** Consilierul psiholog a precizat faptul că în viața de zi cu zi, oamenii se confruntă încă de la vârste fragede cu situații mai complexe, pe care le percep ca fiind dificile, greu de depășit. Adesea acest mod de gândire, eronat, creează blocaje. Optimismul, gândirea pozitivă, identificarea alternativelor etc., sunt factori care mobilizează persoana, o direcționează spre atingerea scopului propus. Consilierul psiholog a distribuit adolescenților fișa de lucru : „Priviți viața în culori!”

### **FIȘA DE LUCRU - „Priviți viața în culori!”**

„PRIVIND PRIN LENTILE ÎNTUNECATE”



1. Precizează (descrie) o situație care îți creează dificultăți/ un obstacol perceput de tine.

.....

.....

.....

.....



„PRIVIND PRIN LENTILE COLORATE”



2. Descrie o posibilă soluție/rezolvarea a situațiilor precizate la punctul 1.

.....  
 .....  
 .....

2. Gândiți-vă la două evenimente fericite care vi s-au întâmplat în ultimele trei luni. Notați tot ceea ce ați întreprins pentru ca totul să decurgă bine.

Evenimentul 1	Calitățile pe care le-ai folosit	Resursele pe care le-ai folosit
Evenimentul 2		

**Întrebări pentru discuții:**

- V-a fost dificil să identificați situații care v-au creat sau vă crează dificultăți ? Dar să identificați soluții ?
- V-a fost ușor să identificați evenimentele fericite din ultimele trei luni ?
- Ce evenimente considerați că rămân întipărite mai mult în memoria afectivă ? Cele percepute ca fiind negative sau evenimentele pozitive ? Cum explicăm acest lucru ?

**3. Exercițiul de energizare: „Acum îți spun!”** [preluat și adaptat din 221, p. 84-85]

**Obiectiv:** energizare, dezvoltarea încrederii în sine; retrăirea unei situații frustrante care se manifestă încă și găsirea mijloacelor adecvate pentru a o depăși.

**Descriere:** Așezați în cerc, consilierul a stimulat discuția și memoria faptelor, evenimentelor, situațiilor din trecut care au lăsat o urmă negativă în propria viață. În special amintirea unor fraze care au rănit sau au fost reținute ca nedrepte. Pot fi cuvintele unui părinte, ale unui învățător sau profesor, ale unui prieten sau vecin care încă dor. Consilierul psiholog le-a cerut adolescenților să scrie pe foaia dată fraza respectivă. S-a lăsat puțin timp, apoi pe rând, fiecare adolescent a citit fraza și s-a ilustrat contextul în care a fost pronunțată, sentimentele și repercursiunile unui asemenea eveniment. După ce adolescenții au citit și au povestit situația, consilierul psiholog le-a cerut să se mute cu scaunele la capătul sălii, lăsând un spațiu mai liber. Pe peretele opus a fost pus

un scaun pe care a fost în mod simbolic așezată persoana care a pronunțat fraza scrisă pe foaie. Pe rând, fiecare adolescent a fost poziționat în fața scaunului liber și a avut un dialog cu cel care a pronunțat fraza. A putut spune propriile motive, să-și exprime propriile resentimente, durerea sau furia. S-a imaginat chiar că celălalt răspunde. În acest caz a trebuit să stea pe scaunul liber și să vorbească ca și cum ar fi persoana căreia se adresează. Dialogul a continuat până ce s-a simțit nevoia de încetare. Grupul a ascultat în liniște până ce toți adolescenții au terminat dialogurile. În final, consilierul psiholog le-a solicitat adolescenților să-și exprime sentimentele trăite la propriul dialog și la dialogul celorlalți.

\* Pentru unii adolescenți a fost mai ușor să vorbească cu o persoană reală; în aceste situații a fost ales un coleg din grupă care a reprezentat persoana care a pronunțat fraza și a fost așezat pe scaunul liber.

#### **Întrebări pentru discuții:**

- A fost greu să vorbiți despre lucrurile neplăcute sau care v-au întristat și/sau stresat ? Ce ați simțit?
- Cum v-ați simțit după ce ați oferit motive, argumente ?
- Credeți că este important să facem exprimarea emoțională (descărcare emoțională) ?
- Pot fi vindecate anumite „răni interioare”, prin re poziționare față de evenimentele/circumstanțele de viață și resemnificarea acestora ?

#### **4. Exercițiu specific etapei de consiliere: „Gândirea rațională” [preluat și adaptat din 366, p. 200]**

**Obiectiv:** dezvoltarea deprinderilor de a gândi rațional

**Descriere:** Consilierul psiholog a explicat adolescenților cele trei diferențe dintre gândirea rațională și cea irațională. Gândirea rațională se bazează pe expectanțe realiste și ajută la atingerea scopurilor. Gândirea irațională nu ajută la obținerea scopurilor deoarece persoana se simte copleșită de emoții distructive precum furia, vina sau deprimarea care rezultă din gânduri iraționale. Există trei tipuri de bază de credințe iraționale:

- „Trebuie” sau cerințe absolutiste față de alții sau față de sine: a considera că alții ar trebui să se comporte întotdeauna cu tine exact așa cum crezi tu că ar trebui să se comporte;
- Autoaprecierea negativă: a egaliza cine ești cu ce faci (dacă nu îndeplinești ceva bine consideri că ești o persoană lipsită de valoare);
- Toleranța scăzută la frustrare: a gândi că totul ar trebui să fie ușor pentru tine, că nu ar trebui să fie cazul să tolerezi nicio frustrare sau disconfort din viața ta.

Pe lângă acest lucru, oamenii care gândesc irațional fac “catastrofări” și suprageneralizează. Ei exagerează lucrurile și presupun cele mai rele lucruri. Ei pot avea, de asemenea, ceea ce se numește

viziune de tunel, a lua un mic detaliu și a-l folosi ca și bază pentru a face alte judecăți. Sau ei pot face judecăți arbitrare, presupunând ceva chiar și atunci când nu există niciun fundament pentru el. Gândirea de tipul totul sau nimic este de asemenea des întâlnită. Lucrurile sunt fie într-un fel, fie într-altul; nu există cale de mijloc. Exemple de gândire irațională:

- Prietenul meu ar trebui să mă sune întotdeauna exact atunci când spune că o va face. Dacă nu face acest lucru, cu siguranță, înseamnă că se va despărți de mine că nu sunt suficient de bună pentru el, și că el este cu adevărat nesimțit. Dacă se desparte de mine, nu voi putea suporta acest lucru.
- Dacă părinții nu îmi dau voie să iau mașina în seara aceasta, voi fugi de acasă. Sunt atât de severi cu mine și nu mă lasă să fac nimic. Ei ar trebui să fie ca și toți ceilalți părinți.

Consilierul psiholog a împărțit fișa de lucru – „Gândirea rațională” și a cerut adolescenților să identifice credințele iraționale și să indice ce anume este irațional la ele. Apoi consilierul psiholog a introdus conceptul de disputare (atacare) ca și modalitate de a risipi credințele iraționale. Disputarea implică a te întreba, a pune sub semnul întrebării lucrurile, astfel încât să faci „găuri” în raționamentul illogic care caracterizează credințele iraționale. Se prezintă următoarele exemple:

- **A (Eveniment activator):** Nu ați luat note bune la examenul de bacalaureat.
- **B (Credințe iraționale):** Vă gândiți: „Ce prost sunt ! Nu voi intra niciodată la facultate cu notele astea. De ce nu pot să fac niciodată nimic bun ? Probabil că nici dacă mai dau odată examenul nu voi face mai bine, așa că mai bine aș renunța și aș uita de facultate.”
- **C (Consecințe emoționale):** Vă simțiți deprimată și vă este silă de voi.
- **D (Disputări):** Atacați-vă gândurile. Întrebați-vă: „Doar pentru că nu m-am descurcat bine la examen, unde este dovada că sunt prost ? Doar pentru că m-am descurcat prost, nu înseamnă neaparat că nu pot intra la facultate. Facultățile se mai uită doar și la altceva în afară de notele de la bacalaureat. Nu m-am descurcat bine de data aceasta, dar unde este dovada că nu mă voi descurca mai bine dacă mai dau examenul o dată ?”
- **E (Noul efect):** Ca și rezultat al disputării, aveți o perspectivă mai bună asupra problemei și puteți utiliza deprinderi mult mai eficiente de a rezolva problemele. Nu vă mai evaluați atât de negativ. Realizați faptul că s-ar putea ca niște note mici să nu aibă consecințele devastatoare pe care le-ați presupus la început când ați reacționat irațional.

## **FIȘA DE LUCRU**

### **„Gândirea rațională”**

Instrucțiune: Citește următoarele exemple și identifică credințele iraționale (CI)

1. Nu voi putea suporta dacă prietena mea (sau prietenul) se desparte de mine. Nu voi mai găsi niciodată pe cineva ca ea (el).

CI.....

2. Am prea multe lucruri de făcut săptămâna viitoare. Nu voi reuși să termin și oricum voi face o treabă proastă.

CI.....

3. Am mult prea multe lucruri de făcut săptămâna viitoare. Nu voi reuși să termin și oricum voi face o treabă proastă.

CI.....

### **Întrebări pentru discuții:**

- Cum ați descrie diferența dintre gândirea rațională și cea irațională ?
- Cât de ușor v-a fost să identificați credințele iraționale din Fișa de lucru ?
- Credeți că gândirea irațională este un lucru obișnuit ?
- Credeți că aveți tendința de a gândi mai mult rațional sau irațional ?
- Ce tip de gândire credeți că vă va ajuta să vă atingeți scopurile și să faceți față problemelor într-un mod eficient ?
- Există nevoia unei schimbări în modul vostru de a gândi pentru a putea face față situațiilor mai eficiente ? Dacă da, ce anume ? Cum veți face aceste schimbări ?
- Ați învățat ceva din această activitate care să puteți aplica în viața voastră de zi cu zi ?

### **Temă pentru ședința următoare:**

Identificați-vă exemple de gândire irațională și lucrați cu modelul A-B-C-D-E pentru a vă disputa credințele iraționale.

## Activitatea nr. 9

**Data:** 14.03.2022

**Modulul:** 3

**Domeniul:** Reziliența – factor protector împotriva abuzului de alcool în rândul adolescenților

**Tema:** „*Controlul emoțiilor. Dezvoltarea relațiilor pozitive cu ceilalți*”

**Scop:** cultivarea inteligenței emoționale ca resursă pentru adoptarea unor comportamente sănătoase/pozitive, controlul emoțiilor negative în diferite contexte de viață

**Obiective operaționale:**

La finalul activității, adolescenții vor fi capabili:

- să analizeze sentimentele produse de diverse situații de viață;
- să comunice stările emoționale produse de situațiile de viață;
- să învețe să intre în contact cu propriile stări emoționale;
- să empatizeze cu o altă persoană aflată într-o situație neplăcută/dificilă.

**Strategia formativă:**

**Metode și procedee:** conversația, expunerea, explicația, exemplificarea, problematizarea, munca independentă, lucrul pe grupe/echipe, jocuri pentru spargerea gheții, jocuri pentru energizare, jocul de rol

**Forme de organizare a grupului experimental:** frontal, individual, pe grupe/echipe

**Desfășurarea activității**

**1. Exercițiu introductiv:**

a) „Cum mă simt astăzi ?”

**Obiectiv:** identificarea stărilor emoționale

**Descriere:** Consilierul psiholog a distribuit fișa de lucru, pentru a-i ajuta pe adolescenți să-și identifice stările emoționale, apoi au avut loc discuții bazate pe afirmațiile oferite de către aceștia.

CUM TE SIMȚI ASTĂZI ?

Inițiale nume și prenume:.....



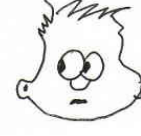
confuz



extaziat



vinovat



suspicios



nervos



frustrate



trist



speriat



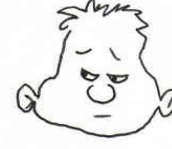
fericit



dezgustat



rușinos



precaut



amețit



deprimat



optimist



îndrăgostit



plictisit



surprins



nerăbdător



timid

[Fișa - preluată și adaptată din mapa/portofoliul consilierului din Cabinetul de Asistență Psihopedagogică al Colegiului Economic „Virgil Madgearu” Galați]

b) „Cum mă simt și cum acționez ?” [preluat și adaptat din 143, p. 27]

**Obiectiv:** recunoașterea modalităților eficiente și neeficiente de control al emoțiilor.

**Descriere:** Consilierul psiholog le-a propus adolescenților să-și amintească timp de câteva minute o situație în care au avut emoții negative puternice și cum s-au comportat. Apoi i-a invitat să formeze grupuri mici, să discute situațiile amintite și să noteze emoțiile în fișa de lucru. Adolescenții au fost rugați să evalueze eficacitatea comportamentului pe care l-au avut sub influența emoțiilor și să le evidențieze pe cele optime. Fiecare grup și-a prezentat rezultatele. Consilierul psiholog a solicitat fiecărui adolescent să facă o listă de 10 activități care îi produc satisfacție. Timp de câteva minute, adolescenții s-au plimbat prin sală și au luat la cunoștință de conținutul listelor alcătuite de colegi.

### **Întrebări pentru discuții:**

- Cum v-ați simțit ?
- Ce ați aflat nou ?
- Ce concluzii puteți face ?
- De ce depinde alegerea unei sau altei modalități de control al emoțiilor ?

### **2. Exercițiul specific etapei de consiliere: Joc de rol „Știu cum te simți !” [preluat și adaptat din 46, p. 69]**

**Descriere:** Fiecare adolescent și-a ales un partener pentru acest exercițiu, unul a fost ascultătorul, celălalt vorbitorul. S-a ales o situație ipotetică din cele prezentate mai jos, iar unul dintre adolescenți („vorbitorul”) trebuia să-și imagineze că se află în acea situație și să-i povestească colegului cum se simte. După ce primul dintre ei a discutat situația ipotetică, ascultătorul trebuia să încerce să-i răspundă utilizând expresii cum ar fi: „Văd că acest lucru te-a rănit”, „Simt că...”. Consilierul psiholog a solicitat câteva perechi mai „îndrăznețe” să joace rolurile în fața grupului. Consilierul psiholog a focalizat răspunsurile „ascultătorului” pe emoția pe care o simte cel ce se află în situația ipotetică modelând acest lucru cu unul dintre adolescenți. De multe ori când povestim cuiva despre o situație neplăcută nu ne așteptăm neapărat să ne ofere ceilalți soluții. Simțim doar nevoia să ne asculte cineva, să ne recunoască dreptul de a ne simți triști, mânioși, jenați, respinși. Atunci când cineva ne vorbește despre o suferință și noi îi dăm sfaturi, îi spunem că îi va trece cu timpul sau îi povestim cum și noi am trecut prin ceva similar și ne-a trecut, încercând să-i înlocuim emoția negativă cu gânduri sau dispoziții afective pozitive. Din acest motiv este important ca adolescenții să exerseze această „reflectare” a emoțiilor celuilalt ca prim pas în comunicarea cu alții.

### **Situații ipotetice:**

- ✓ Cel mai bun prieten se întâlnește cu fosta ta prietenă/Cea mai bună prietenă se întâlnește cu fostul tău prieten.
- ✓ Ești învinovățit pentru ceva ce nu ai făcut.
- ✓ Fratele tău mai mic îți mâzgălește referatul în seara dinaintea zilei în care trebuie predat.
- ✓ Tatăl tău tocmai a aflat că a fost dat afară de la serviciu.
- ✓ Afli că prietenii tăi merg la sfârșit de săptămână la film și tu nu ai fost invitat.
- ✓ Se aleg echipe de fotbal/baschet și nicio echipă nu te vrea.

### **Întrebări pentru discuții:**

- Cum v-ați simțit ?
- Cât de greu v-a fost să găsiți cuvintele prin care să redați starea celuilalt ? Ascultătorul cum s-a simțit la remarcile vorbitorului ?

**3. Exercițiul de energizare: „Recunoașterea emoțiilor momentului”** [preluat și adaptat din 221, p. 121]

**Obiectiv:** învățarea intrării în contact cu propriile stări emoționale.

**Descriere:** Consilierul psiholog a rugat adolescenții să așeze scaunele în cerc, apoi i-a invitat să pună de o parte tot ce i-ar fi putut împiedica să se relaxeze (curele, ceasuri, pantofi etc.). Apoi, le-a sugerat să se așeze și să adopte o poziție relaxată. I-a invitat să aplece capul înainte, să țină picioarele foarte relaxate și să-și sprijine antebrațele și mâinile pe picioare; i-a sfătuit să închidă ochii. Din acel moment, consilierul psiholog a început să vorbească: ”Încearcă să-ți eliberezi mintea de orice gând, concentrează-ți atenția asupra fiecărui mușchi al corpului când se întinde și se relaxează, vizualizează-ți fruntea..., mușchii gâtului..., ai spatelui..., încearcă să-i lași în voie. Relaxează-ți brațele..., mâinile..., vizualizează-ți fiecare mușchi ai pieptului și al abdomenului în timp ce se relaxează. Încearcă să simți toți mușchii corpului în deplină relaxare. Respirația este regulată, inspiră și expiră, de fiecare dată când respiri, odată cu aerul rece iese și toată tensiunea ta. Acum încearcă să selectezi din tine tot ceea ce simți din punct de vedere emoțional, ce tip de emoție predomină în acest moment, intensitatea ei și cine sau ce o declanșează.” Consilierul psiholog a lăsat trei minute la dispoziția adolescenților pentru a putea contacta propria persoană. Apoi i-a invitat să-și reia starea de relaxare spunându-le: ”Acum începeți să bateți din palme, mișcați-vă picioarele, deschideți și închideți pumnul, scuturați brațele de mai multe ori, mișcați gambele, respirați profund, dați afară tot aerul și deschideți din nou ochii”.

**Întrebări pentru discuții:**

- Ce emoție predominantă ați identificat ?
- Cât de intensă a fost emoția identificată ?
- Care a fost situația care a declanșat emoția identificată ?
- Cu ce dificultăți v-ați confruntat ?

**4. Exercițiul specific etapei de consiliere: „Emoții și comportament”**

**Descriere:** Consilierul psiholog a distribuit adolescenților fișe de lucru „Emoții și comportament”, apoi „Emoțiile: adevărat sau fals ?”

**a) FIȘĂ DE LUCRU – „Emoții și comportament”**

Cum mă simt și cum acționez ?

<i>Emoții, sentimente</i>	<i>Conduite, acțiuni, exprimări verbale</i>
---------------------------	---




**a\*) „Emoțiile: adevărat sau fals ?”**

**FIȘĂ DE LUCRU – Afirmatii despre emoții**

1. Emoțiile joacă un rol important în adaptarea persoanei la un mediu nou.
2. Exist un mod potrivit pentru a simți în orice situație.
3. A-i lăsa pe alții să-ți cunoască emoțiile este un semn de vulnerabilitate.
4. Emoțiile negative sunt distructive.
5. Alte persoane pot să judece mai bine emoțiile și sentimentele mele.
6. A-ți exprima emoțiile este un semn al lipsei de control al lor.
7. Cunoașterea, înțelegerea, exprimarea și controlul emoțiilor asigură supraviețuirea.
8. Emoțiile apar fără niciun motiv.
9. Unele emoții sunt ridicole și stupide.
10. Dacă prietenii nu aprobă modul meu de a reacționa, înseamnă că ar trebui să reacționez altfel.
11. Emoțiile negative trebuie ignorate.
12. Bărbaților nu li se recomandă să-și exteriorizeze emoțiile.

**b) „Familia mea versus grupul de prieteni” [preluat și adaptat din 118, p. 91]**

**Obiective:** consolidarea importanței familiei și a grupului de prieteni în viața unui adolescent (eliminarea relațiilor de concurență/incompatibilitate dintre familie și grupul de prieteni)

**Descriere:** Consilierul psiholog, ajutat de adolescenți a realizat o delimitare conceptuală a noțiunilor “familie” și “grup de prieteni”, stabilindu-se totodată motivul pentru care aceste două medii sociale sunt importante în dezvoltarea armonioasă a unui adolescent. Consilierul psiholog a prezentat următorul tabel, adolescenții fiind implicați într-un exercițiu de brainstorming, sarcina de lucru a fost să identifice “importanța familiei în adolescență, pe de o parte, iar pe de altă parte, importanța grupului de prieteni”

<b>Familia</b>		<b>Grupul de prieteni</b>	
-	1.	1.	-
-	2.	2.	-
-	3.	3.	-
-	4.	4.	-
-	5.	5.	-
-	6.	6.	-

(1- perfect neadevărat, 2- neadevărat, 3- adevărat, 4- perfect adevărat)

Consilierul psiholog a sumarizat ideile adolescenților pe flip-chart în două coloane. La finalul discuției, consilierul psiholog cu sprijinul adolescenților a selectat cele mai sugestive idei privind importanța celor două medii sociale (5-7 idei pentru fiecare categorie). Consilierul psiholog a distribuit apoi fișele de lucru, iar adolescenții au avut sarcina de a nota ideile selectate, în coloanele aferente (au fost atenționați adolescenții să nu depășească liniile punctate care despart coloana lăță de cea îngustă, deoarece în cea de-a doua se vor nota alte informații). După ce adolescenții au notat toate ideile selectate în cele două coloane (familia și grupul de prieteni), au fost rugați să răspundă la întrebarea: “Cât de adevărată este această afirmație pentru mine ?” prin oferirea unor valori înscrise pe scala de tip Likert: 1 - perfect adevărat; 2 - neadevărat; 3 - adevărat; 4 - perfect adevărat).

Valorile numerice ale răspunsurilor au fost notate în coloana alăturată itemilor. După ce au completat “scala de autoevaluare”, adolescenții au fost rugați să reflecteze asupra rezultatelor pe care le-au obținut.

#### **Întrebări pentru discuții:**

- Care credeți că ar fi răspunsul corect la întrebarea familia versus grupul de prieteni sau familia și grupul de prieteni ?

Consilierul psiholog i-a încurajat pe adolescenți să se bucure de existența celor două medii, iar dacă apar dificultăți în relaționarea cu oricare dintre ele, să solicite sprijin.

## Activitatea nr. 10

**Data:** 21.03.2022

**Modulul:** 3

**Domeniul:** Reziliența: factor protector împotriva abuzului de alcool în rândul adolescenților

**Tema:** „*Obținerea suportului social*”

**Scop:** cultivarea abilităților sociale și de interacțiune pozitivă cu alți adolescenți în contextul diferitelor activități și proiecte socio-educative

**Obiective operaționale:**

La finalul activității, adolescenții vor fi capabili:

- să identifice persoanele, instituțiile de la care pot obține ajutor într-o problemă (inclusiv emoțională);
- examinarea tipurilor de suport și a resurselor sociale;
- stabilirea factorilor care pot veni în sprijinul îndeplinirii scopului stabilit de fiecare adolescent în parte.

**Metode și procedee:** conversația, expunerea, explicația, exemplificarea, problematizarea, munca independentă, lucrul pe grupe/echipe, jocuri pentru spargerea gheții, jocuri pentru energizare, jocul de rol

**Forme de organizare a grupului experimental:** frontal, individual, pe grupe/echipe

**Desfășurarea activității**

**1.Exercițiu introductiv:** „Ai o problemă, caută ajutor!” [preluat și adaptat din 143, p. 67]

**Obiectiv:** identificarea persoanelor, instituțiilor de la care adolescenții pot obține ajutor într-o problemă (inclusiv emoțională).

**Descriere:** Consilierul psiholog i-a grupat pe adolescenți în grupuri mici, apoi i-a rugat să identifice 3-5 probleme cu care se confruntă ei sau grupul de prieteni. Grupurile au notat emoțiile pe care le trăiesc adolescenții în asemenea situații și cum procedează, ce fac atunci. Grupurile au făcut schimb de foi și au notat cine poate să ajute adolescenții în cazurile identificate anterior. Adolescenții au fost rugați să scrie cât mai specific cum se manifestă acest ajutor. Grupurile au revint la foile cu care au lucrat inițial și au analizat ideile notate de către colegi. Adolescenții au putut completa, preciza, clarifica unele aspecte. Au fost invitate grupurile să prezinte rezultatele activității lor.

**Întrebări pentru discuții:**

- Ce înseamnă pentru voi un suport social ?
- Ce beneficii poți avea de la el ?
- De la cine tinerii așteaptă ajutor ?

- Cât de des apălați la ajutorul altora ?
- În ce situații ?
- În ce măsură vă simțiți capabili să oferiți sprijin altor persoane ?

## **2. Exercițiu specific etapei de consiliere: „Cine ne ajută ?”** [preluat și adaptat din 143, p. 102]

**Obiectiv:** examinarea tipurilor de suport și a resurselor sociale ale adolescenților.

**Descriere:** Consilierul psiholog a făcut un asalt de idei cu toți adolescenții și i-a întrebat ce fel de ajutor pot obține aceștia unii de la alții ? Cum îi pot ajuta alte persoane ? Adolescenții au fost grupați în grupuri, iar fiecare grup a trebuit să se gândească la o anumită categorie de oameni, de ex.: frați, prieteni, profesori, vecini, părinți. Apoi consilierul psiholog i-a rugat pe adolescenți să noteze pe o foaie divizată în trei coloane: a) lucruri pe care le pot face bine, le cunosc bine, cu care se descurcă, b) lucruri pe care ar vrea să învețe să le facă mai bine, să le cunoască mai bine, c) idei despre cum pot fi îmbunătățite calitățile din coloana a doua, unde sau cui se pot adresa pentru a fi ajutați. Adolescenților li s-a sugerat să scrie despre diferite capacități ale lor, fără a se limita la cele care le sunt utile doar în școală. S-a oferit posibilitatea grupurilor să facă schimb de idei referitor la cele discutate. S-a realizat o concluzie despre importanța de a solicita ajutor și s-a trecut în revistă sursele identificate de aceștia.

### **Întrebări pentru discuții:**

- Care sunt cele mai frecvente situații în care copiii, adolescenții au nevoie de suport ?
- De ce, uneori, adolescenții nu vor să apeleze la ajutor ?
- Ce se poate întâmpla dacă ei nu obțin ajutorul de care au nevoie ?
- La cine apelează mai des adolescenții, dacă au o problemă ?

## **3. Exercițiu de energizare: „Călătoria mea cu...”** [preluat și adaptat din 221, p. 109]

**Obiectiv:** energizare, facilitarea comunicării și raporturilor interpersonale în cadrul grupului, stimularea imaginației și creativității.

**Descriere:** Consilierul psiholog a cerut fiecărui adolescent să-și închipuie că pleacă într-o călătorie imaginară, spre orice destinație, localizată într-o epocă trecută, prezentă sau viitoare. Apoi consilierul psiholog a cerut adolescenților să ia cu sine o persoană din familie sau un prieten ori din grup și i-a invitat să scrie o povestire intitulată „Călătoria mea cu...”, cu recomandarea ca personajelor din călătorie să li se dea nume imaginar. După ce a acordat grupului timpul necesar pentru a scrie povestirea (10-15 minute), s-a trecut la lectura povestirilor.

### **Întrebări pentru discuții:**

- Ce persoană v-ați ales ca însoțitor de călătorie și de ce ?
- La ce ne așteptăm și ce părere avem despre ceilalți ?

**4. Exercițiu specific etapei de consiliere: „Ce sau cine ne poate ajuta?”** [preluat și adaptat din 118, p. 66-68]

**Obiectiv:** stabilirea factorilor care pot veni în sprijinul îndeplinirii scopului stabilit de fiecare adolescent în parte.

**Descriere:** Consilierul psiholog le-a oferit adolescenților o fișă de lucru în care sunt desenați doi brazi: în prima imagine a fost redat un brad mititel, putem spune că insuficient dezvoltat, care are în față un drum destul de anevoios pentru a deveni unul falnic, iar în imaginea a doua se află un brad semeț, bine crescut, care (se presupune) a avut toate condițiile optime de dezvoltare. Apoi, consilierul psiholog le-a precizat adolescenților că vor avea de stabilit prin desen sau prin notare cinci factori (legați de climă, condițiile de mediu, conjuncturi; alți brazi prin împrejurimi etc.) care considerați că au sprijinit definitiv dezvoltarea atât de frumoasă a bradului din imaginea a doua. După ce au finalizat prima sarcină, adolescenții au notat în spațiile punctate sub brad următoarele informații: ”în prezent” (sub imaginea bradului mic) și ”în viitor” (sub imaginea bradului mare) explicându-li-se semnificația elementelor.

[„Prin *bradul mic* am dorit să simbolizăm momentul în care vă aflați voi acum în ceea ce privește dezvoltarea în viață, cu alte cuvinte, gradul în care v-ați conturat scopurile în viață. Prin *bradul semeț* am dorit să simbolizăm imaginea voastră în viitor: momentul în care ați reușit să vă dezvoltați, să vă atingeți scopurile, fapt ce vă face să simțiți împliniți. Cei cinci factori pe care voi i-ați enumerat simbolizează sprijinul de care puteți dispune în acest proces de dezvoltare. Consilierul psiholog a precizat că următoarea sarcină este de a preciza ceea ce sau pe cine simbolizează cele cinci elemente menționate de adolescenți. Ce sau cine vă poate ajuta în dezvoltarea voastră? Au fost rugați să ia în calcul și importanța elementelor (extrem de important – puțin important), adică aportul fiecăruia în drumul vostru (mă sprijină într-un grad mai mare sau într-un grad mai scăzut) etc. Sarcina adolescenților a fost de a realiza asocieri între cele cinci elemente (numite de adolescenți ca fiind definitorii în dezvoltarea bradului semeț) și cinci factori care vă pot susține în procesul vostru de dezvoltare”]. Consilierul psiholog a subliniat faptul că „În viață dispunem de o mulțime de factori doritori să ne ajute, ceea ce este important este să-i identificăm și să-i lăsăm să fie alături de noi!”.

**Întrebări pentru discuții:**

- Ce sau cine vă poate ajuta în dezvoltarea voastră ?
- Care au fost cei cinci factori care pot veni în sprijinul vostru în acest proces de dezvoltare ?

**FIȘĂ DE LUCRU – „Ce sau cine ne poate ajuta ?”**



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Activitatea nr. 11

**Data:** 28.03.2022

**Modulul:** 3

**Domeniul:** Reziliența: factor protector împotriva abuzului de alcool în rândul adolescenților

**Tema:** „*Cum putem face față dificultăților de viață și stresului psihic ?*”

**Scop:** formarea abilităților de management emoțional și de gestionare a stresului psihic în vederea adoptării unor atitudini și comportamente funcționale

**Obiective operaționale:**

La finalul activității, adolescenții vor fi capabili:

- să participe la exercițiul de relaxare generală pentru facilitarea contactului cu propria persoană;
- să identifice surse de stres;
- să învețe cum să își gestioneze stările stresante;
- dezvoltarea atitudinii potrivit căreia ajutorul este posibil și necesar persoanelor care se află într-o situație de criză.

**Strategia formativă:**

**Metode și procedee:** conversația euristică, reflecția, expunerea, explicația, exemplificarea, problematizarea, munca independentă, lucrul pe grupe/echipe, jocuri pentru energizare, jocul de rol

**Forme de organizare a grupului experimental:** frontal, individual, pe grupe/echipe

**Desfășurarea activității:**

**1. Exercițiu introductiv: „Relaxarea”** [preluat și adaptat din 221, p. 55-56]

**Obiective:** favorizarea unei stări de relaxare generală pentru facilitarea contactului cu ei înșiși; stimularea unei stări de calm în vederea pregătirii pentru exercițiile ulterioare.

**Descriere:** Consilierul psiholog i-a invitat pe adolescenți să se destindă, să se facă comozi pe scaune. Apoi a continuat cu următoarea instrucțiune: ”Închideți ochii și concentrați-vă atenția asupra voastră înșivă. Simțiți respirația calmă și lăsați-vă în voia fluxului: inspirați, expirați (pauză un minut). Acum simțiți greutatea picioarelor și cum se sprijină pe podea (o scurtă pauză de 20 de secunde)...chiar și picioarele sunt grele și relaxate (scurtă pauză). Acum simțiți greutatea bazinului (scurtă pauză)...chiar și spinarea și pieptul sunt grele și relaxate (pauză scurtă)...Umerii sunt relaxați (scurtă pauză). Simțiți brațele relaxate până la vârful degetelor (scurtă pauză)...în sfârșit, gâtul este relaxat, iar capul este greu (scurtă pauză). Simțiți tot corpul calm și relaxat...respirația este liberă și profundă”. Când „parcursul” a fost terminat, consilierul a mai așteptat încă un minut pentru a da fiecărui participant posibilitatea de a intra în contact cu sine însuși și a elimina orice tensiune. Apoi, consilierul psiholog a oferit ultimele indicații pentru continuarea relaxării:

„Încercați să memorați această senzație de serenitate (de calm) și păstrați-o în voi la trezire (scurtă pauză). Acum puteți deschide ochii, fără grabă, și mișcați încet mâinile...și picioarele...și întindeți-vă ca atunci când vă treziți din somn”.

### **Întrebări pentru discuții:**

- V-a fost greu să vă relaxați ?
- Ce dificultăți ați întâmpinat ?
- Ați reușit să vă relaxați ?
- Ce senzație ați experimentat/trăit ?
- Cum v-ați simțit ?

### **2. Exercițiu specific etapei de consiliere:**

a) „Cum să depășim dificultățile?” - Brainstorming [preluat și adaptat din mapa/portofoliul consilierului din Cabinetul de Asistență Psihopedagogică al Colegiului Economic „Virgil Madgearu” Galați]

**Obiectiv:** dezvoltarea atitudinii adolescenților, potrivit căreia ajutorul este posibil și necesar persoanelor care se află într-o situație de criză .

**Descriere:** Adolescenții sunt întrebați:

- Pot fi evitate dificultățile, probleme și situațiile de criză din viața noastră ?
- De ce o persoană care trece printr-o situație de criză nu vede o cale de ieșire și se retrage în sine ?
- Cum ne dăm seama dacă o persoană are intenția de a se sinucide ?

Consilierul psiholog a inițiat discuții cu adolescenții, în timpul cărora a subliniat faptul că toți oamenii trec prin dificultăți, probleme și situații de criză și uneori pot avea gânduri suicidare. Când trece printr-o depresie, criză, gândirea devine rigidă, sentimentul izolării se amplifică și persoana se simte neajutorată și fără speranță. Putem identifica semne cum că acea persoană cere ajutor: lipsa interesului privind activități de petrecere a timpului liber, hobby-uri, nu mai comunică, se comportă neglijent, își face singur rău, consumă alcool excesiv sau droguri, nu îi pasă cum arată, spune că „nu mai suportă..”, „nu înțelege ce se întâmplă..”, „eșuează în tot ce întreprinde”, „nimeni nu îl/o poate ajuta” etc. este important să identificăm semnele de alertă chiar și atunci când ajutorul nu este cerut în mod expres. Stresul nu este o boală, ci o stare psihică și fiziologică prin care trec mulți oameni, căreia îi putem face față prin modalități practice care depind de la situație la situație. Este o condiție emoțională care are loc atunci când situațiile sunt percepute ca fiind dificile și amenințătoare și metodele de coping sunt inadecvate.

### **Întrebări pentru discuții:**

- Ați experimentat vreodată stres ? Care au fost semnele specifice situației de stres ?
- Pot fi evitate dificultățile, probleme și situațiile de criză din viața noastră ?



- De ce o persoană care trece printr-o situație de criză nu vede o cale de ieșire și se retrage în sine ?
- Cum ne dăm seama dacă o persoană are intenția de a se sinucide ?

### **b) „Citirea unei scrisori de adio”**

**Descriere:** Consilierul psiholog citește o „scrisoare de adio” și sunt invitați să răspundă la întrebări. Se scriu răspunsurile pe tablă/hârtie. În timp ce s-au sumarizat ideile adolescenților, se pune accentul pe sentimentele trăite de oameni, cu ce probleme s-au confruntat și ce semnale de ajutor ar fi trebuit să primească răspuns de la cei din jurul lor.

**Scrisoare de adio** – Părinți mei divorțează. Câteodată simt că lupta dintre părinții mei mă aruncă dintr-o parte în alta. Ca și cum ar trebui să aleg o tabără... eu nu pot face asta, și este atât de greu să fii la mijloc... eu nu pot să alerg dintr-o parte în alta. Este așa o confuzie. Mă simt atât de confuz... Știu că certurile lor nu sunt din vina mea, dar câteodată simt că aș fi putut să spun cuvintele potrivite sau să fac lucrul potrivit, că aș fi putut să fiu tot ceea ce ei au nevoie. Poate atunci aș fi putut să-i determin să fie împreună, să fie fericiți. Simt că dacă aș fi putut să le împărtășesc durerea mea, ei s-ar fi oprit. Cred că atunci când am încercat să mă sinucid, a fost un strigăt de ajutor - pentru noi toți.

### **Întrebări pentru discuții:**

Compunerea unei scrisori este un strigăt de ajutor.

- Cum s-a simțit persoana care a scris scrisoarea de adio ?
- Ce tip de probleme de viață avea această persoană ?
- Ce semnale de alarmă ar fi putut fi identificate de către cei din jur ?

### **3. Exercițiu de energizare: „Exprimă-te în situații de disconfort”** [preluat și adaptat 221, p. 133]

**Obiective:** energizare, exprimarea a ceea ce gândim și simțim pentru persoanele importante pentru noi.

**Descriere:** Consilierul psiholog le-a solicitat adolescenților să se gândească la o situație din prezentul sau trecutul lor în care ar fi vrut să-și exprime sentimentele sau părerile legate de o anumită persoană (sau mai multe persoane) și nu au reușit să o facă. Apoi, fiecare membru și-a ales din grup un partener care a reprezentat persoana cerută de el. Odată formate perechile, pe rând, fiecare a putut să se așeze în fața persoanei alese și a trebuit să exprime ceea ce a gândit și ce a simțit.

### **Întrebări pentru discuții:**

- Cum v-ați simțit în situațiile în care ați comunicat cu celălalt ceea ce ați gândit ?
- Credeți că ați reușit să exprimați ceea ce ați gândit și simțit ? A fost ușor, a fost dificil ?

### **4. Exerciții specifice etapei de consiliere:**

**a) „Nu accentuați stresul”** [preluat și adaptat din 366, p 171]

Consilierul psiholog a precizat faptul că uneori viața poate fi stresantă, iar adolescența este o perioadă de profunde schimbări, iar uneori adolescenții din mai multe motive sunt foarte stresați, fie sunt implicați în multe activități, încât ei au dificultăți în a-și administra timpul pentru a reuși să le facă pe toate, în timp ce alții experimentează stres, care rezultă din situațiile familiale disfuncționale sau din relațiile de prietenie sau relații romantice. În continuare, consilierul psiholog le-a propus să completeze o fișă de lucru de tip chestionar.

**CHESTIONAR**

Răspunde la fiecare punct bifând acea coloană care descrie cel mai bine cât de frecvent ești stresat în legătură cu acest punct.

	Frecvent	Uneori	Niciodată
Părinții			
Frații			
Banii			
Prietenii			
Sexul			
Viitorul			
Locul de muncă			
Profesorii			
Performanța școlară			
Activitățile extrașcolare			
Regulile de acasă sau de la școală			
Expectanțele din partea altora			
Expectanțele din partea ta			
Expectanțele la școală			
A fi inclus sau exclus			
Constrângerea de a fuma, a consuma alcool sau a folosi droguri			
Înfățișarea			
Adaugă unul personal!			

**Întrebări pentru discuții:**

- Priviți câte căsuțe ați bifat în coloana „frecvent” din chestionarul vostru. Din câte căsuțe ați bifat, ați putea spune că sunteți sau că nu sunteți foarte stresați ?
- Există vreun tipar general pentru sursele voastre de stres (de exemplu, mai mult stres acasă, mai mult la școală, mai mult cu prietenii, și așa mai departe) ?

- Dacă ați fi completat acest chestionar în urmă cu un an, ați fi răspuns la acești itemi în același fel ? Dacă nu, ce anume s-a schimbat ?

### FIȘĂ DE LECTURĂ – „Nu accentuați stresul !”

#### Soluții

1. Când începeți să experimentați simptome ale stresului, așezați-vă și încercați să vă dați seama ce anume vă deranjează.
2. Apoi, atacați pe rând câte o problemă sau situație. Scrieți totul despre acea situație care este stresantă pentru voi, și apoi verificați pentru a vedea dacă aveți toate dovezile pentru ea. De exemplu, dacă vă stresați pentru că prietenul/prietena vostru/voastră nu v-a sunat în ultima vreme și voi presupuneți că el sau ea nu vă mai place , aflați ce se întâmplă cu adevărat. Poate că prietenul/prietena vostru/voastră a fost pedepsit/ă să nu mai vorbească la telefon. Verificați-vă întotdeauna presupunerile – ați putea să vă creați un stres inutil prin modul în care gândiți.
3. Încercați să faceți diferența între problemele și stresorii imediați și cei din viitor. Este ușor să deveniți stresați în legătură cu laturile care pot avea loc la distanță de luni de zile sau chiar ani, și apoi deveniți copleșiți deoarece sunt atât de multe lucruri de făcut sau de gândit. Separați problemele care pot fi puse la o parte pentru o vreme. Puneți-le mental într-o cutie, și puneți cutia pe raftul cel mai de sus din dulap. Înfrunțați acele lucruri după ce ați rezolvat preocupările mai urgente.
4. Nu uitați să faceți exerciții. Acest lucru reduce încordarea și, pentru mulți oameni, s-a dovedit a fi un bun ajutor în eliberarea stresului. De asemenea, asigurați-vă că mâncați regulat. Evitați mâncărurile nesănătoase pe cât de mult posibil.
5. Nu faceți catastrofizări pentru unele lucruri care s-ar putea să nici nu aibă loc. În mintea voastră, atacați-le pentru a găsi dovezi că ceva va avea sau nu va avea loc, și nu presupuneți, în mod automat, cel mai rău lucru posibil. De exemplu, nu vă stresați din cauza unui test, gândindu-vă că îl veți pica, că va fi sfârșitul lumii, și că va dovedi cu siguranță că suntem proști. În primul rând, dacă s-ar întâmpla să picați testul, nu ar fi sfârșitul lumii...se pot întâmpla lucruri și mai rele. Nu faceți catastrofări din cauza acestui lucru. Și chiar dacă ați pica testul, acest lucru nu v-ar face persoane proaste.
6. Faceți lucruri care vă ajută să vă relaxați: ascultați muzică, citiți sau cereți cuiva să vă facă un masaj.
7. Faceți-vă un plan de management al stresului: identificați ce anume v-ar plăcea să schimbați și apoi listați mai mulți pași mici pe care i-ați putea face pentru a realiza acest lucru. De exemplu, dacă nu vă place modul în care arătați pentru că sunteți supraponderali, consimțiți să faceți un

exercițiu fizic tot la două zile timp de 15 minute, nu mai mâncați chips-uri și dulciuri și beți doar sucuri acidulate dietetice. Făcând pași mărunți nu este atât de copleșitor ca și când ați face pași mari și șansele sunt mai mari să îi respectați.

8. Vorbiți cu cineva! Nu țineți îngrijorările închise în voi deoarece stresul se transformă uneori în mânie. S-ar putea să explodați la un moment dat și să înrăutățiți și mai tare lucrurile.

### **Întrebări pentru discuții:**

- Dacă nivelul vostru de stres este ridicat, ce creți că puteți face pentru a-l reduce ?
- Din soluțiile oferite în fișa prezentată – „Soluții”, care dintre ele vi se pare că ar fi de cel mai mare ajutor pentru a reduce stresul ?
- Pe lângă soluțiile oferite în fișa de lucru oferită – „Soluții”, vă puteți gândi și la altele care ar fi de folos pentru a reduce stresul ?

**c) „Abordări adecvate/inadecvate?”** [preluat și adaptat din portofoliul consilierului din Cabinetul de Asistență Psihopedagogică al Colegiului Economic „Virgil Madgearu” Galați]

**Descriere:** Consilierul psiholog a împărțit participanții în grupuri de 5 persoane. Fiecare grup discută modalitățile de depășire a acestor probleme și elaborează o listă cu modalitățile adecvate/inadecvate de abordare a acestora. Se afișează lista cu problemele/dificultățile care a fost realizată în timpul primei activități astfel încât participanții să o poată utiliza în activitățile ulterioare. Reprezentantul fiecărui grup prezintă lista. Lista comună grupului este elaborată. Consilierul psiholog a făcut distincția dintre cei doi termeni: căi adecvate/ căi inadecvate de soluționare a problemelor; deoarece de depinde evitarea suicidului în special în cazul adolescenților. În timpul discuțiilor ideea principală este că suicidul este o cale inadecvată de soluționare a unei probleme. Noi putem să îi ascultăm, să îi orientăm într-o situație de criză, să spunem adulților importanți pentru noi problema cu care ne confruntăm și să îi îndrumăm către un specialist. Când ni se comunică intenția de suicid este imperativ necesar să informăm pe cineva imediat.

### **Întrebări pentru discuții:**

- Cum îți rezolvi problemele și dificultățile cu care te confrunți ?
- Care sunt modalitățile adecvate sau inadecvate pentru a rezolva aceste probleme ?
- Cine sunt persoanele la care ai apela dacă te-ai afla la un moment dat într-o situație de criză ?

## Activitatea nr. 12

**Data:** 4.04.2022

**Modulul:** 4

**Domeniul:** Satisfacția față de viața de familie: factor care îi protejează pe adolescenți de abuzul de alcool

**Tema:** „*Ce înseamnă familia și ce rol are aceasta pentru dezvoltarea unui adolescent ?*”

**Scop:** cultivarea relațiilor pozitive în mediul familial prin dezvoltarea abilităților de comunicare asertivă, mediere și integrare a valorilor familiale

**Obiective operaționale:**

La finalul activității, adolescenții vor fi capabili:

- să identifice raporturile afective în cadrul familiei;
- să exploreze raporturile familiale și a propriei capacități de a iubi propria persoană și pe altele.
- să identifice dificultățile/problemele care există în relațiile cu părinții;
- să identifice strategii eficiente de a face față relațiilor părinte-adolescent.

**Strategia formativă**

**Metode și procedee:** conversația euristică, reflecția, jocul de rol, munca independentă, lucrul pe grupe/echipe, jocuri pentru energizare

**Forme de organizare a grupului experimental:** frontal, individual, pe grupe/echipe

**Desfășurarea activității**

**1.Exercițiu introductiv: „Revelația în familie”** [preluat și adaptat din 221, p. 59]

**Obiective:** testarea raporturilor cu fugurile părinților și depistarea expresiei

**Descriere:** Consilierul psiholog a sugerat adolescenților să-și imagineze că sunt în casa părinților și că discută cu ei: se poate folosi perfectul simplu, perfectul compus, prezentul și viitorul (pauză 30 de secunde). Consilierul psiholog a cerut fiecăruia să discute despre trăirile avute; a căutat apoi un voluntar să reprezinte psihodramatic ceea ce și-a imaginat. Pentru fiecare voluntar a fost necesară cooptarea a cel puțin două persoane, una care să interpreteze rolul mamei și alta rolul tatălui. Când familia a fost formată, consilierul psiholog a sugerat crearea unui spațiu de acțiune și unul de observare; a invitat protagonistul-fiu să se gândească din nou la ce și-a imaginat și să le comunice colegilor-părinți, urmărind o relație de interschimb.

**Întrebări pentru discuții:**

- Cum arată casa părinților ?
- Ce trăiri ați avut ?
- Ți-ai dori să înlocuiești emoția trăită ? Cu ce emoție ?

**2. Exercițiu specific etapei de consiliere: „Ce crezi despre familie ?”** [preluat și adaptat din 143, p. 58, 68]

**Obiectiv:** stimularea discuțiilor despre familie și relațiile dintre membrii ei cu adolescenții.

**Descriere:** Consilierul psiholog a precizat faptul că în această activitate se va discuta mult și că opinia fiecărui participant este valoroasă, nu există păreri greșite și corecte. Apoi a format grupuri de 4-5 persoane și a oferit fișa cu afirmații. Adolescenții au fost rugați să discute și să decidă dacă sunt „de acord”, „nu sunt de acord” sau „nu sunt siguri” în ceea ce privește fiecare afirmație. S-a oferit suficient timp, pentru ca fiecare persoană să-și exprime punctul de vedere. Consilierul psiholog a rugat unul dintre grupuri să prezinte rezultatele, iar celelalte grupuri au avut sarcina de a spune în ce privințe opiniile lor sunt asemănătoare sau diferă de cele prezentate. S-a realizat un sumar al ideilor exprimate: s-a notat pe tablă în medie care este opinia adolescenților și s-a realizat un rezumat în baza celor auzite.

**Întrebări pentru discuții:**

- V-a fost greu/ușor să ajungeți la consens în grupuri ?
- De ce ?
- Ce emoții ai avut pe parcurs ?
- Ce ai aflat nou despre sine și despre colegi ?
- Ce concluzii ai făcut despre familie ?

**Ce crezi despre familie ? – Fișa „Afirmații”**

1. Grija față de copii este datoria femeii.
2. Multor bărbați le place să aibă grijă de copii.
3. Să fii frate/soră este distractiv, dar uneori poate fi o povară.
4. De obicei, oamenii dintr-o familie se înțeleg bine.
5. Sunt multe feluri de familie.
6. Creșterea copiilor este un lucru dificil.
7. Poți învăța multe de la bunici.
8. Când devii mare, familia nu mai este așa de importantă.

**3. Exercițiu de energizare: „Mâna dragostei”** [preluat și adaptat din 221, p. 82]

**Obiectiv:** sondarea raporturilor familiale și a propriei capacități de a iubi propria persoană și pe altele.

**Descriere:** Consilierul psiholog invită adolescenții să se așeze pe scaune confortabil și să se relaxeze, apoi le spune să se gândească la propria familie de origine și care sunt sau au fost raporturile afective în cadrul familiei, solicitându-i mai ales să se refere la manifestările de afecțiune. Consilierul psiholog i-a invitat pe fiecare să se gândească la o mângâiere care i-ar plăcea

să o facă unui membru din familie (pauză 15 secunde); la o mângâiere pentru sine (pauză 15 secunde). Consilierul psiholog a reluat momentul de relaxare inițial, apoi a sugerat redresarea corpului încet și întoarcerea la realitatea din interiorul grupului (pauză 30 de secunde) și i-a invitat pe adolescenți în cerc să-și exprime trăirile.

#### **Întrebări pentru discuții:**

- V-a fost dificil să identificați raporturile afective în cadrul familiei ?
- Ce trăiri ați experimentat ?
- Cum vă poziționați față de atașamentul față de familie (mama, tata, frați, bunici) ?
- Cât de important credeți că este să favorizați (permițeți) extinderea experiențelor afective pozitive în cadrul familiei ?
- Ce puteți face pentru a dezvolta relații pozitive cu ceilalți membri ai familiei ?

#### **4. Exerciții specifice etapei de consiliere:**

##### **a) „Interacțiunea cu părinții”** [preluat și adaptat din 366, p. 249]

**Obiectiv:** să identifice dificultățile/problemele care există în relațiile cu părinții; să identifice strategii eficiente de a face față relațiilor părinte-adolescent

**Descriere:** Consilierul psiholog a precizat faptul că în timp ce adolescenții se maturizează, relațiile cu părinții devin mult mai complexe, în special datorită faptului că ei își doresc să mai multă autonomie. Apoi, consilierul psiholog a împărțit grupul de adolescenți în patru grupe mici și apoi le-a solicitat să își desemneze un reprezentant. În sala de clasă consilierul psiholog a așezat patru foi de poster afișate în locuri diferite. Pe fiecare foaie a fost trecut unul dintre următoarele cuvinte: expectanțe (așteptări), independență, încredere, influență. A solicitat ca fiecare grupă să se poziționeze în dreptul uneia dintre cele patru postere afișate în sala de clasă. Fiecare grup a primit apoi o copie a fișei cu scrisori – Interacțiunea cu părinții. Adolescenții au fost solicitați să facă comentarii asupra problemelor sau temelor ridicate de scrisori. Reprezentantul fiecărei grupe a sumarizat comentariile pe foaia albă de poster. Consilierul psiholog a solicitat ca fiecare grupă să discute ce anume a însemnat acest termen pentru ei în ceea ce privește problemele cu părinții, în special în această perioadă de dezvoltare. Apoi consilierul psiholog le-a cerut grupelor de adolescenți să identifice cel puțin trei lucruri pe care ei le consideră de ajutor în a se înțelege mai bine cu părinții și în a rezolva problemele relaționate cu această discuție.

#### **Întrebări pentru discuții:**

- Care a fost reacția voastră la scrisorile scrise de Eric sau Ana ? V-ați putut identifica cu problemele pe care ei le-au ridicat ?
- Credeți că problemele de relație cu părinții sunt diferite în acest moment din viața voastră decât au fost în anii anteriori pe când erați la începutul adolescenței voastre ? Argumentați!

- Cum ați caracteriza relația voastră cu părintele/părinții voștri în acest moment din viața voastră ?
- Care dintre cele patru cuvinte inscripționate pe postere sunt cele mai semnificative pentru voi în ceea ce privește problemele pe care le aveți cu părintele/părinții voștri ?
- Ce strategii considerați că sunt utile în încercarea de a rezolva problemele pe care le aveți cu părintele/părinții voștri ?

**Temă pentru ședința următoare:**

- Scrieți o scrisoare prin care vă exprimați sentimentele în încercarea de a rezolva unele dificultăți/probleme din relația adolescent-părinte.

**Scisori**

Dragă mamă și tată,

Îmi pare rău pentru modul în care m-am comportat în această seară. Nu există nicio scuză, așa că nici măcar nu o să mai încerc să găsesc una. Nu vreau să fac ca ultima noastră vară împreună, înainte de a merge la facultate, să fie un coșmar pentru voi. Sunt recunoscător pentru libertatea și înțelegerea pe care mi-ați acordat-o. Voi încerca să fiu mai bun. Îmi pare rău, și vă iubesc ! (Eric, 18 ani)

Dragă mamă,

M-am simțit groaznic de la o vreme încoace, și știu că și tu te-ai simțit la fel. Ne aflăm din nou în acea direcție, și nu știu cum să facem să ieșim din ea. Știu că te preocupă multe lucruri, dar de ce nu uiți să nu îți mai faci griji din cauza mea? Sunt suficient de mare ca să am grijă de mine. Nu cred că ai încredere, cu adevărat în mine, pentru că altfel nu te-ai întreba unde sunt tot timpul. Așa cum ai spus tu, dacă nu ai încredere în mine acum, nu vei avea niciodată. Nu știu cum să schimb lucrul acesta, dar mi-aș dori să o pot face. Am încercat să te mulțumesc anul acesta și acesta este motivul pentru care m-am despărțit de Victor, dar acum nu pari mulțumită de faptul că mă întâlnesc cu alți băieți. Vreau doar să mă distrez și nu plănuiesc să mă căsătoresc. De ce încerci întotdeauna să mă privezi de activități? Ar fi plăcut ca măcar o dată să îmi spui că îți dorești să mă simt bine. Urăsc faptul că trebuie să dau socoteală pentru fiecare minut, și urăsc când faci semn cu lanterna pentru a intra în casă, ca și cum aș fi un copil mic. Ar fi plăcut dacă aș putea să vin ori de câte ori am chef. La urma urmei, am și eu un simț al realității. Dar poate că tu nu știi acest lucru din moment ce nu mi-ai acordat prea multe șanse pentru a-ți dovedi acest lucru. Tu ești cea care m-a crescut și ar trebui să ai încredere că am învățat ceva. (Ana, 18 ani)



## Activitatea nr. 13

**Data:** 11.04.2022

**Modulul:** 4

**Domeniul:** Satisfacția față de viața de familie – factor care îi protejează pe adolescenți de abuzul de alcool

**Tema:** „*Cum mă poate ajuta familia mea atunci când mă confrunt cu probleme și stres*”

**Scop:** cultivarea relațiilor familiale și a unui stil de interacțiune pozitivă cu părinții ca factor de sprijin pentru gestionarea situațiilor vulnerabile la vârsta adolescenței

**Obiective operaționale:**

La finalul activității, adolescenții vor fi capabili:

- să conștientizeze diferențele interindividuale;
- să accepte modurile diferite de a privi lucrurile;
- să identifice persoane resurse din propria familie;
- să identifice modalități prin care părinții pot contribui la formarea identității;
- să găsească modalități prin care membrii familiei îi pot sprijini/ajuta să-și rezolve unele situații dificile în viața de zi cu zi.

**Metode și procedee:** conversația euristică, reflecția, jocul de rol

**Forme de organizare a grupului experimental:** frontal, individual, pe grupe/echipe

**Desfășurarea activității**

**1. Exercițiu introductiv: „Puncte de vedere”** [preluat și adaptat din 46, p. 113-114]

**Obiective:** să conștientizeze diferențele interindividuale; să accepte modurile diferite de a privi lucrurile.

**Descriere:** Consilierul psiholog a distribuit câte o foaie de hârtie adolescenților. În timpul desfășurării primei faze a exercițiului, adolescenții nu au avut voie să comunice între ei și nici să pună întrebări sau să ceară lămuriri consilierului. Adolescenții au primit următoarele instrucțiuni: „Îndoți coala de hârtie în două ; „Rupeți colțul din dreapta sus”; „Îndoți din nou coala”; „Acum rupeți colțul din stânga”; „Îndoți încă o dată foaia”; „Rupeți colțul din dreapta jos”. După ce s-au terminat instrucțiunile, fiecare adolescent a desfăcut foaia și a arătat-o întregului grup (foaia a fost ridicată deasupra capului). Consilierul psiholog i-a îndrumat să observe cum sunt rupte foile, dacă există mai multe modele.

**Întrebări pentru discuții:**

- De ce credeți că sunt atât de diferite foile de hârtie deși ați primit aceleași instrucțiuni ?
- Este important pentru voi să acceptați diversitatea în percepție și gândire și valoarea egală a punctelor diferite de vedere ? Justificați !

## **2. Exercițiul specific etapei de consiliere: „Fotografie de familie”** [preluat și adaptat din 72, p. 30]

**Obiectiv:** să identifice persoane resurse din propria familie

**Descriere:** Consilierul psiholog i-a îndrumat pe adolescenți să se gândească o clipă de familiile lor. Le-a sugerat să se oprească pe rând la fiecare membru al familiei lor să să-i observe cu atenție. Cum este el ? Ce-l caracterizează ? Cum este relația cu fiecare membru ? Ce vă atrage sau ce nu vă atrage la el ? Care sunt lucrurile care vă apropie sau vă țin realmente departe unul de celălalt ? Consilierul psiholog le-a sugerat să aibă o imagine cât mai clară a fiecărei persoane din viața lor. Apoi, dacă tabloul este complet, i-a invitat să se îndrepte către masa cu materiale: scoici, flori, crenguțe, frunze, castane, semințe, etc., și cu ajutorul lor să realizeze pe spațiul foii de hârtie o fotografie reprezentativă pentru familia din care face parte. Consilierul psiholog le-a recomandat să redea o imagine cât mai fidelă a familiei lor, găsind elementele care ar putea să definească cel mai bine fiecare membru al familiei. I-a îndrumat să observe modul în care se situează față de ceilalți membri ai familiei lor. Le-a sugerat să afle ce îi determină să stea la o distanță mai mare sau mai mică de fiecare membru al familiei lor. Le-a solicitat adolescenților să prezinte celorlalți, pe rând, familiile lor. I-a încurajat să se exprime cât mai deschis și să observe trăirile pe care le au atunci când prezintă fiecare membru al familiei în parte. A precizat faptul că prezentarea unor membri ai familiei poate fi însoțită de emoții pozitive, în timp ce prezentarea altora de emoții negative. Consilierul psiholog i-a ajutat să conștientizeze care sunt acele comportamente ale părinților, fraților sau bunicilor care îi bucură sau îi întristează.

### **Întrebări pentru discuții:**

- Care este relația voastră cu ceilalți membri ai familiei ?
- Care sunt trăirile voastre în raport cu ceilalți membri ai familiei ?
- Care sunt comportamentele specifice fiecărei persoane din familia ta ?
- Care sunt comportamentele comune și diferențele exercitate de persoanele de gen feminin din familia ta ?
- Care sunt comportamentele comune și diferențele exercitate de persoanele de gen masculin din familia ta ?
- Corespund comportamentele membrilor familiei tale unor stereotipuri de gen în adoptarea rolurilor familiale ? Dacă da, care sunt acelea ?
- Pe care dintre membrii familiei vă puteți baza mai mult atunci când vă aflați într-o situație dificilă ?

### **3. Exercițiul de energizare: „Corvezi emoționale”** [preluat și adaptat din 104, p. 123]

**Obiectiv:** energizare, intercunoaștere, relaționare în cadrul grupului

**Descriere:** Consilierul psiholog a rugat doi adolescenți să fie voluntari și să interpreteze subiectele date de grup. După ce au fost aleși „actorii”, aceștia au ieșit din sală, apoi restul grupului au stabilit subiectele „piesei”: trei treburi casnice și trei emoții. Au fost date exemple de treburi: spălatul vaselor, spălatul și întinsul pe culme al hainelor, spălarea ferestrelor, plimbarea câțelului, agățarea unui tablou, mutarea mobilei, spălarea pardoselei, curățarea zăpezii din fața casei/a blocului, etc. Exemple de emoții ce pot fi asociate: bucurie, tristețe, remușcare, vină, melancolie, dragoste, ură, dezgust, simpatie etc. „Actorii” au fost chemați în fața grupului și un adolescent a anunțat una din cele trei treburi casnice, iar „actorii” au început să o interpreteze. După câteva minute, alt adolescent a anunțat una dintre cele trei emoții, ceva în contrast cu acțiunea care a fost desfășurată. Au rezultat scene comice, cu activități casnice efectuate în mod ciudat: plimbarea câinelui cu admirație, dusul gunoiului cu remușcare, spălarea ferestrelor cu tristețe etc.

#### **Întrebări pentru discuții:**

- Sunteți implicați în activitățile/treburile casnice ?
- Anumite activități casnice le desfășurați din proprie inițiativă sau așteptați să vi se spună ce să faceți de către părinți ?
- Credeți că este important să dobândiți anumite abilități de viață în această perioadă ? Cum vă poate influența/sușține familia în acest sens ?
- Sunteți dispuși să deveniți parteneri alături de ceilalți membri ai familiei în vederea realizării activităților casnice ? Dacă da, cât de dispuși sunteți pe o scală de la 1 la 10. (1 – deloc dispus, 5 – oarecum dispus, 10 – foarte dispus)

### **4. Exerciții specifice etapei de consiliere: „Relația adolescent-familie. Eu și părinții mei la bine și la greu”** [preluat și adaptat din 118, p. 21-22]

**Obiectiv:** să găsească modalități prin care membrii familiei îi pot sprijini/ajuta să-și rezolve unele situații dificile în viața de zi cu zi.

**Descriere:** Consilierul psiholog a invitat adolescenții să extragă din cutia „Forța gândirii pozitive” mesaje cu referitoare la relația adolescent-familie și a fost realizată o dezbatere.

- ✓ „Istoria experiențelor familiei este fundamentul pe care adolescentul își construiește o nouă identitate, începând cu această etapă de vârstă”.
- ✓ „Adolescenții și părinții tind să se contrazică pe teme precum prezența fizică (îmbrăcămintea, tunsoarea, tatuaje, cercei, inele etc) și activitățile zilnice (temele pentru acasă, utilizarea telefonului, organizarea activităților de zi cu zi, treburile casei”.

- ✓ „Adolescenții nu sunt obișnuiți să discute aspecte intime cu un adult”.
- ✓ „Deși relația dintre adolescenți și părinți nu este una calmă și lipsită de stres, majoritatea celor dintâi caută aprecierea și aprobarea părinților”.
- ✓ „După vârsta de 14-15 ani, adolescentul evocă mai ales evenimentele școlare, iar întâmplările familiale sunt învăluite în mister”.
- ✓ „În general, cu cât sprijinul părinților este mai mare (referindu-ne aici la implicare activă, comunicare, afecțiune fizică, companie/camaradie și menținerea unor legături strânse), cu atât competențele adolescenților se dezvoltă mai mult (competențele fiind relaționate pozitiv cu stima de sine, dezvoltarea cognitivă, comportamentul moral, locus of control intern sau cu performanțele școlare)”.

### **Întrebări pentru discuții:**

- Cum vă pot ajuta părinții în formarea identității în această etapă de vârstă (adolescență) ?
- Ce puteți face pentru a avea o relație pozitivă, bazată pe respect și încredere cu părinții voștri ?
- De ce credeți că apar unele contraziceri cu părinții legate de felul în care doriți să vă îmbrăcați, să vă tundeți, să vă tatuati etc. ?
- Ce vă doriți din relația adolescent-părinte ? Reușiți să comunicați părinților ceea ce vă doriți voi în această etapă de viață ? Dacă da, cum faceți acest lucru ?
- Chiar dacă unele situații sunt contradictorii, de ce credeți că majoritatea adolescenților caută aprecierea părinților ?
- Adesea adolescenții evocă mai ales evenimentele școlare sau cele legate de prieteni și vorbesc mai puțin despre părinții lor. De ce credeți că se întâmplă acest lucru ?
- De ce credeți că adolescenții care au sprijinul părinților au mai bine dezvoltate competențe precum: stima de sine, dezvoltarea cognitivă, comportamentul moral și manifestă o predispoziție mai pentru comportamentele de risc în general ?
- Atunci când vă confrunțați cu stres și alte dificultăți/probleme, cum credeți că v-ar putea ajuta familia (părinții, frații, bunicii, alte rude) ?

## Activitatea nr. 14

**Data:** 02.05.2022

**Modulul:** 5

**Domeniul:** Anxietatea – factor de risc pentru abuzul de alcool la adolescenți

**Tema:** „*Care sunt emoțiile mele pozitive și negative ?*” ; „*Anxietatea ca emoție negativă și neproductivă*”

**Scop:** formarea abilităților de management emoțional și gestionare a anxietății care se poate manifesta în diverse situații de viață

**Obiective operaționale:**

La finalul activității, adolescenții vor fi capabili:

- să evidențieze relația dintre emoții, cogniții și comportamente;
- să dezvolte abilități de exprimare a emoțiilor și de înțelegere a altor persoane din cadrul grupului
- conștientizarea propriului mod de a fi în relațiile cu ceilalți, a propriilor sentimente de frică și nesiguranță în rândul adolescenților.

**Metode și procedee:** conversația euristică, reflecția, expunerea, explicația, exemplificarea, problematizarea, munca independentă, lucrul pe grupe/echipe, jocuri pentru energizare, jocul de rol.

**Forme de organizare a grupului experimental:** frontal, individual, pe grupe/echipe.

**1. Exercițiu introductiv:** „*Aceeași poveste, dar cu detalii diferite*” [preluat și adaptat 118, p. 130-131]

**Obiective:** evidențierea relației dintre emoții, cogniții și comportamente

**Descriere:** Fiecare adolescent primește o fișă de lucru numită „*Aceeași poveste, dar cu detalii diferite*”. Consilierul psiholog a solicitat adolescenților să completeze detaliile care lipsesc din povestire (trăiri, reacții, gânduri etc) considerate, din punctul lor de vedere, ca fiind potrivite pentru conținutul prezentat. În secvența următoare, consilierul psiholog a citit informațiile comune din poveste, iar adolescenții, pe rând, au continuat cu informațiile notate de fiecare dintre ei. Au urmat discuțiile finale unde au fost subliniate diferențele dintre oameni și diferențele dintre gânduri, emoții și comportamente.

**Întrebări pentru discuții:**

- Ce ați observat, ascultând poveștile create de fiecare dintre voi, referitor la relația dintre gânduri, emoții și comportamente ?

## 2. Exercițiu specific etapei de consiliere:

a) **Cum apare anxietatea ?** Consilierul psiholog explică modul în care apare anxietatea, folosind schema de mai jos.

### 4. Comportament

(de exemplu: timiditate excesivă, evitare, stări de agitație/neliniște, plâns etc.)

### 1. Situație

**Caracteristici** – asocierea cu stările psihice a unor reacții fiziologice specifice (de exemplu: tahicardie, palpitații, transpirație, tensiune musculară, uscarea gurii, dilatarea pupilelor etc.)

### 2. Gânduri automate iraționale

3. Anxietate (îngrijorare fără a avea un motiv real, adesea apare ca o reacție la stres)

b) **„Propoziții incomplete...despre emoțiile mele”** [preluat și adaptat din 238, p. 41]

**Obiectiv:** a favoriza cunoașterea reciprocă a grupului de adolescenți

**Descriere:** Consilierul psiholog a împărțit fișele de lucru și fiecare le-a completat individual.

Adolescenții au completat aceste propoziții, apoi a avut loc discuții.

- Când sunt tăcut într-un grup, mă simt...
- Când sunt cu o persoană și nu vorbesc, mă simt...
- Când mă supăr pe cineva, mă simt...
- Când e cineva supărat pe mine, mă simt...
- Când critic pe cineva, mă simt...
- Când cineva de lângă mine plânge, mă simt...
- Când fac cuiva un compliment, mă simt...
- Când cineva îmi face un compliment, mă simt...
- Când sunt nedreptățit, mă simt...
- Când cineva e injust cu mine, mă simt...

### Întrebări pentru discuții:

- A fost ușor sau dificil să identificați emoțiile generate de anumite situații ?

- Credeți că este sănătos să realizăm exprimarea emoțională ?

- Sunteți atenți la propriile nevoi emoționale ? Dar cu nevoile emoționale ale celorlalți ?

c) **„Emoțiile și sentimentele mele”** [preluat și adaptat din 238, p. 112]

**Obiectiv:** a recunoaște și a exprima sentimentele grupului de adolescenți.

**Descriere:** Adolescenților le este greu să-și descrie emoțiile. Deseori, aceasta se întâmplă din cauza lipsei cuvintelor necesare. Noi putem să-i ajutăm pe ceilalți să-și îmbogățească bagajul de cuvinte pentru ca ei să-și exprime mai ușor emoțiile și sentimentele. Adolescenții vor folosi fișa de lucru „Sentimente” și DEX-ul.

TRISTEȚE	FERICIRE	OFENSĂ	FRICĂ
Mâhnire	Bucurie	Iritare	Neliniște
Confuzie	Plăcere	Plictiseală	Înordare
Tristețe	Veselie	Scos din sărite	Îngrijorare
Supunere în fața destinului	Satisfacție	Îngrijorare	Panică
Dezamăgire	Liniște	Repulsie	Sensibilitate
Nemulțumire	Mirare	Pisălogeală	Alarmă
Apatie	Ușurare	Ofensă	Șoc
Jignire	Încredere	Mânie	Pericol
Depresie	Exaltare	Minciună	Frică
Epuizare	Emoționalitate	Detestare	Speriat
Istoveală	„În al șaptelea cer” de fericire	Spirit războinic	„A încremeni” de frică
Deprimare	Optimism	„A fierbe de furie”	A teroriza
Nefericire	Entuziasm		
Greutate	Dorință		
Ghinion	Fericire		
Rușine	Pasiune		
Împovărare	Energie		
Umilință	Agerime		
Desperare			
Durere			

La solicitarea consilierului psiholog, adolescenții au putut scrie aceste cuvinte pe fișe separate. După aceasta, ei le-au separat pe categoriile respective (tristețe, fericire, frică).

### Întrebări pentru discuții:

Uneori, este greu de a înțelege sentimentele. Un mijloc bun pentru a facilita exprimarea sentimentelor și emoțiilor este lărgirea bagajului de cuvinte. Câte cuvinte puteți asocia cu cuvintele de mai jos? Pentru a răspunde, vă poate ajuta dicționarul de sinonime.

**TRISTEȚE    FERICIRE    OFENSĂ    FRICĂ**

d) „Ghicește emoția !” [preluat și adaptat din 285, p. 256]

**Obiectiv:** dezvoltarea abilităților de exprimare a emoțiilor și de înțelegere a altor persoane din cadrul grupului de adolescenți

**Descriere:** Fiecare participant a primit o fișă pe care scria denumirea unei emoții. Sarcina de lucru a constat în a spune unuia dintre colegii de grup ceva, așa încât să fie exprimată emoția de pe fișă dar fără a o numi. Celălalt participant va trebuie să ghicească ce emoție a fost exprimată. În caz de necesitate, se poate apela la ajutorul întregului grup.

**Întrebări pentru discuții:**

- V-a fost ușor sau dificil să identificați emoțiile prezentate ? De ce ?
- În viața reală, cât de des sunteți în situația asta ?

**3. Exercițiu de energizare: „Partea din umbră”** [preluat și adaptat din 221, p. 75-76]

**Obiective:** energizare, intercunoaștere, relaționare în cadrul grupului; reflectarea asupra situației emotive din prezent; punerea în lumină a aspectelor personalității pe care alții au sufocat-o și a aspectelor rigide și spinoase ale caracterului.

**Descriere:** Consilierul psiholog i-a invitat pe adolescenți să se așeze în cerc și le-a oferit fiecăruia o foaie de hârtie și un creion, invitându-i să o împartă în trei. În prima parte le-a cerut să deseneze starea de spirit a momentului. În partea a doua, comportamentul cenzurat, mai exact moduri de a fi și emoțiile pe care propriile temeri, educația sau apartenența la un anumit grup social le interzice să fie exprimate liber. În a treia parte fiecare a explicat cum crede că este perceput de către ceilalți. Fiecare dintre cele trei părți a putut fi reprezentată printr-un desen, printr-o frază, printr-un cuvânt, un slogan, etc. Foile (anonime) au fost înaintate consilierului psiholog, care le-a distribuit la întâmplare, evitând să ajungă la autorii lor. Adolescenții au fost invitați să exprime judecăți și să facă comentarii asupra lucrărilor care li s-au nimerit.

**Întrebări pentru discuții:**

- A fost ușor sau dificil să descrieți modul de a fi dar și propriile temeri ? Argumentați !
- Dacă ați avut dificultăți, în care dintre cele trei părți au fost mai evidente ? Puteți oferi o explicație a acestui fapt ?

**4. Exerciții specifice etapei de consiliere:**

**a) „Anxietatea – dușmanul meu interior”** [preluat și adaptat din 285, p. 248]

**Obiectiv:** conștientizarea sensului noțiunii referitoare la anxietate în rândul adolescenților.

**Descriere:** Adolescenții vor răspunde la întrebarea: „Ce asocieri le trezește termenul de anxietate?”. Ideile adolescenților au fost scrise pe tablă. În cadrul conversațiilor ulterioare este semnificativ de a aduce adolescenții la ideea (faptul) că anxietatea este o anumită stare a individului într-o perioadă limitată de timp, fie o însușire (trăsătură) stabilă de personalitate care se manifestă prin neliniști, tensiuni, încordări, sentimente de neputință/neaajutorare în fața



unui pericol real sau imaginar, lipsă de energie în fața factorilor externi ce apar ca amenințări și pericol, teamă difuză.

#### **Întrebări pentru discuții:**

b) „Magazinul magic al fricilor” [preluat și adaptat din 285, p. 255]

**Obiectiv:** schimbarea atitudinii față de propriile frici în rândul adolescenților

**Descriere:** Adolescenților li se propune să vină în „magazinul magic al fricilor” și, la un preț convenabil, să-și vândă neliniștile, spaima, fricile, argumentând „utilitatea” acestora. Consilierul psiholog este „cumpărătorul”. Simbolic, consilierul psiholog precizează faptul că aceste emoții vor fi puse într-o cutie care va fi așezată pe un vas care va avea destinația „Curaj”

#### **Întrebări pentru discuții:**

- Ce ați simțit atunci când ați „vândut emoțiile” care vă apăsau?

4. **Exercițiu specific etapei de consiliere: „Animale în pădure”** [preluare din 221, p. 61-62]

**Obiectiv:** conștientizarea propriului mod de a fi în relațiile cu ceilalți, a propriilor sentimente de frică și nesiguranță în rândul adolescenților.

**Descriere:** Consilierul psiholog le-a cerut participanților să se deplaseze liber și să-și imagineze o pădure cu arbori, tufișuri, vizuini. După câteva minute fiecare trebuia să-și aleagă un animal și să-l reprezinte cum poate, cu mișcări alese în așa fel încât să fie recunoscut de componenții grupului. Când toți au ales animalul și locul, consilierul le-a cerut să-și joace propriul rol în relație cu ceilalți. A oferit câteva indicații: tigrul va alerga în spatele veveriței sau al câinelui. Vulturul va încerca să sta sus (pe un taburet sau o masă). Animalele feroce se vor încăiera între ele. Se observă dinamica grupului: fuga, atacul, inactivitatea. Consilierul psiholog avertizează că în pădure s-a lăsat noaptea și fiecare animal trebuie să găsească loc pentru a se odihni. Când toate animalele se odihnesc, consilierul psiholog va trece pe lângă ele și la fiecare, în mod simbolic, va închide o cușcă, dând de înțeles că pe timpul nopții animalele au fost închise. Acum, este dimineață. Animalele s-au trezit și își dau seama că au fost închise. Au fost observate reacțiile: cine se agită, cine e liniștit, cine încearcă să forțeze cușca?. După câteva minute, consilierul psiholog a eliberat un animal care cere să se deschidă toate celelalte cuști. Acum, animalele sunt libere și pot să iasă și să ia contact unele cu altele. După aproape 5 minute, consilierul psiholog a oprit jocul și le-a cerut adolescenților să discute despre experiența trăită.

#### **Întrebări pentru discuții:**

- V-ați simțit protejați sau constrânși în cușca în care ați fost închiși ?

- Ce trăsătură de caracter a dumneavoastră se aseamănă cu animalul reprezentat ?

Consilierul psiholog a notat cum unii și-au ales un rol și l-au jucat (animale agresive care s-au arătat timide, animale blânde care, în schimb, au ales lupta)

## Activitatea nr. 15

**Data:** 09.05.2022

**Modulul:** 5

**Domeniul:** Anxietatea – factor de risc pentru abuzul de alcool la adolescenți

**Tema:** „*Strategii și modalități practice pentru controlul anxietății*”

**Scop:** Cultivarea inteligenței emoționale și achiziționarea metodelor pentru gestionarea pozitivă a emoțiilor în vederea adoptării unor decizii potrivite privind stilul de viață și alegerile personale

**Obiective operaționale:**

La finalul activității, adolescenții vor fi capabili:

- dezvoltarea încrederii în sine și a respectului de sine;
- să stabilească strategii eficiente pentru depășirea emoțiilor disfuncționale;
- să identifice efectele pozitive și negative ale mascării emoțiilor;
- să recunoască sentimentul care se poate ascunde în spatele unei expresii non - afirmative;
- să privească în perspectivă suferința emoțională.

**Metode și procedee:** conversația euristică, reflecția, jocul de rol, munca independentă, lucrul pe grupe/echipe, jocuri pentru energizare

**Forme de organizare a grupului experimental:** frontal, individual, pe grupe/echipe

**Desfășurarea activității**

**Exercițiu introductiv:** „*Luptă cu încredere !*”[preluat și adaptat din 221, p. 183-184]

1. **Obiectiv:** Dezvoltarea încrederii în sine și a respectului de sine.

**Descriere:** Consilierul psiholog i-a invitat pe adolescenți să ocupe spațiul câte doi și să-și delimiteze propriul lor teren cu o sfoară pusă jos în formă de cerc. Le-a precizat că trebuie să se așeze unul în fața celuilalt în interiorul cercului. Apoi le-a spus să îndoie piciorul drept (pentru dreptaci și stângul pentru stângaci), cu brațele încrucișate la piept, în așa fel încât coatele să fie îndreptate spre înainte și să se atingă de cele ale colegului de echipă. La semnalul consilierului se începe „lupta”: astfel, unul dintre componenți îl împinge cu brațele pe celălalt, încercând să-și piardă echilibrul și /sau să-l facă să iasă din cercul delimitat de sfoară (fără să se îmbrâncească cu picioarele). Cel care își pierde echilibrul trebuie să continue lupta cu un braț lipit complet la piept (aceasta este penalizarea), iar cu celălalt în modul descris mai sus. Jocul a fost reluat până ce unul dintre cei doi jucători a pierdut posibilitatea de a-și folosi ambele coate.

**Întrebări pentru discuții:**

- Care au fost temerile pe parcursul jocului ?
- Ce ați simțit ?

- Ce putem înțelege din acest joc?

## 2. Exercițiu specific etapei de consiliere:

a) „Pod peste prăpastie” [preluat și adaptat din 118, p. 131]

**Obiectiv:** stabilirea unor strategii eficiente de depășire a emoțiilor disfuncționale

**Descriere:** Consilierul psiholog le-a prezentat imaginile de mai jos, (disponibile pe <https://www.facebook.com/Ireland/photos/pcb.10158258283095629/10158258282780629/> și <https://favim.com/image/330354>) și se va crea climatul unei situații anxiogene (în care adolescenții sunt obligați să treacă peste o prăpastie foarte mare, singura soluție fiind un pod). Adolescenții au fost rugați să numească emoția pe care o simt (nu este obligatoriu ca fiecare adolescent să simtă o emoție disfuncțională, unii dintre ei fiind curajoși, alții mai puțin). După ce au identificat emoția, adolescenții au exprimat trăirile fizice, gândurile care le-au trecut prin minte în acele momente, dar și comportamentele pe care doresc să le adopte. S-a analizat gradul de funcționalitate al emoțiilor trăite, natura trăirilor fizice, caracterul rațional sau irațional al gândurilor, dar și natura comportamentelor (adaptative vs. dezadaptative). S-a realizat un scurt brainstorming pentru a identifica strategiile pe care le pot adopta: a) pentru a reduce intensitatea trăirilor fizice disfuncționale; b) pentru a stopa cognițiile iraționale; c) pentru a adopta comportamentele adaptative și constructive pentru a depăși situația anxiogenă.



<https://www.facebook.com/Ireland/photos/pcb.10158258283095629/10158258282780629/>



sursa foto: <https://favim.com/image/330354>

**b) „Desfacerea straturilor”** [preluat și adaptat din 366, p. 105 - 106]

**Obiective :**

- să învețe despre conceptul de mascare a emoțiilor;
- să identifice efectele pozitive și negative ale mascării emoțiilor;

**Descriere:** Consilierul psiholog le-a arătat adolescenților o ceapă pe care a decojit-o încet, cerându-le să privească și să comenteze în legătură cu ceea ce se întâmplă.

Le-a explicat faptul că ceapa are straturi care pot fi desfăcute, făcând legătura cu stările noastre emoționale (adesea există straturi și peste emoțiile noastre). Cu alte cuvinte, o persoană poate simți suferință sau depresie, dar își acoperă aceste emoții prin furie sau printr-un zâmbet. Au loc discuții despre motivele pentru care este posibil să își acopere emoțiile reale și despre avantajele și dezavantajele acestui lucru. Le-a distribuit elevilor o foaie de hârtie și le-a sugerat să o împătore în fâșii de câte un centimetru ca pe un acordeon apoi le oferă adolescenților fișa cu situații „Desfacerea straturilor”:

**Situația 1** - „Citeam într-o revistă că „unii oameni râd în exterior, dar în interior sunt triști și plâng. Acest lucru mă descrie pe mine. Mă trezesc, îmi pun un zâmbet și mă prefac în cea mai mare parte a zilei. Este dificil. Uneori stau lângă dulapul meu și văd oameni vorbind în șoaptă. Zâmbesc și trec pe lângă ei, dar mă gândesc că vorbesc despre mine, despre faptul că m-am îmbătat la acea petrecere și m-am sărutat cu un băiat. Nu îi pot lăsa să afle cum mă simt în realitate. Uneori când ajung acasă de la școală nu mă mai pot preface și mă descarc pe părinții mei”.

**Situația 2** - „Nu știu de ce mă comport așa câteodată. Eram la o petrecere și cred că îmi doream atenție din partea iubiei mele. Ea continua să vorbească cu alții, așa că am început să mă comport foarte stupid și nebunesc pentru a încerca să-i captez atenția. La un moment dat am mers afară cu

un băiat și atunci mi-am pierdut controlul. I-am văzut în mașină și am crezut că se sărută. Voiam doar să bat în geam dar, cred că am fost mult mai puternic decât credeam, și am spart geamul. Nu am putut da ochii cu nimeni, așa că am fugit de acolo și mai târziu am mers acasă”.

#### **Întrebări pentru discuții :**

- A fost dificil să găsiți cuvinte referitoare la emoțiile descrise sau implicate în situații?
- Ați fost de acord cu cei din grupul vostru asupra emoțiilor?
- La ce se referă conceptul „**Desfacerea straturilor** ?” Credeți că oamenii fac adesea acest lucru ?
- V-ați mascat adesea emoțiile cu furie, cu un zâmbet sau cu alte emoții? Dacă da, care au fost motivele pentru care ați făcut acest lucru ?
- Credeți că este mai ușor să faceți față emoțiilor reale dacă le mascați ? De ce sau de ce nu ?
- Credeți că mascarea emoțiilor este o idee bună ? De ce sau de ce nu ?

**3. Exercițiul de energizare: „Transformarea negației în afirmație”** [preluat și adaptat din 221, p. 131-132]

**Obiective:** recunoașterea sentimentului care se poate ascunde în spatele unei expresii non - afirmative

**Descriere:** Consilierul psiholog i-a invitat pe adolescenți să se gândească la un sentiment pe care îl simt sau pe care l-au simțit în interiorul grupului sau în afara acestuia și pe care să-l exprime cu o formulă de tipul „**Eu nu sunt...**”. Consilierul psiholog a dat semnalul de începere a jocului și i-a invitat pe adolescenți să exprime același lucru în variantă afirmativă, invitându-i așadar să renunțe la negație. Din nou, pe rând, fiecare a repetat propria aserțiune modificată: „**Eu sunt...**”. La sfârșitul jocului, fiecare adolescent a exprimat verbal ceea ce a simțit în timpul celor două modalități și pe care dintre ele o consideră mai potrivită pentru sine.

#### **Întrebări pentru discuții :**

- Cum v-ați simțit atunci când ați spus afirmația „Eu nu sunt...”, dar atunci când ați exprimat același lucru în mod afirmativ „Eu sunt...”?
- Care este modalitatea pe care o folosiți cel mai frecvent pentru a vă exprima sentimentele în viața de zi cu zi?
- În care circumstanțe sau cu care persoane se exprimă mai degrabă într-un fel decât în altul?

#### **4. Exerciții specifice etapei de consiliere:**

**a) „Asociază cu diferite calități pe care le ai !”** [preluat și adaptat din 118, p. 84]

**Obiective:** asocierea părților corpului (cap, gât, piept, brațe, mâini, picioare) cu diferite calități personale

**Descriere:** S-a analizat fișa de lucru ilustrată mai jos și s-au oferit primele indicații de lucru. Fiecare parte a corpului este extrem de importantă pentru funcționarea fizică eficientă a unui om. Pentru fiecare parte a corpului, s-a identificat o caracteristică de ordin aptitudinal, caracterial, temperamental etc., prin care ne definim propria personalitate, propria persoană. Adolescenții au completat fiecare parte a corpului cu o trăsătură personală pozitivă. “În conturul capului, aceștia au notat o trăsătură personală ce este legată de funcționarea acestei părți a corpului, de exemplu: gândesc repede, sunt inteligent, gândesc critic, sunt atent la toate detaliile, spirit de observație bun etc”. În același mod, s-a procedat cu toate părțile corpului raționamentul fiind: parte a corpului (săgeata) rolul acesteia (săgeata) calitate personală derivată din funcționalitatea/rolul acesteia.



Adolescenții au prezentat „structura corporală” a personalității lor. La finalul activității, consilierul psiholog a solicitat adolescenților să exprime modul în care s-au simțit, dacă le-a fost ușor să identifice prin acest mod calitățile lor, dacă au găsit greu calități de care dispun etc.

#### **Întrebări pentru discuții:**

- La ce ne este de folos corpul ?
- Ce putem întreprinde cu ajutorul său ?

**b) „O să mă simt vreodată mai bine ?”** [preluat și adaptat din 366, p. 110 - 111]

**Obiectiv:** să privească în perspectivă suferința emoțională.

**Descriere:** Consilierul psiholog le-a distribuit adolescenților o copie a povestirii „O să mă simt vreodată mai bine?”, apoi i-a invitat să citească povestirea în șoaptă și să scrie comentarii scurte la sfârșitul paginii.

„Aveam 14 ani când am început să mă simt deprimată pentru prima dată. Nu era nimic deosebit în viața mea față de care să simt astfel. Aveam prieteni buni, mă înțelegeam destul de bine cu părinții mei și mă descurcam bine la școală. Uneori mă certam cu sora mea mai mică, dar nu asta era cauza emoțiilor mele negative. Puteam să stau în clasă sau în sala de mese și să mă simt dintr-o dată tristă. Uneori aceste emoții durau pentru tot restul zilei, dar uneori în următoarea oră mă simțeam mai bine. Mă simțeam confuză.

Ceea ce făcea ca lucrurile să fie mai rele era ca atunci când mă simțeam astfel uneori îmi venea să îi plesnesc pe cei din jurul meu. Mă certam cu părinții mei fără motiv și apoi mă băteau la cap. Sau uneori mă descărcam pe prietenii mei.

Acest lucru era destul de stânjenitor și nu înțelegeam de ce fac acest lucru. În final, părinții mei au decis să mă ducă la consiliere. La început am fost foarte supărată din această cauză și le-am spus că nu voi vorbi nimic în ședința de consiliere. Mă gândeam că ei cred că sunt nebună și de aceea mă oblig să merg, dar nu am avut de ales. În timpul primei ședințe doamna consilier mi-a spus că înțelege că poate că nu îmi place faptul că am venit la ea deoarece probabil mă gândesc că acest lucru înseamnă că ceva nu este în regulă cu mine. Mi-a spus că, în urma a ceea ce a auzit de la părinții mei, nu crede că este vorba despre ceva ce se întâmplă îngrozitor cu mine și mi-a explicat că în timpul adolescenței este normal să apară uneori emoții de depresie și furie. M-am simțit ușurată când a spus acest lucru, dar în continuare nu intenționez să vorbesc prea multe cu ea. Apoi mi-a oferit câteva informații în legătură cu perioada pe care s-ar putea extinde aceste emoții. Ea a sugerat că ar putea dura de la câteva luni sau chiar un an, dar că nu vor dura pentru totdeauna decât în situația în care era vorba despre o depresie cu o cauză biologică, caz în care medicația m-ar fi putut ajuta. Mi-a spus că, dacă doresc, m-ar putea ajuta să găsesc unele modalități de a face față acestor emoții.

După prima ședință m-am simțit un pic mai bine. Cel puțin știam că sunt normală și că nu eram singurul copil care se simte astfel. Eram bucuroasă și la gândul că aceste emoții nu vor dura pentru totdeauna. Însă tot nu eram prea convinsă că m-ar putea ajuta cineva să fac față mai bine acestor emoții. Dar m-am gândit că, dacă tot sunt nevoită să merg, măcar aș putea face o încercare. Orice era mai bine decât să mă simt așa cum mă simțeam. În timpul celei de-a doua ședințe i-am spus puțin mai multe despre modul în care mă simțeam. I-am spus că atunci când mă simțeam deprimată totul părea să fie groaznic. Doamna consilier m-a învățat să pun lucrurile în perspectivă, arătându-mi o scală a catastrofelor. Aceasta era o modalitate de a evalua pe o scală de la 1 la 10 cât de rele sunt lucrurile. Mi-a sugerat de asemenea să fac o listă a lucrurilor pe care îmi place să le fac sau care mă ajută să mă simt mai bine, astfel încât să mă pot uita pe lista și să aleg lucruri pe care să le încerc atunci când încep să mă simt rău. Mi-a spus că este mai bine să rămân activă pentru că astfel va fi mai dificil să mă deprind. Mi-a spus de asemenea că ceilalți clienți ai ei i-au spus că îi ajută să scrie în jurnal, să asculte muzică sau să deseneze pentru a scăpa de depresie. Am continuat să merg la consiliere pentru o vreme și starea dispoziției mele a început să se îmbunătățească. Acum am 16 ani și mă simt mult mai puțin deprimată. Nu mă mai enervez atât de des, deși mai am momente rele uneori, acestea nu mai sunt atât de frecvente ca înainte. Acum dacă devin deprimată nu mă gândesc că va dura o veșnicie și știu că nu sunt nebună. Recent am observat că sora mea de 13 ani începe să se comporte la fel cum mă comportam eu când aveam 14 ani. Am auzit-o pe mama spunându-i că este doar adolescența...și că va trece peste asta. Cred că asta s-a întâmplat și cu mine” (Katie 16 ani)

### **Întrebări pentru discuții :**

- Cum s-a simțit adolescența din povestire atunci când avea 14 ani ? Acum că are 16 ani, emoțiile sale negative sunt la fel de intense?
- Au existat situații specifice care să o supere pe Katie sau se simțea rău în general ?
- De ce i s-au schimbat emoțiile ?
- Ați avut vreo experiență similară cu cea a lui Katie?
- Vă ajută să știți că probabil emoțiile negative nu vor ține pentru totdeauna ?
- În ce fel vă ajută informația din această activitate ?

### **Activitatea nr. 16**

**Data:** 16.05.2022

Aplicarea chestionarului de *feed-back* pentru evaluarea calității și a impactului programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”



**ANEXA 7. Chestionarul administrat pentru obținerea *feed-back*-ului la sfârșitul fiecărei întâlniri de lucru**

Nume și prenume \_\_\_\_\_ Întâlnirea nr. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2022

1. Gândindu-te la întâlnirea de astăzi, te rog să ne spui cât de mulțumit(ă) ești de următoarele aspecte:

- |   |  |  |                                      |   |
|---|--|--|--------------------------------------|---|
| ✓ <b>tema abordată</b>  | <input type="checkbox"/> Deloc mulțumit(ă) | <input type="checkbox"/> Puțin mulțumit(ă) | <input type="checkbox"/> Mulțumit(ă) | <input type="checkbox"/> Foarte mulțumit(ă) |
| ✓ <b>activitățile propuse</b>   | <input type="checkbox"/> Deloc mulțumit(ă) | <input type="checkbox"/> Puțin mulțumit(ă) | <input type="checkbox"/> Mulțumit(ă) | <input type="checkbox"/> Foarte mulțumit(ă) |
| ✓ <b>relația cu ceilalți membri ai grupului</b>                       | <input type="checkbox"/> Deloc mulțumit(ă) | <input type="checkbox"/> Puțin mulțumit(ă) | <input type="checkbox"/> Mulțumit(ă) | <input type="checkbox"/> Foarte mulțumit(ă) |
| ✓ <b>relația cu <i>consilierul psiholog</i></b>                       | <input type="checkbox"/> Deloc mulțumit(ă) | <input type="checkbox"/> Puțin mulțumit(ă) | <input type="checkbox"/> Mulțumit(ă) | <input type="checkbox"/> Foarte mulțumit(ă) |
| ✓ <b>modul în care <i>consilierul psiholog</i> a lucrat cu grupul</b> | <input type="checkbox"/> Deloc mulțumit(ă) | <input type="checkbox"/> Puțin mulțumit(ă) | <input type="checkbox"/> Mulțumit(ă) | <input type="checkbox"/> Foarte mulțumit(ă) |

2. Dacă ai sugestii pentru viitoarele întâlniri, te rugăm să le oferi în spațiul de mai jos:

---

---

---

---

---

---

*ÎȚI MULȚUMESC PENTRU PARTICIPAREA LA ÎNTÂLNIREA DE ASTĂZI !*

**Anexa 8. Chestionarul administrat pentru obținerea *feed-back*-ului la sfârșitul programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”**

Nume și prenume \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2022

*Deoarece părerea ta este importantă pentru noi, te rugăm să ne ajuți să îmbunătățim calitatea viitoarelor programe pentru dezvoltarea personală prin răspunsurile la următoarele întrebări.*

1. Enumeră cele mai importante nevoi personale care te-au determinat să participi la acest program pentru dezvoltarea abilităților de viață:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. În legătură cu activitățile la care ai participat în cadrul întâlnirilor de lucru, te rugăm să ne spui în ce măsură consideri că:

	într-o mică măsură	într-o oarecare măsură	într-o mare măsură
au fost în acord cu tema anunțată			
au avut un conținut practic			
au fost clare și le-ai înțeles			
au fost creative			
au fost atractive			
te-au ajutat să te cunoști mai bine			
te-au învățat ceva care ți se pare folositor pentru viața ta de zi cu zi			

3. În legătură cu modul în care consilierul psiholog a derulat întâlnirile programului, te rugăm să ne spui în ce măsură consideri că:

	într-o mică măsură	într-o oarecare măsură	într-o mare măsură
a oferit indicații și explicații clare			
a oferit sugestii practice pe care le consideri utile pentru tine			
a fost creativ și deschis spre inedit și idei noi			
a încurajat inițiativa, libertatea de exprimare și creativitatea participanților			
a fost orientat spre colaborarea cu grupul			
a manifestat o atitudine prietenoasă, plăcută și deschisă			
a creat o atmosferă de lucru destinsă			

4. Gândindu-te la grupul de participanți din care ai făcut parte, te rugăm să ne spui:

*Ce anume ți-a plăcut:*

*Ce anume nu ți-a plăcut:*

---

---

---

---

---

---

5. În urma programului de antrenament al abilităților de viață la care ai participat, ce lucruri noi crezi că ai învățat ?

---

---

---

---

---

---

6. Dintre temele care au fost abordate în cadrul programului la care ai participat, care dintre ele ți-au trezit interesul în mod deosebit și ai vrea să le dezvolti în viitoare programe la care ai putea alege să participi ?

---

---

---

---

---

---

7. Gândindu-te la toate aspectele programului pentru dezvoltarea abilităților de viață la care ai participat (temele abordate, activitățile desfășurate, modul în care consilierul psiholog a lucrat cu grupul, relațiile pe care le-ai avut-o cu acesta, precum și cu ceilalți membri ai grupului), te rugăm să ne indici cât de mulțumit(ă) ești. Pentru a răspunde, pune un „X” în căsuța corespunzătoare gradului tău de mulțumire:

Foarte puțin mulțumit(ă)	Puțin mulțumit(ă)	Destul de mulțumit(ă)	Foarte mulțumit(ă)

8. Te rugăm să ne oferi sugestii pentru îmbunătățirea unui viitor program de dezvoltare personală la care ai vrea să participi:

---

---

---

---

*ÎȚI MULȚUMESC PENTRU PARTICIPAREA LA ÎNTÂLNIRI ȘI TE AȘTEPT ȘI CU ALTĂ OCAZIE !*

**ANEXA 9. Exemple pentru produsele activităților formative derulate în cadrul programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”**

FIȘĂ DE LUCRU

CINE SUNT EU ?

Completează cu următoarele fraze:

Oamenii de care îmi pasă cel mai mult sunt..... *cei care mă protejează.*  
 Mă simt mândru de mine pentru că..... *sunt curajos și puternic.*  
 Oamenii pe care îi admir cel mai mult sunt..... *parinții mei.*  
 Îmi place mult să..... *fac sport.*  
 Unul dintre cele mai bune lucruri făcute de mine este..... *susținerea antrenamentelor.*  
 Mi-ar plăcea să devin..... *politistă.*  
 Îmi propun să..... *reuzesc mereu să fac ce îmi doresc.*  
 Prefer să..... *fac sport* decât să..... *stau în casă.*  
 Știu că pot să..... *fac ce mă face fericită.*

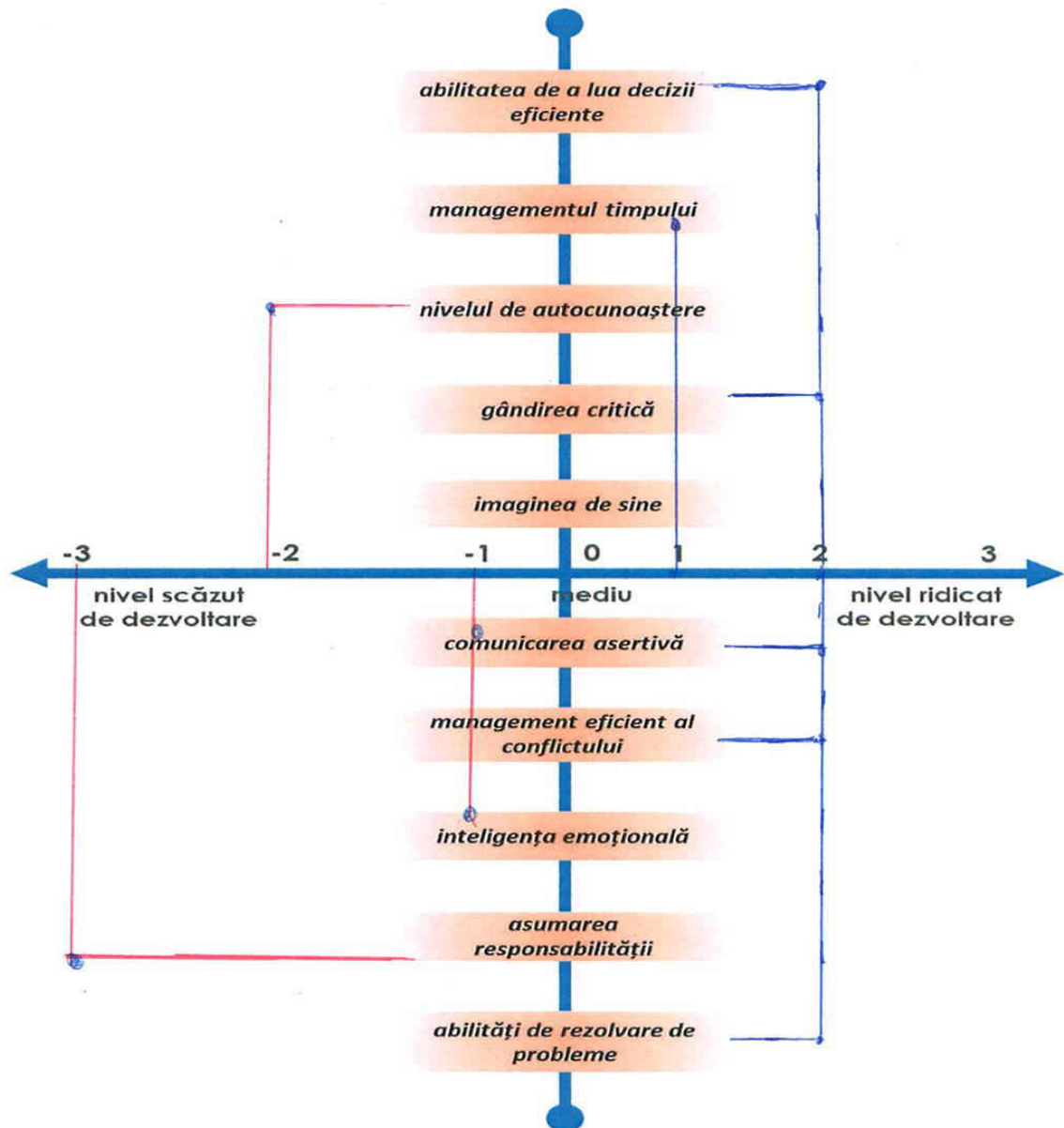
**CEL MAI INTERESANT LUCRU SUNT EU!**

Vârsta: <i>17 ani</i>	Lucrurile care NU îmi plac:
Înălțimea: <i>1,53</i>	✓ <i>îmblăntirea mea                  mimăria                  neîmcrederea                  aroganța                  mesimțirea</i>
Culoarea ochilor: <i>albastrii</i>	
Culoarea părului: <i>blond</i>	
Ziua de naștere:	
<b>CE ÎMI PLACE:</b>	Aceste lucruri le fac EU cel mai bine!
Mâncarea mea preferată: <i>carnea</i>	✓ <i>antrenamente                  să dau sfaturi                  să obțin ce îmi doresc                  să iert</i>
Culorile mele preferate: <i>roșu, albastru</i>	
Sportul meu preferat: <i>Karate Kyokushin</i>	
Materiile preferate: <i>sport, marketing</i>	

## FIȘĂ DE LUCRU

### Adolescența într-un grafic

Completați graficul, identificând în propria persoană nivelul de dezvoltare al diferitelor trăsături enumerate !

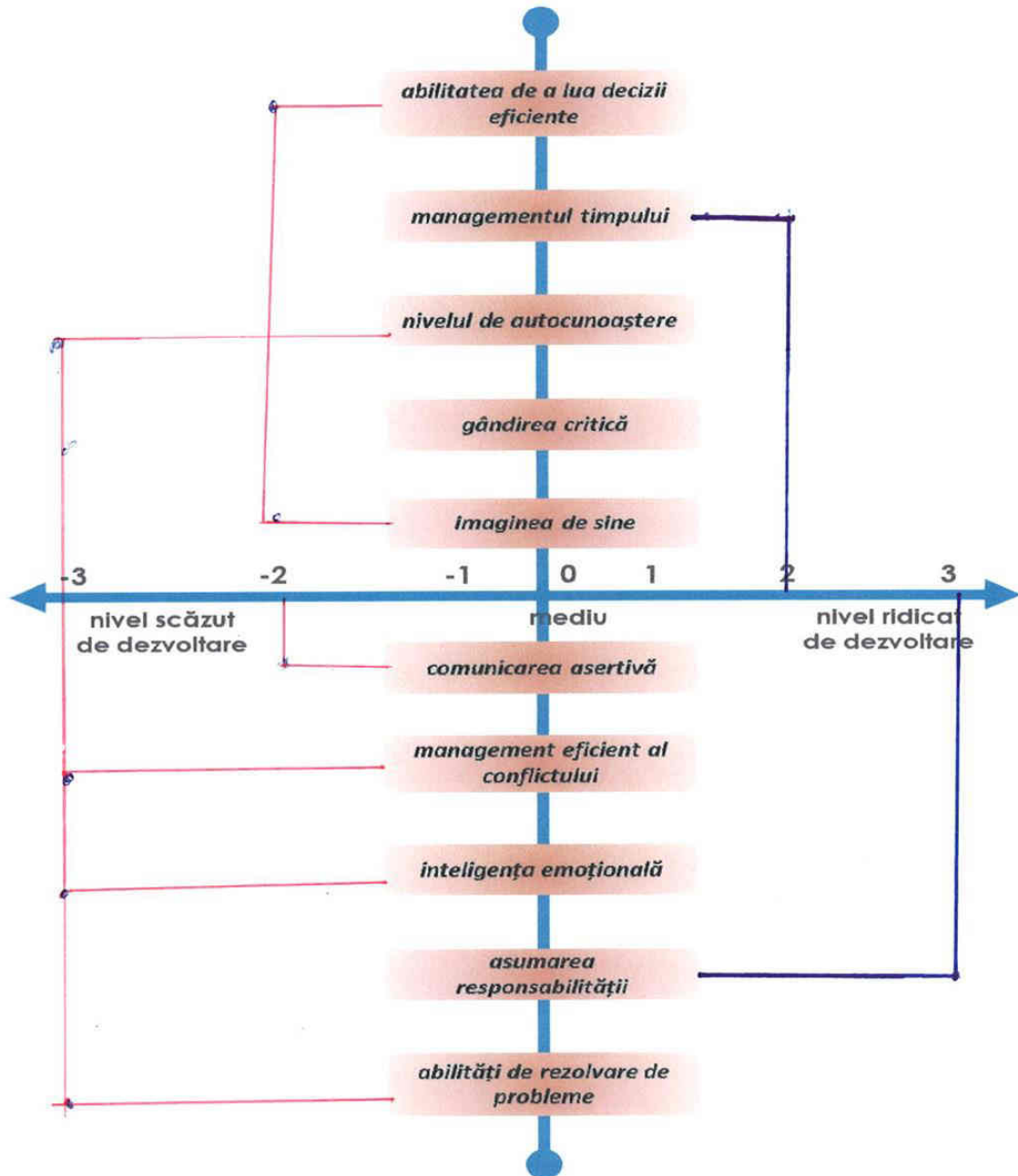


- Drugaș I. (2012) 100 de idei – Despre și pentru adolescenți

## FIȘĂ DE LUCRU

### „Adolescența într-un grafic”

Completați graficul, identificând în propria persoană nivelul de dezvoltare al diferitelor trăsături enumerate !



- Drugaș I. (2012) 100 de idei – Despre și pentru adolescenți

## FIȘĂ DE LUCRU – Emoții și comportament

Cum mă simt și cum acționez?

<i>Emoții, sentimente</i>	<i>Conduite, acțiuni, exprimări verbale</i>
Bucurie	Am luat o notă mare
Jubine	Te iubesc!
Furie	Mi-a pus profu nota 2
Tristete	M-a plins profu când am copiat
Trică	Se totu să nu mă țete
Depanogire	Cheltuiesc mult! bani

Emoțiile: **adevărat sau fals?**

### Fișa – Afirmatii despre emoții

1. Emoțiile joacă un rol important în adaptarea persoanei la un mediu nou. **A**
2. Exist un mod potrivit pentru asimți în orice situație. **A**
3. A-i lăsa pe alții să-ți cunoască emoțiile este un semn de vulnerabilitate. **A**
4. Emoțiile negative sunt distructive. **A**
5. Alte persoane pot să judece mai bine emoțiile și sentimentele mele. **A**
6. A-ți exprima emoțiile este un semn al lipsei de control al lor. **F**
7. Cunoașterea, înțelegerea, exprimarea și controlul emoțiilor asigură supraviețuirea. **F**
8. Emoțiile apar fără niciun motiv. **A**
9. Unele emoții sunt ridicole și stupide. **F**
10. Dacă prietenii nu aprobă modul meu de a reacționa, înseamnă că ar trebui să reacționez altfel. **A**
11. Emoțiile negative trebuie ignorate. **A**
12. Bărbaților nu li se recomandă să-și exteriorizeze emoțiile. **A**

CUM TE SIMȚI ASTĂZI ?



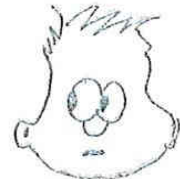
confuz



extaziat



vinovat



suspicios



nervos



frustrate



trist



speriat



fericit



dezgustat



rușinos



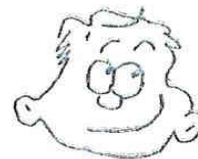
precaut



amețit



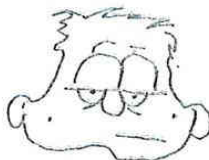
deprimat



optimist



îndrăgostit



plictisit



surprins



nerăbdător



timid



CUM TE SIMȚI ASTĂZI ?

.....



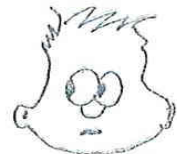
confuz



extaziat



vinovat



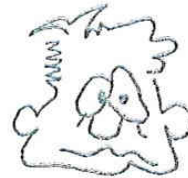
suspicios



nervos



frustrate



trist



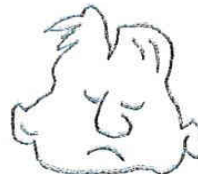
speriat



fericit



dezgustat



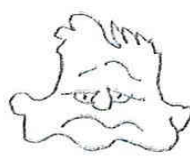
rușinos



precaut



amețit



deprimat



optimist



îndrăgostit



plictisit



surprins



nerăbdător



timid

## FIȘA DE LUCRU

### Ce crezi despre familie?

Bifează cu X pentru fiecare afirmație, într-una dintre cele trei variante propuse!

Nr crt.	Afirmații	Sunt de acord	Nu sunt de acord	Nu sunt sigur
1.	Grija față de copii este datoria femeii.		X	
2.	Mulțor bărbați le place să aibă grijă de copii.			X
3.	Să fii frate / soră este distractiv, dar uneori poate fi o povară.	X		
4.	De obicei, oamenii dintr-o familie se înțeleg bine.			X
5.	Sunt multe feluri de familie.	X		
6.	Creșterea copiilor este un lucru dificil.	X		
7.	Poți învăța multe de la bunici.	X		
8.	Când devii mare, familia nu mai este așa de importantă.			X

## FIȘĂ DE LUCRU

1. Completați tabelul care urmează:

<p>Eu pot să fac bine... <i>ajutându-i pe cei apropiați</i></p>	<p>Ultima dată când m-am simțit valoros(oasă) a fost... <i>când cineva mi-a împărtășit secretul său</i></p>
<p>M-am simțit valoros(oasă) pentru că... <i>prietenii mei au încredere în mine</i></p>	<p>Ce aș putea să învăț să fac mai bine pentru a mă simți o persoană valoroasă?... <i>Să îi ascult mai mult pe părinți</i></p>

2. Persoanele care mă fac să am o părere o bună despre mine însumi sunt...

*prietenii și familie*

pentru că...

*chiar dacă greșesc ceva sunt alături de mine*

Eu le arăt că sunt fericit(ă) în legătură cu mine prin...

*bucurie mea*

## FIȘA DE LUCRU

### Priviți viața în culori!

#### “PRIVIND PRIN LENTILE ÎNTUNECATE”



1. Precizează (descrie) o situație care îți creează dificultăți/ un obstacol perceput de tine.

... Când mă duc la piscină și trezesc să mă schimb.

#### “PRIVIND PRIN LENTILE COLORATE”



2. Descrie o posibilă soluție / rezolvarea a situațiilor precizate la punctul 1.

Am susținerea părinților cu care mă duc și reușesc să trec peste părerile oamenilor care mă judecă.

3. Gândiți-vă la două evenimente fericite care vi s-au întâmplat în ultimele trei luni. Notați tot ceea ce ați întreprins pentru ca totul să decurgă bine.

Evenimentul 1	Calitățile pe care le-am folosit	Resursele de care m-am folosit
Am lucrat numai marea lună	Am înțeles mai mult decât de obicei	Cărbuni, Caietele
Evenimentul 2		
Mi-am făcut relaxare	Stăru cu m dă m flori, bombane, compart cu o fată	rețete dulci; cadouri în general.



FIȘA DE LUCRU

*Priviți viața în culori!*

**“PRIVIND PRIN LENTILE ÎNTUNEcate”**



1. Precizează (descrie) o situație care îți creează dificultăți/ un obstacol perceput de tine.

Un obstacol în viața mea este atunci când  
~~nu~~ unele persoane mă subestimează sau nu  
 cred în mine că voi reuși

**“PRIVIND PRIN LENTILE COLORATE”**



2. Descrie o posibilă soluție / rezolvarea a situațiilor precizate la punctul 1.

Să cred mai mult în mine. Am început  
 să fac tot posibilul să nu bag în seamă / păreri  
 cauză nu îmi e camușă și să o fac mai mult  
 să reușesc.

3. Gândiți-vă la două evenimente fericite care vi s-au întâmplat în ultimele trei luni.  
 Notați tot ceea ce ați întreprins pentru ca totul să decurgă bine.

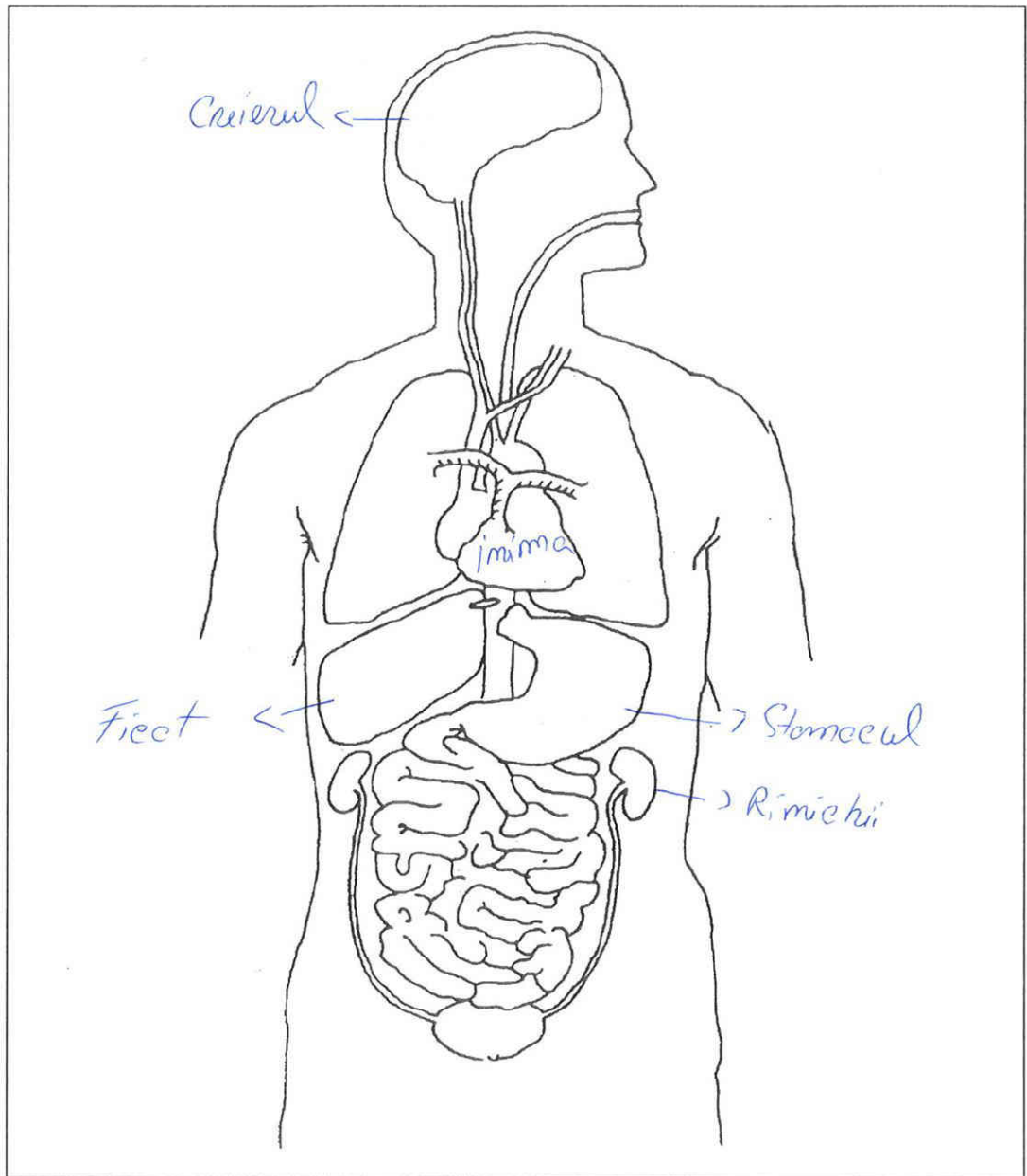
Evenimentul 1	Calitățile pe care le-am folosit	Resursele de care m-am folosit
Reușese să mă antrenez ca cât vreau	ambitiile răbdarea	mult timp în care am început
Evenimentul 2		
Am cunoscut o persoană care mă face să mă simt bine	respectul încrederea	multă răbdare și ambiție.

## FIȘĂ DE LUCRU

Citiți cu atenție următoarele afirmații și indicați care sunt adevărate sau false. Bifați în dreptul variantei alese !

Nr. crt.	Enunț	ADEVĂRAT (A)	FALS (F)
1	Un duș sau o cafea elimină efectele consumului de alcool	✓	
2	Este mai sănătos să consumi bere sau vin decât să consumi votcă sau țuică.		✓
3.	Alcoolul este un drog	✓	
4.	Dacă consumi alcool când ești supărat sau trist, te înveselești.	✓	
5.	Beția și alcoolismul este același lucru ?		✓
6.	Dacă o persoană încetează să mai consume alcool, ea nu mai este alcoolică.	✓	
7.	Majoritatea alcoolicilor sunt șomeri.		✓
8.	Alcoolismul este un semn de slăbiciune morală.	✓	
9.	Cei mai mulți alcoolici nu au casă sau familie.		✓
10	Consumul moderat de alcool nu afectează sănătatea unei femei însărcinate.		✓
11.	Consumul excesiv de alcool crește riscul de îmbolnăvire.	✓	
12.	Amestecarea băuturilor determină îmbătarea mai rapidă decât consumul unei singure băuturi.	✓	

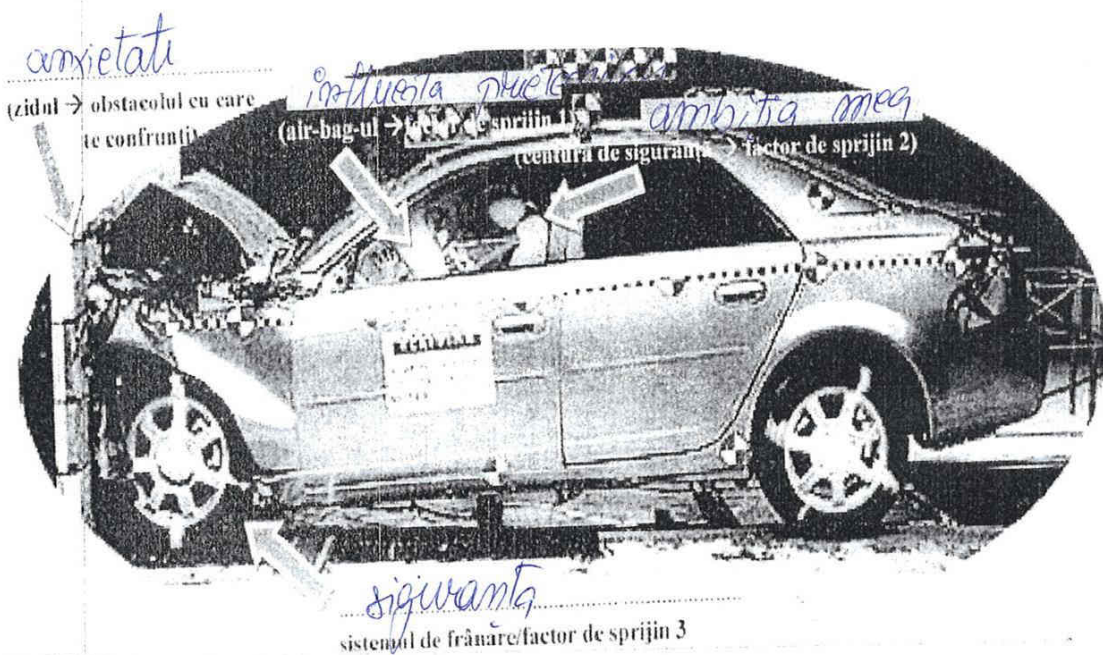
FIȘĂ DE LUCRU



## FIȘĂ DE LUCRU

### Adolescentul, ca un șofer imprudent

Notați pe zidul din imagine, pericolul/dificultatea cu care vă confrunțați în acest moment.  
Identificați comportamentele, atitudinile sau alți factori pe care puteți să-i mobilizați pentru a depăși acest obstacol.

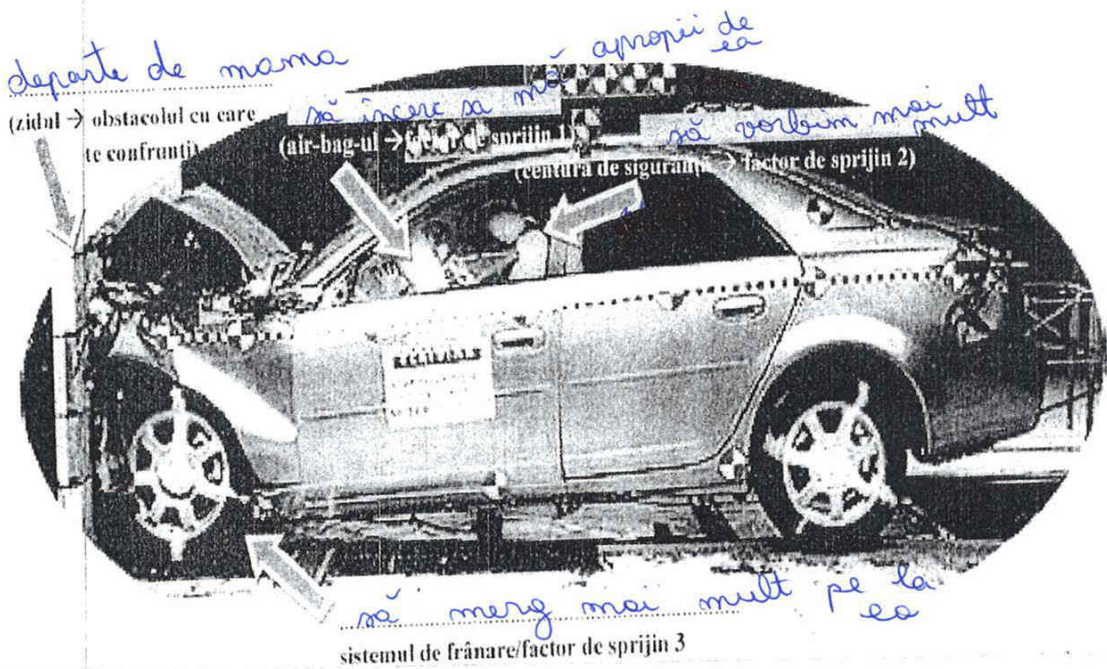




## FIȘĂ DE LUCRU

### Adolescentul, ca un șofer imprudent

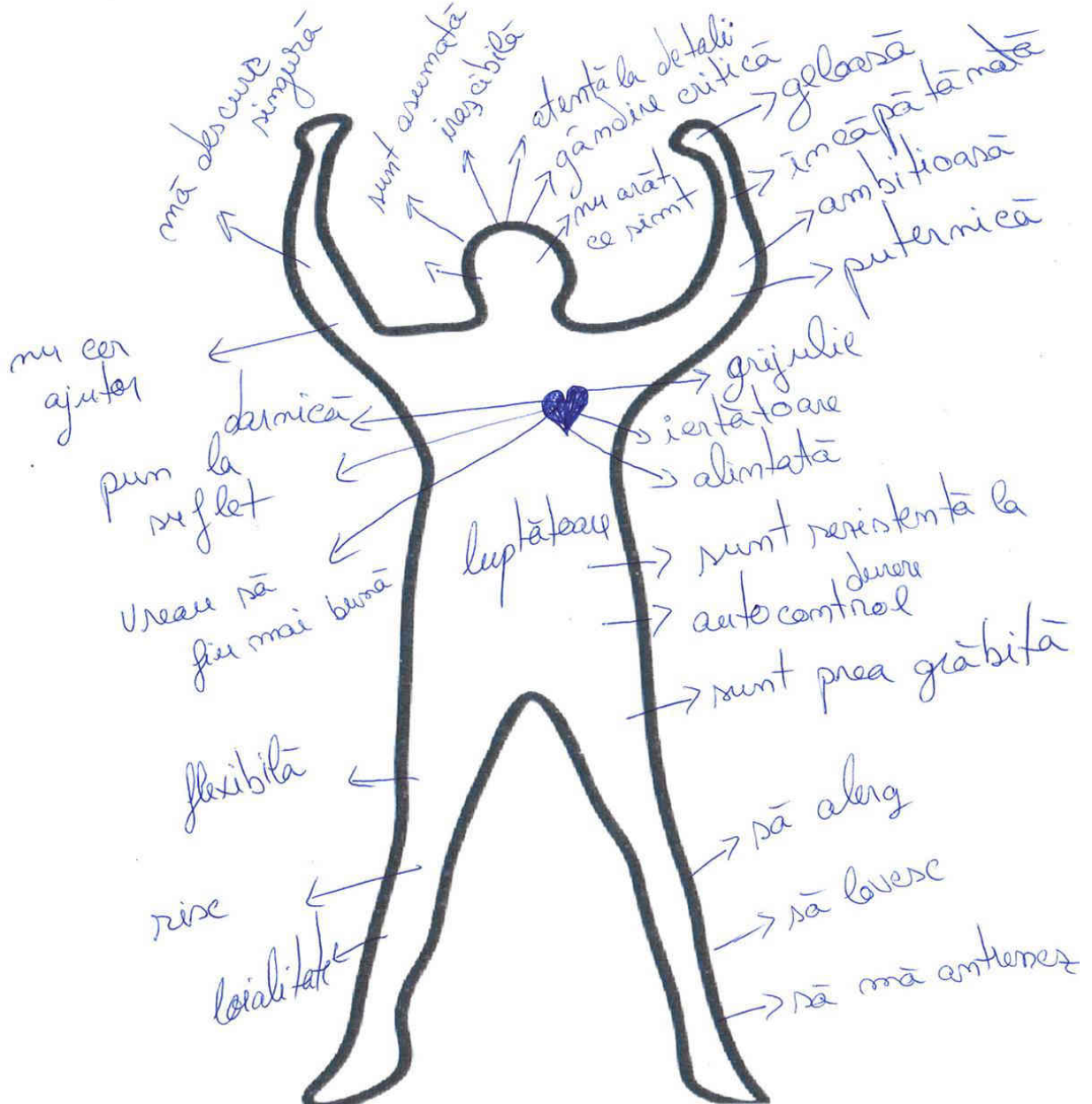
Notați pe zidul din imagine, pericolul/dificultatea cu care vă confrunțați în acest moment.  
Identificați comportamentele, atitudinile sau alți factori pe care puteți să-i mobilizați pentru a depăși acest obstacol.



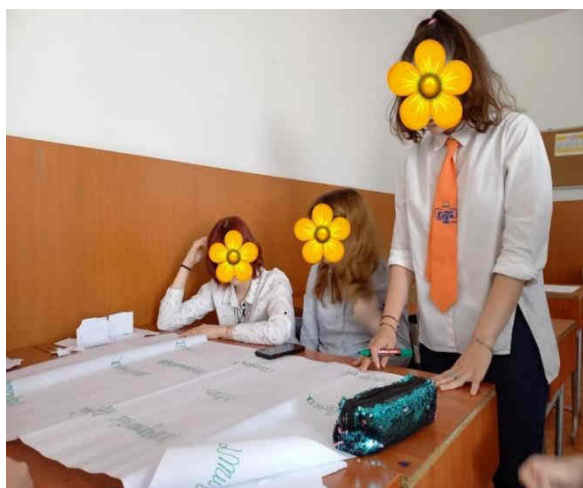
## FIȘĂ DE LUCRU

### Asociază cu diferite calități pe care le ai!

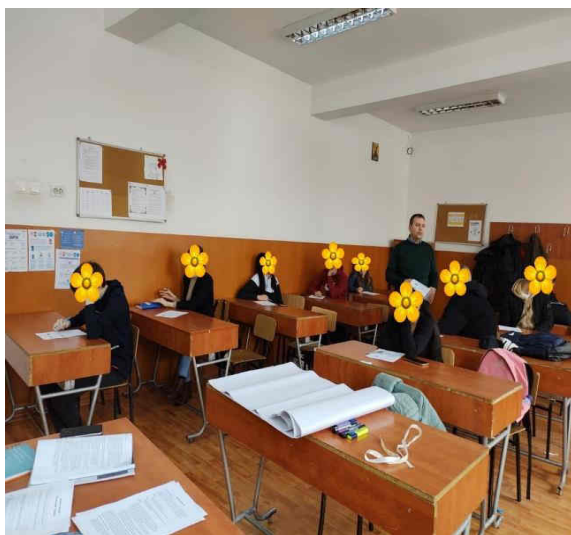
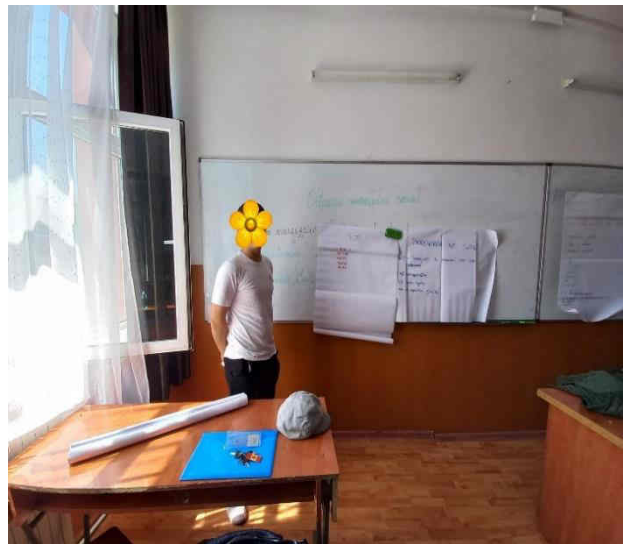
Pentru fiecare parte a corpului, identificați o caracteristică de ordin aptitudinal, caracterial, temperamental etc., prin care să vă definiți propria personalitate, propria persoană. La finalizarea sarcinii, veți prezenta „structura corporală” a personalității voastre.



**ANEXA 10 – Fotografii activității din timpul derulării programului de intervenție psiho-educativă „Capcanele alcoolului”**









**ANEXA 11. Date comparative în funcție de frecvența globală a consumului de băuturi alcoolice**

<b>Variabile dependente</b>	<b>N<sup>a</sup></b>	<b>Subeșantioane comparate</b>	<b>m</b>	<b>s</b>	<b>t-Student</b>	<b>p</b>
1. Risc abuz alcool	94	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	4.15	2.03	10.39	< 0.001
	594	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional <sup>b</sup>	2.19	1.64		
2. Reziliență	94	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	2.98	0.75	- 2.01	0.044
	591	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	3.14	0.70		
3. Autoeficacitate generală	94	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	27.1 1	5.42	- 0.60	0.543
	592	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	27.4 7	5.24		
4. Religiozitate	94	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	12.3 6	3.95	- 6.04	< 0.001
	594	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	15.2 5	4.37		
5. Nevrotism	89	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	3.13	0.68	3.44	0.001
	584	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	2.85	0.73		
6. Extraversiune	89	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	3.39	0.56	1.18	0.238
	583	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	3.30	0.67		
7. Deschidere	89	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	3.35	0.44	- 1.29	0.197
	582	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	3.42	0.49		
8. Agreabilitate	89	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	3.41	0.60	- 5.06	< 0.001
	584	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	3.76	0.61		

9. Conștiințiozitate	89	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	3.32	0.49	- 2.90	0.004
	584	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	3.51	0.57		
10. Atitudine față de comportamentele riscante (probabilitate angajare)	94	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	2.99	0.71	7.96	< 0.001
	594	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	2.32	0.76		
11. Atitudine față de comportamentele riscante (percepție periculozitate)	93	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	3.09	0.75	- 6.21	< 0.001
	590	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	3.60	0.72		
12. Indisciplină la școală	94	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	2.00	0.51	5.83	< 0.001
	589	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	1.69	0.47		
13. Stimă de sine în domeniul școlar	94	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	2.99	0.64	- 3.78	< 0.001
	592	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	3.26	0.64		
14. Stres psihic (ultimele 6 luni)	94	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	1.55	0.83	- 0.71	0.427
	594	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	1.62	0.75		
15. Anxietate	93	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	8.37	3.95	3.84	< 0.001
	589	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	6.74	3.76		
16. Dispoziție afectivă negativă	94	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	10.4 5	4.69	0.62	0.530
	594	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	10.1 4	4.47		
17. Suport social familie	92	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	19.1 7	5.62	- 4.49	< 0.001
	587	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	22.0 2	5.66		

18.Suport social prieteni	92	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	19.4 5	6.13	- 1.16	0.243
	587	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	20.2 3	5.93		
19.Suport social alte persoane	92	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	21.1 4	6.78	- 3.03	0.003
	587	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	23.1 1	5.64		
20.Suport social global	92	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	59.7 7	14.1 1	- 3.79	< 0.001
	587	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	65.3 7	13.0 3		
21.Satisfacție față de familie	92	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	3.89	1.04	- 5.87	< 0.001
	589	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	4.59	1.06		
22.Satisfacție față de prieteni	92	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	4.50	0.75	- 0.61	0.540
	589	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	4.55	0.82		
23.Satisfacție față de școală	92	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	3.28	0.79	- 5.06	< 0.001
	589	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	3.80	0.92		
24.Satisfacție față de sine	92	Adolescenți care consumau băuturi alcoolice des/în fiecare zi	4.28	0.85	- 2.62	0.009
	589	Adolescenți care nu consumau băuturi alcoolice sau consumau ocazional	4.52	0.78		

*Notă:* <sup>a</sup> Pentru unele comparații, efectivele subeșantioanelor analizate au fost diferite deoarece unele dintre instrumentele prin care au fost operaționalizate variabilele dependente nu au fost completate de către toți adolescenții chestionați (N = 688). <sup>b</sup> Subeșantionul a fost format din toți adolescenții care au selectat la primul item din chestionarul pentru evaluarea tiparului în ceea ce privește consumul de alcool (Anexa A1.16) variantele de răspuns *deloc/foarte rar/rar/când și când*.



**ANEXA 12. Date ale analizelor de regresie liniară multiplă ierarhică efectuate pentru testarea relațiilor de moderare**

**A) VI = nevrotismul; VD = riscul consum abuziv de alcool**

**Tabelul A.12.1. MODERATOR** – atitudinea față de comportamentele de risc (probabilitate angajare)

Variabile independente	$\beta$	p	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$
<i>Pas 1</i>				
Nevrotism	0.29	< 0.001		
Probabilitate angajare în comportamente de risc	0.39	< 0.001	0.266	-
<i>Pas 2</i>				
Nevrotism	0.30	< 0.001		
Probabilitate angajare în comportamente de risc	0.37	< 0.001	0.278	0.013
Nevrotism × Probabilitate angajare în comportamente de risc	0.11	0.001		

Notă: N = 673. Modelele includ constanta în ecuație. *Pas 1* – R = 0.518; F<sub>R</sub> = 122.78 (p < 0.001);  
*Pas 2* – R = 0.530; F<sub>R</sub> = 87.14; p < 0.001; F <sub>$\Delta R^2$</sub>  = 11.87 (p = 0.001)

**Tabelul A.12.2. MODERATOR** – atitudinea față de comportamentele de risc (percepție periculozitate)

Variabile independente	$\beta$	p	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$
<i>Pas 1</i>				
Nevrotism	0.34	< 0.001		
Percepție periculozitate comportamente de risc	- 0.31	< 0.001	0.220	-
<i>Pas 2</i>				
Nevrotism	0.34	< 0.001		
Percepție periculozitate comportamente de risc	- 0.30	< 0.001	0.233	0.013
Nevrotism × Percepție periculozitate comportamente de risc	- 0.11	0.001		

Notă: N = 670. Modelele includ constanta în ecuație. *Pas 1* – R = 0.469; F<sub>R</sub> = 94.2 (p < 0.001);  
*Pas 2* – R = 0.483; F<sub>R</sub> = 67.46; p < 0.001; F <sub>$\Delta R^2$</sub>  = 11.13 (p = 0.001)

**Tabelul A.12.3. MODERATOR** – reziliența

Variabile independente	$\beta$	p	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$
<i>Pas 1</i>				
Nevrotism	0.25	< 0.001	0.143	-
Reziliență	- 0.18	< 0.001		
<i>Pas 2</i>				
Nevrotism	0.24	< 0.001	0.153	0.010
Reziliență	- 0.19	< 0.001		
Nevrotism × Reziliență	- 0.10	0.006		

Notă: N = 670. Modelele includ constanta în ecuație. *Pas 1* – R = 0.378; F<sub>R</sub> = 55.6 (p < 0.001);  
*Pas 2* – R = 0.391; F<sub>R</sub> = 39.98; p < 0.001; F $\Delta R^2$  = 7.63 (p = 0.006)

**Tabelul A.12.4. MODERATOR** – suportul social din partea familiei

Variabile independente	$\beta$	p	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$
<i>Pas 1</i>				
Nevrotism	0.29	< 0.001	0.152	-
Suport social familie	- 0.18	< 0.001		
<i>Pas 2</i>				
Nevrotism	0.29	< 0.001	0.166	0.014
Suport social familie	- 0.16	< 0.001		
Nevrotism × Suport social familie	- 0.12	0.001		

Notă: N = 667. Modelele includ constanta în ecuație. *Pas 1* – R = 0.390; F<sub>R</sub> = 59.48 (p < 0.001);  
*Pas 2* – R = 0.407; F<sub>R</sub> = 43.94; p < 0.001; F $\Delta R^2$  = 11.05 (p = 0.001)

**Tabelul A.12.5. MODERATOR** – satisfacția față de familie

Variabile independente	$\beta$	p	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$
<i>Pas 1</i>				
Nevrotism	0.26	< 0.001	0.204	-
Satisfacție față de familie	- 0.30	< 0.001		
<i>Pas 2</i>				
Nevrotism	0.26	< 0.001	0.215	0.011
Satisfacție față de familie	- 0.29	< 0.001		
Nevrotism × Satisfacție față de familie	- 0.10	0.003		

Notă: N = 669. Modelele includ constanta în ecuație. *Pas 1* – R = 0.452; F<sub>R</sub> = 85.45 (p < 0.001);  
*Pas 2* – R = 0.464; F<sub>R</sub> = 60.66; p < 0.001; F $\Delta R^2$  = 9.02 (p = 0.003)

**B) VI = anxietatea; VD = riscul consum abuziv de alcool**

**Tabelul A.12.6. MODERATOR** – atitudinea față de comportamentele de risc (probabilitate angajare)

Variabile independente	$\beta$	p	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$
<i>Pas 1</i>				
Anxietate	0.33	< 0.001		
Probabilitate angajare în comportamente de risc	0.39	< 0.001	0.292	-
<i>Pas 2</i>				
Anxietate	0.31	< 0.001		
Probabilitate angajare în comportamente de risc	0.38	< 0.001	0.304	0.012
Anxietate × Probabilitate angajare în comportamente de risc	0.11	0.001		

Notă: N = 682. Modelele includ constanta în ecuație. *Pas 1* – R = 0.540; F<sub>R</sub> = 139.68 (p < 0.001);  
*Pas 2* – R = 0.551; F<sub>R</sub> = 98.59; p < 0.001; F <sub>$\Delta R^2$</sub>  = 11.67 (p = 0.001)

**Tabelul A.12.7. MODERATOR** – atitudinea față de comportamentele de risc (percepție periculozitate)

Variabile independente	$\beta$	p	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$
<i>Pas 1</i>				
Anxietate	0.34	< 0.001		
Percepție periculozitate comportamente de risc	- 0.29	< 0.001	0.225	-
<i>Pas 2</i>				
Anxietate	0.34	< 0.001		
Percepție periculozitate comportamente de risc	- 0.28	< 0.001	0.232	0.007
Anxietate × Percepție periculozitate comportamente de risc	- 0.08	0.014		

Notă: N = 677. Modelele includ constanta în ecuație. *Pas 1* – R = 0.474; F<sub>R</sub> = 97.68 (p < 0.001);  
*Pas 2* – R = 0.481; F<sub>R</sub> = 67.62; p < 0.001; F <sub>$\Delta R^2$</sub>  = 6.03 (p = 0.014)

**Tabelul A.12.8. MODERATOR** – reziliența

Variabile independente	$\beta$	p	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$
<i>Pas 1</i>				
Anxietate	0.29	< 0.001		
Reziliență	- 0.19	< 0.001	0.167	-

<i>Pas 2</i>				
Anxietate	0.27	< 0.001		
Reziliență	- 0.19	< 0.001	0.182	0.015
Anxietate × Reziliență	- 0.12	< 0.001		

Notă: N = 679. Modelele includ constanta în ecuație. *Pas 1* – R = 0.409;  $F_R = 67.82$  ( $p < 0.001$ );

*Pas 2* – R = 0.427;  $F_R = 50.1$ ;  $p < 0.001$ ;  $F_{\Delta R^2} = 12.47$  ( $p < 0.001$ )

**Tabelul A.12.9. MODERATOR** – suportul social din partea familiei

Variabile independente	$\beta$	p	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$
<i>Pas 1</i>				
Anxietate	0.31	< 0.001		
Suport social familie	- 0.17	< 0.001	0.165	-
<i>Pas 2</i>				
Anxietate	0.30	< 0.001		
Suport social familie	- 0.14	< 0.001	0.177	0.012
Anxietate × Suport social familie	- 0.11	0.002		

Notă: N = 673. Modelele includ constanta în ecuație. *Pas 1* – R = 0.407;  $F_R = 66.31$  ( $p < 0.001$ );

*Pas 2* – R = 0.421;  $F_R = 47.91$ ;  $p < 0.001$ ;  $F_{\Delta R^2} = 9.44$  ( $p = 0.002$ )

**Tabelul A.12.10. MODERATOR** – satisfacția față de familie

Variabile independente	$\beta$	p	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$
<i>Pas 1</i>				
Anxietate	0.26	< 0.001		
Satisfacție față de familie	- 0.28	< 0.001	0.204	-
<i>Pas 2</i>				
Anxietate	0.25	< 0.001		
Satisfacție față de familie	- 0.27	< 0.001	0.209	0.005
Anxietate × Satisfacție față de familie	- 0.07	0.035		

Notă: N = 676. Modelele includ constanta în ecuație. *Pas 1* – R = 0.451;  $F_R = 86.10$  ( $p < 0.001$ );

*Pas 2* – R = 0.457;  $F_R = 59.18$ ;  $p < 0.001$ ;  $F_{\Delta R^2} = 4.44$  ( $p = 0.035$ )

**ANEXA 13. Reprezentări grafice ale riscului pentru abuzul de alcool în funcție de interacțiunile dintre nevrotism și anxietate, respectiv alte variabile psihosocio-comportamentale**

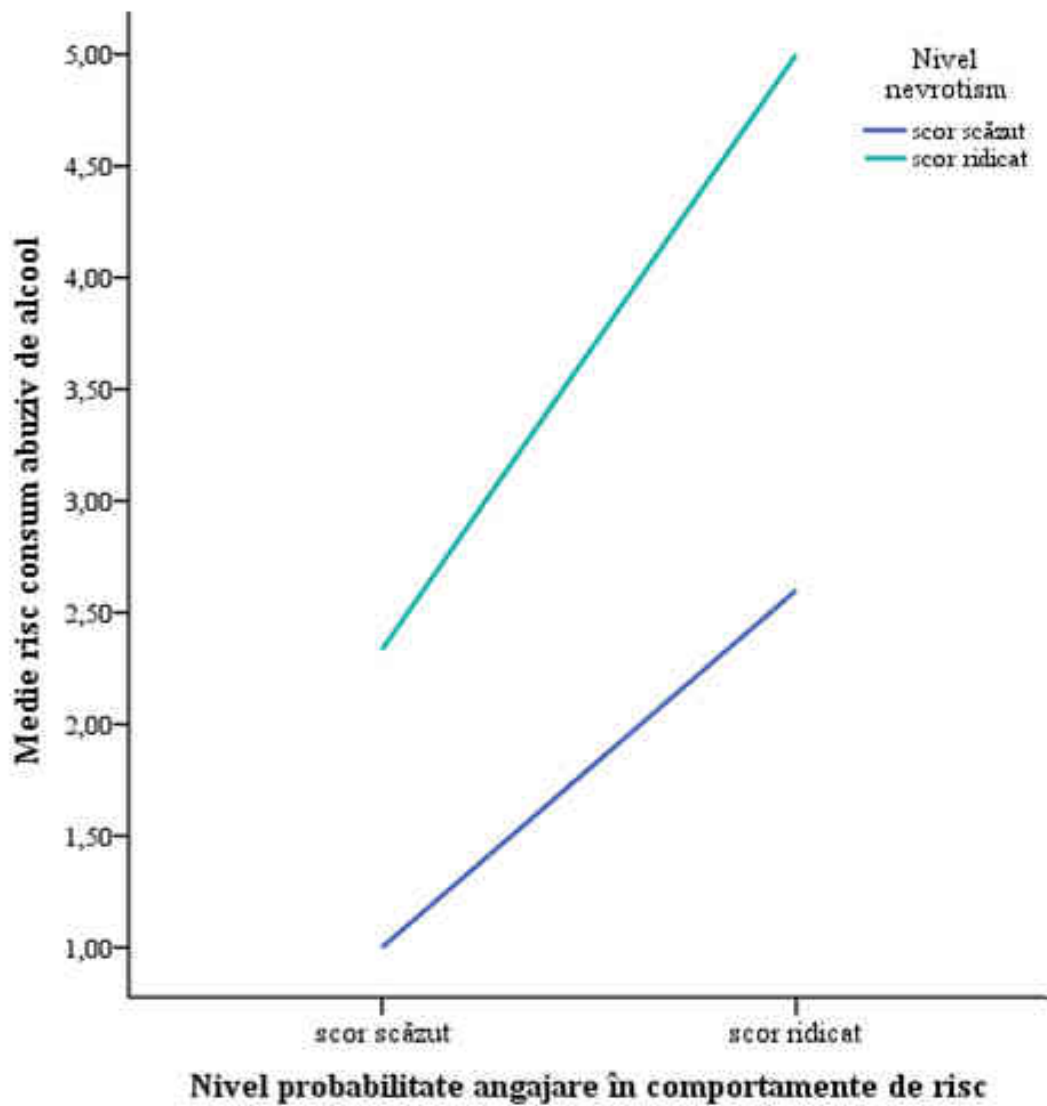


Fig. A.13.1. *Riscul pentru abuzul de alcool în funcție de nivelul nevrotismului și probabilitatea angajării în comportamente de risc*

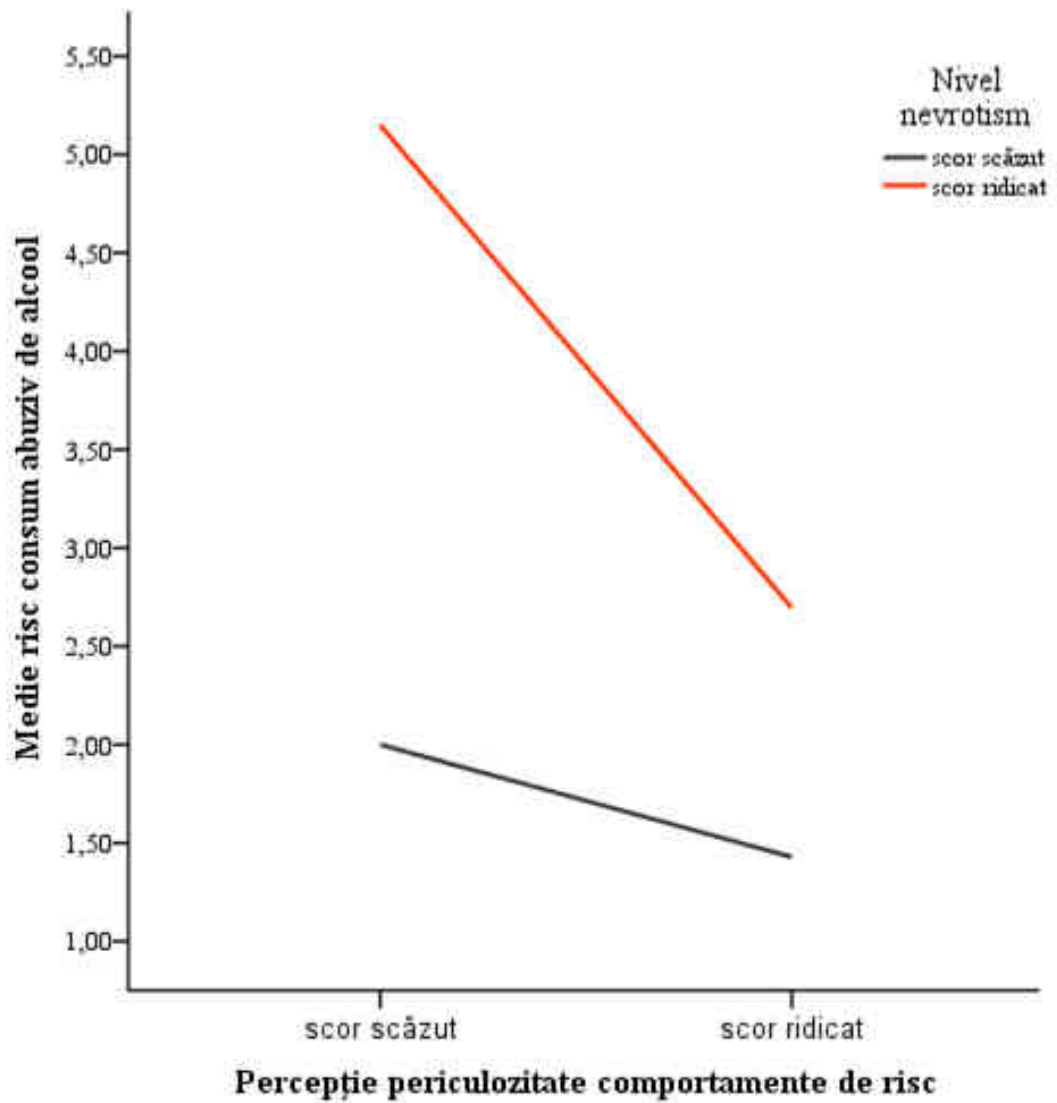


Fig. A.13.2. Riscul pentru abuzul de alcool în funcție de nivelul nevrotismului și percepția periculozității comportamentelor de risc

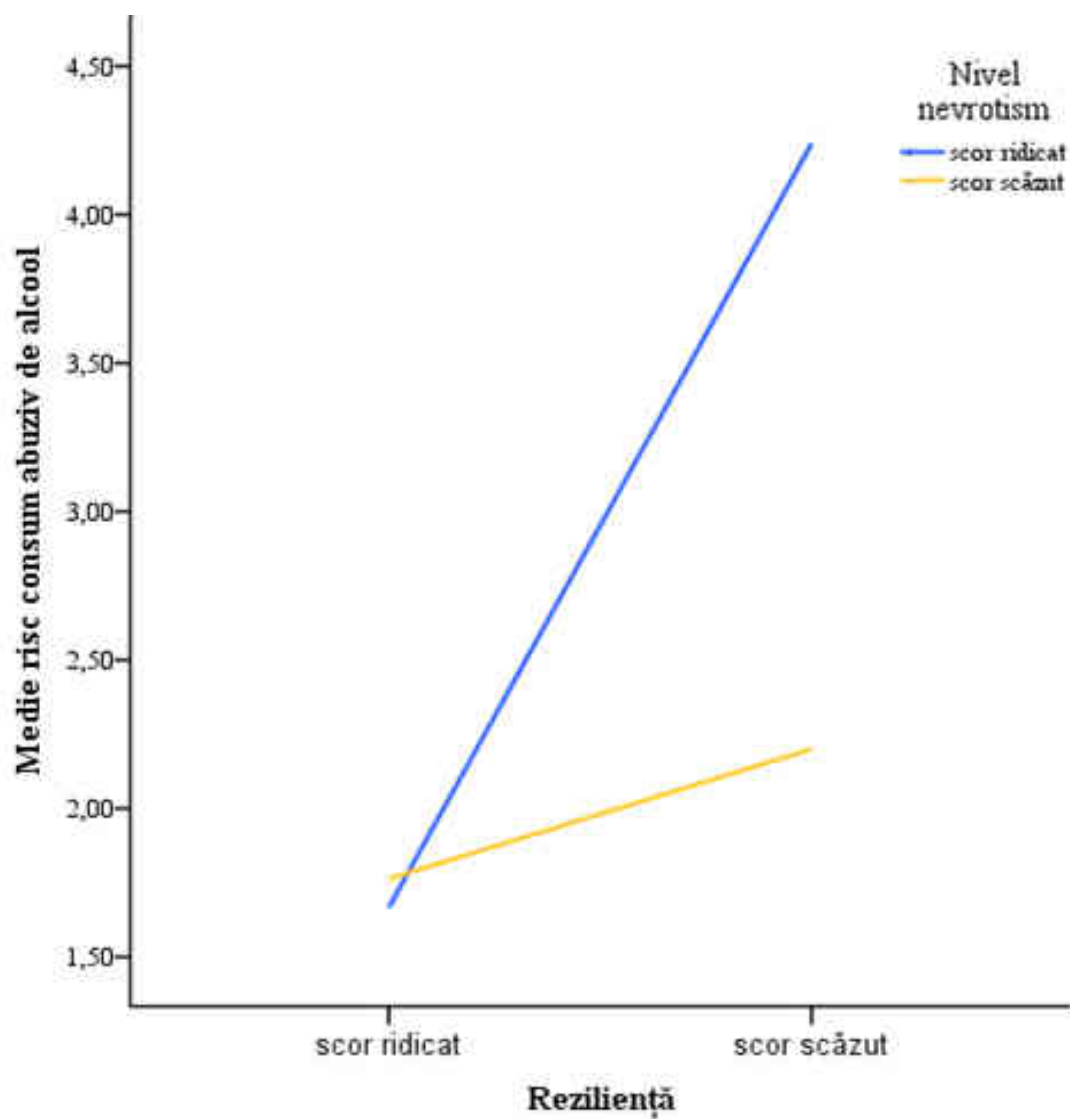


Fig. A.13.3. Riscul pentru abuzul de alcool în funcție de nivelul nevrotismului și scorul pentru reziliență

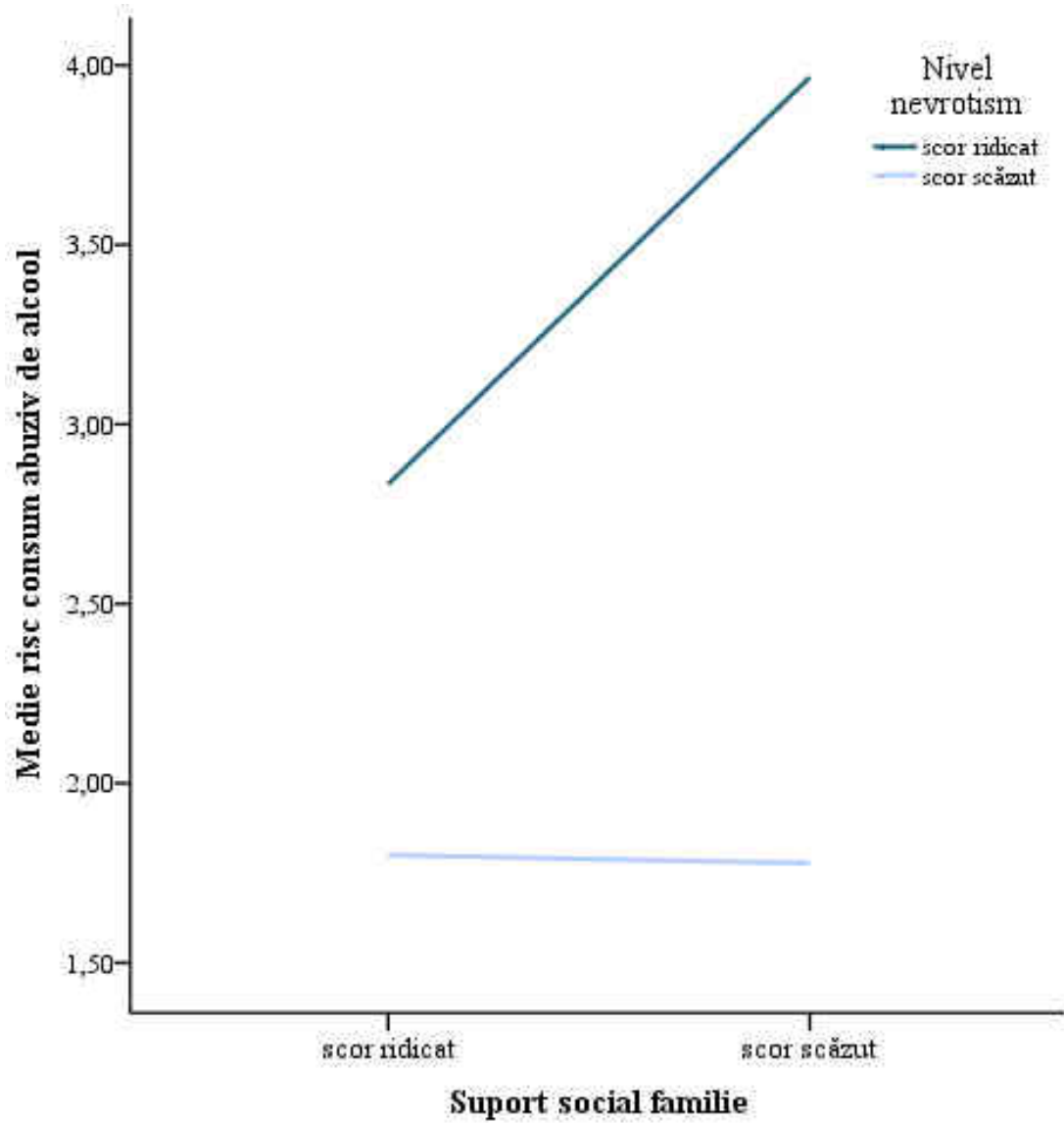


Fig. A.13.4. Riscul pentru abuzul de alcool în funcție de nivelul nevrotismului și suportul social din partea familiei



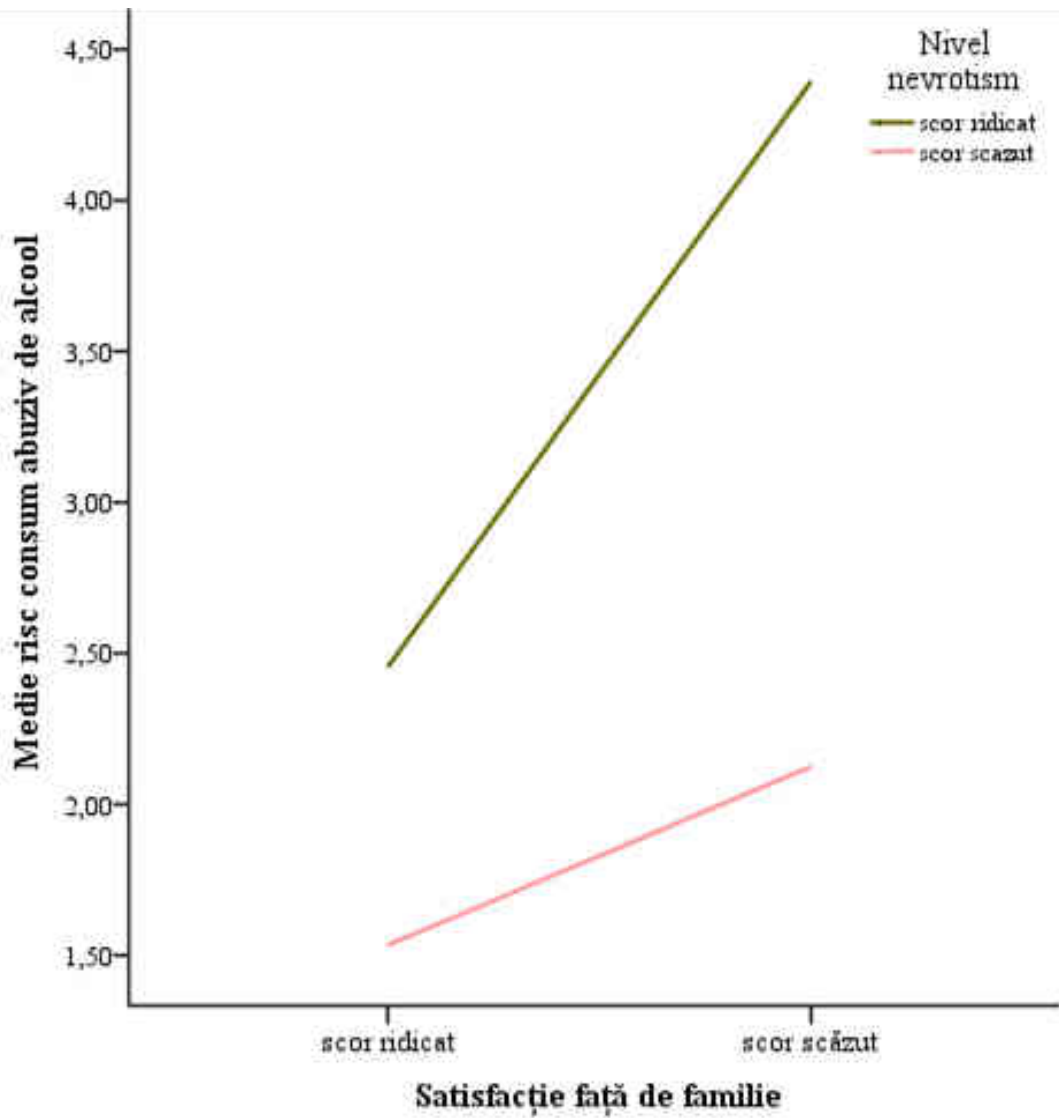


Fig. A.13.5. Riscul pentru abuzul de alcool în funcție de nivelul nevrotismului și satisfacția față de familie

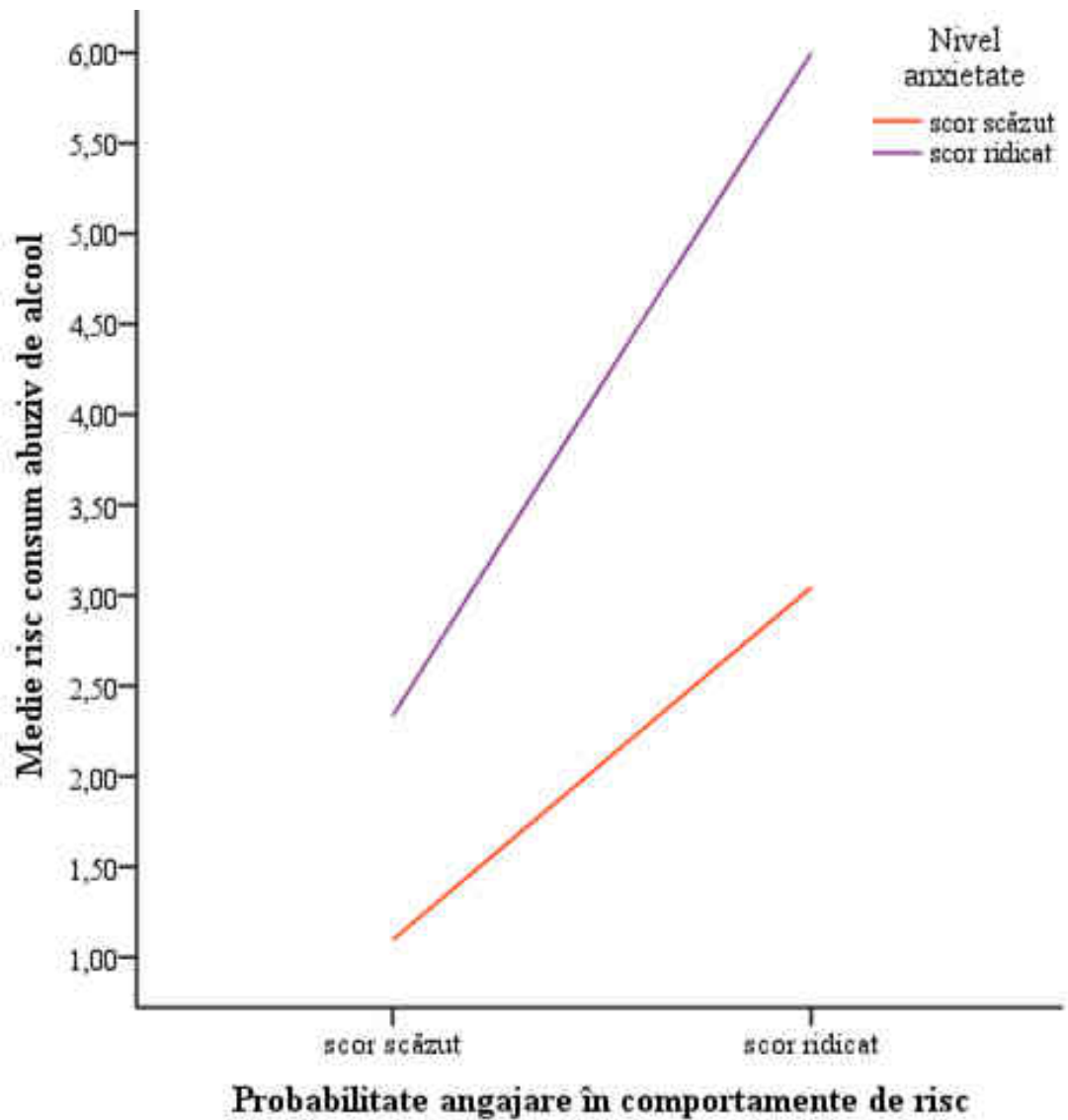


Fig. A.13.6. Riscul pentru abuzul de alcool în funcție de nivelul anxietății și probabilitatea angajării în comportamente de risc

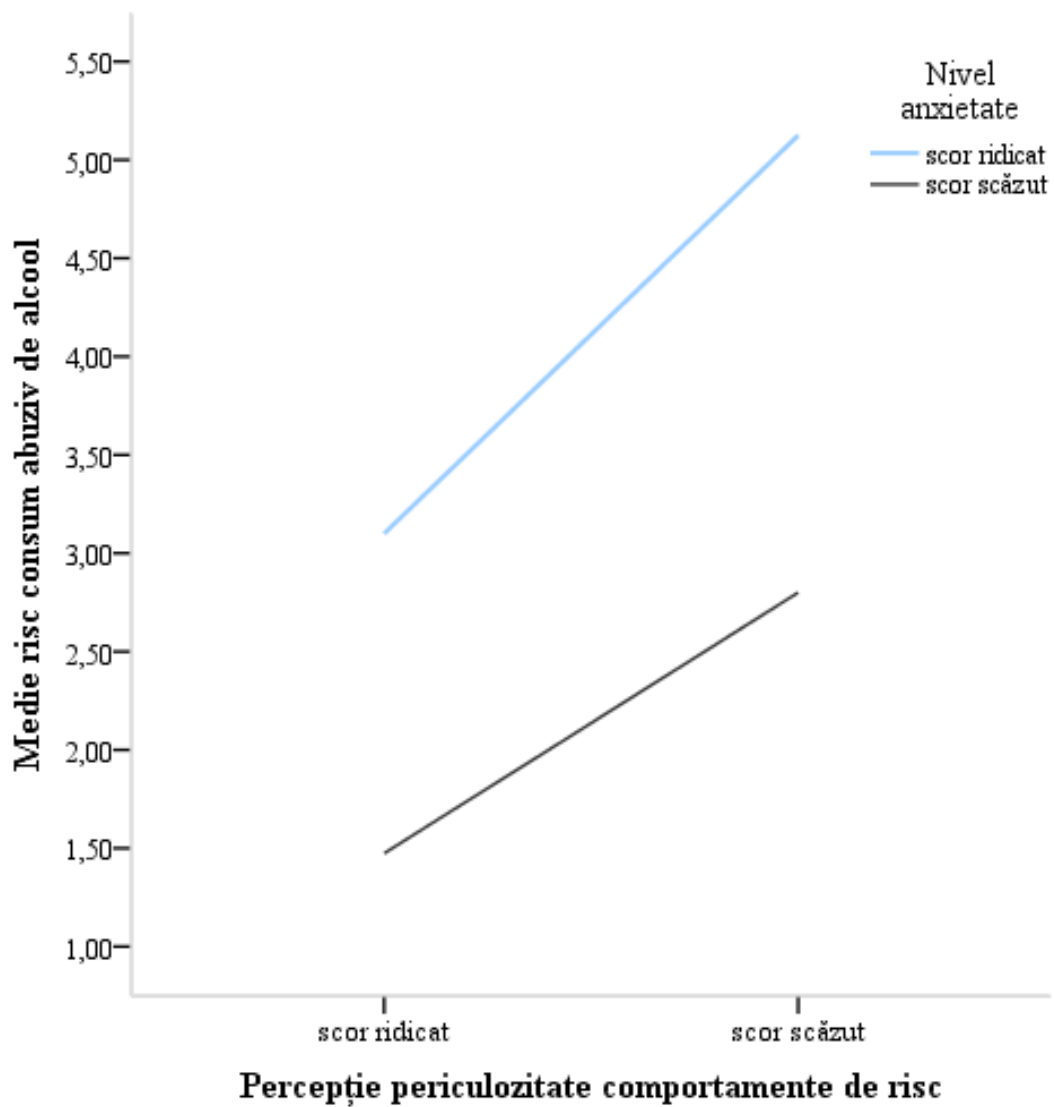


Fig. A.13.7. Riscul pentru abuzul de alcool în funcție de nivelul anxietății și percepția pericolozității comportamentelor de risc

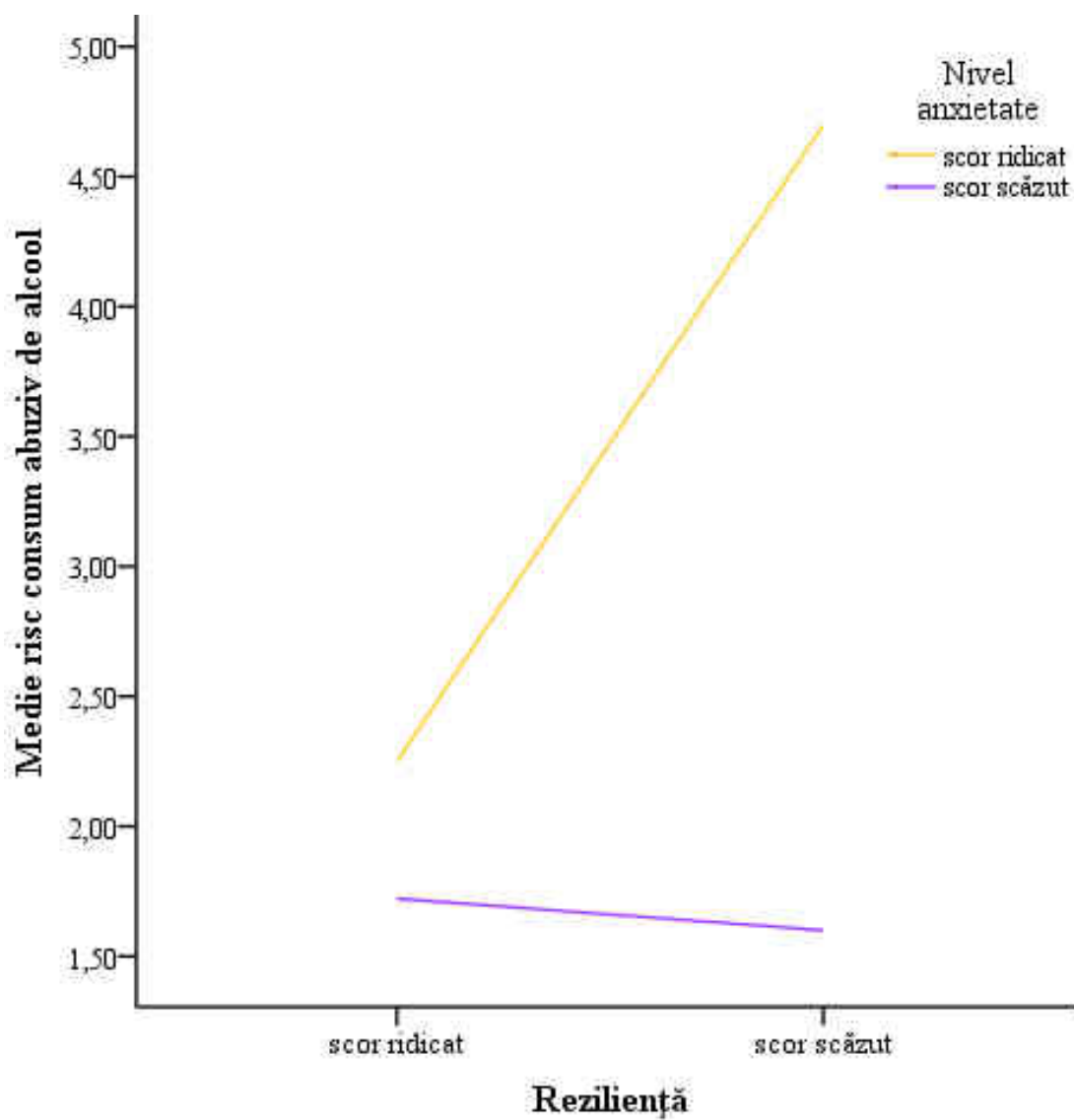


Fig. A.13.8. Riscul pentru abuzul de alcool în funcție de nivelul anxietății și reziliență

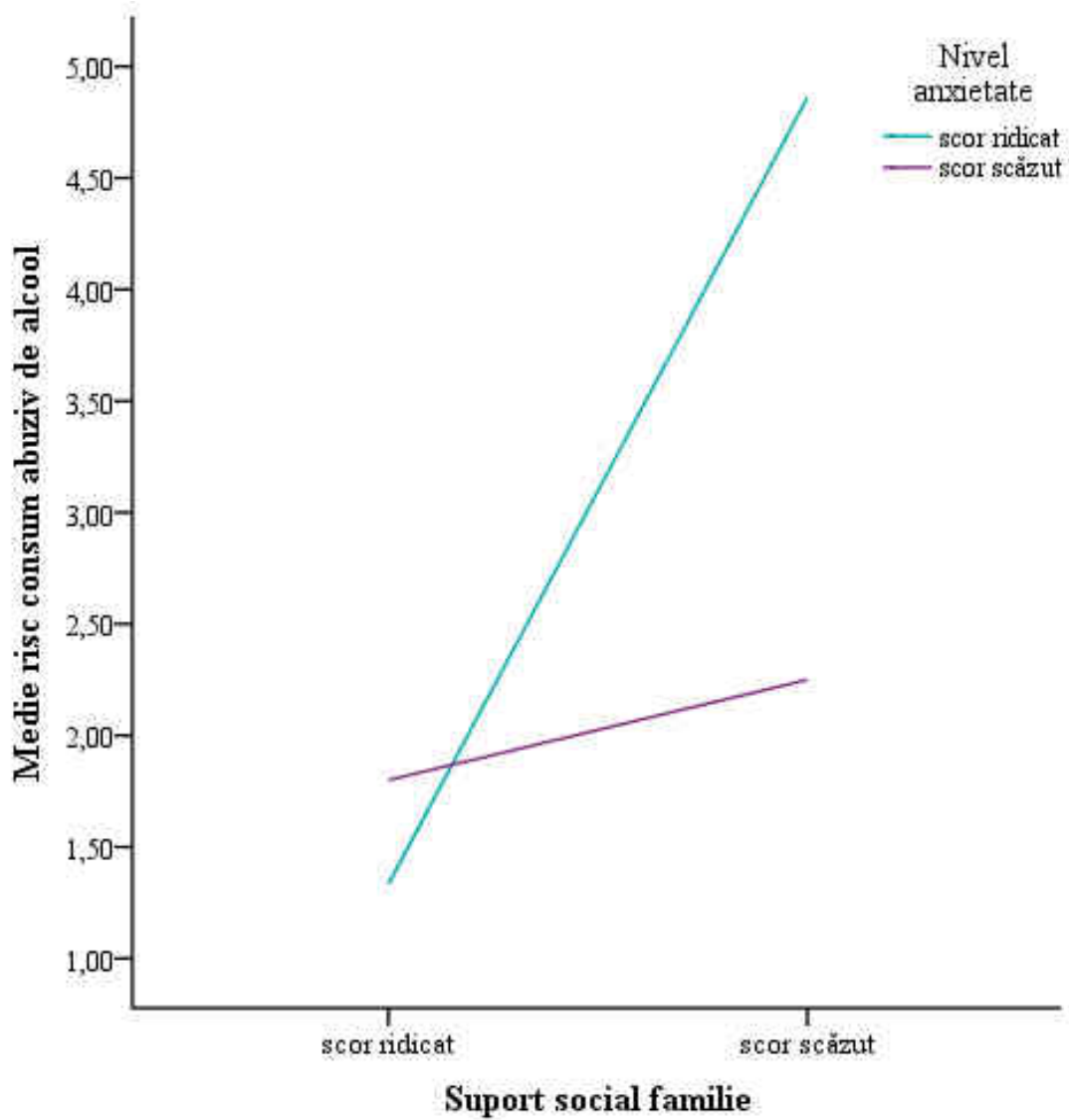


Fig. A.13.9. Riscul pentru abuzul de alcool în funcție de nivelul anxietății și suportul social din partea familiei

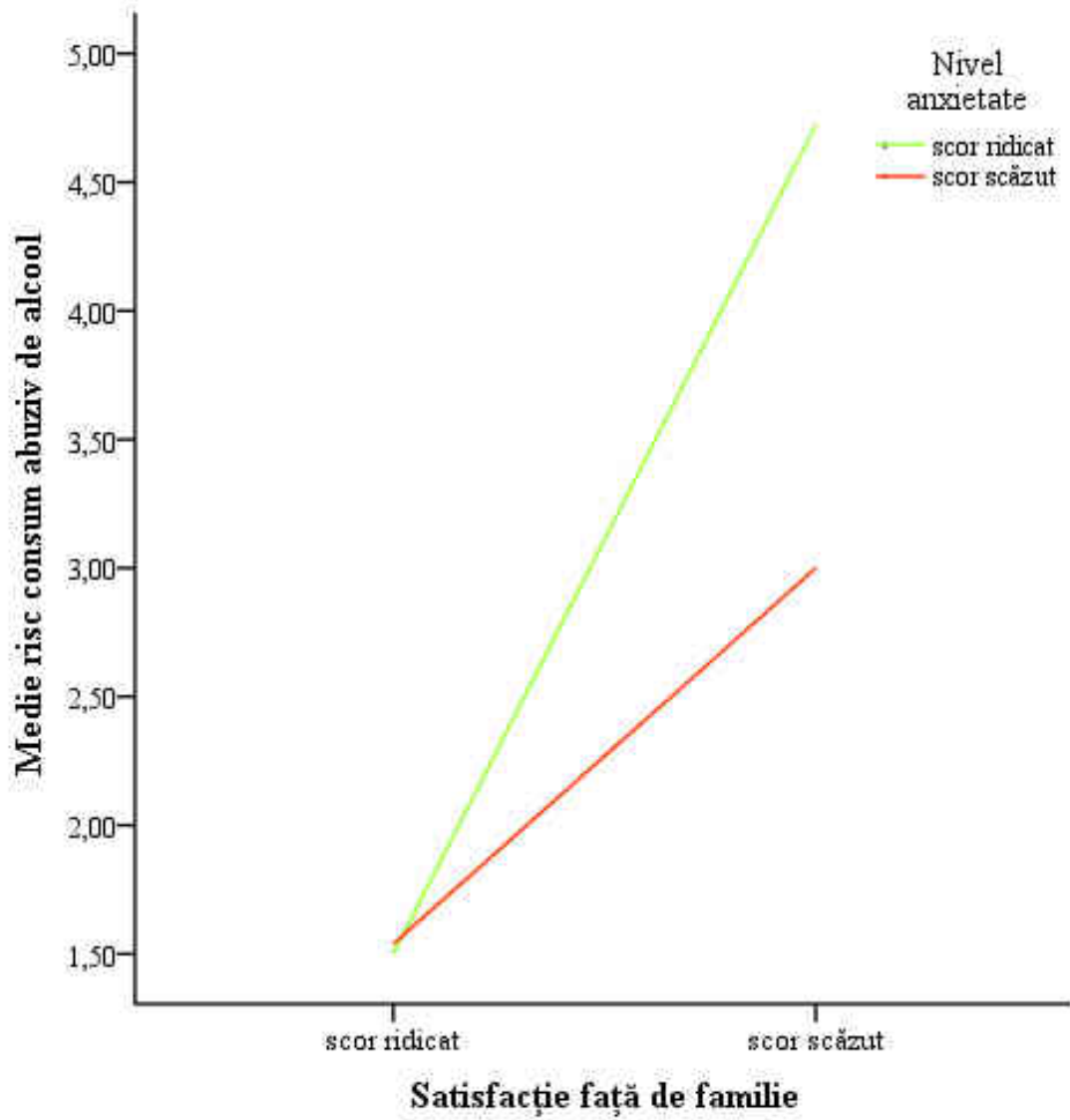


Fig. A.13.10. *Riscul pentru abuzul de alcool în funcție de nivelul anxietății și satisfacția față de familie*

## **ANEXA 14. Informații privind valorificarea rezultatelor cercetării. Lista lucrărilor științifice publicate sau prezentate la conferințe**

### *A) Articole în reviste științifice recenzate și incluse în baze de date internațională*

1. IONAȘCU, G., GLAVAN, A., ROBU, V., The relationship between emotional instability and risk of alcohol abuse among adolescents: The moderating role of predisposition to engage in risky behaviour. În: *EcoSoEn: Științe Economice, Sociale și Inginerești*, 2023a, vol. 6, nr. 1, p. 43-59. Revista (categoria B) este editată de Universitatea Liberă Internațională din Moldova, ISSN 2587-344X, e-ISSN 2587-425X. Revista este indexată în CEEOL, DOAJ, IBN, Index Copernicus International, Munich Personal RePEc Archive/MPRA, Academia.edu
2. IONAȘCU, G., ROBU, V., Un model psihosocial al factorilor de risc și protectivi pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților. În: *Revista de Psihologie*, 2023b, vol. 69, nr. 1 (în curs de apariție), ISSN 0034-8759, e-ISSN 2344-4665 (revistă indexată în PsycINFO, Index Copernicus International, ERIH+, EBSO, ROAD, OAJI, New Jour și Google Academic)
3. IONAȘCU, G., GLAVAN, A., Relația dintre anxietate și riscul pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților: rolul moderator al suportului social din partea familiei. În: *Revista de Psihologie*, 2022a, vol. 68, nr. 2, p. 111-132, ISSN 0034-8759, e-ISSN 2344-4665 (revistă indexată în PsycINFO, Index Copernicus International, ERIH+, EBSO, ROAD, OAJI, New Jour și Google Academic). A se accesa: <https://revistadepsihologie.ipsihologie.ro/>
4. IONAȘCU, G., REPEȘCO, G., GLAVAN, A., Program de intervenție psiho-educativă destinat reducerii riscului pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților. În: *Acta et Commentationes, Științe ale Educației*, 2022b, nr. 1 (27), p. 112-119, ISSN 1857-0623, e-ISSN 2587-3636. doi: 10.36120/2587-3636v27i1.112-119 (revistă categoria B). A se accesa [https://revista.ust.md/index.php/acta\\_educatie](https://revista.ust.md/index.php/acta_educatie)

### *B) Lucrări publicate în volumele manifestărilor științifice internaționale*

1. IONAȘCU, G., Consumul de alcool și strategiile de coping la adolescenți. În: JARDAN, V. (Coord.), *Restructurări psihologice în criză. Lucrări conferința APAR (ediția a XVI-a)*. Brașov: Editura APAR, 2021a, p. 210-223. ISBN 978-606-94-5849-5.
2. IONAȘCU, G., Dimensiuni psihosociale, familiale și intervenționale ale alcoolismului. În: GĂLĂȚANU, A., MIU, F. V. (Ed.), *Repere teoretice și bune practice în psihologie*. Galați: Editura Universitară „Danubius”, 2021b, p. 133-148. ISBN 978-606-53-3562-2.
3. IONAȘCU, G. Predicții ale comportamentelor de risc la adolescenți. În: BULAI, D., MUȘUNOIU-HOTON, V. (Coord.), *Consilierea psihopedagogică între teorie și practică*.

- Materialele conferinței regionale, ediția a XVIII-a, 17 iunie 2021. Galați, 2021c, p. 43-53, ISSN 2344-0252.*
4. IONAȘCU, G. Dimensiuni ale evaluării personalității adolescenților folosind testul de personalitate *Big Five Inventory*. În: CIORBĂ, C. (Coord.), *Problemele actuale ale științelor umaniste. Analele științifice ale doctoranzilor (Vol. XIX, Partea a II-a)*. Chișinău: Tipografia Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, 2021d, p. 234-239, ISBN 978-997-54-6296-9.
  5. IONAȘCU, G., Teorii și modele explicative ale consumului de alcool. În: *Materialele conferinței republicane a cadrelor didactice, 28-29 februarie 2020 (Vol. V – Psihopedagogie și management educațional)*. Chișinău: Tipografia Universității de Stat din Tiraspol, 2020a, p. 84-89. ISBN 978-997-57-6302-8.
  6. IONAȘCU, G., Consumul de alcool în cercetări din România, Republica Moldova și la nivel internațional. În: CORNEA, S. (Coord.), *Perspectivile și problemele integrării în spațiul european al cercetării și educației (Vol. VII, Partea a II-a)*. Cahul: Universitatea de Stat „Bogdan Petriceicu Hașdeu” din Cahul – Tipografia „Centrografic”, 2020b, p. 144-155. ISBN 978-997-58-8061-9.
  7. IONAȘCU, G. Dezvoltarea psihosocială la adolescenți. Comportamentul deviant al consumatorului de alcool – studiu de caz. În: BRICEAG, S. (Coord.), *Psihologia în mileniul III: provocări și soluții. Materialele conferinței științifice internaționale (25 octombrie 2019)*. Bălți: Tipografia Universității de Stat „Alec Russo” din Bălți, 2020c, p. 152-156. ISBN 978-997-55-0246-7.
  8. IONAȘCU, G., Cauzele consumului de alcool la adolescenți. În: *Perspectivile și problemele integrării în spațiul european al cercetării și educației (Vol. VI, Partea a II-a)*. Cahul: Universitatea de Stat „Bogdan Petriceicu Hașdeu” din Cahul, 2019a, p. 137-140. ISSN (print) 2587-3563, ISSN (online) 2587-3571.
  9. IONAȘCU, G. Efectele consumului de alcool În: ARMAȘU-CANȚÎR, L. (Coord.), *Analele științifice ale doctoranzilor și competitori. Probleme actuale ale științelor umaniste (Vol. XVIII, Partea a III-a)*. Chișinău: Tipografia Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”, 2019b, p. 196-208. ISBN 978-997-54-6423-9.



C) Conferințe regionale (organizate în Republica Moldova)

1. IONAȘCU G. Efectele consumului de alcool – lucrare prezentată la Conferința Științifică Anuală a Doctoranzilor *Problemele actuale ale științelor umaniste* (Chișinău, 16 mai 2019), organizator Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău
2. IONAȘCU G. Dimensiuni ale evaluării personalității adolescenților folosind testul de personalitate *Big Five Inventory* – lucrare prezentată la Conferința Științifică Anuală Doctoranzilor *Problemele actuale ale științelor umaniste* (Chișinău, 18 mai 2019), organizator Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău

D) Conferințe naționale cu participare internațională (organizate în Republica Moldova)

1. IONAȘCU G. Teorie și modele explicative de consumului de alcool – lucrare prezentată la Conferința Republicană a Cadrelor Didactice (Chișinău, 28-29 februarie 2020, ediția a III-a), organizator Universitatea de stat din Tiraspol

E) Conferințe internaționale (organizate în Republica Moldova)

IONAȘCU G. Cauzele consumului de alcool la adolescenți – lucrare prezentată la Conferința Științifică Internațională *Perspectivile și problemele integrării în spațiul european al cercetării și educației* (Cahul, 6 iunie 2019, ediția a VII-a), organizator Universitatea de Stat „Bogdan Petriceicu Hașdeu” din Cahul

IONAȘCU G. *Dezvoltarea psihosocială la adolescenți. Studiu de caz – comportamentul deviant al consumatorului de alcool* – lucrare prezentată la Conferința Științifică Internațională *Psihologia în mileniul III: provocări și soluții* (Bălți, 25 octombrie 2019), organizatori Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți (Facultatea de Științe ale Educației, Psihologie și Arte, Catedra de Psihologie), Universitatea Liberă Internațională din Moldova, Universitatea „Petre Andrei” din Iași, Institutul de Științe Penale și Criminologie Aplicată din Chișinău

IONAȘCU G. Consumul de alcool în cercetări din România, Republica Moldova și la nivel internațional – lucrare prezentată la Conferința Științifică Internațională *Perspectivile și problemele integrării în spațiul european al cercetării și educației* (Cahul, 5 iunie 2020, ediția a VIII-a), organizatori Universitatea de Stat „Bogdan Petriceicu Hașdeu” din Cahul

IONAȘCU G., GLAVAN A., ROBU V. The relationship between emotional instability and risk of alcohol abuse among adolescents: The moderating role of predisposition to engage in risk behaviour – lucrare prezentată la Conferința Științifică Internațională *The Contemporary Issues of the Socio-Humanistic Sciences* (Chișinău, 1-2 decembrie 2022, ediția a XIII-a, organizator

Universitatea Liberă Internațională din Moldova, Facultatea Științe Sociale și ale Educației & Școala Doctorală Științe Economice, Sociale și Tehnologii Informaționale)

IONAȘCU G. Program de intervenție psiho-educativă destinat reducerii riscului pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților – lucrare prezentată la Seminarul Științific Internațional *Provocări actuale privind formarea profesională a cadrelor didactice din învățământul preuniversitar pentru elaborarea și implementarea inovațiilor pedagogice* (Chișinău, 2-3 decembrie 2022), organizator Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău (Institutul de Cercetare, Inovare și Transfer Tehnologic, secția *Cercetări și Inovații Pedagogice*)

*F) Conferințe regionale (organizate în România)*

1. IONAȘCU G. Comportamentele de risc la adolescenți – *work-shop* susținut la Conferința Regională Dedicată Cadrelor Didactice din Învățământul Preșcolar și Primar *Micul Prinț* (Galați, 29 octombrie 2020), organizatori Inspectoratul Școlar Județean Galați, Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Galați, Asociația Umanitară „Mundis” Galați, Fundația Ortodox-Creștină „Filantropia” Galați
2. IONAȘCU G. Predicții ale comportamentelor de risc la adolescenți – *work-shop* susținut la Conferința Regională *Consilierea psihologică între teorie și practică* (Galați, 17 Iunie 2021), organizatori Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Galați, Centrul Județean de Asistență Psihopedagogică Galați

*G) Conferințe naționale cu participare internațională (organizate în România)*

1. IONAȘCU G. Profilul psihosocial al adolescenților aflați în risc pentru consumul abuziv de alcool – lucrare prezentată la Simpozionul Național cu participare Internațională *KREATIKON: Creativitate-Formare-Performanță* („Creativitate și inovare – premise ale excelenței în educație”), (Iași, 01-02 aprilie 2021, ediția a XVI-a), organizatori Universitatea „Petre Andrei” din Iași (Facultatea de Psihologie, Științele Educației și Asistență Socială, Centrul de Consiliere Educațională și Formare Creativă „Ion Holban”, Centrul de Resurse Umane & Centrul de Investigare Socială din cadrul Universității „Petre Andrei” din Iași), Școala Gimnazială „Alexandru Vlahuță” Iași, Universitatea de Stat din Moldova, Universitatea Liberă Internațională din Moldova, Inspectoratul Școlar Județean Iași, Colegiul Tehnic „Ion Holban” Iași, Asociația „Salvați Copiii” – Filiala Iași, Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Iași, Penitenciarul Iași, Centrul Regional de Prevenire, Evaluare și Consiliere

Antidrog Iași, Institutul de Științe Penale și Criminologie Aplicată din Chișinău (Republica Moldova)

2. IONAȘCU G. Consumul de alcool și strategiile de coping la adolescenți – lucrare prezentată la Conferința Națională cu participare Internațională APAR *Restructurări psihologice în criză* (Brașov, 12-16 mai 2021, ediția XVI-a), organizatori Asociația Psihologilor Atestați din România, Universitatea din București (Facultatea de Psihologie și Științele Educației) sub egida Colegiului Psihologilor din România
3. IONAȘCU G. Prevalența și variabilele asociate consumului de alcool în rândul adolescenților români: constatări ale unui studiu pe un eșantion comunitar – lucrare prezentată la Conferința Națională cu participare Internațională APAR *Comportamente adaptative și dezadaptative* (Brașov, 8-10 aprilie 2022, ediția a XVII-a), organizatori Asociația Psihologilor Atestați din România, Universitatea din București (Facultatea de Psihologie și Științele Educației) sub egida Colegiului Psihologilor din România
4. IONAȘCU G. Dimensiuni psihosociale, familiale și intervenționale ale alcoolismului – lucrare prezentată la Conferința Națională cu participare Internațională *Repere teoretice și bune practici în psihologie* (Galați, 7-11 aprilie 2021, ediția I), organizatori Institutul Pentru Cercetarea Tulburărilor din Spectrul Autist sub egida Colegiului Psihologilor din România

*H) Conferințe internaționale (organizate în România)*

1. IONAȘCU G., GLAVAN A. Predictors of alcohol abuse among Romanian adolescents: A field study – lucrare prezentată la *3rd International Conference on Innovation in Psychology, Education and Didactics* (ICIPED 2021, Bacău, 17-18 septembrie 2021), organizator Universitatea „Vasile Alecsandri” din Bacău (Facultatea de Științe, Departamentul pentru Pregătirea Personalului Didactic)
2. IONAȘCU G. Risk factors for alcohol abuse in adolescents – lucrare prezentată la *4th International Conference on Innovation in Psychology, Education and Didactics* (ICIPED 2022, Bacău, 20-21 octombrie 2022), organizator Universitatea „Vasile Alecsandri” din Bacău (Facultatea de Științe, Departamentul pentru Pregătirea Personalului Didactic)

## Declarație privind asumarea răspunderii

Subsemnatul, **Ionașcu Grigore**, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctor sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Numele și prenumele: **Grigore Ionașcu**

Semnătura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_