

Proiect derulat de

World Vision
ROMÂNIA

Ghid pentru Elevi și adolescenți

Adicțiile explicate clar, serios și pe bază de știință



Ghid susținut de:

NEPI
ROCKCASTLE

prin proiectul Free means without

Proiectul

Ghidul este realizat în cadrul proiectului "Free means without", proiect de conștientizare a adicțiilor în rândul adolescenților

Parteneri

NEPI Rockcastle

Drepturi de autor

rezervate Fundației World Vision România

Conținut realizat de:

Gabriela Maalouf, psiholog clinician și psihoterapeut

Prezentul ghid s-a întocmit ținându-se seama de legislația în vigoare până la data de 20 mai 2026.

Data publicării: mai 2026

Cuprins

1. DEFINIȚII DE BAZĂ
2. MODELUL BIOPSIHOSOCIAL AL ADICȚIILOR
3. CE SE ÎNTÂMPLĂ ÎN CREIER
4. DE CE ADOLESCENȚA ESTE O PERIOADĂ SENSIBILĂ
5. TIPURI DE ADICȚII ȘI COMPORTAMENTE ADICTIVE
6. ADICȚIILE DE SUBSTANȚĂ
7. COMPORTAMENTELE ADICTIVE
8. FACTORI DE RISC ȘI FACTORI DE PROTECȚIE
9. MECANISME PSIHOLOGICE CARE MENȚIN ADICȚIA
10. SEMNE TIMPURI ȘI SEMNE DE ALARMĂ
11. MITURI CARE FAC RĂU
12. PREVENȚIA PE BAZĂ DE DOVEZI
13. CE FUNCȚIONEAZĂ ȘI DE CE
14. AUTOEVALUARE FĂRĂ AUTOÎNȘELARE
15. STRATEGII PRACTICE PENTRU MOMENTELE GRELE
16. CUM CERI AJUTOR
17. DACĂ ESTE VORBA DESPRE UN PRIETEN
18. ROLUL ȘCOLII ȘI AL ADULȚILOR DIN EDUCAȚIE
19. CE ESTE UTIL ÎN FAMILIE
20. CUM ARATĂ SCHIMBAREA REALĂ
21. RECĂDEREA ȘI PREVENIREA EI
22. CÂND ADICȚIA VINE ÎMPREUNĂ CU ALTE PROBLEME
23. ADICȚII ȘI CAPTAREA ATENȚIEI ÎN MEDIUL DIGITAL
24. CONSECINȚE REALE, NU DOAR TEORETICE
25. ÎNTREBĂRI FRECVENTE
26. PLAN DE ACȚIUNE
27. ALCOOLUL: DE CE ESTE SUBESTIMAT
28. NICOTINA ȘI VAPINGUL: DE CE DEPENDENȚA POATE APĂREA REPEDE
29. CANNABISUL: NATURAL NU ÎNSEAMNĂ AUTOMAT SIGUR
30. MEDICAMENTELE FOLOSITE FĂRĂ INDICAȚIE
31. JOCURILE DE NOROC ȘI PARIURILE: CAPCANA RECOMPENSEI
IMPREVIZIBILE
32. GAMINGUL PROBLEMATIC: CÂND REFUGIUL DEVINE ÎNCHISOARE

33. PORNOGRAFIA ȘI SEXUALITATEA DEFORMATĂ DE ALGORITMI
34. ROLUL SOMNULUI, AL STRESULUI ȘI AL CORPULUI
35. RUȘINEA, VINOVĂȚIA ȘI IDENTITATEA
36. CUM VORBEȘTI CU TINE CÂND ÎNCERCI SĂ TE OPREȘTI
37. PRESIUNEA ANTURAJULUI ȘI REFUZUL EFICIENT
38. CÂND ADULTUL REACȚIONEAZĂ PROST
39. CUM ARATĂ AJUTORUL SPECIALIZAT
40. CÂND ESTE URGENȚĂ
41. DE CE ABORDAREA MORALIZATOARE NU ESTE SUFICIENTĂ
42. INDICATORI CĂ PROBLEMA SE AGRAVEAZĂ
43. CE AJUTĂ PE TERMEN LUNG
44. MESAJ DE ÎNCHEIERE PENTRU ADOLESCENȚI
45. MICRO-COMPETENȚE CARE REDUC RISCUL
46. EXERCİȚIU PRACTIC: HARTA PERSONALĂ A RISCULUI
47. EXERCİȚIU PRACTIC: PLANUL DE 24 DE ORE
48. DESPRE DEMNITATE, NU DOAR DESPRE RISC
49. CUM RECUNOȘTI LIMBAJUL CARE TE MANIPULEAZĂ
50. GLOSAR RAPID DE TERMENI
51. CE NU TREBUIE SĂ UIȚI
52. RESURSE PERSONALE PE CARE LE POȚI CONSTRUI
53. ULTIMUL GÂND
54. BIBLIOGRAFIE

GHID PENTRU ADOLESCENȚI: ADICȚIILE EXPLIFICATE CLAR, SERIOS ȘI PE BAZĂ DE ȘTIINȚĂ

Acest ghid este scris pentru adolescenți și elevi. Nu te tratează ca pe un „caz” și nici nu pornește de la ideea că cine are o problemă legată de alcool, nicotină, vaping, cannabis, medicamente, jocuri de noroc, gaming, pornografie, rețele sociale sau alte comportamente repetitive este „slab”, „lipsit de voință” sau „stricat”. În psihologie și neuroștiințe, adicția este înțeleasă ca rezultatul interacțiunii dintre biologie, învățare, emoții, context social și acces la recompensă. Cu alte cuvinte, nu există o singură cauză și nu există o singură soluție.

Ghidul folosește doar idei susținute de cercetare și de modele validate sau larg utilizate în literatura științifică. Când apare numele unei teorii, el este menționat ca model explicativ, nu ca adevăr absolut. În știință, cele mai bune explicații sunt cele care au suport empiric și sunt revizuite constant. Vei găsi aici definiții, mecanisme, semne de risc, factori de protecție, strategii practice și pași concreți pentru situații reale.

În document apar frecvent câteva repere majore:

- **modelul biopsihosocial al adicției**, care explică dependența prin interacțiunea dintre corp, minte și mediu;
- **modelul învățării sociale al lui Bandura**, care arată că oamenii învață și prin observație, imitație și normele grupului;
- **modelul sistemelor duale / modelul dezechilibrului în adolescență**, folosit pentru a explica de ce sistemele de recompensă se maturizează mai repede decât controlul cognitiv;
- **modelul întăririi pozitive și negative din psihologia învățării**, relevant pentru repetarea comportamentelor;
- **teoria sensibilizării la stimulente**, care descrie cum „a vrea” poate deveni mai puternic decât „a plăcea”;
- **ipoteza auto-medicației**, folosită cu prudență, pentru a înțelege de ce unele persoane folosesc substanțe sau comportamente ca să reducă temporar suferința.

Scopul ghidului nu este să sperie, ci să te ajute să înțelegi. Cunoașterea nu garantează automat protecția, dar crește șansele să iei decizii mai bune, să recunoști mai devreme riscul și să ceri ajutor la timp.

1. DEFINIȚII DE BAZĂ

În limbajul curent, oamenii folosesc cuvântul „adicție” pentru foarte multe lucruri: de la „sunt dependent de telefon” până la tulburări severe cu pierderea controlului, sevraj și consecințe serioase. În psihologie și medicină este important să fim mai preciși.

Prin comportament de risc înțelegem un comportament care crește probabilitatea unor consecințe negative: afectarea sănătății, a relațiilor, a rezultatelor școlare, a siguranței sau a legalității. Nu orice comportament de risc este adicție, dar unele comportamente de risc pot evolua în această direcție.

Prin consum experimental înțelegem încercarea ocazională a unei substanțe fără ca persoana să fi ajuns neapărat la pierderea controlului, încă. Faptul că ceva începe experimental nu înseamnă că este lipsit de risc, dimpotrivă. Unele substanțe cresc rapid probabilitatea repetării, mai ales când apar vulnerabilități emoționale, sociale sau biologice.

Prin uz problematic înțelegem un tipar de consum sau de comportament care începe să producă efecte negative: conflicte, scădere a performanței, minciună, preocupare excesivă, cheltuieli, probleme de somn, iritabilitate, izolare sau dificultăți de autocontrol.

Prin adicție sau tulburare de consum / tulburare adictivă înțelegem o stare în care căutarea și repetarea comportamentului devin greu de controlat, continuă în ciuda consecințelor și ocupă un loc disproporționat în viața persoanei. În cazul substanțelor, pot apărea toleranță și sevraj. În cazul comportamentelor, pot apărea craving, pierderea controlului, preocupare dominantă și folosirea comportamentului ca regulator emoțional.

Este importantă diferența dintre plăcere, obicei și adicție. Plăcerea este normală. Obiceiul este un comportament repetat, adesea automatizat. Adicția apare atunci când comportamentul începe să conducă persoana, nu doar să fie ales de ea.

Definiția modernă a adicției, susținută de institute de cercetare precum NIDA (National Institute on Drug Abuse), descrie adicția ca o tulburare cronică, recidivantă, caracterizată prin căutare și folosire compulsivă în ciuda consecințelor negative. Asta nu înseamnă că persoana este condamnată sau că „va fi așa toată viața”, ci că schimbarea are nevoie de înțelegere, intervenție și tratament susținut.

2. MODELUL BIOPSIHOSOCIAL AL ADICȚIILOR

Modelul biopsihosocial este unul dintre cele mai solide cadre pentru înțelegerea adicțiilor. El spune că nici genele, nici mediul, nici voința, nici trauma nu explică singure totul. Riscul apare din combinarea mai multor niveluri:

La nivel biologic contează sensibilitatea sistemului de recompensă, istoricul familial, temperamentul, impulsivitatea, reacția la stres, vulnerabilitățile psihiatrice și uneori particularități genetice. Nicio genă nu „produce” singură adicția.

La nivel psihologic contează felul în care persoana își reglează emoțiile, tolerează frustrarea, suportă plictiseala, gestionează rușinea, singurătatea, anxietatea sau depresia. Contează și stilul de gândire: minimalizarea, justificarea, negarea, speranța că „mă pot opri oricând”.

La nivel social contează anturajul, normele grupului, accesul la substanțe, modelul familial, supravegherea, legătura cu școala, stresul financiar, violența, presiunea socială și cultura digitală. Când un comportament este repetat în jurul tău și pare normalizat, bariera interioară scade.

Acest model este important pentru că te scoate din capcana explicațiilor simplistice moralizatoare. Nu e corect științific să spui despre un adolescent „consumă fiindcă este slab”. Mai exact ar fi: are o combinație de factori de risc, învață anumite asocieri și folosește o soluție rapidă pentru o problemă mai mare.

În prevenție, modelul biopsihosocial înseamnă că intervențiile eficiente nu se reduc la o predică. Standardele internaționale WHO-UNODC (World Health Organization - United Nations Office on Drugs and Crime)arată că funcționează mai bine intervențiile care combină familie, școală, competențe de viață, norme sănătoase și acces la ajutor, nu doar informații despre pericole.

3. CE SE ÎNTÂMPLĂ ÎN CREIER

Creierul nu este o scuză, dar este parte din explicație. Când vorbim despre adicții, sistemul de recompensă este esențial. Zone precum amigdala, hipocampusul și cortexul prefrontal participă la procesarea recompensei, învățării, memoriei și autocontrolului. Neurotransmițătorul despre care se vorbește cel mai des este dopamina. În spațiul public, dopamina este adesea prezentată greșit ca „molecula plăcerii”. Mai corect este să spunem că este implicată în învățarea legată de saliență, motivație, anticipare și predicția recompensei.

Când un comportament produce o recompensă intensă sau foarte rapidă, creierul învață: „asta merită repetat”. Dacă recompensa vine pe fundal de stres, plictiseală, rușine sau singurătate, învățarea poate fi și mai puternică, pentru că apare contrastul dintre disconfort și ușurare.

Modelul întăririi pozitive explică începutul multor adicții: persoana repetă ceva fiindcă îi produce o stare plăcută sau interesantă. Modelul întăririi negative explică menținerea: persoana repetă ceva fiindcă reduce temporar o stare neplăcută. „Mă simt gol, mă joc / vapez / consum / dau scroll și pentru puțin timp mă simt altfel.” Reducerea tensiunii funcționează ca recompensă.

Teoria sensibilizării motivației față de recompensă, propusă de Robinson și Berridge, descrie diferența dintre „liking” și „wanting” (a placea- a vrea). În timp, la unele persoane, dorința puternică de a căuta substanța sau comportamentul poate crește chiar și atunci când plăcerea efectivă scade. Cu alte cuvinte, ajungi să vrei foarte mult ceva care nici măcar nu îți mai face bine ca la început. Această teorie are suport important în literatura de neuroștiințe și este utilă pentru a înțelege de ce adicția nu este doar „căutare de plăcere”.

Un alt proces relevant este tranziția de la alegere la automatizare. Repetiția, mai ales în contexte similare, face ca răspunsurile să devină din ce în ce mai automate. Semnale aparent banale – locuri, oameni, ore, mirosuri, anumite stări – pot deveni stimuli declanșatori, care declanșează pofta sau impulsul. Acesta este motivul pentru care persoana poate spune sincer: „nici nu voiam, dar m-am trezit făcând-o”.

Adolescenții nu sunt „fără frâne”, dar dezvoltarea lor este inegală. Conform modelului dual al autoreglării și recompensei, sistemele implicate în recompensă și emoție devin foarte reactive în adolescență, în timp ce controlul prefrontal, planificarea și inhibiția se maturizează mai lent. De aici rezultă un amestec specific: intensitate emoțională mare, orientare spre noutate, sensibilitate la influența anturajului și dificultate mai mare în a opri un impuls când recompensa pare apropiată.

4. DE CE ADOLESCENȚA ESTE O PERIOADĂ SENSIBILĂ

Adolescența este o perioadă de dezvoltare, nu o „problemă”. Totuși, este o perioadă cu vulnerabilități specifice. Căutarea identității, nevoia de apartenență și explorarea sunt normale. Problema apare atunci când explorarea se intersectează cu produse, platforme și contexte concepute să capteze atenția și să maximizeze repetarea.

Sensibilitatea la evaluarea socială este foarte mare în adolescență. Opinia grupului poate cântări enorm. Teoria învățării sociale arată că oamenii învață prin observarea altora, mai ales a celor percepuți ca relevanți, admirați sau similari. Dacă anturajul transmite că vapingul, consumul, jocurile de noroc, pariurile sau folosirea anumitor medicamente „nu sunt mare lucru”, aceste norme influențează percepția riscului.

De asemenea, adolescenții au mai puțină experiență în a face diferența între disconfortul care poate fi tolerat și disconfortul care trebuie „anesteziat” imediat. Într-o cultură a recompensei rapide, orice stare neplăcută poate părea o urgență. De aici rezultă atractivitatea soluțiilor imediate: un puff, un shot, un scroll nesfârșit, un meci de pariuri, câteva ore de gaming, un medicament luat fără recomandare.

Cercetările NIDA privind dezvoltarea creierului adolescent arată că expunerea la substanțe în această etapă poate interfera cu procese de maturizare cerebrală și este asociată cu riscuri mai mari pentru probleme ulterioare. Asta înseamnă că prevenția și intervenția timpurie contează mult mai mult decât cred mulți adulți.

Un alt aspect relevant este că adolescența este perioada în care apar sau se clarifică multe dificultăți de sănătate mintală: anxietate, depresie, ADHD, tulburări de conduită, tulburări de somn, traumă. Dacă acestea rămân nediagnosticate sau netratate, riscul de a folosi substanțe ori comportamente adictive ca strategie de reglare crește.

5. TIPURI DE ADICȚII ȘI COMPORTAMENTE ADICTIVE

În ghidurile serioase trebuie să distingem între adicțiile de substanță și comportamentele adictive. Ele au puncte comune, dar nu sunt identice.

Adicțiile de substanță includ, printre altele, alcoolul, nicotina, produsele de vaping, cannabisul, stimulantele, opioidele, sedativele, inhalanții sau utilizarea problematică a unor medicamente. În aceste cazuri, substanța modifică direct funcționarea sistemului nervos și poate produce toleranță, sevraj și efecte fiziologice specifice.

Comportamentele adictive includ jocurile de noroc, uneori gamingul problematic, folosirea compulsivă a pornografiei, cumpărăturile compulsive sau utilizarea problematică a rețelelor sociale. Nu toate aceste comportamente au același statut diagnostic în toate clasificările, dar literatura recunoaște că unele pot produce tipare similare de dorință/poftă, pierderea controlului, preocupare excesivă și continuare în ciuda consecințelor.

Este important să nu transformi orice pasiune intensă într-un diagnostic. Faptul că un adolescent petrece mult timp la un joc, la sport sau la muzică nu înseamnă automat adicție. Criteriile relevante sunt afectarea funcționării, pierderea controlului, centralitatea comportamentului și consecințele.

Un principiu bun este acesta: întrebarea nu este doar „cât de mult?”, ci și „cu ce preț?”. Dacă apare minciuna, iritabilitatea la întrerupere, abandonul altor activități, scăderea somnului, izolarea, cheltuieli ascunse sau afectarea școlii, atunci problema merită luată în serios.

6. ADICȚIILE DE SUBSTANȚĂ

Alcoolul este adesea subestimat de adolescenți pentru că este legal pentru adulți și foarte prezent cultural. Totuși, pentru creierul aflat în dezvoltare, în mod deosebit, dar și pentru adulți consumul de alcool este asociat cu riscuri cognitive, emoționale și comportamentale. Consumul excesiv episodic scade controlul inhibitor și crește comportamentele sexuale riscante, accidentele, conflictele și violența. CDC (**Centers for Disease Control and Prevention**) notează asocierea dintre consumul de substanțe și alte comportamente de risc la tineri.

Nicotina, inclusiv prin vaping, este frecvent prezentată ca „mai ușoară” sau „mai curată”. Asta este o concluzie periculoasă. Deși produsele nu sunt identice, nicotina rămâne o substanță cu potențial adictiv mare. În adolescență, expunerea repetată poate susține dependența și poate modifica circuitele legate de atenție, învățare și reactivitate la recompensă. Mulți adolescenți intră în dependență fără să observe, deoarece vapingul are ritual scurt, discret și repetitiv.

Cannabisul este alt exemplu de substanță despre care circulă multe mituri. Faptul că ceva este prezentat de unii ca „natural” nu spune nimic, în sine, despre profilul de risc. Dovezile arată că, mai ales la adolescenți și mai ales la utilizare frecventă, există riscuri pentru atenție, memorie de lucru, motivație, performanță școlară și uneori pentru sănătatea mintală, în special la persoanele vulnerabile.

Medicamentele folosite fără recomandare – sedative, anxiolitice, stimulante, opioide, antitusive în doze mari – pot părea „mai sigure” fiindcă provin din farmacie. În realitate, utilizarea lor fără indicație medicală este riscantă. Unele produc somnolență, dependență, sevraj, scăderea respirației sau combinații periculoase cu alcoolul și alte substanțe.

Un punct esențial pentru adolescenți este acesta: faptul că un coleg „a fost ok” după un anumit consum nu este dovadă de siguranță. Răspunsul la substanțe diferă de la o persoană la alta în funcție de doză, greutate, stare psihică, somn, hidratare, combinații și vulnerabilități individuale. Și, cu siguranță, și acea persoană va experimenta efectele secundare negative.

7. COMPORTAMENTELE ADICTIVE

Jocurile de noroc au unul dintre cele mai bine documentate mecanisme comportamentale de captare. Ele folosesc întărirea intermitentă: recompensa apare imprevizibil. Din perspectiva psihologiei învățării, acesta este unul dintre cele mai puternice tipare de menținere a unui comportament. Tocmai incertitudinea ține comportamentul în viață. „Poate data viitoare.” Același principiu apare și în unele mecanici din jocuri sau aplicații.

Gamingul problematic nu înseamnă că jocurile video sunt în sine „rele”. Pentru mulți tineri ele oferă competență, apartenență, explorare și relaxare. Problema apare când jocul devine principalul sau singurul mod de reglare emoțională, când somnul, școala și relațiile sunt sacrificate și când există iritabilitate severă la întrerupere.

Utilizarea problematică a rețelelor sociale se leagă de recompense sociale variabile: like-uri, mesaje, feedback, comparație, anticipare. Platformele sunt proiectate să crească timpul petrecut și rata de revenire. Asta nu înseamnă că „telefonul este drog” în sens medical, dar înseamnă că mediul digital folosește mecanisme bine cunoscute de captare a atenției și de consolidare a obiceiurilor.

Pornografia poate deveni comportament compulsiv la unii adolescenți, mai ales când este folosită repetat pentru reducerea stresului, singurătății, rușinii sau anxietății. În timp, poate deforma așteptările despre sexualitate, intimitate și corp, mai ales când educația sexuală și emoțională lipsește.

Un criteriu practic pentru orice comportament adictiv este următorul: dacă acel comportament îți scurtează libertatea de alegere, îți ocupă mintea disproporționat și începe să îți mănânce restul vieții, problema nu mai este „doar hobby” sau „doar distracție”. Tot ceea ce poate conduce la adicție nu poate fi considerat distracție nici macar o singura dată.

8. FACTORI DE RISC ȘI FACTORI DE PROTECȚIE

Cercetarea despre riscuri și protecție este foarte consistentă: adicțiile nu apar dintr-o singură cauză, ci din combinații de vulnerabilități și contexte.

Factori de risc individuali pot fi: impulsivitatea crescută, căutarea intensă de senzații, dificultățile de reglare emoțională, tulburările de atenție, anxietatea, depresia, insomnia, trauma, sentimentul de gol, toleranța redusă la frustrare și tendința de a căuta soluții imediate.

Factori de risc familiali pot fi: consumul problematic în familie, violența, neglijarea, lipsa de structură, supravegherea inconsistentă, conflictele cronice, lipsa de conectare emoțională, mesaje ambigue de tipul „nu e bine să faci asta, dar toți fac”.

Factori de risc sociali includ: anturajul consumator, accesul ușor la produse, normele permissive, lipsa conectării la școală, bullyingul, excluderea, sărăcia, lipsa activităților alternative și comunitățile unde comportamentul problematic este normalizat.

Factorii de protecție nu sunt simple „calități frumoase”, ci condiții care reduc probabilitatea de evoluție spre problemă: relații sigure cu adulți, monitorizare caldă și consecventă, conectare la școală, grup de prieteni care nu normalizează consumul, activități care dau sens și competență, somn suficient, sport, capacitate de a cere ajutor și abilități de reglare emoțională.

CDC și alte surse oficiale insistă că prevenția eficientă crește factorii de protecție și reduce factorii de risc, în loc să se bazeze exclusiv pe frică sau moralizare.

9. MECANISME PSIHOLOGICE CARE MENȚIN ADICȚIA

Una dintre cele mai importante idei validate în psihologie este că multe comportamente problematice au funcție. Asta nu înseamnă că sunt bune, ci că „servesc” ceva pe termen scurt. Pentru a înțelege adicția, întrebarea utilă nu este doar „de ce faci asta?”, ci „ce face asta pentru tine?”.

Pentru unii adolescenți, funcția este reducerea anxietății. Pentru alții, amortizarea tristeții. Pentru alții, apartenența. Pentru alții, stimularea, când viața pare plată sau lipsită de sens. Pentru alții, controlul: într-un context haotic, ritualul comportamentului oferă predictibilitate.

Ipoteza auto-medicației are suport parțial și trebuie folosită cu nuanță. Nu orice consum este auto-medicație, dar pentru o parte dintre persoane există o legătură între simptome psihice și folosirea substanțelor sau a unor comportamente pentru ușurare temporară. Aici intervine un punct crucial: faptul că ceva funcționează pe termen foarte scurt nu spune nimic despre costul pe termen mediu și lung.

Mecanismul este adesea acesta: stare dificilă -> comportament -> ușurare rapidă -> creierul învață că asta e soluția. Dacă soluția se repetă, alte abilități de reglare rămân mai puțin dezvoltate. De aceea, tratamentul și prevenția nu pot însemna doar „oprește-te”, ci trebuie să includă înlocuirea funcției comportamentului cu alternative reale.

Rușinea are și ea un rol major. Mulți adolescenți intră într-un cerc: folosesc ceva, se simt vinovați, se ascund, se izolează, apoi folosesc din nou pentru a scăpa de rușinea produsă de episodul anterior. Din acest motiv, abordările bazate doar pe umilire sau etichetare sunt nu doar crude, ci și ineficiente.

10. SEMNE TIMPURI ȘI SEMNE DE ALARMĂ

Semnele timpurii nu sunt diagnostice, dar sunt indicii care merită observate. Un singur semn izolat nu dovedește automat o adicție. Totuși, când apar mai multe și se repetă, tabloul devine important.

Semnale comportamentale: minciună, secretizare, schimbare bruscă de program, iritabilitate la întrerupere, ieșiri frecvente neexplicate, scăderea interesului pentru activități vechi, preocupare excesivă pentru bani, dispozitiv, anturaj sau anumite momente din zi.

Semnale școlare: scăderea performanței, absenteism, întârziere, lipsă de energie, nepredarea temelor, imposibilitatea de a rămâne în sarcină, somnolență, conflicte crescute.

Semnale emoționale: anxietate, oscilații de dispoziție, apatie, rușine, retragere, reacții disproporționate, sentiment de gol, lipsă de speranță, defensivitate extremă.

Semnale sociale: schimbarea grupului, izolarea de prietenii vechi, apropierea de persoane care normalizează comportamente de risc, conflict cu familia, retragere din activități comune.

Semnale fizice pot include modificări de somn, apetit, ochi iritați, tremor, mirosuri neobișnuite, probleme de concentrare, agitație sau, dimpotrivă, sedare. Acestea nu trebuie interpretate superficial, pentru că pot avea și alte cauze. Totuși, în contextul potrivit, ele merită evaluate.

Un semn foarte important este pierderea treptată a flexibilității. Când comportamentul devine rigid și persoana nu mai poate renunța la el nici măcar pentru lucruri importante, problema este mai serioasă decât pare.

11. MITURI CARE FAC RĂU

Mit: „Dacă nu consumi zilnic, nu e problemă.” Realitate: frecvența contează, dar nu este singurul criteriu. Există și tipare episodice foarte riscante, inclusiv binge consuming (consumul compulsiv, dintr-o dată) sau episoade intense de consum cu consecințe serioase.

Mit: „Toți adolescenții fac asta.” Realitate: percepția normei este adesea distorsionată. Un comportament vizibil nu este același lucru cu un comportament universal. Supralicitarea normei sociale crește riscul de imitare.

Mit: „Vapingul este doar apă cu aromă.” Realitate: multe produse conțin nicotină sau alte substanțe și pot susține dependența și expunerea pulmonară. Subestimarea este o problemă majoră.

Mit: „Dacă pot să mă opresc o zi, nu sunt dependent.” Realitate: controlul nu se evaluează într-o singură zi. Contează capacitatea de a opri stabil, fără a compensa prin poftă, minciună, iritabilitate și reluare rapidă.

Mit: „Problema este doar la droguri grele.” Realitate: adicțiile se dezvoltă pe un continuum. Nicotina, alcoolul, pariurile, jocurile de noroc și alte comportamente pot avea impact profund.

Mit: „Dacă îi sperii pe adolescenți suficient, se opresc.” Realitate: frica poate produce reacții scurte, dar nu este baza cea mai eficientă pentru schimbare. Standardele internaționale favorizează intervențiile bazate pe abilități, relații, structură și norme sănătoase.

Mit: „Doar cei cu familii grave ajung aici.” Realitate: riscul crește în contexte dificile, dar adicțiile pot apărea în medii foarte diferite. Uneori vulnerabilitatea este ascunsă sub performanță, popularitate sau aparență de control.

12. PREVENȚIA PE BAZĂ DE DOVEZI

În prevenția bazată pe dovezi, informația singură nu este suficientă. Școala, familia și grupul de prieteni trebuie să contribuie la un mediu în care comportamentele sănătoase au sens și sunt posibile.

Competențele de viață contează: identificarea emoțiilor, reglarea stresului, toleranța la frustrare, luarea deciziilor, rezolvarea de probleme, refuzul presiunii, cererea de ajutor. Programele interactive care exersează aceste abilități au mai mult suport decât lecțiile bazate doar pe predare unidirecțională.

Conectarea la școală este factor protector. Când simți că aparții, că ești văzut și că există măcar un adult care te ia în serios, probabilitatea de a ascunde sau de a lăsa problema să crească scade.

În familie, monitorizarea caldă și consecventă este mai utilă decât controlul haotic. A ști unde este copilul, cu cine este și ce face nu înseamnă invadare totală, ci protecție proporțională. Relația și limitele nu sunt opuse; se completează.

Rutina contează mult mai mult decât pare. Somnul insuficient, mesele haotice, lipsa mișcării și timpul digital nelimitat scad controlul inhibitor și cresc vulnerabilitatea. Prevenția nu începe doar când apare un dealer sau o aplicație riscantă; începe în felul în care arată viața de zi cu zi.

UNODC și WHO subliniază că intervențiile preventive eficiente sunt adaptate vârstei, interactive și implementate în etape de dezvoltare, nu doar ocazional, de tip „campanie și gata”.

13. CE FUNCȚIONEAZĂ ȘI DE CE

Există câteva lucruri care ajută în mod repetat, indiferent de tipul adicției:

1. **Observarea fără negare. Cu cât problema este văzută mai devreme, cu atât șansele de intervenție sunt mai bune.**
2. **Limbajul fără rușinare. Comportamentele problematice cresc în secret și izolare.**
3. **Clarificarea funcției. Ce rezolvă comportamentul pe termen scurt?**
4. **Înlocuirea, nu doar interzicerea. Dacă scoți singura soluție pe care cineva o are pentru stres, dar nu construiești alta, recăderea este probabilă.**
5. **Structura mediului. Reducerea accesului, schimbarea rutinelor, separarea de cue-uri și contexte.**
6. **Relația cu cel puțin un adult sigur. Este unul dintre cei mai puternici factori protectivi.**
7. **Ajutor specializat când apar semne de dependență sau comorbiditate.**

În terapie și consiliere, abordări precum Interviul Motivațional au suport bun pentru lucrul cu ambivalența. Mulți adolescenți nu sunt complet „gata” să se schimbe. O parte din ei vrea să se oprească, altă parte încă vede beneficii. Interviul motivațional nu moralizează, ci explorează această ambivalență și susține schimbarea autonomă.

Terapiile cognitiv-comportamentale au suport important pentru înțelegerea legăturii dintre gânduri, emoții, comportamente și triggeri. Ele ajută persoana să observe tiparele, să își construiască alternative și să învețe strategii de coping.

14. AUTOEVALUARE FĂRĂ AUTOÎNȘELARE

Un exercițiu simplu și util este analiza ABC:

- A** – antecedent: ce s-a întâmplat înainte? unde eram? cu cine? ce simțeam?
- B** – behavior: ce am făcut exact?
- C** – consequence: ce am obținut imediat? ce am pierdut după?

Exemplu: m-am certat acasă -> am stat singur și am dat scroll / am consumat / am jucat -> m-am simțit mai puțin tensionat 20 de minute -> apoi m-am culcat târziu, am mințit, am lipsit de la test și m-am simțit și mai prost. Acest model, folosit în terapii comportamentale, te ajută să vezi funcția și costul real.

Alt instrument util este scara controlului:

- Pot amâna?
- Pot reduce?
- Pot opri câteva zile fără să devin foarte iritat sau obsedat?
- Pot spune adevărul despre cât, când și cât de des?
- Am continuat după ce au apărut consecințe?
- A început să îmi mănânce timp, bani, somn și relații?

Dacă răspunsurile merg în direcția pierderii controlului, nu te certa singur. Folosește informația ca semnal de acțiune. Rușinea pasivă nu schimbă nimic; evaluarea sinceră poate schimba direcția.

15. STRATEGII PRACTICE PENTRU MOMENTELE GRELE

Când cineva îți spune „oprește-te”, de multe ori nu te ajută dacă nu ai cu ce să înlocuiești comportamentul. De aceea, strategiile practice trebuie să fie concrete.

Pentru poftă sau impuls:

- întârzie 10 minute și observă valul; multe impulsuri cresc și scad;
- schimbă contextul fizic: ridică-te, ieși din cameră, mută-te într-un spațiu fără stimuli;
- elimină accesul rapid: scoate aplicația, cardul, produsul, contactul, ruta;
- respiră lent și prelungește expirația; reglarea fiziologică ajută controlul cognitiv;
- bea apă, spală-te pe față, mișcă-ți corpul; nu sunt „trucuri magice”, dar schimbă starea.

Pentru stres:

- identifică starea exactă: nu e același lucru să fii furios, trist, panicat sau plictisit;
- folosește o alternativă cu funcție similară: dacă ai nevoie de descărcare, alege mișcare; dacă ai nevoie de amortire, caută mai întâi conectare și calmare; dacă ai nevoie de competență, alege ceva ce poți termina.

Pentru context social:

- pregătește dinainte refuzuri scurte;
- nu merge singur în locuri unde știi că presiunea e mare;
- stabilește cu un prieten sigur un semnal de ieșire;
- păstrează bani pentru transport și telefonul încărcat;
- când ai dubii, pleacă devreme, nu târziu.

Pentru mediul digital:

- scoate notificările neesențiale;
- mută aplicațiile-problemă de pe ecranul principal;
- folosește limite tehnice reale, nu doar promisiuni;
- stabilește zone fără telefon: baie, pat, masă, învățat;
- dormi cu telefonul în altă parte dacă somnul e deja afectat.

Aceste strategii sunt simple, dar nu banale. Ele reduc fricțiunea necesară pentru alegerea bună și cresc fricțiunea pentru alegerea care te trage în jos.

16. CUM CERİ AJUTOR

Mulți adolescenți nu cer ajutor nu fiindcă „nu înțeleg”, ci fiindcă se tem. Se tem de pedeapsă, rușine, scandal, control total sau dezamăgirea adulților. Din acest motiv, primul pas trebuie să fie cât mai clar și mai simplu.

Formula utilă este aceasta:

1. Spun ce se întâmplă, nu ce „sunt”.
2. Spun concret de cât timp durează.
3. Spun ce am încercat și nu a mers.
4. Spun de ce mi-e frică dacă spun.
5. Cer un pas precis.

Exemplu: „De câteva luni nu mă mai pot opri din vaping și simt că am pierdut controlul. Am încercat să reduc singur, dar după două zile o iau de la capăt. Mi-e frică să îți spun pentru că nu vreau scandal. Am nevoie să mă ajuți să găsesc pe cineva cu care să vorbesc.”

Ajutorul poate veni de la părinte, alt adult din familie, diriginte, profesor de încredere, consilier școlar, psiholog, medic de familie sau alt specialist în sănătate mintală / adicții. Nu toți adulții reacționează ideal din prima. Dacă primul răspuns este prost, asta nu înseamnă că nu trebuie să ceri ajutor din nou altcuiva.

În caz de urgență medicală sau psihiatrică – pierderea cunoștinței, dificultăți de respirație, convulsii, idei suicidare, automutilare severă, combinații periculoase de substanțe – prioritatea este siguranța fizică și apelarea serviciilor de urgență.

17. DACĂ ESTE VORBA DESPRE UN PRIETEN

Dacă bănuiești că un prieten are o problemă, nu deveni detectiv, salvator unic sau terapeut. Rolul tău este de prieten responsabil, nu de specialist.

Ce ajută:

- vorbește în privat, nu în grup;
- descrie ce ai observat, nu ce etichete crezi;
- folosește exemple: „te-am văzut lipsind, mințind și tremurând după ce ai spus că te lași”;
- vorbește calm și direct;
- întreabă cum îl poți ajuta să ceară ajutor real.

Ce nu ajută:

- umilirea;
- șantajul moral;
- promisiunea că „păstrezi secretul orice ar fi”;
- participarea la acoperirea problemei;
- transportul, cumpărarea, păstrarea sau ascunderea substanțelor.

Există situații în care confidențialitatea între prieteni trebuie ruptă. Dacă există risc de supradoză, auto-vătămare, abuz, exploatare, violență sau pierdere severă a controlului, anunțarea unui adult nu este trădare. Este protecție.

Un model simplu:

„Îmi pasă de tine. Nu vreau să te judec. Dar ce văd mă sperie și nu pot ține asta doar între noi. Vreau să mergem împreună la un adult / specialist.”

18. ROLUL ȘCOLII ȘI AL ADULȚILOR DIN EDUCAȚIE

Școala nu poate înlocui familia și nici tratamentul, dar poate fi un factor major de protecție sau de risc. Un climat umilitor, haotic sau exclusiv punitiv crește ascunderea. Un climat predictibil, ferm și uman crește șansa de intervenție timpurie.

Pentru adolescenți, câteva idei sunt esențiale:

- profesorul nu trebuie să fie prietenul tău, dar este bine să existe măcar un adult la școală care te ia în serios;
- sancțiunile fără evaluare și sprijin rareori rezolvă problema;
- prevenția bună nu înseamnă doar afișe și sloganuri, ci ore interactive, norme clare și acces la consiliere;
- conectarea la școală este factor protector documentat.

Dacă ești elev și te temi că școala va reacționa prost, caută adultul cel mai stabil și mai discret. Uneori nu este dirigintele, ci consilierul, un profesor anume sau un coordonator.

19. CE ESTE UTIL ÎN FAMILIE

Famiile fac uneori două greșeli opuse: negarea și panica. Negarea apare când adulții minimalizează: „e o fază”, „toți fac”, „mai bine nu aflu”. Panica apare când reacția este exclusiv agresivă: țipete, umilire, confiscare haotică, monitorizare totală fără dialog. Niciuna nu este eficientă pe termen lung.

Ce ajută mai mult:

- descrierea faptelor, nu a identității copilului;
- combinarea limitelor cu interes real pentru cauzele din spate;
- căutarea de ajutor înainte ca problema să devină severă;
- coerență între adulți;
- reducerea accesului fără a transforma casa într-un câmp de luptă permanent.

Când familia spune „nu înțeleg de ce face asta, are tot ce îi trebuie”, de multe ori lipsește întrebarea corectă: „ce încearcă să regleze sau să obțină prin asta?”. Răspunsurile pot fi inconfortabile: presiune, rușine, singurătate, lipsa sentimentului de competență, traumă, nevoia de apartenență, conflict nerezolvat sau pur și simplu un obicei întărit mult prea mult.

20. CUM ARATĂ SCHIMBAREA REALĂ

Schimbarea rar se produce liniar. Multe modele clinice descriu procesul în etape: precontemplare, contemplare, pregătire, acțiune, menținere și uneori recădere. Acest mod de a înțelege schimbarea este folosit frecvent în intervențiile motivaționale.

În precontemplare, persoana nu vede încă problema sau o minimalizează. În contemplare, începe să vadă costul, dar încă percepe și beneficii. În pregătire, face un plan. În acțiune, încearcă efectiv schimbarea. În menținere, încearcă să susțină noul tipar. Recăderea nu este „dovada că totul a fost fals”, ci o parte posibilă a procesului.

Ce înseamnă asta pentru tine? Că nu are sens să aștepti motivația perfectă. Poți începe cu ambivalență. De asemenea, dacă ai avut o recădere, întrebarea utilă nu este „ce e în neregulă cu mine?”, ci „ce nu am înțeles încă despre triggerii mei, despre suportul meu și despre planul meu?”.

Un plan de schimbare realist include:

- de ce vreau să mă schimb;
- ce comportament exact schimb;
- care sunt stimulii mei principali;
- ce fac în primele 24 de ore dificile;
- pe cine anunț;
- ce scot din mediu;
- ce pun în loc;
- ce fac dacă recad.

Acesta este genul de schimbare susținută de știință: specifică, monitorizată, asistată și adaptabilă.

21. RECĂDEREA ȘI PREVENIREA EI

Recăderea nu trebuie romanticizată, dar nici interpretată ca eșec final. În adicții, recăderea poate apărea fiindcă rețeaua veche de asocieri și obiceiuri rămâne activă mult timp. De aceea, menținerea schimbării presupune mai mult decât voință de moment.

Cei mai frecvenți factori de recădere sunt:

- expunerea la cue-uri puternice;
- stres intens;
- izolare;
- somn prost;
- supraîncredere de tipul „acum sunt ok, pot să încerc doar puțin”;
- lipsa planului pentru momentele rele;

- presiunea grupului;
- abandonarea rutinelor sănătoase care păreau „mici”.

Prevenirea recăderii înseamnă:

- să recunoști patternul personal;
- să ai un plan scris;
- să observi semnele timpurii;
- să reparați repede, nu să lași o alunecare mică să devină revenire totală.

Fraza utilă nu este „am stricat tot”, ci „am avut un episod, îl opresc aici și învăț din el”.

22. CÂND ADICȚIA VINE ÎMPREUNĂ CU ALTE PROBLEME

Există situații în care problema de adicție nu poate fi separată de altă dificultate majoră: depresie, anxietate, traumă, ADHD, tulburări de alimentație, automutilare, suicid, abuz, exploatare, violență. Când acestea apar împreună, vorbim despre comorbiditate sau co-ocurență, iar evaluarea trebuie făcută serios.

Nu este neobișnuit ca un adolescent cu ADHD nedagnosticat să folosească nicotina pentru a se simți mai „reglat”, sau ca un adolescent cu anxietate socială să folosească alcoolul pentru a suporta grupul, sau ca cineva cu depresie să folosească scrollingul compulsiv, gamingul sau substanțele ca să amortească starea. Asta nu înseamnă că „problema reală nu e adicția”, ci că sunt mai multe probleme care se întrețin reciproc.

Abordarea serioasă este integrată: evaluarea stării psihice, a consumului, a contextului și a siguranței. În astfel de situații, tratamentul doar al unuia dintre elemente este adesea insuficient.

23. ADICȚII ȘI CAPTAREA ATENȚIEI ÎN MEDIUL DIGITAL

În mediul digital, riscul nu este doar conținutul, ci și arhitectura platformelor. Multe aplicații folosesc recompense variabile, autoplay, recomandări personalizate, infinite scroll, streaks, notificări și feedback social. Toate acestea cresc revenirea și timpul petrecut. Din perspectiva științei comportamentale, vorbim despre design care reduce fricțiunea pentru repetare.

Nu este corect științific să spui că orice utilizare intensă a telefonului este adicție. Dar este corect să spui că anumite sisteme sunt construite pentru captarea atenției, iar adolescenții reprezintă o categorie vulnerabilă la aceste mecanisme.

Semnele de utilizare problematică includ:

- pierderea orelor de somn;
- incapacitatea de a te opri;
- anxietate când nu ai acces;
- afectarea concentrării;
- renunțarea la activități offline;
- revenirea automată când apar emoții neplăcute.

Un principiu util este acesta: întreabă-te nu doar „cât folosesc?”, ci „cine conduce pe cine?”.

24. CONSECINȚE REALE, NU DOAR TEORETICE

Acest ghid nu este un manual juridic, dar merită să știi că unele comportamente asociate consumului sau adicțiilor au implicații legale serioase: deținerea și distribuția anumitor substanțe, conducerea sub influență, furtul pentru a finanța consumul, falsul, șantajul sexual, pariurile în condiții ilegale, distribuirea de imagini intime sau cumpărarea de substanțe online.

Pentru adolescenți, ideea importantă este aceasta: nu toate consecințele sunt „interioare”. Uneori apar și consecințe școlare, juridice, medicale sau de reputație digitală, iar acestea pot rămâne mult după ce episodul emoțional a trecut.

În același timp, teama de consecințe legale nu ar trebui să blocheze cererea de ajutor în situații de urgență. Când viața sau integritatea fizică sunt în pericol, prioritatea este siguranța.

25. ÎNTREBĂRI FRECVENTE

Î: Dacă am încercat o dată, înseamnă că am o adicție?

R: Nu, dar acolo se ajunge, de la o singură dată. Dar înseamnă că merită să nu te minți despre context, presiune, motivație și risc.

Î: Dacă eu consum doar ca să mă liniștesc, e mai puțin grav?

R: Faptul că funcția este calmarea explică ceva, dar nu scade automat riscul. Uneori îl crește.

Î: Dacă părinții mei află, sigur o să facă scandal. Mai cer ajutor?

R: Da. Dacă un adult reacționează prost, cauți alt adult. Siguranța e mai importantă decât confortul de moment.

Î: Pot să mă las singur?

R: Uneori da, mai ales dacă problema este la început și există suport. Alteori ai nevoie de ajutor specializat. A cere ajutor mai devreme este mai eficient decât a aștepta „să devină destul de grav”.

Î: Dacă am recăzut, înseamnă că nu are rost?

R: Nu. Înseamnă că planul trebuie ajustat și că unele vulnerabilități nu au fost încă gestionate.

Î: Dacă problema mea nu e cu substanțe, ci cu telefonul / jocurile / pornografia, se pune?

R: Da, dacă există pierderea controlului, afectare și continuare în ciuda consecințelor. Nu toate aceste comportamente au exact același statut diagnostic, dar pot fi foarte reale ca problemă.

Î: Dacă prietenii mei fac asta și par ok?

R: Ce vezi la suprafață nu este evaluare clinică. Mulți oameni par „ok” până când costurile cresc.

26. PLAN DE ACȚIUNE

Dacă vrei să transformi ghidul într-un plan, poți începe cu următorii pași:

- Pasul 1:** scrie pe o foaie care este problema exactă. Nu „viața mea e haos”, ci „vapez zilnic”, „pariez online”, „mă pierd noaptea în scrolling până la 3”, „nu mă pot opri din joc când sunt stresat”.
- Pasul 2:** identifică trei stimuli principali: stare, context, persoană.
- Pasul 3:** spune adevărul unui adult sau unui specialist. O problemă numită clar devine mai gestionabilă.
- Pasul 4:** schimbă mediul înainte să încerci să schimbi doar voința. Scoate aplicația, schimbă traseul, limitează accesul, evită contextul de risc.
- Pasul 5:** pregătește o alternativă funcțională, nu doar „nu mai fac”. Ce pui în loc când apare stresul, golul, plictiseala sau presiunea?
- Pasul 6:** notează ce faci dacă ai o alunecare. Nu lăsa planul doar pentru zilele bune.
- Pasul 7:** urmărește progresul realist. Uneori progres înseamnă mai puține episoade, mai multă sinceritate, cererea ajutorului, mai puțină minciună, mai mult somn.

Adicția este serioasă, dar nu este identitatea ta. Faptul că ai intrat într-un tipar nu înseamnă că acesta este singurul tău viitor.

27. ALCOOLUL: DE CE ESTE SUBESTIMAT

Alcoolul este probabil substanța pe care adolescenții o văd cel mai des normalizată. Tocmai de aceea este și una dintre cele mai periculoase în sens social: pare familiar, pare „civilizat”, pare mai puțin amenințător decât alte substanțe. Totuși, efectele lui asupra deciziei, inhibiției și siguranței sunt majore. Când alcoolul intră în scenă, crește probabilitatea de agresivitate, accidente, sex neprotejat, conflicte și expunere la alte substanțe.

Din punct de vedere psihologic, alcoolul este des folosit pentru dezinhibare socială. Adolescenții anxioși, timizi sau foarte preocupați de evaluarea altora pot simți că „devin mai relaxați” după consum. Aici apare o capcană de învățare extrem de puternică: persoana nu învață cum să gestioneze anxietatea socială, ci învață că are nevoie de o substanță pentru a tolera contextul. Pe termen scurt pare soluție; pe termen lung devine dependență de contextul chimic.

Un alt risc este interpretarea greșită a controlului. Mulți adolescenți spun „știi cât pot duce”. În realitate, tocmai alcoolul scade capacitatea de a evalua corect cât control mai ai. De aceea, decizia de a continua apare adesea exact când judecata este deja afectată.

În prevenție, mesajele utile nu sunt „alcoolul este rău și gata”, ci: alcoolul afectează controlul, poate amplifica impulsivitatea, crește vulnerabilitatea la alte riscuri și nu este o metodă sănătoasă de reglare. Dacă este folosit repetat pentru curaj, apartenență sau amortire, problema nu este doar alcoolul, ci și funcția pe care a început să o ocupe.

28. NICOTINA ȘI VAPINGUL: DE CE DEPENDENȚA POATE APĂREA REPEDE

Nicotina este una dintre substanțele cu potențial adictiv mare, iar adolescenții o subestimează frecvent fiindcă forma modernă de livrare – vape, puf, dispozitive discrete, arome – pare mai puțin „serioasă” decât țigara clasică. Asta este o iluzie de ambalaj. Ceea ce contează este compusul activ și felul în care intră în circuitul repetitiv al comportamentului.

Multe produse de vaping permit administrări scurte, dese, aproape fără ritual vizibil. Din perspectivă comportamentală, asta înseamnă multe micro-recompense pe parcursul zilei. Cu cât numărul de repetări este mai mare, cu atât asocierea dintre stare, context și comportament se învață mai repede.

La adolescenți, nicotina este des legată de apartenență și de identitate socială: „nu e mare lucru”, „toți încearcă”, „e doar aromă”, „mă ajută la stres”. Din nou, funcția imediată maschează costul real. Dependenta de nicotină nu trebuie să arate dramatic ca să fie reală. Uneori arată banal: nevoie constantă de pauză, iritabilitate, imposibilitatea de a sta fără dispozitiv, gânduri repetate legate de următorul moment de utilizare.

Un element practic important: dacă te surprinzi că îți organizezi ziua în funcție de când poți să vapezi, că ascunzi consumul, că devii iritat dacă nu ai acces sau că promiți că reduci și nu reușești, acestea sunt semne că nu mai este „doar un obicei social”.

29. CANNABISUL: NATURAL NU ÎNSEAMNĂ AUTOMAT SIGUR

În multe grupuri de adolescenți circulă ideea că „iarba” este mai puțin problematică fiindcă este naturală sau fiindcă este prezentată în online ca instrument de relaxare sau creativitate. Aceste argumente sunt incomplete și înșelătoare. În știință, „natural” nu este categorie de siguranță.

La unii adolescenți, consumul de cannabis este legat de reducerea tensiunii, de scăpare din plictiseală sau de ritualul de grup. Pentru alții, este o încercare de a opri gândurile rapide sau de a ieși din hiperactivare. Aceste funcții trebuie înțelese, fiindcă altfel persoana va simți doar că i se ia ceva „care o ajuta”. Dar faptul că reduce temporar tensiunea nu anulează riscul pentru memorie, atenție, motivație și, în anumite cazuri, pentru agravarea problemelor de sănătate mintală.

Problema majoră la adolescenți este că dezvoltarea neurocognitivă este în curs. Când consumul devine frecvent, apar dificultăți în a păstra direcția, a organiza sarcini, a tolera monotonia și a rămâne conectat la obiective pe termen lung. Uneori schimbarea este lentă și de aceea greu de observat: persoana nu „cade brusc”, ci alunecă treptat într-o viață mai îngustă, cu motivație mai slabă și mai multe justificări.

30. MEDICAMENTELE FOLOSITE FĂRĂ INDICAȚIE

Un capitol foarte important pentru adolescenți este utilizarea necorespunzătoare a medicamentelor. Pentru că provin din farmacii sau din casele oamenilor, ele par mai sigure decât substanțele „de pe stradă”. Dar siguranța unui medicament depinde de indicație, doză, combinații și supraveghere medicală.

Sedativele, anxioliticele, anumite somnifere, opioidele, stimulantele luate fără prescripție sau fără respectarea indicației pot produce dependență, probleme respiratorii, afectarea vigilenței și combinații foarte periculoase, mai ales cu alcool.

Un mecanism tipic este acesta: adolescentul are insomnie, anxietate sau presiune academică, ia un medicament „ca să funcționeze” sau „ca să poată dormi”, simte ușurare, apoi repetă. Pentru unii, medicamentul devine soluția principală, iar fără el apare sentimentul că nu mai pot face față. Aici este esențială evaluarea medicală reală, pentru că simptomele din spate trebuie tratate corect, nu amortite la întâmplare.

31. JOCURILE DE NOROC ȘI PARIURILE: CAPCANA RECOMPENSEI IMPREVIZIBILE

Jocurile de noroc și pariurile sunt exemplul clasic de întărire intermitentă. Nu câștigi mereu, iar tocmai această imprevizibilitate face sistemul foarte captivant. Psihologia experimentală a arătat de mult că un comportament recompensat variabil poate deveni foarte rezistent la stingere.

Adolescenții sunt vulnerabili la iluzii cognitive precum:

- iluzia controlului: cred că pricep mai bine decât este real;
- eroarea aproape-câștigului: percep episodul „era cât pe ce” ca semn că urmează succesul;
- recuperarea pierderilor: intră în logica „mai încerc o dată ca să recuperez”.

Aceste distorsiuni sunt bine documentate. Nu sunt semn de prostie, ci de funcționare cognitivă predictibilă într-un sistem creat să exploateze exact aceste biasuri. Tocmai de aceea, pentru mulți adolescenți foarte inteligenți, pariurile pot deveni o problemă serioasă. Inteligența nu imunizează împotriva unui sistem conceput să profite de erori umane universale.

32. GAMINGUL PROBLEMATIC: CÂND REFUGIUL DEVINE ÎNCHISOARE

Gamingul poate fi sursă de plăcere, competență, prietenie și relaxare. Nu este necesar să demonizăm jocurile. Dar există o diferență între implicarea intensă și pierderea controlului. Gamingul problematic apare când jocul devine principalul loc în care persoana simte competență, apartenență sau control, iar lumea offline începe să pară tot mai greu de suportat.

Mulți adolescenți cu gaming problematic descriu o experiență de contrast: în joc știu cine sunt, ce au de făcut, primesc feedback imediat și simt progres. În viața reală se simt criticați, confuzi sau nesiguri. De aceea, simpla interzicere a jocului poate declanșa conflicte uriașe dacă nu este însoțită de reconstrucția sentimentului de competență și în offline.

Semnele importante sunt: inversarea ritmului de somn, iritabilitate severă la întrerupere, minciună, neglijarea igienei sau a școlii, abandonul intereselor vechi și imposibilitatea de a se opri chiar când persoana spune că vrea.

33. PORNOGRAFIA ȘI SEXUALITATEA DEFORMATĂ DE ALGORITMI

Pentru mulți adolescenți, primul contact cu sexualitatea nu este prin relație, discuție sau educație, ci prin conținut digital. Asta schimbă mult. Pornografia online livrează stimulare intensă, varietate mare, noutate rapidă și acces imediat. Aceste caracteristici o fac foarte puternică din perspectiva învățării și a sistemului de recompensă.

Problema nu este doar morală sau culturală. Problema este și cognitivă și relațională. Consumul repetat poate crea așteptări nerealiste despre corp, intimitate, consens, performanță și ritm. Pentru unii adolescenți, pornografia devine nu doar curiozitate sexuală, ci instrument de liniștire, evitare a singurătății sau descărcare de stres. Atunci intră în aceeași logică adictivă: stimul emoțional, acces instant, ușurare, rușine, repetare.

Abordarea serioasă nu este rușinarea adolescentului, ci construirea unei înțelegeri mai mature despre sexualitate, consimțământ, intimitate și autoreglare.

34. ROLUL SOMNULUI, AL STRESULUI ȘI AL CORPULUI

Un ghid bun despre adicții nu poate ignora somnul. Somnul insuficient afectează controlul inhibitor, dispoziția, atenția și toleranța la frustrare. Cu cât ești mai obosit, cu atât crește probabilitatea de a alege recompensa imediată. Acesta este un rezultat foarte robust în cercetarea despre autoreglare.

Stresul cronic face același lucru: îngustează orizontul. Când sistemul tău este încărcat, creierul caută scurtături. În acel punct, soluțiile rapide – consum, scrolling, gambling, gaming, pornografie, binge eating – devin mai atractive.

Corpul nu este doar „vehiculul” psihicului. Mișcarea, alimentația regulată, hidratarea, expunerea la lumină naturală, sportul și rutina reduc reactivitatea și măresc spațiul dintre impuls și acțiune. Într-un ghid destinat adolescenților, aceste lucruri pot părea prea simple, dar sunt validate și foarte relevante. Uneori primul pas împotriva unei adicții nu este o revelație psihologică, ci repararea ritmului biologic care îți sabotează controlul zilnic.

35. RUȘINEA, VINOVĂȚIA ȘI IDENTITATEA

Rușinea și vinovăția sunt adesea confundate. Vinovăția spune: „am făcut ceva rău”. Rușinea spune: „eu sunt ceva rău”. Din punct de vedere clinic, rușinea este mult mai toxică pentru schimbare, pentru că atacă identitatea și împinge persoana spre ascundere.

Mulți adolescenți intră într-o buclă a rușinii: comportament problematic -> secret -> minciună -> rușine -> izolare -> și mai mult comportament problematic pentru a amorți rușinea. Dacă în jurul lor primesc doar etichete de tipul „ești iresponsabil”, „ești stricat”, „ești o dezamăgire”, circuitul se întărește.

Compașiunea bine înțeleasă nu înseamnă scuzare. Înseamnă să spui adevărul fără a-ți distruge identitatea. Formularea utilă este: „am o problemă serioasă și trebuie să fac ceva”, nu „sunt pierdut și nu mai are sens”.

36. CUM VORBEȘTI CU TINE CÂND ÎNCERCI SĂ TE OPREȘTI

Auto-dialogul contează. Dacă singurul tău stil intern este critic, schimbarea devine mai grea. Cercetările despre reglare emoțională și schimbare comportamentală susțin ideea că tonul intern influențează toleranța la disconfort și persistența.

Fraze care sabotează:

- „oricum nu sunt în stare”;
- „am stricat tot”;
- „dacă am recăzut, nu mai contează”.

Fraze mai utile:

- „am avut un episod, mă opresc aici”;
- „pot să nu rezolv totul azi, dar pot să fac următorul pas bun”;
- „disconfortul nu e urgență”;
- „pofta trece, eu nu trebuie să o urmez”.

Aceste formulări nu sunt „gândire pozitivă” superficială, ci intervenții de reglare și restructurare cognitivă folosite în terapiile validate.

37. PRESIUNEA ANTURAJULUI ȘI REFUZUL EFICIENT

Refuzul eficient nu se bazează doar pe curaj spontan. El funcționează mai bine când este pregătit. În psihologia socială știm că influența grupului este mai puternică atunci când situația este ambiguă, persoana este singură și răspunsul nu este pregătit.

Formule scurte utile:

- „nu, nu vreau”;
- „nu e pentru mine”;
- „eu plec”;
- „nu mă bag”;
- „nu acum”.

Ce ajută:

- să nu explici prea mult când presiunea este mare;
- să ai un aliat;
- să schimbi rapid locul;
- să nu rămâi să negociezi cu un grup care vrea să îți rupă limita.

Refuzul nu trebuie să fie perfect ca să fie eficient. Trebuie să fie suficient de clar cât să îți protejeze decizia.

38. CÂND ADULTUL REACȚIONEAZĂ PROST

Uneori adolescentul face ce trebuie și cere ajutor, iar adultul reacționează prost: țipă, minimalizează, ironizează, amenință sau transformă totul într-un proces public.

Acest scenariu este frecvent și trebuie spus clar: reacția greșită a adultului nu anulează realitatea problemei și nu înseamnă că trebuie să renunți la a căuta sprijin.

Dacă primul adult reacționează prost:

- nu concluziona că toți vor face la fel;
- alege alt adult;
- păstrează mesajul concret;
- dacă există risc mare, mergi direct spre specialist sau serviciu de urgență.

În lucrul clinic cu adolescenții, una dintre barierele principale este frica de reacția adultului. Tocmai de aceea este important să existe mai mulți adulți accesibili în sistemul real al adolescentului: familie extinsă, profesori, consilier, medic, antrenor, mentor.

49. CUM ARATĂ AJUTORUL SPECIALIZAT

Mulți adolescenți își imaginează că ajutorul specializat înseamnă imediat internare, medicamente sau etichete grave. În realitate, primul pas este de obicei evaluarea.

Specialistul încearcă să înțeleagă:

- ce comportament există;
- cât de des apare;
- ce funcție are;
- ce consecințe produce;
- ce probleme se asociază;
- ce resurse există.

Tratamentul poate include psihoeducație, consiliere, terapie cognitiv-comportamentală, intervenții motivaționale, terapie de familie, evaluare medicală și, în unele situații, tratament psihiatric. Nu toate cazurile au aceeași intensitate și nu toate au nevoie de aceeași intervenție.

Un mesaj important pentru adolescenți este acesta: cu cât mergi mai devreme, cu atât problema are șanse mai mari să fie tratată înainte să se rigidizeze.

40. CÂND ESTE URGENȚĂ

Există câteva situații în care nu mai este moment pentru rușine, discuții lungi sau negocieri.

Este urgență când apar:

- pierderea cunoștinței;
- dificultăți de respirație;
- convulsii;
- confuzie severă;
- amestec de substanțe;
- idei sau plan suicidar;
- automutilare severă;
- suspiciune de supradoză;
- agresiune, exploatare sau imposibilitatea persoanei de a se proteja.

În aceste situații, primul principiu este siguranța. Se apelează serviciile de urgență sau se merge imediat la spital / cameră de gardă. Adolescenții trebuie să audă clar că viața bate rușinea. Ceea ce se face în primele minute poate face diferența majoră.

41. DE CE ABORDAREA MORALIZATOARE NU ESTE SUFICIENTĂ

În multe contexte, discursul despre adicții rămâne blocat într-un model exclusiv moral: „alege bine”, „nu fi slab”, „nu te strica”, „gândește-te la părinți”. Deși responsabilitatea personală există și trebuie spusă, acest tip de discurs este insuficient și adesea ineficient.

Motivul științific este simplu: comportamentele adictive nu sunt menținute doar de idei greșite, ci de sisteme de întărire, reglare emoțională, obiceiuri, cue-uri și contexte sociale. Un mesaj moral poate conviețui perfect cu o dependență reală. Poți ști că ceva îți face rău și tot să nu reușești să oprești.

Aceasta nu înseamnă să renunți la responsabilitate, ci să o așezi într-un cadru realist: oamenii au nevoie de adevăr, structură, suport și intervenție, nu doar de vinovăție.

42. INDICATORI CĂ PROBLEMA SE AGRAVEAZĂ

Unele semne arată clar că problema nu mai este la început:

- creșterea dozei sau a frecvenței;
- schimbarea comportamentului în sensul unei centralități tot mai mari;
- pierderi financiare semnificative;
- risc legal;
- deteriorarea relațiilor apropiate;
- abandonul activităților importante;
- tentative repetate de oprire eșuate;
- sevraj sau simptome intense la întrerupere;
- simptome de depresie, anxietate, panică sau violență asociate.

Când aceste elemente apar, simplul „mă ocup eu” devine mai puțin realist. Este momentul în care sprijinul specializat devine tot mai important.

43. CE AJUTĂ PE TERMEN LUNG

Pe termen lung, adicțiile se tratează mai bine când viața persoanei devine mai lată, nu doar mai controlată. Dacă tot ce faci este să scoți comportamentul, dar lași golul neschimbat, riscul rămâne mare.

Ce lărgeste viața:

- relații reale;
- proiecte cu sens;
- activități unde simți competență;
- structură de somn și zi;
- mișcare;
- suport psihologic;

- reducerea rușinii și creșterea responsabilității;
- mediu mai sănătos.

Acesta este un punct-cheie: recuperarea nu este doar absența substanței sau a comportamentului, ci reconstrucția vieții în care acel comportament nu mai este centrul de greutate.

44. MESAJ DE ÎNCHEIERE PENTRU ADOLESCENȚI

Poate cel mai important lucru pe care trebuie să îl știi este acesta: problema nu trebuie să ajungă „destul de gravă” ca să merite ajutor. Nu există un prag magic după care devii demn de sprijin. Dacă simți că pierzi controlul, că ascunzi, că te sperie direcția în care mergi, acesta este deja motiv suficient să faci ceva.

Știința adicțiilor nu te reduce la un diagnostic. Din contră, arată că oamenii pot înțelege, pot interveni și pot schimba un tipar chiar și când el pare foarte puternic. Nu rapid, nu perfect, dar real.

Nu ești doar impulsul tău, pofta ta sau ultimul episod pe care îl regreți. Ești persoana care încă poate să spună adevărul, să ceară ajutor, să schimbe mediul, să învețe alte moduri de reglare și să își lărgască din nou viața.

45. MICRO-COMPETENȚE CARE REDUC RISCUL

Uneori adolescenții aud despre „reziliență” și li se pare un cuvânt vag. Dar reziliența poate fi împărțită în micro-competențe concrete:

- să recunoști mai repede ce simți;
- să poți tolera 10 minute de disconfort fără reacție impulsivă;
- să poți cere ajutor înainte de criză;
- să poți amâna o recompensă;
- să poți suporta rușinea fără să te distrugi;
- să poți ieși dintr-un grup fără să simți că ai dispărut ca persoană.

Aceste competențe nu apar prin predică, ci prin exersare. Cu cât sunt exersate mai devreme, cu atât riscul scade. De aceea ghidurile moderne de prevenție insistă pe life skills și pe învățare socio-emoțională, nu doar pe liste de pericole.

46. EXERCITIUL PRACTIC: HARTA PERSONALĂ A RISCULUI

Ia o foaie și împarte-o în patru:

1. Situații în care sunt vulnerabil.
2. Emoții care mă împing spre comportament.
3. Oameni / locuri / aplicații care cresc riscul.
4. Lucruri care mă ajută de fapt.

Apoi completează sincer. Nu pentru a te judeca, ci pentru a vedea tiparul. Când harta devine clară, ai ceva concret cu care să lucrezi. În terapie, această clarificare este extrem de utilă, pentru că mută problema din zona vagă în zona gestionabilă.

47. EXERCİIU PRACTIC: PLANUL DE 24 DE ORE

Multe decizii bune se strică nu în principiu, ci în primele 24 de ore după ce ai hotărât ceva. De aceea, fă un plan strict pentru următoarea zi, nu pentru „toată viața”.

- Ce scot imediat din mediu?
- Cui îi spun?
- La ce oră mă culc?
- Ce fac în intervalul în care de obicei apare problema?
- Ce fac dacă vine pofta?
- Unde merg dacă nu mă pot opri?

Un plan scurt, executabil, este mai util decât o promisiune mare și vagă.

48. DESPRE DEMNITATE, NU DOAR DESPRE RISC

Un ghid pentru adolescenți nu ar trebui să vorbească doar despre frică. În miezul prevenirii și al recuperării stă și demnitatea. A te opri dintr-un comportament care te distruge nu este doar „a evita ceva rău”; este și a-ți recupera libertatea, timpul, claritatea minții, respectul de sine și capacitatea de a avea relații reale.

Adicțiile îngustează viața. Recuperarea o lărgeste din nou. De aceea, schimbarea nu trebuie prezentată doar ca renunțare, ci și ca recâștigare.

49. CUM RECUNOȘTI LIMBAJUL CARE TE MANIPULEAZĂ

Adolescenții sunt ținta multor mesaje manipulative legate de consum și de comportamente adictive. Unele vin din grup, altele din online, altele din publicitate, unele chiar din partea unor adulți care normalizează ceea ce nu înțeleg. Este util să recunoști câteva forme tipice de manipulare.

Minimalizarea: „nu e mare lucru”, „toți fac”, „doar o dată”, „e natural”, „e mai safe decât altceva”. Acest tip de mesaj reduce vigilența și te face să îți cobori standardele fără argument real.

Transferul de responsabilitate: „dacă nu vrei, înseamnă că ești fricos”, „dacă refuzi, ne strici vibe-ul”, „dacă erai mai matur, ai fi încercat”. Aici problema nu mai este comportamentul, ci identitatea ta. Este o formă de presiune socială.

Falsa expertiză: „știi eu sigur”, „am citit pe net”, „fratele meu face și e ok”, „doctorii exagerează”. În știință, exemplele individuale nu înlocuiesc datele. Faptul că cineva nu a pățit încă ceva nu dovedește că riscul nu există.

Falsa dilemă: „ori te relaxezi așa, ori rămâi stresat”, „ori faci parte din grup, ori ești pe dinafară”. În realitate există întotdeauna mai multe opțiuni decât cele oferite de cineva care vrea să îți împingă decizia într-o direcție.

Sexualizarea sau glamourizarea: anumite comportamente sunt prezentate ca semn de maturitate, libertate, coolness sau succes social. Când observi asta, întreabă-te: cine câștigă dacă eu cred această poveste? Eu, sau cineva care vrea să vândă, să controleze sau să normalizeze ceva?

Un adolescent informat nu este cel care știe doar definiții, ci și cel care recunoaște limbajul care îi slăbește autonomia. Uneori prevenția înseamnă și să înveți să spui: „asta nu e informație, e influență”.

50. GLOSAR RAPID DE TERMENI

Poftă - dorință puternică, uneori bruscă, de a consuma sau de a face comportamentul.

Toleranță - nevoia de cantitate mai mare sau stimulare mai intensă pentru efect similar.

Sevraj - simptome neplăcute care apar la reducere sau oprire, în special la unele substanțe.

Stimul - factor intern sau extern care crește probabilitatea comportamentului.

Stimul declansator - semnal asociat prin învățare cu comportamentul sau recompensa.

Autoreglare - capacitatea de a gestiona impulsuri, emoții și reacții.

Control inhibitor - abilitatea de a opri un răspuns automat sau tentant.

Întărire pozitivă - repet un comportament pentru că îmi aduce ceva plăcut.

Întărire negativă - repet un comportament pentru că îmi reduce ceva neplăcut.

Ambivalență - stare în care o parte din tine vrea schimbarea, iar altă parte încă vede beneficiile vechiului comportament.

Recădere - revenire la vechiul comportament după o perioadă de schimbare.

Reducere a riscurilor - set de măsuri practice pentru a micșora daunele, chiar dacă problema nu a fost încă rezolvată complet.

51. CE NU TREBUIE SĂ UIȚI

Nu toate persoanele care încearcă ceva dezvoltă o adicție, dar nimeni nu poate ști dinainte cu exactitate cât de vulnerabil este.

Nu toate problemele arată dramatic de la început.

Secretul și rușinea hrănesc problema.

Ajutorul cerut devreme este mai eficient decât ajutorul cerut târziu.

Schimbarea cere de multe ori mai mult decât motivație: cere plan, mediu, suport și repetiție.

Faptul că ai o problemă nu îți anulează inteligența, valoarea sau viitorul.

Faptul că ai recăzut nu șterge progresul făcut.

Faptul că îți este frică nu înseamnă că nu poți începe.

52. RESURSE PERSONALE PE CARE LE POȚI CONSTRUI

Lista oamenilor siguri: nume, număr, context în care îi poți contacta.

Lista stimulilor principali: stări, oameni, locuri, aplicații, momente din zi.

Lista strategiilor care chiar ajută: ce te calmează fără să te distrugă.

Lista motivelor pentru care vrei schimbarea: sănătate, libertate, claritate, relații, bani, respect de sine.

Lista pașilor de urgență: pe cine suni, unde mergi, ce scoți din mediu, ce nu faci singur.

Aceste liste pot părea simple, dar au valoare mare exact pentru că fac lucrurile concrete. Mentea aflată sub stres sau craving gândește mai prost și mai îngust. De aceea, ceea ce pregătești într-un moment lucid te poate salva într-un moment dificil.

53. ULTIMUL GÂND

Dacă ai citit până aici, probabil că subiectul te atinge direct sau indirect. Poate te gândești la tine, poate la un prieten, poate la cineva din familie. Indiferent unde te afli pe acest drum, merită să reții un lucru simplu: adevărul spus la timp este mai puternic decât problema ascunsă prea mult. Nu trebuie să ai răspunsurile perfecte, nu trebuie să știi exact ce diagnostic există și nu trebuie să demonstrezi nimănui că „este destul de grav” ca să ceri sprijin. Uneori schimbarea începe cu o singură propoziție spusă cuiva potrivit: „Nu mai am controlul pe care credeam că îl am și am nevoie de ajutor.” Acea propoziție nu te face slab. Te face real. Iar realitatea este locul din care începe orice recuperare serioasă.

În știință și în viață, progresul nu apare din negare, ci din contact clar cu realitatea, urmat de pași mici, concreți și repetați până când direcția se schimbă.

O caseta cu cateva repere unde poți să ceri și să primești pentru tine sau un prieten, ajutor de specialitate:

- părinți sau adulți de încredere;
- consilierul școlar;
- profesori;
- medici sau specialiști;
- platforme și numere de telefon anonime și gratuite pentru consiliere și îndrumare.

Linii telefonice:

Telefonul Copilului – 116111. <https://telefonulcopilului.ro/>

Telefonul copilului este un serviciu gratuit, confidențial și național, dedicat copiilor și adolescenților pentru a raporta abuzuri sau a cere sprijin emoțional. Linia funcționează 7 zile din 7, între orele 08:00 - 00:00. Apelurile sunt gratuite din orice rețea de telefonie fixă sau mobilă. De asemenea, pentru urgențe imediate în care viața copilului este în pericol, se recomandă apelarea numărului unic de urgență 112, sau a numărului 119 (număr unic național pentru copii abuzați)

Teenline – gratuit - 0374.461.461 - <https://adolescenti.deprehub.ro/>
<https://deprehub.ro/obtime-suport/helpline/>

Instituții publice unde poți afla mai multe informații și solicita ajutor:

Agencia Națională pentru Politici și Coordonare în Domeniul Drogurilor și al Adicțiilor (ANPCDDA) - https://adictii.gov.ro/site/index?page=portal_copii

Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog - <https://cnsm.org.ro/harta-servicii>

Centre și ONG-uri care oferă informații și ajutor:

<https://adolescenti.deprehub.ro/>

<https://adictiiadolescenti.zidebine.ro/>

<https://happyminds.ro/deprehub-teens/>

<https://clinica-aliat.ro/>

<https://sfdimitrie.ro/>

<https://www.tratament-dependenta.ro/>

<https://www.teenchallenge.ro/>

<https://cetttsfantulstelian.ro/>

<https://arasnet.ro/asistenta-integrata-a-adictiilor/>

<https://adictiiadolescenti.zidebine.ro/retea/>

<https://dastgmures.ro/servicii-sociale/furnizori-licentiati/centrul-de-zi-privind-recuperarea-din-adictii/>

<https://spitalulvoila.ro/creativ/>

Inclusiv pe website-ul Fundatiei World Vision Romania, poti raport un incident și solicita ajutor pentru a fi referit către ajutor de specialitate în zona unde locuiești.

<https://worldvision.ro/ce-facem/protectie-si-participare/raportarea-incidentelor-de-protectia-copilului>

Nota: Persoanele care se confruntă cu adicții pot beneficia de consiliere gratuită în România prin două modalități principale: **decontarea de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS)**, prin **rețele de stat specializate** - Centre de sănătate mintală și pentru prevenirea adicțiilor la nivelul fiecărui județ sau programe și centre ale organizațiilor neguvernamentale.

BIBLIOGRAFIE

- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1–26.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124(1), 111–126.
- Crone, E. A., & Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(9), 636–650.
- Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(11), 652–669.
- Griffiths, M. D. (2005). A 'components' model of addiction. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64–105.
- Kuss, D. J., & Lopez-Fernandez, O. (2016). Internet addiction and problematic internet use. *World Journal of Psychiatry*, 6(1), 143–176.
- Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford Press.
- National Institute on Drug Abuse. (2020). *Principles of adolescent substance use disorder treatment*.
- Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371.
- World Health Organization. (2014). *Health for the world's adolescents*.



Adresa: Str. Rotaşului, Nr. 7, Sector 1,
Bucureşti, 012167

Telefon: 0731 444 013

E-mail: comunicare_ro@wvi.org
www.worldvision.ro