

**UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ” DIN CHIȘINĂU
ȘCOALA DOCTORALĂ DE PSIHOLOGIE ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ**

Cu titlu de manuscris
C.Z.U: 159.922.8(043.3)

BALAN RODICA

**DEZVOLTAREA PERSONALITĂȚII LA ADOLESCENȚELE CU COMPORTAMENT
ALIMENTAR DISTINCT**

Specialitatea 511.02 - Psihologia dezvoltării și psihologia educațională

Teză de doctor în psihologie

Conducător științific:



**Racu Iulia, profesor universitar,
doctor habilitat**

Autor:



Balan Rodica

CHIȘINĂU, 2026

© Balan Rodica, 2026

CUPRINS

ADNOTARE	4
ANNOTATION	5
АННОТАЦИЯ	6
LISTA ABREVIERILOR	7
LISTA TABELELOR	8
LISTA FIGURILOR	9
INTRODUCERE	11
1. CONSIDERAȚII TEORETICE ALE COMPORTAMENTULUI ALIMENTAR ȘI COMPORTAMENTULUI ALIMENTAR DEZADAPTATIV	22
1.1. Delimitări conceptuale ale comportamentului alimentar și ale comportamentului alimentar dezadaptativ	22
1.2. Dimensiuni și tipuri de comportament alimentar dezadaptativ	29
1.3. Tulburări de comportament alimentar: definiții, tipuri de manifestare și caracteristici	35
1.4. Adolescența și factori asociați dezvoltării comportamentelor alimentare dezadaptative și tulburărilor de alimentație	47
1.5. Concluzii la capitolul 1	62
2. STUDIUL EXPERIMENTAL AL PERSONALITĂȚII ADOLESCENTELOR CU COMPORTAMENTE ALIMENTARE DISTINCTE	65
2.1. Scopul, ipotezele, descrierea demersului investigativ și a eșantionului	65
2.2. Rezultatele pentru comportamentele alimentare distincte la adolescente	70
2.3. Caracteristicile personalității adolescentelor cu comportamente alimentare distincte	83
2.4. Climatul familial și diferite tipuri de comportamente alimentare la adolescente	118
2.5. Concluzii la capitolul 2	124
3. DEZVOLTAREA PERSONALITĂȚII ADOLESCENTELOR CU COMPORTAMENTE ALIMENTARE DEZADAPTATIVE	126
3.1. Metodologia și conținutul programului de intervenții psihologice	126
3.2. Evaluarea eficienței programului de intervenții psihologice	132
3.3. Concluzii la capitolul 3	156
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI	157
BIBLIOGRAFIE	160
ANEXE	195
Anexa 1. Factori asociați dezvoltării comportamentelor alimentare dezadaptative și tulburărilor de alimentație	195
Anexa 2. Statistica descriptivă a eșantionului cercetării	197
Anexa 3. Rezultatele statistice obținute în experimentul de constatare	199
Anexa 4. Diferențele pentru comportamentele alimentare dezadaptative în funcție de vârstă în demersul constativ	204
Anexa 5. Rezultatele statistice obținute în experimentul de formare	207
Anexa 6. Programul de intervenții psihologice și sesiunile cu părinții	223
DECLARAȚIE PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII	283
CV-UL AUTOAREI	284

ADNOTARE

Balan Rodica. Dezvoltarea personalității la adolescențele cu comportament alimentar distinct. Teză de doctor în psihologie. Chișinău, 2026

Structura tezei. Teza este constituită din adnotări în trei limbi (română, engleză și rusă), introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 310 titluri, 6 anexe, 148 pagini de text de bază, 64 figuri și 29 tabele. Rezultatele obținute sunt publicate în 21 lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: comportamente alimentare dezadaptative, tulburare de comportament alimentar, personalitate, adolescență.

Domeniu de studiu: Psihologia personalității, Psihologia dezvoltării, Psihologia adolescențelor.

Scopul cercetării îl constituie analiza comportamentelor alimentare distincte la adolescențele de diferită vârstă, identificarea caracteristicilor de personalitate și a factorilor determinanți ai acestor comportamente, precum și elaborarea și implementarea unui program de intervenții psihologice destinat dezvoltării personalității adolescențelor cu comportamente alimentare dezadaptative și risc de tulburări de comportament alimentar. **Obiectivele cercetării:** 1. analiza literaturii științifice din domeniul psihologiei cu referire la comportament alimentar, comportament alimentar dezadaptativ, vârsta adolescență și la instrumentele de cercetare pentru studiul comportamentelor alimentare; 2. studierea specificului comportamentelor alimentare distincte pe parcursul vârstei adolescente, prin determinarea tipului de comportament alimentar dezadaptativ și a posibilității unei tulburări de alimentație la adolescențele cu vârsta cuprinsă între 14 și 19 ani; 3. analiza relației dintre comportamentele alimentare dezadaptative și probabilitatea apariției tulburărilor de alimentație la adolescente; 4. evidențierea asocierilor dintre comportamentele alimentare dezadaptative și personalitate, respectiv dimensiunile acesteia (trăsături de personalitate, perfecționism, anxietate, stima de sine, relația sine-corp) la adolescente; 5. stabilirea interrelațiilor dintre posibilitatea unei tulburări de alimentație și personalitate (trăsături de personalitate, perfecționism, anxietate, stima de sine, relația sine-corp) la adolescente; 6. identificarea legăturii dintre comportamentele alimentare dezadaptative / posibilitatea unei tulburări de alimentație și tipul climatului familial la adolescente; și 7. elaborarea, implementarea și verificarea experimentală a unui program de intervenții psihologice destinat dezvoltării personalității adolescențelor cu comportamente alimentare dezadaptative și risc de tulburări de comportament alimentar.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante constau în fundamentarea științifică și multidimensională a comportamentelor alimentare distincte la adolescente prin: explorarea comportamentelor alimentare dezadaptative și riscul prezenței tulburărilor de comportament alimentar la adolescente de vârstă diferită; identificarea caracteristicilor de personalitate la adolescențele cu comportament alimentar restrictiv, comportament alimentar emoțional, comportament alimentar extern și posibilitatea tulburărilor de comportament alimentar; evidențierea relațiilor dintre dimensiunile personalității și climatul familial și comportamente alimentare distincte, rezultate care stau la baza proiectării și aplicării unui program de intervenții psihologice destinat dezvoltării personalității adolescențelor cu comportamente alimentare dezadaptative și risc de tulburări de comportament alimentar.

Noutatea și originalitatea științifică a rezultatelor obținute rezultă din realizarea unei cercetări teoretico-aplicative cu referire la comportamentele alimentare distincte la adolescențele de la 14 până la 19 ani. Demersul experimental a făcut posibil validarea unui set de instrumente psihologice integrat pentru măsurarea comportamentelor alimentare dezadaptative și tulburărilor de comportament alimentar, a personalității și a climatului familial la adolescente. S-au stabilit pattern-urile de comportamente alimentare distincte pe parcursul adolescenței (adolescența timpurie, mijlocie și târzie), precum și configurația personalității la adolescențele cu comportamente alimentare dezadaptative și a celor cu posibilitatea unei tulburări de comportament alimentar. Au fost evidențiate interrelațiile dintre comportamentele alimentare distincte și climatul familial la adolescente. A fost conceput și verificat experimental un model de program de intervenții psihologice cu scopul de a dezvolta personalitatea la adolescente cu comportamente alimentare dezadaptative și risc de tulburări de comportament alimentar.

Semnificația teoretică a cercetării. Rezultatele cercetării teoretico-experimentale constituie un aport important la domeniul psihologiei dezvoltării, psihologiei adolescenței, psihologiei educației și psihologiei clinice oferind cunoștințe noi și complexe privitor la caracteristicile dezvoltării fizice, cognitive și psihosociale a adolescențelor prin evidențierea diferențelor de vârstă în prezența comportamentelor alimentare dezadaptative și riscul de tulburări de comportament alimentar, precum și în relațiile stabilite între comportamentele alimentare distincte și personalitate și climat familial la adolescente. Rezultatele obținute, împreună cu concluziile formulate reprezintă o contribuție considerabilă pentru reconceptualizarea temelor: Aspecte ale dezvoltării biologice, cognitive și sociale în adolescență și a Tulburărilor de comportament alimentar la disciplinele: Psihologia dezvoltării, Psihologia adolescentului și Psihologia clinică.

Valoarea aplicativă a lucrării. Cadrul conceptual și legăturile stabilite în demersul experimental cu referire la comportamentele alimentare dezadaptative, posibilitatea tulburărilor de comportament alimentar, legăturile dintre comportamente alimentare distincte (comportament alimentar restrictiv, comportament alimentar emoțional, comportament alimentar extern și posibilitatea tulburărilor de comportament alimentar) și personalitate, și respectiv climat familial la adolescente pot fi utilizate ca fundamente teoretice pentru educația și dezvoltarea armonioasă a adolescențelor. Bateria de chestionare organizată și verificată prin cercetarea experimentală este consistentă și fiabilă în vederea studierii și examinării comportamentelor alimentare și a caracteristicilor de personalitate la adolescente ce poate fi folosită de psihologii școlari, psihologii clinici ș.a. Programul de intervenții psihologice destinat dezvoltării personalității adolescențelor cu comportamente alimentare dezadaptative și risc de tulburări de comportament alimentar, poate fi utilizat atât în prevenirea și reducerea comportamentelor alimentare problematice, cât și în dezvoltarea psihologică, dezvoltarea strategiilor de coping, educație nutrițională, în promovarea sănătății la preadolescente, adolescente și tinere.

Implementarea rezultatelor cercetării. Rezultatele cercetării au fost incluse în activitatea didactică cu studenții și masteranzii, în cadrul disciplinelor: Psihologia dezvoltării, Psihologia adolescentului și Psihologia clinică etc.

ANNOTATION

Balan Rodica. Personality Development in Adolescent Girls with Distinct Eating Behavior. PhD thesis in Psychology. Chişinău, 2026.

Thesis structure. The thesis consists of annotations in three languages (Romanian, English, and Russian), an introduction, three chapters, general conclusions and recommendations, a bibliography comprising 310 titles, 6 appendices, 148 pages of main text, 64 figures, and 29 tables. The obtained results are published in 21 scientific papers.

Keywords: maladaptive eating behaviors, eating disorder, personality, adolescence.

Field of study: Personality Psychology, Developmental Psychology, Adolescent Psychology.

The aim of the research is to analyze distinct eating behaviors in adolescent girls of different ages, to identify personality characteristics and determining factors of these behaviors, as well as to develop and implement a psychological intervention program aimed at personality development in adolescent girls with maladaptive eating behaviors and risk of eating disorders. Research objectives: 1. analysis of the scientific literature in psychology regarding eating behavior, maladaptive eating behavior, adolescence, and research instruments for studying eating behaviors; 2. investigation of the specificity of distinct eating behaviors across adolescence by determining the type of maladaptive eating behavior and presence of a possible eating disorder in adolescent girls aged 14 to 19; 3. analysis of the relationship between maladaptive eating behaviors and the likelihood of eating disorders in adolescent girls; 4. identification of associations between maladaptive eating behaviors and personality, respectively its dimensions (personality traits, perfectionism, anxiety, self-esteem, self-body relationship) in adolescents; 5. establishing interrelations between the possibility of an eating disorder and personality (personality traits, perfectionism, anxiety, self-esteem, self-body relationship) in adolescents; 6. identifying the relationship between maladaptive eating behaviors / the possibility of an eating disorder and family climate in adolescent girls; 7. development, implementation, and experimental validation of a psychological intervention program aimed at personality development in adolescent girls with maladaptive eating behaviors and risk of eating disorders.

Results contributing to the solution of the important scientific problem consist in the scientific and multidimensional grounding of distinct eating behaviors in adolescent girls through: exploration of maladaptive eating behaviors and the risk of eating disorders in adolescents of different ages; identification of personality characteristics in adolescents with restrictive eating behavior, emotional eating, external eating, and the possibility of eating disorders; highlighting the relationships between personality dimensions, family climate, and distinct eating behaviors—results that underpin the design and application of a psychological intervention program aimed at personality development in adolescent girls with maladaptive eating behaviors and risk of eating disorders.

Scientific novelty and originality derive from conducting a theoretical-applied research on distinct eating behaviors in adolescent girls aged 14 to 19. The experimental approach enabled the validation of an integrated set of psychological instruments for measuring maladaptive eating behaviors and eating disorders, personality, and family climate in adolescents. Patterns of distinct eating behaviors across adolescence (early, middle, and late adolescence) were established, as well as the personality configuration of adolescents with maladaptive eating behaviors and those with a potential eating disorder. Interrelations between distinct eating behaviors and family climate were highlighted. A model of a psychological intervention program aimed at personality development in adolescents with maladaptive eating behaviors and risk of eating disorders was designed and experimentally validated.

The theoretical significance of the research. The results of the theoretical-experimental research represent an important contribution to the fields of developmental psychology, adolescent psychology, educational psychology, and clinical psychology, providing new and complex knowledge regarding the physical, cognitive, and psychosocial development of adolescent girls by highlighting age differences in maladaptive eating behaviors and the risk of eating disorders, as well as the relationships between distinct eating behaviors, personality, and family climate. The obtained results and formulated conclusions represent a significant contribution to the reconceptualization of topics such as biological, cognitive, and social development in adolescence and eating disorders within the disciplines of Developmental Psychology, Adolescent Psychology, and Clinical Psychology.

Practical value of the research. The conceptual framework and the patterns established through the experimental approach regarding maladaptive eating behaviors, the possibility of eating disorders, and the relationships between distinct eating behaviors (restrictive eating, emotional eating, external eating, and the possibility of eating disorders), personality, and family climate in adolescents can be used as theoretical foundations for the education and harmonious development of adolescent girls. The battery of questionnaires validated through experimental research is consistent and reliable for studying and assessing eating behaviors and personality characteristics in adolescents and can be used by school psychologists, clinical psychologists, and others. The psychological intervention program aimed at personality development in adolescent girls with maladaptive eating behaviors and risk of eating disorders can be used both in the prevention and reduction of problematic eating behaviors and in psychological development, coping strategies development, nutritional education, and health promotion among preadolescents, adolescents, and young women.

Implementation of research results. The research results have been integrated into teaching activities with undergraduate and master's students within courses such as Developmental Psychology, Adolescent Psychology, and Clinical Psychology, etc.

АННОТАЦИЯ

Балан Родика. Развитие личности у подростков с различным пищевым поведением. Диссертация на соискание ученой степени доктора психологии. Кишинёв, 2026.

Структура диссертации. Диссертация состоит из аннотаций на трёх языках (румынском, английском и русском), введения, трёх глав, общих выводов и рекомендаций, библиографии, включающей 310 источников, 6 приложений, 148 страниц основного текста, 64 рисунков и 29 таблиц. Полученные результаты опубликованы в 21 научной работе.

Ключевые слова: дезадаптивное пищевое поведение, расстройства пищевого поведения, личность, подростковый возраст.

Область исследования: психология личности, психология развития, психология подростков.

Цель исследования заключается в анализе различных типов пищевого поведения у подростков разного возраста, выявлении личностных характеристик и детерминирующих факторов этих форм поведения, а также в разработке и внедрении программы психологических интервенций, направленной на развитие личности подростков с дезадаптивным пищевым поведением и риском расстройств пищевого поведения.

Задачи исследования: 1. анализ научной литературы в области психологии, касающейся пищевого поведения, дезадаптивного пищевого поведения, подросткового возраста и исследовательских инструментов для изучения пищевого поведения; 2. изучение специфики различных типов пищевого поведения в подростковом возрасте путём определения типа дезадаптивного пищевого поведения и отсутствия или наличия вероятности расстройства пищевого поведения у подростков в возрасте от 14 до 19 лет; 3. анализ взаимосвязи между дезадаптивным пищевым поведением и вероятностью возникновения расстройств пищевого поведения у подростков; 4. выявление ассоциаций между дезадаптивным пищевым поведением и личностью, соответственно её измерениями (личностные черты, перфекционизм, тревожность, самооценка, отношение «Я–тело») у подростков; 5. установление взаимосвязей между вероятностью расстройства пищевого поведения и личностью (личностные черты, перфекционизм, тревожность, самооценка, отношение «Я–тело») у подростков; 6. выявление связи между дезадаптивным пищевым поведением / вероятностью расстройства пищевого поведения и типом семейного климата у подростков; 7. разработка, внедрение и экспериментальная проверка программы психологических интервенций, направленной на развитие личности подростков с дезадаптивным пищевым поведением и риском расстройств пищевого поведения.

Полученные результаты, способствующие решению важной научной проблемы, заключаются в научном и многомерном обосновании различных типов пищевого поведения у подростков посредством: изучения дезадаптивного пищевого поведения и риска расстройств пищевого поведения у подростков разного возраста; выявления личностных характеристик у подростков с ограничительным, эмоциональным и внешне обусловленным пищевым поведением, а также с риском расстройств пищевого поведения; установления взаимосвязей между личностными измерениями, семейным климатом и различными типами пищевого поведения. Эти результаты легли в основу разработки и применения программы психологических интервенций, направленной на развитие личности подростков с дезадаптивным пищевым поведением и риском расстройств пищевого поведения.

Научная новизна и оригинальность результатов обусловлены проведением теоретико-прикладного исследования, посвящённого различным типам пищевого поведения у подростков в возрасте от 14 до 19 лет. Экспериментальное исследование позволило валидизировать интегрированный набор психологических инструментов для измерения дезадаптивного пищевого поведения и расстройств пищевого поведения, личности и семейного климата у подростков. Были установлены паттерны различных типов пищевого поведения на этапах подросткового возраста (ранний, средний и поздний), а также конфигурации личности у подростков с дезадаптивным пищевым поведением и у тех, у кого существует риск расстройств пищевого поведения. Выявлены взаимосвязи между различными типами пищевого поведения и семейным климатом. Разработана и экспериментально проверена модель программы психологических интервенций, направленной на развитие личности подростков с дезадаптивным пищевым поведением и риском расстройств пищевого поведения.

Теоретическая значимость исследования. Результаты теоретико-экспериментального исследования представляют собой важный вклад в области психологии развития, психологии подросткового возраста, педагогической и клинической психологии, предоставляя новые и комплексные знания о характеристиках физического, когнитивного и психосоциального развития подростков через выявление возрастных различий в проявлении дезадаптивного пищевого поведения и риска расстройств пищевого поведения, а также в установленных взаимосвязях между различными типами пищевого поведения, личностью и семейным климатом. Полученные результаты и сформулированные выводы представляют значимый вклад в переосмысление тем, связанных с биологическим, когнитивным и социальным развитием в подростковом возрасте, а также с расстройствами пищевого поведения в рамках дисциплин: психология развития, психология подростка и клиническая психология.

Практическая значимость работы. Концептуальная модель и выявленные закономерности, касающиеся дезадаптивного пищевого поведения, вероятности расстройств пищевого поведения, а также взаимосвязей между различными типами пищевого поведения (ограничительное, эмоциональное, внешне обусловленное) и личностью, соответственно семейным климатом у подростков, могут быть использованы в качестве теоретической основы для образования и гармоничного развития подростков. Батарея опросников, разработанная и проверенная в ходе экспериментального исследования, является надёжным инструментом для изучения и оценки пищевого поведения и личностных характеристик подростков и может применяться школьными и клиническими психологами. Программа психологических интервенций, направленная на развитие личности подростков с дезадаптивным пищевым поведением и риском расстройств пищевого поведения, может использоваться как для профилактики и снижения проблемного пищевого поведения, так и для психологического развития, формирования стратегий совладания, нутриционной просвещённости и укрепления здоровья у предподростков, подростков и молодых людей.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования были внедрены в учебный процесс со студентами и магистрантами в рамках дисциплин: психология развития, психология подростка, клиническая психология и др.

LISTA ABREVIERILOR

DEBQ – Chestionarul olandez pentru comportamentul alimentar
TFEQ-R18 – Chestionarul de alimentație în trei factori
EAT-26 – Testul pentru atitudinile alimentare
CP5F – Chestionarul de personalitate Cinci factori
FMPS – Scala perfecționismului multidimensional Frost
GAD-7 – Chestionarul pentru tulburarea de anxietate generalizată
RSES – Scala stimei de sine Rosenberg
MBSRQ-AS – Chestionarul multidimensional al relațiilor sine-corp
FCQ – Chestionarul pentru aprecierea climatului familial
CA – comportament alimentar
CAR – comportament alimentar restrictiv
CAEm – comportament alimentar emoțional
CAEx – comportament alimentar extern
CC – constrângere cognitivă
MN – mâncat necontrolat
MEm – mâncat emoțional
TCA – tulburare de comportament alimentar
SS – stimă de sine
IC – imagine corporală
CF – climat familial
GE – grup experimental
GC – grup de control
u.m. – unități medii

LISTA TABELELOR

- Tabelul 2.1. Relația dintre CA dezadaptative distincte după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.2. Relația dintre CA dezadaptative distincte (CAR / CAEm / CAEx și CC / MN / MEm) după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.3. Relația dintre CA dezadaptative distincte (CAR / CC) și TCA după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.4. Relația dintre CAR, CAEm, CC, MN, MEm) și tipurile de TCA (Dietă, Bulimie) după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.5. Relația dintre CAR și conștiinciozitate după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.6. Relația dintre CAR și perfecționism și dimensiunile acestuia după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.7. Relația dintre CAR și anxietate după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.8. Relația dintre CAR și SS după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.9. Relația dintre CAR și relațiile sine-corp după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.10. Relația dintre CAEm și conștiinciozitate / stabilitate emoțională după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.11. Relația dintre CAEm și perfecționism / standarde personale după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.12. Relația dintre CAEm și anxietate după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.13. Relația dintre CAEm și SS după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.14. Relația dintre CAEm și relațiile sine-corp după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.15. Relația dintre CAEx și conștiinciozitate / stabilitate emoțională după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.16. Relația dintre CAEx și dimensiunile perfecționismului după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.17. Relația dintre CAEx și anxietate după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.18. Relația dintre CAEx și SS după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.19. Relația dintre TCA / tipurile TCA și conștiinciozitate și stabilitate emoțională după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.20. Relația dintre TCA / tipurile TCA și perfecționism, respectiv dimensiunile acestuia, după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.21. Relația dintre TCA / tipurile TCA și anxietate după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.22. Relația dintre TCA / tipurile TCA și SS după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.23. Relația dintre TCA / tipurile TCA și relația sine-corp după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.24. Relația dintre CAR și CF după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.25. Relația dintre CAEm și CF după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.26. Relația dintre CAEx și CF după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 2.27. Relația dintre TCA și CF după coeficientul de corelație Kendall's Tau
- Tabelul 3.1. Relațiile dintre CA dezadaptative / TCA și personalitate la adolescente
- Tabelul 3.2 Etapele și sesiunile programului de intervenții psihologice

LISTA FIGURILOR

- Fig. 2.1. Rezultatele pentru CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx) la adolescente
- Fig. 2.2. Rezultatele pentru CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx) la adolescente în funcție de vârstă
- Fig. 2.3. Rezultatele pentru CA dezadaptative (CC, MN și MEm) la adolescente
- Fig. 2.4. Rezultatele pentru CA dezadaptative (CC, MN și MEm) la adolescente în funcție de vârstă
- Fig. 2.5. Rezultatele pentru TCA la adolescente
- Fig. 2.6. Rezultatele pentru TCA la adolescente în funcție de vârstă
- Fig. 2.7. Rezultatele pentru dietă, bulimie și control oral la adolescente
- Fig. 2.8. Rezultatele pentru dietă, bulimie și control oral la adolescente în funcție de vârstă
- Fig. 2.9. Scorurile pentru trăsăturile de personalitate la adolescente în funcție de nivelul CAR
- Fig. 2.10. Rezultatele pentru perfecționism la adolescente în funcție de nivelul CAR
- Fig. 2.11. Rezultatele pentru anxietate la adolescente în funcție de nivelul CAR
- Fig. 2.12. Rezultatele pentru stima de sine la adolescente în funcție de nivelul CAR
- Fig. 2.13. Rezultatele pentru relațiile sine-corp în funcție de nivelul CAR
- Fig. 2.14. Scorurile pentru trăsăturile de personalitate la adolescente în funcție de nivelul CAEm
- Fig. 2.15. Rezultatele pentru perfecționism la adolescente în funcție de nivelul CAEm
- Fig. 2.16. Rezultatele pentru anxietate la adolescente în funcție de nivelul CAEm
- Fig. 2.17. Rezultatele pentru SS la adolescente în funcție de nivelul CAEm
- Fig. 2.18. Rezultatele pentru relațiile sine-corp în funcție de nivelul CAEm
- Fig. 2.19. Scorurile pentru trăsăturile de personalitate la adolescente în funcție de nivelul CAEx
- Fig. 2.20. Rezultatele pentru perfecționism la adolescente în funcție de nivelul CAEx
- Fig. 2.21. Rezultatele pentru anxietate la adolescente în funcție de nivelul CAEx
- Fig. 2.22. Rezultatele pentru SS la adolescente în funcție de nivelul CAEx
- Fig. 2.23. Rezultatele pentru relațiile sine-corp în funcție de nivelul CAEx
- Fig. 2.24. Scorurile pentru trăsăturile de personalitate la adolescente în funcție de lipsa sau posibilitatea TCA
- Fig. 2.25. Rezultatele pentru perfecționism la adolescente în funcție de lipsa sau posibilitatea TCA
- Fig. 2.26. Rezultatele pentru anxietate la adolescente în funcție de lipsa sau posibilitatea TCA
- Fig. 2.27. Rezultatele pentru SS la adolescente în funcție de lipsa sau posibilitatea TCA
- Fig. 2.28. Rezultatele pentru relațiile sine-corp la adolescente în funcție de lipsa sau posibilitatea TCA
- Fig. 2.29. Rezultatele pentru CF la adolescente în funcție de nivelul CAR
- Fig. 2.30. Rezultatele pentru CF la adolescente în funcție de nivelul CAEm
- Fig. 2.31. Rezultatele pentru CF în funcție de nivelul CAEx
- Fig. 2.32. Rezultatele pentru climat familial în funcție de lipsa sau posibilitatea TCA
- Fig. 3.1. Mediile pentru CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx) la adolescentele din GE test și GE retest
- Fig. 3.2. Mediile pentru CC, MN și MEm la adolescentele din GE test și GE retest
- Fig. 3.3. Mediile pentru posibilitatea prezenței TCA (dietă, bulimie, control oral) la adolescentele din GE test și GE retest
- Fig. 3.4. Mediile pentru trăsăturile de personalitate la adolescentele din GE test și GE retest
- Fig. 3.5. Mediile pentru perfecționism la adolescentele din GE test și GE retest
- Fig. 3.6. Mediile pentru anxietate la adolescentele din GE test și GE retest
- Fig. 3.7. Mediile pentru SS la adolescentele din GE test și GE retest
- Fig. 3.8. Mediile pentru relațiile sine-corp la adolescentele din GE test și GE retest
- Fig. 3.9. Mediile pentru CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx) la adolescentele din GC test și GC retest
- Fig. 3.10. Mediile pentru CC, MN, MEm la adolescentele din GC test și GC retest

Fig. 3.11. Mediile pentru posibilitatea prezenței TCA (dietă, bulimie, control oral) la adolescentele din GC test și GC retest (dietă, bulimie, control oral)

Fig. 3.12. Mediile pentru trăsăturile de personalitate la adolescentele din GC test și GC retest

Fig. 3.13. Mediile pentru perfecționism la adolescentele din GC test și GC retest

Fig. 3.14. Mediile pentru anxietate la adolescentele din GC test și GC retest

Fig. 3.15. Mediile pentru SS la adolescentele din GC test și GC retest

Fig. 3.16. Mediile pentru dimensiunile relațiilor sine-corp la adolescentele din GC test și GC retest

Fig. 3.17. Mediile pentru CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx) la adolescentele din GE retest și GC retest

Fig. 3.18. Mediile pentru CC, MN și MEm la adolescentele din GE retest și GC retest

Fig. 3.19. Mediile pentru posibilitatea prezenței TCA (dietă, bulimie, control oral) adolescentele din GE retest și GC retest

Fig. 3.20. Mediile pentru trăsăturile de personalitate la adolescentele din GE retest și GC retest

Fig. 3.21. Mediile pentru perfecționism la adolescentele din GE retest și GC retest

Fig. 3.22. Mediile pentru anxietate la adolescentele din GE retest și GC retest

Fig. 3.23. Mediile pentru SS la adolescentele din GE retest și GC retest

Fig. 3.24. Mediile pentru dimensiunile relațiile dintre sine și corp la adolescentele din GE retest și GC retest

Fig. 3.25. Mediile pentru CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx) la adolescentele din GE test, GE retest și GE retest 2

Fig. 3.26. Mediile pentru CC, MN și MEm la adolescentele din GE test, GE retest și GE retest 2

Fig. 3.27. Mediile pentru posibilitatea TCA (dietă, bulimie, control oral) la adolescentele din GE test, GE retest și GE retest 2

Fig. 3.28. Mediile pentru trăsăturile de personalitate la adolescentele din GE test, GE retest și GE retest 2

Fig. 3.29. Mediile pentru perfecționism la adolescentele din GE test, GE retest și GE retest 2

Fig. 3.30. Mediile pentru anxietate la adolescentele din GE test, GE retest și GE retest 2

Fig. 3.31. Mediile pentru SS la adolescentele din GE test, GE retest și GE retest 2

Fig. 3.32. Mediile pentru dimensiunile relațiile sine-corp la adolescentele din GE test, GE retest și GE retest 2

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța problemei abordate. Problema investigării comportamentelor alimentare dezadaptative și a tulburărilor de comportament alimentar la adolescente se înscrie în rândul subiectelor deosebit de actuale, atât prin amploarea fenomenului înregistrat în ultimele decenii, cât și prin complexitatea factorilor psihologici și contextuali implicați. Tulburările de comportament alimentar, în special formele restrictive (precum anorexia nervoasă) și cele bulimice (caracterizate prin alternanța între episoade de supraalimentare și comportamente compensatorii), afectează tot mai frecvent populația adolescentină feminină, cu o incidență crescută începând cu anii 1990 și accentuată semnificativ în ultimul deceniu al secolului XXI.

N. I. Larson, D. Neumark-Sztainer și M. Story evidențiază o incidență îngrijorătoare a comportamentelor dezadaptative de control al greutatei în rândul adolescenților și tinerilor pentru anii 2000 – 2009. Astfel, aproximativ 45 % dintre femei și 17 % dintre bărbați raportează utilizarea persistentă a unor strategii nesănătoase de reglare a greutatei corporale pe parcursul a două momente distincte de evaluare. În comparație, comportamentele sănătoase de control al greutatei au fost raportate ca persistente doar de către 10 % dintre femei și 15 % dintre bărbați. Analiza asocierilor dintre aceste comportamente și indicatorii alimentari a relevat diferențe semnificative, în special în rândul participantelor de sex feminin. Persistența în utilizarea unor comportamente alimentare nesănătoase (cum ar fi postul prelungit, omiterea meselor sau restricțiile calorice drastice) corelează cu un aport alimentar redus, în special în ceea ce privește consumul de calciu și legume, precum și cu o frecvență mai scăzută a meselor. În schimb, utilizarea consecventă a unor comportamente adaptative (precum creșterea activității fizice sau alegerea alimentelor cu valoare nutritivă ridicată) se asociază pozitiv cu indicatori ai unui stil alimentar mai echilibrat, caracterizat prin consum redus de alimente de tip fast-food și băuturi îndulcite cu zahăr. În cazul participanților de sex masculin, aceste asocieri se dovedesc a fi mai puțin marcate, semnalând potențiale diferențe de gen în relația dintre strategiile de control al greutatei și comportamentele alimentare [163].

Conform studiilor recente întreprinse de J. Qian, Y. Wu și F. Liu, prevalența globală a tulburărilor de comportament alimentar la adolescenți a crescut considerabil în ultimele două decenii, ajungând de la 3,4 % în anul 2000 la 7,8 % în 2018, conform unei meta-analize publicate în 2022 [215]. N. Salari, P. Heidarian și M. J. Tarrahi analizează și evidențiază că 1 din 10 adolescenți între 11 și 19 ani la nivel global manifestă forme de comportament alimentar dezadaptativ, iar incidența totală, incluzând forme subclinice, este estimată la 22,3 % în perioada anilor 1999 – 2022 [233]. În același timp, un alt studiu publicat în 2022 de către Y. Silen și A. Keski-Rahkonen prezintă gradul de răspândire a tulburărilor de comportament alimentar în rândul

fetelor adolescente și consideră că acesta este între 5,5 % și 17,9 %, ceea ce clasează tulburările alimentare ca una dintre cele mai frecvente probleme psihice în această grupă de vârstă. Același studiu arată că în SUA 36 % dintre adolescente consideră că sunt supraponderale, iar 59 % încearcă activ să slăbească, în timp ce peste 90 % dintre persoanele diagnosticate cu o tulburare de alimentație sunt fete [245].

Pentru Republica Moldova, nu identificăm statistici epidemiologice cu referire la comportamentele alimentare dezadaptative și tulburările de comportament alimentar, însă cercetările psihologice analizate semnalează o creștere a comportamentelor alimentare problematice în rândul adolescentelor, cu o frecvență mai mare a anorexiei nervoase, bulimiei și tulburării de alimentație compulsivă [37; 65; 77; 220; 264; 266].

Adolescența este un segment important al dezvoltării umane cu importante procese biologice, cognitive, emoționale, identitare în curs de constituire și dezvoltare. Schimbările pe care le trăiește adolescența cum ar fi maturizarea somatică, conștientizarea și adaptarea la noile dimensiuni ale corpului, trecerea la gândirea abstractă și formală, dezvoltarea gândirii critice, accentuarea trăirilor emoționale cu prevalența afectelor negative (anxietate, stres, conflicte interne), maturizarea abilităților sociale, autonomia, nevoia de apartenență la semenii, confuzii și ambiguități în structurarea identității, influențează asupra sănătății și comportamentelor acesteia [4; 222; 237; 254]. Particularitățile vârstei pot condiționa o vulnerabilitate ridicată a adolescentelor în apariția și persistența unor comportamente alimentare dezadaptative și a tulburărilor de alimentație [4; 222; 237; 254].

Comportamentele alimentare dezadaptative și tulburările de comportament alimentar au un impact grav asupra sănătății fizice și mintale. Ele sunt asociate cu o rată ridicată de morbiditate și mortalitate, fiind afecțiunile psihiatrice cu una dintre cele mai mari rate de deces, atât prin complicații medicale (amenoree, osteopatie, afectarea sistemului cardiovascular și renal), cât și prin suicid [266]. Vom menționa că tulburările de comportament alimentar corelează frecvent cu alte dificultăți psihologice, cum ar fi perfecționismul disfuncțional, anxietatea, depresia, scăderea stimei de sine, imaginea corporală negativă sau conflictele familiale, toate acestea interferând cu dezvoltarea armonioasă a personalității adolescentei [4; 16; 42; 136; 145; 173; 266; 275]. Mai multe cercetări au demonstrat existența unor interacțiuni complexe între comportamentele alimentare dezadaptative și trăsăturile de personalitate. Astfel, perfecționismul (în special cel autoimpus și social impus) este recunoscut ca factor predictiv semnificativ pentru apariția tulburărilor de comportament alimentar, fiind corelat cu teama de greșală, standardele personale nerealiste și presiunea resimțită din partea părinților sau a anturajului [43; 50; 81; 225; 247; 250;

286]. Totodată, relația disfuncțională cu propriul corp, imaginea corporală negativă și stima de sine fragilă devin vulnerabilități psihologice majore în perioada adolescenței [198; 264].

De asemenea, climatul familial joacă un rol esențial în geneza și menținerea comportamentelor alimentare dezadaptative. Stilurile parentale excesiv de critice, lipsa suportului emoțional sau conflictele familiale cresc riscul de interiorizare a unor standarde corporale rigide și de dezvoltare a unei relații conflictuale cu sinele [69; 178; 203].

Încadrarea temei de cercetare în preocupările internaționale, naționale, zonale ale colectivului de cercetare și în contextul inter- și transdisciplinar, prezentarea rezultatelor cercetărilor anterioare. Cercetări științifice cu referire la comportamentul alimentar și importanța acestuia au fost întreprinse de: A. J. Rothman, P. Sheeran, J. Qian, Y. Wu, F. Liu, T. Van Strien, S. K. Jenkins, S. D. Horner, A. Drewnowski, C. Faiburn, V. Mendelevich, I. Malkina-Pîh ș.a.

Comportamentele alimentare adaptative și cele dezadaptative, precum și specificul de manifestare a acestora, în psihologie au fost investigate de către: P. E. Garfinkel, și D. M. Garner, P. Rozin, C. Herman, J. Polivy, A. Brytek-Matera, A. Drewnowski, A. Palascha, E. Van Kleef, E. de Vet, H. C. Van Trijp, J. Frijters, M. Kornacka, R. Franken, C. Maltais-Levesque, M. Legendre și C. Begin. Împreună cu comportamentele alimentare dezadaptative, cercetătorii au fost preocupați să analizeze și să descrie tulburările de comportament alimentar (în special, anorexia nervoasă, bulimia și tulburarea de alimentație compulsivă): T. F. Cash, C. Faiburn, A. Hilbert, J. Nitsch, A. H. Crisp, A. V. Bhat, I. G. Malkina-Pîh, V.V. Marilov, V. Enea, A. Naia, C. Măirean, și I. Dafinoiu.

Comportamentul alimentar dezadaptativ și tulburările de alimentație la adolescente reprezintă un subiect de interes major în literatura științifică, fiind explorat atât din perspectivă psihologică, cât și medicală. Printre cercetătorii care au contribuit semnificativ la înțelegerea acestor manifestări se numără C. Fairburn, R. Cooper, Y. Yamamiya, E. Oktavioanto, I. M. Moh, E. Stice, H. Shaw, A. Marques, A. Naia, C. Branquinho, M. Munoz, J. Morgan, S. Lazarova, C. S. Stewart și F. Rottela.

În Republica Moldova, comportamente alimentare dezadaptative (inclusiv tulburări de alimentație precum anorexia și bulimia) au fost investigate de mai mulți autori, cu un accent special pe vârsta adolescentă: V. Condrea, în teza sa „Particularități psihologice ale tulburărilor de comportament alimentar la adolescenții cu diabet zaharat tip 1”, a identificat tipul de relații dintre particularitățile tulburărilor de comportament alimentar la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 și manifestarea anxietății și schemele cognitive dezadaptative, a evidențiat frecvența tulburărilor de comportament alimentar în cazul adolescenților cu diabet zaharat tip 1 și fără și a analizat particularitățile psihologice ale anxietății și schemelor cognitive dezadaptative la această categorie

de subiecți. O contribuție valoroasă este programul de intervenție psihologică centrat pe reducerea anxietății și a schemelor cognitive dezadaptative [77].

O altă cercetare expusă în teza de doctor a M. Ștefan „Particularități psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente”, în care autoarea prezintă un profil al adolescenței cu comportament alimentar problematic comparativ profilul adolescenței cu comportament alimentar echilibrat. Adolescențele cu comportament alimentar problematic se caracterizează prin: anxietate și griji sporită privitor aspectul fizic, o imagine corporală negativă, o stimă de sine scăzută, autocritică, rumații și perfecționism. Autoarea consideră că comportamentele alimentare problematice pot fi diminuate prin intervenții asupra dimensiunilor psihologice, sociale și comportamentale și implementează și demonstrează experimental eficiența unui model de intervenții orientat spre adoptarea unui comportament alimentar sănătos [264].

Conform celor prezentate privind prevalența comportamentelor alimentare dezadaptative și a tulburărilor de comportament alimentar, precum și a lipsei cercetărilor multidimensionale în Republica Moldova pe o populație non-clinică de adolescente considerăm necesar și relevant studierea comportamentelor alimentare distincte la acestea, a relațiilor dintre comportamentele alimentare distincte și personalitate și respectiv climat familial. De asemenea menționăm importanța elaborării unui program de intervenții psihologice în scopul prevenirii problemelor de sănătate fizică și psihică severe în adolescență și în etapele ulterioare de dezvoltare. Cele menționate permit formularea **problemei de cercetare**, ce presupune identificarea unui răspuns la întrebarea: care este relația dintre comportamentele alimentare distincte și trăsăturile de personalitate la adolescente și cum poate un program de intervenții psihologice orientat spre dezvoltarea personalității să contribuie la reducerea comportamentelor alimentare dezadaptative și tulburărilor de comportament alimentar, oferind repere pentru educarea și dezvoltarea armonioasă a adolescentelor?

Scopul cercetării îl constituie analiza comportamentelor alimentare distincte la adolescentele de diferite vârste, identificarea caracteristicilor de personalitate și a factorilor determinanți ai acestor comportamente, precum și elaborarea și implementarea unui program de intervenții psihologice destinat dezvoltării personalității adolescentelor cu comportamente alimentare dezadaptative și risc de tulburări de comportament alimentar.

Scopul a presupus formularea **următoarelor obiective pentru cercetare**:

1. analiza literaturii științifice din domeniul psihologiei cu referire la comportament alimentar, comportament alimentar dezadaptativ, vârsta adolescentă și la instrumentele de cercetare pentru studiul comportamentelor alimentare;

2. studierea specificului comportamentelor alimentare distincte pe parcursul vârstei adolescente, prin determinarea tipului de comportament alimentar dezadaptativ și a posibilității unei tulburări de alimentație la adolescentele cu vârsta cuprinsă între 14 și 19 ani;
3. analiza relației dintre comportamentele alimentare dezadaptative și probabilitatea apariției tulburărilor de alimentație la adolescente;
4. evidențierea asocierilor dintre comportamentele alimentare dezadaptative și personalitate, respectiv dimensiunile acesteia (trăsături de personalitate, perfecționism, anxietate, stima de sine, relația sine–corp) la adolescente;
5. stabilirea interrelațiilor dintre posibilitatea unei tulburări de alimentație și personalitate (trăsături de personalitate, perfecționism, anxietate, stima de sine, relația sine–corp) la adolescente;
6. identificarea legăturii dintre comportamentele alimentare dezadaptative / posibilitatea unei tulburări de alimentație și tipul climatului familial la adolescente;
7. elaborarea, implementarea și verificarea experimentală a unui program de intervenții psihologice destinat dezvoltării personalității adolescentelor cu comportamente alimentare dezadaptative și risc de tulburări de comportament alimentar.

Pe baza scopului și obiectivele cercetării am derivat următoarele **ipoteze generale**:

1. Presupunem că manifestarea comportamentului alimentar la adolescente și tipurile acestuia (comportament alimentar dezadaptativ și posibilitatea unei tulburări de alimentație) sunt determinate de vârstă, personalitate, climatul familial și își au specificul lor pentru vârsta adolescentă.
2. Presupunem, că printr-un program de intervenții psihologice special organizat, se poate influența pozitiv dezvoltarea personalității adolescentelor cu comportamente alimentare dezadaptative și cu risc de tulburări de comportament alimentar, prin optimizarea trăsăturilor de personalitate, diminuarea perfecționismului și anxietății, dezvoltarea stimei de sine, consolidarea încrederii în propriile abilități și formarea unei imagini corporale pozitive, contribuind astfel la reducerea acestor comportamente.

Reperete teoretice ale cercetării cuprind: *studiile și concepțiile privind comportamentele alimentare și comportamentul alimentar dezadaptativ* (T. Van Strien, A. Drewnowski, C. Fairburn, P. Rozin, R. Franken, P. E. Garfinkel, D. M. Garner, A. Brytek-Matera, M. Kornacka), *abordările explicative cu referire la tipurile de comportament alimentar dezadaptativ* (T. Van Strien, J. Frijters, G. Bergers, C. Herman, J. Polivy, A. Brytek-Matera, M. Kornacka, N. Franken, C. Maltais-Levesque, C. Begin), *cercetările privitor tulburările de comportament alimentar* (T. F. Cash, A.

Hilbert, A. H. Crisp, I. G. Malkina-Pîh, V. Enea) și *studiile privind specificul vârstei adolescente* (A. Gessel, E. Erikson, G. R. Adams, M. D. Berzonsky, D. Argreaves).

Metodologia cercetării rezultă din scopul, obiectivele și ipotezele de cercetare și includ mai multe metode complementare. Pentru a determina cadrul teoretic al problemei cercetate am utilizat – analiza și sinteza literaturii de specialitate și metoda ipotetico-deductivă pentru explicarea și fundamentarea rezultatelor cercetării constatative. În compartimentele aplicative ale cercetării am administrat chestionare și scale și am realizat un experiment de constatare, un experiment formativ și un experiment de control. Chestionarele și scalele aplicate sunt: *Chestionarul olandez pentru comportamentul alimentar*, *Chestionarul de alimentație în trei factori, varianta revizuită cu 18 itemi*, *Testul pentru atitudinile alimentare*, *Chestionarul de personalitate Cinci factori*, *Scala perfecționismului multidimensional Frost*, *Chestionarul pentru tulburarea de anxietate generalizată din 7 itemi*, *Scala stimei de sine Rosenberg*, *Chestionarul multidimensional al relațiilor sine-corp* și *Chestionarul pentru aprecierea climatului familial*.

Pentru analiza și interpretarea datelor, precum și pentru testarea ipotezelor am selectat: testul U Mann-Whitney, coeficientul de corelație Kendall's Tau și testul Wilcoxon.

Eșantionul cercetării cuprinde 250 de adolescente cu vârsta de 14, 15, 16, 17, 18 și 19 ani. Repartiția adolescentelor conform vârstei este următoarea: 14 ani – 41 de adolescente, 15 ani – 43 de adolescente, 16 ani – 43 de adolescente, 17 ani – 40 de adolescente, 18 ani – 47 de adolescente și 19 ani – 36 de adolescente. Cercetarea experimentală a fost realizată într-un liceu din mediul urban, un liceu din mediul rural și o universitate din municipiul Chișinău.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante constau în fundamentarea științifică și multidimensională a comportamentelor alimentare distincte la adolescente prin: explorarea comportamentelor alimentare dezadaptative și riscul prezenței tulburărilor de comportament alimentar la adolescente de vârstă diferită; identificarea caracteristicilor de personalitate la adolescentele cu comportament alimentar restrictiv, comportament alimentar emoțional, comportament alimentar extern și posibilitatea tulburărilor de comportament alimentar; evidențierea relațiilor dintre dimensiunile personalității și climatul familial și comportamente alimentare distincte, rezultate care stau la baza proiectării și aplicării unui program de intervenții psihologice destinat dezvoltării personalității adolescentelor cu comportamente alimentare dezadaptative și risc de tulburări de comportament alimentar.

Noutatea și originalitatea științifică a rezultatelor obținute rezultă din realizarea unei cercetări teoretico-aplicative cu referire la comportamentele alimentare distincte la adolescentele de la 14 până la 19 ani. Demersul experimental a făcut posibilă validarea unui set de instrumente psihologice integrat pentru măsurarea comportamentalelor alimentare dezadaptative și tulburărilor

de comportament alimentar, a personalității și a climatului familial la adolescente. S-au stabilit pattern-urile de comportamente alimentare distincte pe parcursul adolescenței (adolescența timpurie, mijlocie și târzie), precum și configurația personalității la adolescentele cu comportamente alimentare dezadaptative și la cele cu posibilitatea unei tulburări de comportament alimentar. Au fost evidențiate interrelațiile dintre comportamentele alimentare distincte și climatul familial la adolescente. A fost conceput și verificat experimental un model de program de intervenții psihologice cu scopul de a dezvolta personalitatea la adolescente cu comportamente alimentare dezadaptative și risc de tulburări de comportament alimentar.

Semnificația teoretică a cercetării. Rezultatele cercetării teoretico-experimentale constituie un aport important la domeniul psihologiei dezvoltării, psihologiei adolescenței, psihologiei educației și psihologiei clinice, oferind cunoștințe noi și complexe privitor la caracteristicile dezvoltării fizice, cognitive și psihosociale a adolescentelor prin evidențierea diferențelor de vârstă în prezența comportamentelor alimentare dezadaptative și a riscului de tulburări de comportament alimentar, precum și în relațiile stabilite între comportamentele alimentare distincte și personalitatea și climatul familial la adolescente. Rezultatele obținute, împreună cu concluziile formulate, reprezintă o contribuție considerabilă pentru reconceptualizarea temelor: Aspecte ale dezvoltării biologice, cognitive și sociale în adolescență și ale Tulburărilor de comportament alimentar la disciplinele: Psihologia dezvoltării, Psihologia adolescentului și Psihologia clinică.

Valoarea aplicativă a lucrării. Cadrul conceptual și legăturile stabilite în demersul experimental cu referire la comportamentele alimentare dezadaptative, posibilitatea tulburărilor de comportament alimentar, legăturile dintre comportamente alimentare distincte (comportament alimentar restrictiv, comportament alimentar emoțional, comportament alimentar extern și posibilitatea tulburărilor de comportament alimentar) și personalitate, și respectiv climat familial la adolescente pot fi utilizate ca fundamente teoretice pentru educația și dezvoltarea armonioasă a adolescentelor. Bateria de chestionare organizată și verificată prin cercetarea experimentală este consistentă și fiabilă în vederea studierii și examinării comportamentelor alimentare și a caracteristicilor de personalitate la adolescente ce poate fi folosită de psihologii școlari, psihologii clinici ș.a. Programul de intervenții psihologice destinat dezvoltării personalității adolescentelor cu comportamente alimentare dezadaptative și risc de tulburări de comportament alimentar, poate fi utilizat atât în prevenirea și reducerea comportamentelor alimentare problematice, cât și în dezvoltarea psihologică, dezvoltarea strategiilor de coping, educație nutrițională, în promovarea sănătății la preadolescente, adolescente și tinere.

Aprobarea și implementarea rezultatelor științifice. Rezultatele cercetării teoretico-empirice au fost expuse și discutate la: ședințele Catedrei Psihologie și Școlii Doctorale de Psihologie și Asistență Socială din cadrul Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, conferințe științifice și workshop-uri:

1. Conferința științifică națională cu participare internațională „Tradiție și inovare în cercetarea științifică”, 8 octombrie 2021, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți – cu comunicarea *Dezvoltarea personalității adolescentelor cu probleme de alimentație*;
2. Conferința științifică națională cu participare internațională „Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective” 21 – 22 octombrie 2021, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți – cu comunicarea *Particularitățile autoevaluării imaginii personale la adolescente*;
3. Conferința științifică națională cu participare internațională „Dezvoltarea personală și integrarea socială a actorilor educațională”, 12 noiembrie 2021, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău – cu comunicarea *Intervenții psihologice în dezvoltarea personalității adolescentelor cu probleme alimentare*.
4. Conferința științifică anuală a doctoranzilor și competitorilor „Probleme actuale ale științelor umanistice”, 11 mai 2022, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău – cu comunicarea *Specificul imaginii corporale la femei*;
5. Conferința științifică națională cu participare internațională „Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective”, Ed. 2, 21 octombrie 2022, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți – cu comunicarea *Percepția importanței aspectului fizic în societatea contemporană*;
6. Conferința științifică națională cu participare internațională „Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective”, Ed. 3, 27 octombrie 2023, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți – cu comunicarea *Adolescenții în context social*;
7. Conferința științifică națională cu participare internațională „Probleme actuale ale științelor umanistice”, 11 mai, 2023, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău – cu comunicarea *Tulburarea dismorfică corporală: cauze și manifestări*;
8. Conferința științifică națională cu participare internațională „Tradiție și inovare în cercetarea științifică”, Ed. XII, 6 – 7 octombrie 2023, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți – cu comunicarea *Conștiinciozitatea la adolescentele cu comportament alimentar distinct*;

9. International conference „Science and education: new approaches and perspectives”, Ed. 26, 21 – 22 martie 2024, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău – cu comunicarea *Starea de bine și comportamentul alimentar*;
10. Conferința științifică națională cu participare internațională „Cercetare, inovare, dezvoltare”, 19 aprilie 2024, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău – cu comunicarea *Personalitatea adolescentelor cu comportament alimentar distinct*;
11. Simpozionul național cu participare internațională „Kreatikon. Creativitate. Formare. Performanță”, 28 – 30 martie 2024, Universitatea „Petre Andrei” din Iași, România – cu comunicarea *Stima de sine și starea de bine la elevi*;
12. Conferință națională „Abordări psiho-pedagogice, lingvistico-literare, istorice și didactice în științele educației”, 20 decembrie 2023, Universitatea de Stat „Bogdan Petriceicu Hașdeu – cu comunicarea *Fortificarea stimei de sine la adolescente*;
13. Conferința științifică națională cu participare internațională „Concepția rezultantei: importanța teoretică și practică”, 1 – 2 decembrie 2023, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău – cu comunicarea *Particularitățile stimei de sine la adolescente*;
14. Conferință științifică națională cu participare internațională „Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective”, Ed. 5, 25-26 octombrie 2024, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți – cu comunicarea *Tulburările de comportament alimentar: delimitări conceptuale și modalități de intervenții psihoterapeutice*;
15. Conferință științifică internațională „Perspectivele și problemele integrării în spațiul european al cercetării și educației”, 6 iunie 2024, Universitatea de Stat „Bogdan Petriceicu Hașdeu – cu comunicarea *Stima de sine la adolescentele cu comportament alimentar distinct*;
16. Simpozionul național cu participare internațională „Kreatikon. Creativitate. Formare. Performanță”, 3 – 6 aprilie 2025, Universitatea „Petre Andrei” din Iași, România – cu comunicarea *Educația ca factor de prevenție și intervenție în comportamentul alimentar patologic*;
17. Conferință științifică internațională „Perspectivele și problemele integrării în spațiul european al cercetării și educației”, 6 iunie 2025, Universitatea de Stat „Bogdan Petriceicu Hașdeu – cu comunicarea *Relația dintre sine și corp la adolescentele cu tendințe alimentare restrictive*;

18. Conferință științifică națională cu participare internațională „Valorificarea stării de bine în sistemul educațional: oportunități și perspective”, 15 mai 2025, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău – cu comunicarea *Încrederea în sine și starea de bine la elevi*;
19. International scientific conference „Higher education: traditions, values, perspectives” 19 – 20 septembrie 2025, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău – cu comunicarea *Psychological aspects of eating disorders in adolescent girls*;
20. Conferința științifică națională cu participare internațională „Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective”, 24 – 25 octombrie 2025, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți – cu comunicarea *Dimensiuni ale stării de bine în context educațional*;
21. Workshop-ul „*Tulburări de alimentație la adolescente*”, 6 aprilie 2025, în cadrul Simpozionului național cu participare internațională „Kreatikon. Creativitate. Formare. Performanță”, 3 – 6 aprilie 2025, Universitatea „Petre Andrei” din Iași, România.

Sumarul compartimentelor tezei. Teza cuprinde: adnotări în română, engleză, rusă, introducere, 3 capitole, bibliografia din 310 de titluri, 6 anexe și este perfectată pe 148 pagini, inclusiv 29 tabele și 64 figuri. Rezultatele cercetării sunt publicate în 21 de lucrări științifice.

În **Introducere** sunt descrise actualitatea și importanța temei studiate, încadrarea temei de cercetare în preocupările internaționale și naționale; sunt expuse scopul, obiectivele cercetării și ipotezele de cercetare, este fundamentat suportul conceptual al cercetării și metodologia cercetării științifice. De asemenea, sunt prezentate rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante. Totodată, sunt detaliate noutatea științifică a rezultatelor obținute, semnificația teoretică și valoarea aplicativă a lucrării.

În **Capitolul 1** „*Considerații teoretice ale comportamentului alimentar și comportamentului alimentar dezadaptativ*” este efectuată o analiză a abordărilor teoretice ale conceptelor de comportament alimentar, comportament alimentar dezadaptativ și tulburări de comportament alimentar. Acest capitol cuprinde analiza și descrierea tipurilor de comportamente alimentare dezadaptative și tulburări de comportament alimentar. Un paragraf important al demersului teoretic este caracterizarea vârstei adolescente cu evidențierea și descrierea factorilor ce determină comportamentele alimentare dezadaptative și tulburările de alimentație.

În **Capitolul 2** „*Studiul experimental al personalității adolescentelor cu comportament alimentar distincte*” este descris demersul experimental constatativ cu prezentarea scopului, obiectivelor, ipotezelor și chestionarelor și scalelor aplicate. Ulterior sunt analizate comportamentele alimentare dezadaptative și riscul tulburărilor de comportament alimentar la

adolescentele de 14 – 15 ani, 16 – 17 ani și 18 – 19 ani. De asemenea, sunt ilustrate și expuse relațiile dintre comportamentele alimentare distincte și personalitate (trăsături de personalitate, perfecționism, anxietate, stima de sine și relația sine–corp) și climat familial la adolescente.

Experimentul formativ al cercetării este expus în **capitolul 3** „*Dezvoltarea personalității adolescentelor cu comportament alimentar dezadaptativ*”. Capitolul demarează cu caracterizarea programului de intervenții psihologice destinat dezvoltării personalității adolescentelor cu comportamente alimentare dezadaptative și riscul de tulburări de alimentație prin prezentarea scopului, ipotezei, obiectivelor, principiilor de elaborare, tehnicilor utilizate în cadrul programului de intervenții psihologice. În acest capitol sunt analizate rezultatele adolescentelor din grupul experimental test / retest, adolescentele din grupul de control test / retest, adolescentele din grupul experimental și control retest, o ultimă comparație sunt rezultatele adolescentelor din grupul experimental test și grupul experimental retest 2. Astfel de comparații permit evidențierea eficienței programului de intervenții psihologice.

Concluziile generale și recomandările cuprind rezultatele cercetării efectuate într-un mod sintetizat, precum și recomandări îndreptate spre armonizarea personalității adolescentelor cu comportament alimentar dezadaptativ.

1. CONSIDERAȚII TEORETICE ALE COMPORTAMENTULUI ALIMENTAR ȘI COMPORTAMENTULUI ALIMENTAR DEZADAPTATIV

1.1. Delimitări conceptuale ale comportamentului alimentar și ale comportamentului alimentar dezadaptativ

Comportamentul alimentar reprezintă un concept amplu care cuprinde alegerea alimentelor, motivele din spatele acestei selecții, obiceiurile alimentare, regimul alimentar și dificultățile asociate alimentației, cum ar fi obezitatea, tulburările alimentare și tulburările de hrănire. În domeniul medicinei comportamentale, după cum menționează A. J. Rothman, P. Sheeran, W. Wood, studiul comportamentului alimentar se axează pe identificarea cauzelor, prevenirea și tratamentul obezității și al tulburărilor alimentare, precum și pe promovarea unor obiceiuri alimentare sănătoase care contribuie la gestionarea și prevenirea diverselor afecțiuni medicale precum hipertensiunea arterială, diabetul și anumite tipuri de cancer [229].

În continuare, pentru a dezvolta o viziune cât mai complexă asupra conceptului de comportament alimentar, vom analiza definițiile propuse de diverși autori.

Comportamentul alimentar, potrivit lui J. Qian, Y. Wu și F. Liu, este o activitate esențială pentru supraviețuirea individului, desfășurată zilnic, implicând decizii legate de ce, când și cât să se consume [215]. Spre deosebire de strămoșii noștri, a căror preocupare principală era să găsească hrană pentru a obține energie și substanțe nutritive, astăzi alegerile alimentare sunt mult mai complexe. Această complexitate este evidentă mai ales în societățile occidentale sau occidentalizate, unde alimentele sunt abundente, accesibile și variate. În plus, mâncatul reprezintă o activitate inherent plăcută, fiind profund conectată cu starea de spirit și emoțiile.

T. Van Strien consideră că comportamentul alimentar reprezintă atitudinea unei persoane față de consumul de alimente, incluzând un ansamblu de reflexe necondiționate și decizii conștiente care influențează atât cantitatea, cât și compoziția alimentelor consumate în diverse contexte. În mod ideal, acest comportament ar trebui să asigure organismului toți nutrienții necesari și un aport caloric optim, în timp ce individul ar trebui să experimenteze plăcerea de a mânca [273; 274].

În viziunea propusă de S. K. Jenkins și S. D. Horner, comportamentul alimentar poate fi definit drept un construct complex și multidimensional, rezultat din interacțiunea dintre procesele biologice, inclusiv influențele genetice și epigenetice, și factorii de mediu, relație care poate avea un caracter bidirecțional. Astfel, autorii subliniază că comportamentul alimentar cuprinde procesele de selectare, consum și reglare a alimentației, dimensiunile hedonic-motivaționale ale hranei, valoarea de recompensă a alimentelor, tendințele de evitare sau de apropiere față de

anumite alimente, reacțiile la indiciile alimentare, viteza de ingestie, precum și atitudinile, credințele și obiceiurile legate de hrană [149].

A. Drewnowski investighează preferințele individului pentru dulce și sărat și explică comportamentul alimentar prin prisma experiențelor plăcute și a alegerilor bazate pe gust și arome aliniate cu procese emoționale de recompensă. Autorul subliniază faptul că pofta de mâncare este determinată atât de componenta biologică, cât și de factori sociali și economici [91].

C. Fairburn descrie comportamentul alimentar drept un tipar al obiceiurilor de consum de alimente și băuturi ale unei persoane, evidențiat prin selecția alimentelor, frecvența meselor și mărimea porțiilor [103; 104; 105].

M. Faith, D. Allison și A. Geliebter consideră că comportamentul alimentar nu este o conduită pur fiziologică, ci un construct multidimensional ce reiese din influențarea reciprocă a mecanismelor biologice (de satisfacere a foamei / sațietății), proceselor psihologice (gânduri, decizii și emoții cu referire la nutriție) și influențele socioculturale (modele de comportament din familie și societate) [106].

P. Rozin prezintă și descrie comportamentul alimentar într-un mod integrativ și anume ca un complex de mecanisme biologice, factori psihologici și culturali care condiționează preferințele, alegerile, semnificațiile pe care individul le atribuie alimentelor sau hranei. P. Rozin menționează că alimentația este în strânsă legătură cu biologia, memoria, afectivitatea, învățarea și obiceiurile culturale transmise generațional [231].

În opinia lui S. S. Wonderlich, comportamentul alimentar reprezintă un factor de risc semnificativ pentru sănătate, având un impact major asupra stării fizice și psihologice. O alimentație inadecvată poate favoriza apariția unor afecțiuni cronice, precum diabetul, bolile cardiovasculare, hipertensiunea arterială, osteoporoza, cancerul sau cariile dentare. În plus, un comportament alimentar nesănătos poate contribui la dezvoltarea unor probleme psihologice, cum ar fi depresia, anxietatea, apatia și alte tulburări emoționale. Deși nutriția este în mod evident o nevoie fiziologică, motivația psihologică influențează în mod semnificativ comportamentul alimentar, fie că acesta este sănătos sau patologic. Nevoia de a mânca poate fi declanșată de diverse emoții, atât pozitive, cum ar fi fericirea, cât și negative, precum furia sau depresia. Totodată, atitudinile socializate, normele și așteptările legate de consumul alimentar au un impact important asupra acestui comportament [288].

Încă o abordare explicativă a comportamentului alimentar aparține lui C. Herman și J. Polivy. Autorii definesc comportamentul alimentar ca felul în care indivizii își gestionează aportul de hrană, acesta fiind determinat de o îmbinare de factori cognitivi, precum norme și limitări dietetice, afectivi și de mediu. Totodată, C. Herman și J. Polivy subliniază că alimentația este

modelată atât de procesele fiziologice care asigură echilibrul intern al organismului, cât și de mecanisme motivaționale responsabile de experiența plăcerii [134].

K. Franco-Paredes și F. J. Diaz-Resendiz descriu comportamentul alimentar drept un concept amplu care include alegerea și motivațiile alimentare, practicile de hrănire, dietele, precum și problemele asociate alimentației, cum ar fi obezitatea și tulburările de comportament alimentar [112].

J. S. Savage, L. Birch și J. Fisher realizează cercetări cu referire la preferințele alimentare și precizează că comportamentul alimentar se dezvoltă prin învățare socială, modele surprinse la proprii părinți și cuprinde alegerile culinare, stările emoționale și valorile și standardele familiale. După J. S. Savage, L. Birch și J. Fisher, comportamentul alimentar apare în copilărie ca răspuns la modelarea comportamentală și monitorizarea din exterior exercitată de părinți [237].

Încă o definiție pentru comportamentul alimentar este propusă de B. Wansink, J. E. Painter și J. North, unde acesta este descris drept o succesiune de comportamente involuntare la habitatul alimentar. Pentru B. Wansink, J. E. Painter și J. North deciziile privind alimentația depind robust de cantitate, de ambalajul comercial, disponibilitate sau context social [283].

R. Franken consideră comportamentul alimentar o reacție complexă influențată de factori interni și externi, inclusiv caracteristici sociale, economice, etnoculturale și personale, având ca principal scop menținerea homeostaziei sub toate formele sale, în special a echilibrului energetic. Acest comportament contribuie, de asemenea, la stabilizarea greutatei corporale și, în final, la păstrarea sănătății. R. Franken susține că comportamentul alimentar este determinat nu doar de nevoia fundamentală de hrană, ci și de cunoștințele și strategiile de gândire acumulate anterior social [309].

Conform lui A. Ziegler, C. Kasprzak și T. Mansouri nevoia de hrană îndeplinește multiple funcții în viața unei persoane, printre care:

- *recompense sau stimulente*, mâncarea fiind apreciată pentru gustul său plăcut;
- *satisfacerea nevoilor estetice*, prin aprecierea aspectului atractiv al alimentelor;
- *comunicare*, mâncarea având rolul de a facilita relațiile sociale, asociată adesea cu activități de grup;
- *autoafirmare*, prin asocierea alimentelor cu prestigiu și un aspect „solid” sau impresionant;
- *menținerea ritualurilor sau obiceiurilor*, legate de tradiții religioase, naționale sau familiale;

- *compensarea nevoilor nesatisfăcute*, cum ar fi lipsa de comunicare sau îngrijirea parentală;
- *eliberarea stresului psiho-emoțional*, hrana devenind un mijloc de calmare și alinare;
- *plăcerea senzuală*, consumul alimentelor fiind perceput ca un scop în sine [301].

În concordanță cu cele expuse mai sus, mâncarea este adesea utilizată de oameni ca un mecanism de gestionare a stărilor precum stresul, plictiseala, anxietatea sau chiar pentru a prelungi starea de bucurie. Deși această strategie poate oferi alinare pe termen scurt, ea tinde să ducă la sentimente de regret și vinovăție, intensificând astfel emoțiile negative. În realitate, problema de bază care generează stresul rămâne nerezolvată. Pe lângă impactul emoțional, această practică după A. Palascha poate afecta imaginea de sine, mai ales în contextul creșterii în greutate sau al altor efecte negative asupra sănătății, cum ar fi creșterea nivelului de zahăr în sânge, a colesterolului sau a tensiunii arteriale [210].

Potrivit lui V. Mendelevich, comportamentul alimentar reflectă o atitudine valorică față de alimente și consumul acestora, manifestându-se prin tipare specifice de alimentație în situații obișnuite și stresante. Acest comportament este strâns legat de percepția asupra imaginii corporale și de acțiunile orientate spre modelarea acestei imagini [306]. Stilul comportamentului alimentar reflectă atât nevoile, cât și starea emoțională a unei persoane. De asemenea, V. Mendelevich și R. Sadıkova menționează că actul de a mânca în sine este caracterizat de o intensă încărcătură afectivă, asociată cu sentimente precum satisfacția și sațietatea. Prin trăsăturile comportamentului alimentar, se pot manifesta diverse stări emoționale, precum iubirea, protestul, furia sau rușinea. Încă din copilărie, alimentația are o semnificație aparte, putând deveni un mijloc de exprimare a conflictelor interne și interpersonale [307].

I. Malkina-Pih definește comportamentul alimentar ca fiind un ansamblu de obiceiuri, emoții și atitudini individuale legate de consumul de alimente, incluzând preferințele gustative, obiceiurile alimentare și dieta. Aceste atitudini și obiceiuri sunt modelate de factori precum tradițiile familiale și sociale, credințele religioase, experiențele de viață, recomandările medicale, tendințele modei, precum și de considerentele economice și personale [304].

P. E. Garfinkel, D. M. Garner, P. Rozin, C. Herman, J. Polivy, A. Brytek-Matera, C. Maltais-Levesque, A. Drewnowski ș.a. consideră că manifestările comportamentului alimentar nu sunt uniforme, ci diferă în funcție de adaptabilitatea individului la exigențele mediului și la necesitățile interne ale organismului [57; 91; 117; 134; 176; 231]. Astfel, bazându-se pe ideea că alimentele sunt utilizate distinct de individ pentru a satisface simultan nevoile sale fiziologice, afective și psihosociale, autorii fac diferența între două patternuri alimentare semnificative: *comportamente alimentare adaptative* și *comportamente alimentare dezadaptative*.

DSM-5 nu definește explicit comportamentul alimentar normal, dar prin criteriile pentru tulburările de alimentație, face o distincție deductibilă între *comportamente alimentare sănătoase* și *comportamente alimentare patologice*. Astfel, comportamentele alimentare sănătoase sunt descrise ca flexibile și adaptative, pe când comportamentele alimentare patologice sunt caracterizate drept restrictive, compulsive sau compensatorii [92]. De asemenea, comportamentele alimentare patologice pot fi definite ca comportamente alimentare neregulate care nu se califică drept tulburări alimentare conform criteriilor propuse în DSM-5 [92].

E. Tribole și E. Resch nu fac referire propriu-zisă la comportament alimentar adaptativ, dar principiile și ideile pe care aceștia le avansează se suprapun cu acest mod de alimentație. Conceptele formulate de autori sunt legate de alimentația intuitivă și presupun: ascultarea indiciilor senzației de foame, atenția față de propriile necesități fiziologice și flexibilizarea regulilor rigide despre alimente. De asemenea, autorii evidențiază că indivizii cu o imagine corporală pozitivă și cu nivel ridicat al stării de bine tind să adopte alegeri alimentare mai sănătoase și să aibă obiceiuri alimentare echilibrate [267].

Despre alimentația intuitivă vorbesc și L. Shateri, A. Arani și H. Shamsipour și o definesc ca un stil adaptabil care optimizează echilibrul afectiv. Ei argumentează că persoanele cu alimentație intuitivă își pot controla emoțiile negative, comparativ cu cele ce demonstrează comportamente alimentare dezadaptative [244].

A. Palascha, E. Van Kleef, E. de Vet și H. C. Van Trijp elaborează o abordare teoretică privind stilul alimentar intern reglat, un concept asemănător cu comportamentul alimentar adaptativ. Conform autorilor, stilul intern reglat cuprinde recunoașterea senzațiilor de foame, o relație armonioasă cu mâncarea și plăcerea de a se bucura de alimente. Cele menționate le considerăm ca caracteristici ale unui comportament alimentar adaptativ [210].

P. E. Garfinkel și D. M. Garner consideră că comportamentul alimentar normal, pe care îl numesc și adaptativ, și comportamentul alimentar dezadaptativ sunt influențate de numeroși factori, inclusiv poziția nutriției în ierarhia valorilor personale și caracteristicile cantitative și calitative ale alimentației. Factorii etnoculturali joacă un rol semnificativ în formarea comportamentului alimentar, având un impact deosebit în situații de stres [117; 118].

Comportamentul alimentar normal, după P. E. Garfinkel și D. M. Garner, implică consumul de alimente pentru a satisface foamea și nevoile nutriționale ale organismului, contribuind astfel la menținerea unui echilibru energetic adecvat [117]. Acest tip de comportament alimentar, considerat sănătos, se concentrează pe ascultarea semnalelor propriului corp și este definit de trei factori principali: foamea, sațietatea și dorința pentru un anumit tip de aliment [56; 107; 117; 118]. O persoană cu un comportament alimentar normal / adaptativ consumă alimente atunci când

resimte foame, fără a fi influențată strict de momentul zilei sau de presiunea de a mânca „pentru că trebuie”; își alege mâncarea având drept ghid propriile nevoi și senzații interioare, nu cantitatea de calorii a alimentelor sau dietă restrictivă; se oprește din mânca atunci când simte sațietate, indiferent de cantitatea rămasă pe farfurie sau de valoarea plătită pentru acele alimente [17; 117].

P. Rozin prezintă comportamentul alimentar adaptativ ca un rezultat al unui ansamblu de factori: predispoziție biologică și conduite învățate. Practicarea unui comportament alimentar adaptativ are următoarele beneficii: susține și întărește sănătatea fizică și psihologică, este în armonie cu feedback-ul intern al corpului și favorizează adaptabilitatea [230; 231]. P. Rozin discută despre nepotrivirea între predispozițiile biologice de la generațiile anterioare (preferințele pentru dulciuri și grăsimi) și mediul alimentar modern. Un astfel de dezechilibru poate dezvolta comportamente alimentare dezadaptative, cum ar fi: apariția mâncatului excesiv, anxietate legată de alimentație, diete restrictive. De asemenea, autorul consideră că apariția comportamentelor alimentare dezadaptative poate fi condiționată de cogniții disfuncționale despre mâncare și corp [230].

Comportamentul alimentar dezadaptativ, în viziunea autorilor P. E. Garfinkel și D. M. Garner, apare atunci când o persoană atribuie alimentației funcții suplimentare, dincolo de satisfacerea nevoilor nutriționale. Astfel, mâncarea poate deveni un mijloc de reducere a stresului psiho-emoțional, de autoafirmare, de compensare a nevoilor neîmplinite sau chiar un instrument pentru interacțiune socială, adesea asociat cu diverse ritualuri [117; 118]. Conform lui P. E. Garfinkel și D. M. Garner, comportamentul alimentar dezadaptativ are explicații complexe: nu e doar despre alimente sau hrană, ci și despre emoții, personalitate și modul de interrelaționare cu cei din jur. În cercetările lui P. E. Garfinkel și D. M. Garner se face referire la importanța factorilor socioculturali în comportamentele alimentare dezadaptative. Aceștia pot cauza o preocupare exagerată față de corp și alimentație. În diferite culturi sunt norme și standarde proprii legate de idealul corpului subțire, greutate și presiunea exercitată la nivel social asupra identității de gen [117; 118]. P. E. Garfinkel și D. M. Garner susțin că examinarea comportamentelor alimentare dezadaptative trebuie să cuprindă nu doar măsurarea comportamentului vizibil (ce și cum mănâncă persoana), ci și perspectivele cognitive, determinanți motivaționali și convingerile cu referire la alimentație și propriul corp. Autorii evidențiază impunerea unei perspective integrative în minimalizarea comportamentelor alimentare dezadaptative, considerând că abordarea cognitiv-comportamentală, consilierea nutrițională, sprijinul social și educația trebuie orientate atât la comportamentele alimentare, cât și la factorii psihologici determinanți ai acestora [117; 118].

C. Herman și J. Polivy apreciază că comportamentele alimentare dezadaptative se instalează atunci când mecanismele de autoreglare sunt afectate de factori cognitivi și emoționali [134].

A. Brytek-Matera susține că mâncatul maladaptiv, numit și dezadaptativ, nu este doar o problemă la nivelul greutății sau dietei. Autoarea examinează modul în care perturbarea homeostaziei și a dezechilibrelor la nivel cognitiv și emoțional conduc la comportamente alimentare dezadaptative. Nu doar emoțiile afectează alimentația; este valabilă și teza inversă: alimentația poate influența emoțiile. Un exemplu relevant aici ar fi: o persoană tristă sau anxioasă poate folosi mâncatul emoțional pentru a obține o stare de confort emoțional, iar comportamentul alimentar selectat poate duce la modificări ale dispoziției. Intervențiile în cazul comportamentului alimentar dezadaptativ trebuie să fie orientate nu doar la tiparele alimentare, ci și la dezvoltarea și optimizarea capacităților de control și gestionare a emoțiilor [57].

C. Maltais-Levesque, M. Legendre și C. Begin remarcă că în comportamentul alimentar dezadaptativ o importanță majoră o are autoreglarea emoțională, susținând că depresia, impulsivitatea și anumite trăsături de personalitate pot condiționa comportamente alimentare problematice. Concomitent, comportamentele alimentare dezadaptative determină creșterea în greutate și instaurarea obezității și afectează starea de sănătate a individului [176].

A. Drewnowski face referire la comportamentele alimentare dezadaptative care apar atunci când nevoile de gratificare și cele de recompensă devin mai puternice decât mecanismele de reglare internă. Mâncarea foarte plăcută, precum și cea cu concentrație calorică mare, poate facilita excesul alimentar. O altă idee expusă de A. Drewnowski, care explică comportamentul alimentar dezadaptativ, este că alegerile bazate pe simțuri pot contura rutinele alimentare și favoriza consumul excesiv de alimente și supraponderalitatea. Este esențial să subliniem că autorul nu percepe comportamentul alimentar dezadaptativ ca o problemă la nivelul autoreglării individuale, ci ca un rezultat al mediului alimentar și al factorilor socio-economici [91].

Conform accepțiunii formulate de către M. Kornacka, K. Czepczor-Bernat, P. Napieralski și A. Brytek-Matera, comportamentul alimentar dezadaptativ este un mecanism disfuncțional de gestionare a gândurilor și a emoțiilor. Autorii evidențiază prezența ruminației și a fluctuației de dispoziție la persoanele cu obezitate. Cercetarea acestora evidențiază că gândirea repetitivă negativă și emoțiile negative se întâlnesc și în rândul populației sănătoase sau a celor cu mâncat dezadaptativ. De asemenea, autoarea vorbește despre beneficiile tehnicilor terapiei cognitiv-comportamentale în reducerea ruminației și stabilizarea dispoziției, ulterior producând modificări în obiceiurile alimentare. O altă idee importantă este că terapia cognitiv-comportamentală poate fi folosită ca abordare preventivă în cazul persoanelor cu tendințe de ruminație și mâncat emoțional [160].

Din cele expuse consemnăm că comportamentul alimentar apare ca un construct multidimensional, care depășește semnificația strict fiziologică a procesului de consumare a hranei

și include alegeri, motivații, emoții, cogniții, atitudini, valori și tipare relaționale atât cu hrana, cât și cu propriul corp. Comportamentul alimentar îndeplinește funcții multiple, de la satisfacerea nevoilor fiziologice până la reglarea afectivă, interacțiunea socială, autoafirmarea și menținerea ritualurilor culturale și tradiționale. În cadrul cercetării noastre vom conceptualiza *comportamentul alimentar* drept construct complex, rezultat al interacțiunii dintre mecanisme biologice, procese psihologice și influențe socioculturale.

Diferențierea dintre comportamentul alimentar adaptativ și cel dezadaptativ constituie un punct central în înțelegerea relației persoanei cu alimentația. *Comportamentul alimentar adaptativ* este caracterizat prin flexibilitate, autoreglare, ascultarea semnalelor interne ale corpului, plăcerea moderată de a mânca și armonia dintre nevoile fiziologice și cele psihologice. Pe de altă parte, *comportamentul alimentar dezadaptativ* apare atunci când alimentația capătă funcții suplimentare disfuncționale, fiind utilizată predominant ca mecanism de gestionare a emoțiilor negative, a stresului, a conflictelor interne sau a presiunilor socioculturale, în detrimentul autoreglării sănătoase.

1.2. Dimensiuni și tipuri de comportament alimentar dezadaptativ

În cercetările psihologice ale lui T. Van Strien, J. Frijters, G. Bergers, C. Herman, J. Polivy, A. Brytek-Matera, M. Kornacka, R. Franken, C. Maltais-Levesque, M. Legendre și C. Begin comportamentele alimentare dezadaptative sunt pattern-uri de conduită care interferează cu mecanismele obișnuite de reglare a aportului alimentar, fiind determinate de o multitudine de factori: cognitivi, afectivi și motivaționali. Astfel, în cele ce urmează vom prezenta principalele tipuri de comportament alimentar dezadaptativ, făcând referire la mecanismele psihologice implicate și rolul lor în dinamica autoreglării alimentare [57; 134; 160; 176; 273; 309].

Cercetătorii T. Van Strien, J. Frijters și G. Bergers, definesc trei categorii principale pentru comportamentul alimentar dezadaptativ:

- *comportamentul alimentar restrictiv*, caracterizat prin limitarea strictă a alimentelor consumate;
- *comportamentul alimentar emoțional*, declanșat de stări emoționale, fie ele pozitive sau negative;
- *comportamentul alimentar extern*, influențat de stimuli din mediul extern, cum ar fi aspectul sau mirosul mâncării [273; 274].

Comportamentul alimentar restrictiv este definit de către T. Van Strien, J. Frijters și G. Bergers drept comportamentul alimentar dezadaptativ ce se caracterizează printr-o autoreținere nutrițională excesivă și prin adoptarea unor diete nesistematice, aceste perioade de restricție

alimentară fiind adesea urmate de episoade de supraalimentare, ceea ce duce la creșteri semnificative în greutate și la o instabilitate emoțională manifestată prin depresie alimentară [273]. În ultimele trei decenii, adoptarea dietelor a câștigat popularitate, în special în societățile occidentale, mai ales în rândul femeilor tinere, devenind unul dintre factorii principali care determină ulterior supraalimentarea. Persoanele ce manifestă un comportament alimentar restrictiv ignoră semnalele interne ale organismului privind starea de foame sau sete, respectând în schimb o dietă hipocalorică menită să le ajute să slăbească [22].

Este esențial să facem o distincție clară între urmarea unei diete și comportamentul alimentar restrictiv. Dietele pot fi clasificate în funcție de gradul lor de flexibilitate, iar acest aspect influențează atât riscul de episoade de supraalimentare, cât și succesul pe termen lung al regimului alimentar. Comportamentul alimentar restrictiv, după părerea autorilor T. Van Strien, J. Frijters și G. Bergers, este caracterizat prin practici rigide, cum ar fi numărarea strictă a caloriilor, reguli stricte pentru excluderea anumitor alimente și utilizarea frecventă a dietelor [273]. Această abordare inflexibilă crește semnificativ riscul episoadelor de supraalimentare. Pe de altă parte, controlul alimentar flexibil presupune o abordare mai permisivă, incluzând comportamente precum planificarea meselor în avans, limitarea dimensiunilor porțiilor și încetinirea ritmului de consum. În această perspectivă, limitarea consumului nu este rigidă, iar persoanele care adoptă acest stil tind să accepte posibilitatea episoadelor de consum excesiv, compensând ulterior într-un mod echilibrat [285].

Comportamentul alimentar emoțional, în concordanță cu T. Van Strien, J. Frijters și G. Bergers, este cel mai frecvent tip de comportament alimentar dezadaptativ și se distinge prin reacții hiperfagice la stres, manifestându-se sub forma supraalimentării emoționale [273]. În acest caz, stimulul principal pentru consumul de alimente nu este foamea fizică, ci disconfortul emoțional. T. Van Strien, J. Frijters și G. Bergers menționează că mâncarea devine un mecanism de răspuns la stres, depresie sau alte stări de disconfort, adesea declanșând episoade de supraalimentare incontrolabilă, în care persoana nu poate gestiona cantitatea de alimente consumate. Spre deosebire de comportamentul alimentar extern, individul cu comportament alimentar emoțional conștientizează, de obicei, că acesta este o problemă și tinde să o ascundă de ceilalți. În multe cazuri, această nevoie necontrolată de a mânca apare exclusiv seara târziu sau noaptea, fiind însoțită de tulburări de somn [273; 274].

Comportamentul alimentar extern, după T. Van Strien, J. Frijters și G. Bergers, este tipul de comportament alimentar dezadaptativ care se manifestă printr-un răspuns accentuat la stimulii externi, mai degrabă decât la cei interni, care indică nevoia de hrană, factorii precum disponibilitatea alimentelor, mirosul, aspectul, gustul și contextul social (cum ar fi „mâncatul

împreună cu prietenii”) ocupând un rol esențial [273]. Persoanele cu acest tip de comportament alimentar dezadaptativ sunt puternic influențate de publicitatea produselor alimentare, fiind tentate să achiziționeze și să încerce produsele promovate. În plus, acestea tind să cumpere și să pregătească mai multe alimente decât au nevoie, consumându-le ulterior pentru a evita risipa. Adesea ele nu conștientizează problema și atribuie supraponderalitatea factorilor precum ereditatea, un stil de viață sedentar sau particularitățile metabolice [274; 309].

De obicei, la persoanele cu comportament alimentar extern, stimulii senzoriali pot fi suficienți pentru a declanșa producția de insulină. Totuși, T. Van Strien, J. Frijters și G. Bergers arată că sensibilitatea la stimuli externi nu este exclusivă pentru o anumită greutate corporală [273]. De exemplu, persoanele slabe pot fi sensibile la acești stimuli, în timp ce unele persoane cu exces de greutate pot să nu răspundă la astfel de stimuli. Astfel, deși externalitatea este corelată cu motivația comportamentului alimentar, nu există o relație directă între acest tip de comportament și greutatea corporală. Alte variabile importante ce influențează această relație, sunt: intensitatea proceselor metabolice, nivelul de autocontrol și accesibilitatea alimentelor [309].

J. Karlsson evidențiază trei comportamente alimentare dezadaptative, care prezintă riscuri majore pentru sănătatea psihofiziologică: *restricție cognitivă*, *mâncat necontrolat* și *mâncat emoțional* [154].

Restricția cognitivă se referă la înclinația individului de a renunța voluntar și conștient la alimente pentru a obține greutatea dorită. *Mâncatul necontrolat*, potrivit lui J. Karlsson, reprezintă acele circumstanțe în care individul nu poate întrerupe consumul de alimente datorat unei senzații de foame persistente. În schimb, *mâncatul emoțional* este ingerarea hranei ca răspuns la emoții negative (singurătate, anxietate, tristețe). Cercetările lui J. Karlsson arată că persoanele cu restricție cognitivă și mâncat emoțional au un indice de masă corporală mai ridicat [154].

Aceleași categorii de comportament alimentar dezadaptativ sunt expuse și caracterizate de C. Herman și J. Polivy: *restricție alimentară cognitivă* și *mâncat emoțional*.

C. Herman și J. Polivy conceptualizează *restricția alimentară cognitivă* ca o formă de control mental intenționat al alimentelor, care nu este doar o limitare fizică, ci presupune și reguli și planuri cognitive legate de dietă. Persoanele cu restricție alimentară cognitivă au o stăpânire puternică a propriilor dorințe și pofte alimentare, în vederea gestionării greutății. C. Herman și J. Polivy consideră că restricția alimentară cognitivă poate fi rigidă și flexibilă. Restricția alimentară rigidă cuprinde un regim alimentar sever, în timp ce restricția alimentară flexibilă reprezintă un control alimentar mai adaptabil. Persoanele cu restricție alimentară rigidă prezintă o posibilitate mare de dezorganizare a restricțiilor în situații și circumstanțe de stres. Controlul flexibil al hranei

este considerat a fi o gestionare mai optimă a comportamentului alimentar, diminuând riscul de a pierde controlul asupra alimentației [134].

Mâncatul emoțional, după C. Herman și J. Polivy, este condiționat de emoții negative: în momentul trăirii stresului, anxietății, tristeții, la persoane se subminează controlul cognitiv și se înregistrează o intensificare a consumului de alimente, în special a produselor bogate în calorii [134].

O abordare apropiată este prezentată de A. Brytek-Matera, care evidențiază următoarele tipuri de comportament alimentar dezadaptativ: *restricționare conștientă și persistentă a alimentelor și mâncat necontrolat* [56].

Restricționarea conștientă a alimentelor după A. Brytek-Matera este o tendință de a minimiza cantitatea de produse consumate, ce poate fi realizată prin controlul conștient asupra alegerilor alimentare. A. Brytek-Matera consideră că restricționarea conștientă a alimentelor este o modalitate disfuncțională de gestionare a emoțiilor cu caracter negativ experimentate de individ. Totodată, în cercetările sale, autoarea evidențiază că restricționarea conștientă a mâncatului poate duce și la apariția altor comportamente alimentare dezadaptative [56; 57].

Potrivit A. Brytek-Matera, *mâncatul necontrolat* este considerat o predispoziție de a consuma alimente într-un mod dezinhibat: odată ce a început să mănânce, persoana nu se mai poate opri. A. Brytek-Matera evidențiază existența a două tipuri de mâncat necontrolat: comportament alimentar emoțional și comportament alimentar extern [56].

Comportamentul alimentar emoțional este un mod de a mânca nu din senzația de foame fizică, ci ca o modalitate de a face față emoțiilor interioare, cum ar fi tristețea, anxietatea sau neliniștea. Alimentele ingerate reglează sau diminuează aceste emoții. A. Brytek-Matera menționează că un astfel de comportament alimentar poate perpetua o succesiune de etape negative: emoție – mâncat – schimbarea temporară a stării afective – posibilă mentenanță a stărilor emoționale nefavorabile [56].

A. Brytek-Matera face referire și la *comportamentul alimentar extern* pe care îl mai numește și *mâncat reactiv la stimuli externi*, ca și în cazul comportamentului alimentar emoțional, aportul alimentar nu se asociază cu foamea, ci cu semnale externe ale produselor alimentare (miros, aspectul alimentelor, ori contextul social în care acestea apar) [56; 57].

Studiul realizat de M. Kornacka, K. Czepczor-Bernat, P. Napieralski și A. Brytek-Matera, reflectă aceleași tipuri de comportamente alimentare dezadaptative: *mâncat emoțional și mâncat necontrolat* [160].

M. Kornacka definește *mâncatul emoțional* ca o recurgere la mâncare atunci când individul experimentează stări emoționale dificile, cum ar fi melancolia sau ruminarea mentală. *Mâncatul*

necontrolat este descris de autor drept un comportament alimentar dezadaptativ care implică ingerarea fără restricții și fără limite a alimentelor [160].

R. Franken propune un set de manifestări diverse ale pattern-urilor de alimentație dezadaptativă, inclusiv „*gustarea*” *frecventă*, *restricționarea în alimente și dieta* [309].

Gustările frecvente sunt definite de R. Franken ca ingestia de alimente suplimentare de peste cinci ori pe zi sau atunci când aceste mese neregulate contribuie la mai mult de 25% din aportul zilnic de calorii. Spre deosebire de alte tipuri de comportament alimentar, gustările nu sunt asociate cu o anumită dispoziție [309].

Restricționarea în alimente implică, după N. Franken, eforturi deliberate de reducere a aportului caloric pentru a atinge sau menține o greutate dorită, fiind un comportament reglator orientat predominant către controlul ponderal și conformarea la standarde corporale internalizate. Acest tip de restricție este susținut de mecanisme cognitive precum monitorizarea strictă a alimentației, stabilirea unor reguli rigide privind tipurile și cantitățile de alimente permise și evaluarea constantă a propriei imagini corporale [309].

Încă un tip de comportament alimentar dezadaptativ, conform lui R. Franken, este *dieta* care presupune substituirea alimentației naturale, bazate pe foame, cu mese planificate și echilibrate. Persoanele care adoptă o dietă tind să ignore semnalele naturale de foame și sete, urmând diete hipocalorice menite să favorizeze pierderea în greutate. Totuși, dietele rigide pot provoca instabilitate emoțională, denumită „depresie dietetică”, care se manifestă prin iritabilitate, oboseală cronică, tensiune interioară, anxietate, agresivitate și o stare generală proastă. Această stare duce adesea la abandonarea dietei și la recăderi în supraalimentare, însoțite de sentimente de vinovăție, scăderea stimei de sine și pierderea încrederii în posibilitatea recuperării [309].

C. Maltais-Levesque, M. Legendre și C. Begin, având ca fundament dimensiuni maladaptative precum *dezinhibiție alimentară*, *sensibilitate la foame* și *restricție alimentară*, stabilesc câteva profile de personalitate asociate cu acestea [176].

Persoanele cu dezinhibiție accentuată se caracterizează, după C. Maltais-Levesque, M. Legendre și C. Begin, prin depresie, impulsivitate și un nivel redus de autocontrol și cooperare cu cei din jur [176].

Persoanele cu sensibilitate moderată la semnalele interne (senzația de foame) și *externe* (mirosul, aspectul alimentelor, prezența altor persoane care mănâncă), la fel ca prima categorie de persoane, manifestă afecte negative, de o intensitate moderată, dar în trăsăturile lor se regăsește mai multă stimă de sine corporală [176].

În conformitate cu cele expuse de C. Maltais-Levesque, M. Legendre și C. Begin, *persoanele cu control perceput asupra alimentelor* dau dovadă de restricție ridicată privind

alimentele, capacitate scăzută de control al impulsurilor alimentare și reacție limitată la senzația de foame. Impulsivitatea și stările depresive se întâlnesc în intensități mai reduse, iar autonomia este mai pronunțată în ceea ce privește propriile acțiuni [176]. Cercetările întreprinse de C. Maltais-Levesque, M. Legendre și C. Begin ajută la clarificarea diversității tiparelor de comportament alimentar dezadaptativ. Nu toate persoanele cu astfel de comportamente alimentare manifestă aceleași necesități și trăsături de personalitate. Evidențierea trăsăturilor de personalitate permite proiectarea intervențiilor psihologice individualizate focusate pe fiecare individ în parte, ceea ce va crește eficacitatea acestora.

Din cele expuse consemnăm că există divergențe de opinii între autori în privința tipurilor sau dimensiunilor comportamentului alimentar dezadaptativ. Totuși, datorită viziunilor propuse de autori precum T. Van Strien, J. Frijters, G. Bergers, C. Herman, J. Polivy, J. Karlsson și R. Franken, identificăm în principal trei direcții recurente. Prima direcție vizează *restricția alimentară / restricția cognitivă*, înțeleasă drept un ansamblu de reguli autoimpuse și practici rigide de limitare a alimentației, asociate frecvent cu vulnerabilitate la dezinhibiție și episoade de supraalimentare, mai ales în condiții de stres. Aici devine posibilă o distincție clară între controlul rigid, care reprezintă un factor de risc, și controlul flexibil, care se dovedește a fi mai adaptativ. A doua direcție descrie *mâncatul emoțional și / sau necontrolat* ca răspuns la disconfortul afectiv, precum stări de anxietate, tristețe, singurătate. Această dimensiune are funcția de reducere temporară a tensiunii, dar cu potențial de menținere a ciclului vicios *emoție – mâncat – regret – afect negativ*. A treia dimensiune se referă la *mâncatul extern sau externalitatea alimentară*, adică reactivitatea crescută la stimuli senzoriali și sociali, precum mirosul și aspectul mâncării, disponibilitatea alimentelor, contextul social. Această reactivitate poate opera relativ independent de greutatea corporală, fiind moderată de autocontrol și accesibilitate alimentară. În completarea celor expuse, consemnăm că dimensiunile dezadaptative se pot combina în profile distincte, iar diferențele individuale, cum ar fi impulsivitatea, autocontrolul, sensibilitatea la foame și dezinhibiția, susțin necesitatea unei abordări diferențiate și a unor intervenții psihologice individualizate.

În cercetarea noastră vom aborda comportamentul alimentar dezadaptativ drept un ansamblu de tipare de restricție rigidă, alimentație emoțională / necontrolată și / sau reactivitate la stimuli externi, care perturbă autoreglarea și este susținut de mecanisme cognitive și emoționale specifice. Această delimitare ne va fi punct de orientare atât în analiza personalității adolescentelor, cât și în proiectarea intervențiilor psihologice orientate spre autoreglare, flexibilizarea controlului alimentar și optimizarea gestionării emoționale.

1.3. Tulburări de comportament alimentar: definiții, tipuri de manifestare și caracteristici

Tulburările de comportament alimentar constituie un ansamblu complex de afecțiuni psihologice ce presupun modificări esențiale în patternurile alimentare, ale atitudinilor față de hrană, greutate, imagine corporală, care condiționează disfuncții fiziologice, emoționale și sociale. În literatura de specialitate se regăsește accepțiunea generalizată că tulburările de comportament alimentar nu se rezumă doar la obiceiuri alimentare, ci influențează atât controlul asupra alimentelor, cât și percepția propriei identități. De asemenea, identificăm termeni precum tulburări de comportament alimentar, tulburări de alimentație, tulburări alimentare sau probleme de alimentație, toți aceștia reflectând același lucru: diferite aspecte și severități ale devierilor de la comportamentul alimentar normal [105; 117; 153].

Potrivit definiției DSM-5, tulburările de alimentație sunt un tipar continuu de comportamente persistente care perturbă consumul sau procesarea hranei și care generează daune semnificative sănătății fizice (suferință, uneori dizabilitate chiar) și psihologice. Acestea debutează frecvent cu o preocupare obsesivă față de mâncare, greutatea corporală sau forma corpului. În formele severe, tulburările de alimentație pot avea efecte grave asupra sănătății și, în lipsa tratamentului, pot conduce chiar la deces [92].

Organizația Mondială a Sănătății prezintă tulburările alimentare, inclusiv anorexia și bulimia nervoasă, care se manifestă prin alimentație neregulată și o grijă excesivă cu referire la greutate și corp, care au implicații grave asupra sănătății și funcționării psihosociale ale individului [142].

C. Fairburn definește tulburarea alimentară ca o perturbare persistentă a comportamentului alimentar, caracterizată prin încercări de a exercita un control strict asupra greutatei corporale. Această tulburare are un impact negativ semnificativ asupra sănătății fizice și asupra funcționării psihosociale. Pentru a fi clasificată drept tulburare de comportament alimentar, condiția nu trebuie să fie rezultatul unei afecțiuni medicale sau al unei alte tulburări emoționale [103]. C. Fairburn susține că tulburările de comportament alimentar sunt, în esență, „tulburări cognitive”, deoarece anorexia nervoasă, bulimia nervoasă și majoritatea cazurilor de tulburări de comportament alimentar fără altă specificație împărtășesc o „psihopatologie principală” de natură cognitivă. Aceasta constă în supraevaluarea importanței conformației corporale, a greutății și a controlului asupra acestora, elemente centrale în manifestarea acestor tulburări [105]. De asemenea, C. Fairburn argumentează că tulburările de comportament alimentar dețin o etiologie multifactorială, determinată de interacțiunea dintre predispozițiile biologice, vulnerabilitățile psihologice (precum perfecționismul, anxietatea sau neîncrederea în sine) și presiunile socioculturale legate de idealul corporal promovat în societățile moderne [104; 105].

T. F. Cash afirmă că tulburările de alimentație sunt afecțiuni mentale grave care pot afecta persoane de toate vârstele, genurile, etniile și mediile socio-culturale. Aceste tulburări implică utilizarea unui comportament alimentar dezordonat ca mecanism de adaptare la situații sau emoții dificile. Comportamentele asociate pot include restricționarea consumului alimentar, consumul excesiv de alimente într-un interval scurt, eliminarea nesănătoasă a alimentelor consumate (prin vărsături autoinduse, abuz de laxative, înfometare sau exerciții fizice excesive) sau combinații ale acestora. Este esențial de menționat că tulburările de alimentație nu sunt doar despre alimentație, ci reflectă, în principal, emoții și trăiri interne. Modul în care o persoană interacționează cu mâncarea poate reprezenta o încercare de a face față anumitor situații sau de a obține un sentiment de control, chiar dacă aceasta nu este întotdeauna conștientă de scopul profund al comportamentului său [66].

A. Hilbert, H. W. Hoek și R. Schmidt menționează că tulburările de alimentație sunt afecțiuni mentale dăunătoare care înglobează restricții severe, mâncat sau consum exagerat sau obsesie față de propriul corp sau greutate ce periclitează funcționarea individului ce necesită tratament clinic specializat [135].

În concordanță cu accepțiunea lui E. Attia și B. Walsh, tulburările de alimentație sunt anomalii sau disfuncții statornice ale comportamentului alimentar ce produc modificări în aportul alimentar și procesul de digestie și generează degradări esențiale ale sănătății fizice și ale funcționării psihosociale [19].

B. Feng, J. Harms și E. Chen consideră că tulburările de alimentație sunt o alterare majoră și pronunțată a comportamentului alimentar, a cognițiilor și a emoțiilor enervante asociate cu hrana, cu greutatea și dimensiunea corpului care periclitează sănătatea fizică și viața socială [107].

J. Nitsch și P. Mehler oferă o definiție pentru tulburările de alimentație în care subliniază că acestea sunt boli care influențează comportamentul alimentar și atrag după sine schimbări medicale grave și au un caracter cronic [205].

Tulburările de alimentație nu sunt o categorie uniformă de condiții omogene, ci înglobează mai multe tipuri diferite, fiecare cu criterii de diagnostic particulare, factori determinanți și consecințe asupra sănătății fizice și psihologice. Modul distinct în care tulburările de alimentație se manifestă evidențiază natura complexă a acestora.

În conformitate cu DSM-5, Asociația Americană de Psihiatrie identifică trei tipuri principale de tulburări de comportament alimentar: *anorexie nervoasă*, *bulimie nervoasă* și *tulburare de comportament alimentar fără altă specificație* (o categorie reziduală care include și *tulburarea de mâncat compulsiv* sau *binge eating*) [92].

O clasificare similară o găsim în ICD-11. Astfel, potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, în rândul tulburărilor alimentare se înscriu: *anorexia nervoasă, bulimia nervoasă, tulburarea de alimentație compulsivă, tulburarea de alimentație evitant-restrictivă, pica și ruminarea* [142].

C. Faiburn, având drept criteriu mecanismele psihologice comune ale tulburărilor de alimentație: focalizarea exagerată asupra greutatei și siluetei, control alimentar bazat pe reguli cognitive și alternanța între înfometare voluntară și alimentația compulsivă, evidențiază: *tulburări alimentare caracterizate prin grija excesivă pentru greutate și corp* (anorexia nervoasă, bulimia nervoasă și tulburarea de mâncat compulsiv) și *tulburări caracterizate de evitare, teamă de repulsie față de alimente* (tulburare de alimentație evitant-restrictivă). C. Faiburn subliniază că aceste tulburări nu sunt entități distincte, ci se manifestă adesea concomitent [104; 105].

Anorexia nervoasă reprezintă o restricționare conștientă a consumului alimentar, motivată de dorința de a pierde în greutate, ca urmare a unei convingeri distorsionate privind existența unei obezități imaginare sau supraestimată. Această tulburare a fost descrisă pentru prima dată de către R. Morton, care a raportat un caz de „auto-înfometare”, caracterizat prin scădere severă în greutate, refuzul de a corecta greutatea corporală, negarea existenței unei probleme de sănătate, percepția distorsionată asupra propriului corp, activitate fizică intensificată și rezultate fizice și psihice slabe. V. Gall a denumit această afecțiune *apepsia hysterica* și ulterior a introdus termenul *anorexie nervoasă*, care s-a impus în literatura medicală. Primele criterii de diagnostic formalizate pentru anorexia nervoasă au fost elaborate abia în 1970 [304].

A. H. Crisp și A. V. Bhat definesc anorexia nervoasă prin restricția aportului de nutrienți sub nivelul necesar organismului, fapt ce duce la o greutate corporală semnificativ scăzută. În viziunea autorilor, persoanele cu această tulburare de comportament alimentar manifestă o teamă intensă de a adăuga în greutate și o imagine corporală distorsionată, fiind adesea incapabile să înțeleagă gravitatea condiției lor [79]. Anorexia nervoasă se formează, după A. H. Crisp și A. V. Bhat, cel mai frecvent în adolescență, cu o incidență maximă la vârsta de 17 – 18 ani. Aproximativ 85% dintre cazuri debutează între 13 și 20 de ani. Tulburarea afectează în principal fetele și femeile tinere, în timp ce băieții și bărbații tineri sunt afectați mult mai rar, reprezentând doar 4 – 6% din totalul pacienților, conform diverselor studii. Un aspect notabil conform lui A. H. Crisp și A. V. Bhat este că părinții pacienților, în special mamele, prezintă adesea un istoric de simptome similare anorexiei, manifestate printr-o greutate corporală foarte scăzută în adolescență și o frică intensă de a adăuga în greutate în viitor. Această legătură familială poate indica un factor predispozant genetic sau psihosocial. În numeroase cazuri declanșarea anorexiei este precedată de o expunere informațională, precum lectura unor materiale referitoare la boală, sau de contactul cu o persoană din anturaj care a fost diagnosticată și internată din cauza acestei afecțiuni. Un alt factor

declanșator semnificativ îl constituie experiențele frustrante legate de imaginea corporală, cum ar fi comentariile jignitoare ale colegilor sau excluderea dintr-un grup artistic, cum ar fi o trupă de dans, pe criterii de greutate corporală. Aceste evenimente pot acționa ca factori precipitatori în apariția tulburării anorexice [79; 109].

Anorexia nervoasă, după V. Enea, este caracterizată printr-o serie de comportamente orientate spre pierderea în greutate, o atitudine neobișnuită față de alimentație, scăderea semnificativă în greutate, o frică intensă de a lua în greutate, tulburări în percepția propriului corp și amenoree (la femei). Această afecțiune reprezintă una dintre puținele tulburări mintale care pot evolua fără perioade de remisiune și, în cazuri severe, pot duce la deces [98; 100].

Conform DSM-5, diagnosticul anorexiei nervoase se bazează pe următoarele semne clinice:

- refuzul de a menține greutatea corporală la un nivel minim corespunzător pentru vârstă și sex, greutatea fiind cu cel puțin 15% sub valoarea așteptată;
- frica intensă de a crește în greutate, chiar și atunci când există o slăbire excesivă evidentă;
- tulburări în percepția imaginii corporale, manifestate printr-o influență exagerată a greutății și formei corporale asupra stimei de sine, sau negarea faptului că greutatea este anormal de mică;
- amenoree la femei, pentru cel puțin trei cicluri menstruale consecutive [92].

Aceste criterii evidențiază complexitatea și severitatea acestei tulburări, subliniind necesitatea intervențiilor medicale și psihologice adecvate. Este de menționat că multe dintre semnele asociate cu anorexia nervoasă pot fi urmărite și la oamenii obișnuiți care doresc să slăbească.

În conformitate cu ICD-11, diagnosticul anorexiei nervoase necesită îndeplinirea următoarelor criterii:

- scăderea semnificativă în greutate sau o creștere insuficientă în greutate la copii, cu un deficit care depășește 15% din greutatea normală sau așteptată pentru vârstă și dimensiunea corporală;
- pierderea în greutate realizată prin evitarea alimentelor considerate îngrășătoare, asociată cu unul sau mai multe dintre următoarele comportamente: inducerea vărsăturilor, administrarea de laxative sau diuretice, exerciții fizice excesive, utilizarea preparatelor care diminuează apetitul;
- distorsionarea imaginii corporale, cu o percepție psihopatologică specifică, în care teama de obezitate este persistentă, manifestându-se ca o obsesie sau idee supraevaluată;

- tulburări endocrine generale, incluzând axa hipotalamus-hipofiză-gonade, manifestate prin amenoree la femei și pierderea dorinței sexuale și a potenței la bărbați;
- întârzierea sau absența manifestărilor pubertare la debutul tulburării în perioada prepubertară [142].

Aceste criterii evidențiază complexitatea multidimensională a anorexiei nervoase, integrând aspectele fizice, psihologice și comportamentale ale afecțiunii.

Anorexia nervoasă este în rândul puținelor tulburări psihiatrice care, în general, nu ridică multe dispute în privința diagnosticului, fiind relativ ușor de recunoscut datorită manifestărilor evidente ale tulburării alimentare. Totuși, susține G. F. Russell, dificultăți pot apărea în cazurile în care informațiile despre pacient sunt insuficiente sau atunci când lipsa unui contact adecvat cu acesta împiedică evaluarea completă. Un examen medical corespunzător trebuie să excludă mai întâi posibilele boli somatice care ar putea cauza scăderea în greutate, pentru a confirma diagnosticul de anorexie nervoasă [232].

Anorexia nervoasă este împărțită convențional în două tipuri principale, susține A. Hilbert:

- *anorexia adevărată*, caracterizată printr-o scădere reală a senzației de foame;
- *anorexia falsă*, în care pacienții resimt foamea, dar refuză să mănânce, motivat de dorința intensă de a-și schimba aspectul fizic [135].

O categorie specială, după cum afirmă atât A. Hilbert, cât și I. G. Malkina-Pîh, o reprezintă persoanele care nu pot menține „postul încăpățânat” pe termen lung și care experimentează periodic episoade de supraalimentare, urmate de proceduri de „curățare” precum vărsături autoinduse sau utilizarea laxativelor. Pe această bază, se pot identifica două tipuri de anorexie (cu toate acestea, ICD-11 nu face o distincție formală între aceste două tipuri) [135; 142; 304]:

- *anorexia restrictivă*, caracterizată prin controlul sever al aportului alimentar;
- *anorexia atipică bulimică* (sau de „curățare”), care implică episoade de supraalimentare urmate de metode compensatorii [142; 304].

Cursul anorexiei nervoase este împărțit în mai multe etape, prima fiind *etapa de dismorfofobie* sau inițială. Această etapă debutează cu apariția unor idei supraevaluate legate de percepția propriei plinătăți excesive și de o teamă intensă de ridiculizare asociată cu aceasta. Persoanele afectate experimentează o scădere a stării de spirit și dezvoltă convingerea că cei din jur le observă critic, schimbând priviri sau făcând comentarii batjocoritoare. În această etapă, conform viziunii propuse de V. V. Marilov, comportamentele caracteristice includ: cântărirea frecventă și evitarea alimentelor bogate în calorii; persistența apetitului, care poate chiar să crească după perioade de înfometare; uneori, consumul alimentar nocturn, ca răspuns la o foame de

nestăpănit, în special în cazul persoanelor cu trăsături isterice; manipularea excesivă a alimentelor, precum tăierea acestora în bucăți mici și prelungirea momentului mesei. Aceste comportamente reflectă debutul tulburării și fundamentează convingerile și comportamentele patologice ulterioare [36; 98; 305].

Etapa a doua a anorexiei nervoase, denumită *etapa dismorfomanică*, este caracterizată de o credință delirantă în „plinătatea excesivă” a figurii sau a anumitor părți ale corpului, cum ar fi abdomenul, fesele sau coapsele superioare. În această fază, după V. Enea, individul se analizează frecvent în oglindă, căutând imperfecțiuni și plângându-se altora de plinătatea lui percepută; experimentează o reducere a ideilor de relație și o diminuare a stărilor depresive, concentrându-se pe corectarea activă a greutateii percepute ca fiind excesive. Un simptom important în această etapă este disimularea: persoanele ascund motivele refuzului de a mânca și fac tot posibilul pentru a disimula acest comportament. Exemple tipice includ: prefacerea că mănâncă normal, dar ascunzând mâncarea, mutând-o pe alte farfurii, scuipând-o sau hrănind un animal de companie special crescut în acest scop; strângerea taliei cu o curea înainte de a mânca pentru a „împiedica” mâncarea să fie digerată etc. Această etapă reflectă agravarea comportamentului patologic și intensificarea eforturilor de control asupra greutateii percepute, în detrimentul sănătății fizice și mentale [36; 98; 305]. Comportamente frecvente în această etapă, după A. H. Crisp și A. V. Bhat, includ: evitarea consumului de alimente în prezența altora; consumul excesiv de lichide în loc de mâncare; provocarea vărsăturilor după masă, administrarea de clisme, utilizarea excesivă a diureticelor și laxativelor, care pot duce la dependență; practicarea intensă a exercițiilor fizice pentru a „arde excesul de grăsime”; adoptarea unor poziții neobișnuite (stând sau întins tensionat) pentru a consuma mai multă energie; restrângerea somnului la 5–6 ore pe noapte și consumul de cantități mari de cafea sau ceai pentru a învinge oboseala; utilizarea de inhibitori ai apetitului, medicamente pentru stimularea metabolismului sau cantități mari de laxative sub pretextul constipației cronice, cauzate de atonia intestinală [79].

Etapa a treia, denumită *etapa cahectică* sau de epuizare generală a corpului, se instalează de obicei la 1,5 – 2 ani de la debutul anorexiei nervoase. Etapa dată reflectă severitatea maximă a bolii, cu efecte fizice și psihologice debilitante, care necesită intervenție medicală urgentă pentru a preveni complicații fatale. Această fază, susțin A. H. Crisp și A. V. Bhat, este caracterizată prin: dispariția apetitului, ca urmare a vărsăturilor autoinduse constante, care pot deveni reflexe involuntare și pot duce la scăderea acidității sucului gastric, precum și la apariția tulburărilor distrofice severe, provocând o aversiune față de alimente; percepții distorsionate privind alimentația: pacienții pot considera că pasta de dinți folosită sau saliva înghițită constituie un aport alimentar suficient; pierdere masivă în greutate, care poate ajunge până la jumătate din greutatea

corporală inițială, însă persoana continuă să se perceapă ca fiind supraponderală atunci când se privește în oglindă; renunțarea la unele comportamente compensatorii, cum ar fi exercițiile fizice intense sau inducerea vărsăturilor după mese, pacienții fiind aparent mulțumiți cu greutatea atinsă. Totuși, frica intensă de a lua în greutate persistă [79; 98].

Dincolo de dinamica psihologică individuală, relațiile familiale ale pacientelor cu anorexie nervoasă joacă un rol esențial atât în stabilirea diagnosticului, cât și în procesul terapeutic. L. Cerniglia subliniază faptul că aceste familii sunt adesea caracterizate de o atmosferă dominată de perfecționism, narcisism și aspirație excesivă către succesul social. În cadrul acestor sisteme familiale, idealul sacrificiului de sine este puternic valorizat, fiind adesea însoțit de o competiție latentă între membrii familiei [69]. Adesea, adolescența cu anorexie este singura fiică a familiei și manifestă sentimente de inferioritate față de frați, ceea ce contribuie la vulnerabilitatea sa psihologică. Modelele relaționale din aceste familii sunt marcate de un supracontrol constant, de un efort exagerat pentru menținerea armoniei și de tendințe de hiperprotejare. Conflictele afective sunt reprimare și adolescența nu dezvoltă strategii funcționale pentru rezolvarea lor. Acest control al tensiunilor emoționale generează o atmosferă constant tensionată în cadrul familiei, chiar dacă, în fața celorlalți, familia se prezintă drept un mediu armonios și echilibrat [69]. Din perspectiva teoriei familiale, afirmă A. Naia și M. G. Matos, simptomatologia anorexiei poate fi interpretată ca o formă de luptă pentru putere între fiică și părinți, într-un cadru relațional caracterizat de fuziune excesivă. În acest context, corpul devine ultimul spațiu personal pe care adolescența îl poate controla și prin care își poate afirma autonomia față de așteptările și exigențele parentale [17; 69; 178].

Bulimia nervoasă este o tulburare alimentară caracterizată prin episoade de mâncat compulsiv urmate de comportamente compensatorii, cum ar fi vărsăturile autoinduse sau defecarea stimulată. Această tulburare mai este cunoscută sub denumiri precum: *sindromul haosului alimentar*, *sindromul anormal de control al greutății*, *comportament alimentar special*. Aceste denumiri, consideră I.G. Malkina-Pîh, reflectă natura complexă și variabilitatea manifestărilor bulimiei nervoase, care implică un control disfuncțional asupra alimentației și greutății corporale [304].

În general, bulimia este interpretată în literatura de specialitate ca rezultat al contradicțiilor sociale profunde în care sunt socializate femeile din societățile occidentale contemporane. P. Hay, analizând originile istorice ale acestei tulburări, o definește ca fiind o „tulburare psihologică cu determinare multifactorială”, caracterizată de un conflict tipic, normativ, care apare în perioada adolescenței mijlocii și târzii. Acest conflict implică, pe de o parte, procesul de separare de familia de origine și necesitatea dobândirii autonomiei personale, iar pe de altă parte, confruntarea cu

acceptarea propriului corp maturizat sexual și dificultățile legate de integrarea identității de gen [90; 120; 183; 228].

Pentru H. Jones, bulimia nervoasă este o condiție care apare cel mai frecvent în rândul adolescentelor și se caracterizează prin episoade de alimentație compulsivă, urmate de comportamente compensatorii inadecvate menite să prevină creșterea în greutate [152].

Conform DSM-5, diagnosticul bulimiei nervoase necesită îndeplinirea următoarelor criterii:

- episoade recurente de mâncat compulsiv, caracterizate prin: consumul unei cantități de alimente într-un interval scurt de timp (de exemplu, în decurs de 2 ore) mult mai mare decât ar consuma majoritatea oamenilor în aceleași condiții; sentimentul de pierdere a controlului asupra comportamentului alimentar în timpul episodului, manifestat prin incapacitatea de a opri consumul sau de a controla tipul și cantitatea alimentelor consumate;
- măsuri compensatorii inadecvate folosite regulat pentru prevenirea creșterii în greutate, precum: provocarea vărsăturilor; utilizarea excesivă a clismelor, laxativelor, diureticilor sau altor medicamente; restricționarea severă a alimentelor sau exersarea fizică excesivă;
- episoade de mâncat compulsiv frecvente urmate de metode compensatorii, care apar în medie de cel puțin două ori pe săptămână timp de trei luni;
- influență disproporționată a formei și greutatei corporale asupra stimei de sine;
- absența semnelor de anorexie nervoasă [92]:

Bulimia nervoasă, afirmă C. Fairburn, susținut de V. Enea și I. Dafinoiu, se prezintă în două variante principale. Prima variantă, cea „*cu comportament de curățare*”, se caracterizează prin utilizarea metodelor compensatorii precum vărsăturile autoinduse și medicamentele farmacologice (laxative, diuretice) pentru a controla greutatea corporală, acestea fiind adesea combinate cu perioade de înfometare. Pacienții din această categorie manifestă tulburări dismorifice corporale mai severe. A doua variantă, „*fără comportament de curățare*”, presupune menținerea greutății prin restricții dietetice severe, fără a recurge la metodele de curățare [99; 103].

C. Fairburn propune încă o clasificare a tipurilor de bulimie nervoasă, fiecare având trăsături comportamentale și psihologice specifice. Astfel, C. Fairburn descrie patru forme de bulimie nervoasă:

Forma demonstrativă este întâlnită la persoane mai tinere decât cele afectate de alte tipuri de bulimie. Această formă se caracterizează prin tulburări alimentare însoțite de comportamente sociale deviante, acțiuni impulsive și demonstrative. Relațiile pacienților cu părinții, afirmă C.

Fairburn, sunt adesea tensionate, iar mediul familial este disfuncțional. De asemenea, aceste persoane au un nivel intelectual relativ scăzut și un control de sine redus [103; 104].

Forma motivată de dorința de atractivitate sexuală este frecvent întâlnită la persoane care au experimentat abuzuri sexuale în copilărie. Conform lui C. Fairburn, majoritatea pacienților din această categorie suferă de tulburări de personalitate de tip borderline, ceea ce le influențează profund comportamentul alimentar și relațiile sociale [103].

Forma obsesiv-ritualică este caracterizată prin tulburări emoționale severe. Persoanele afectate, spune C. Fairburn, manifestă un comportament alimentar strict, adesea asociat cu ritualuri obsesive [103].

Forma masochistă se manifestă printr-o tendință de a suporta suferința, pacienții utilizând frecvent laxative și provocându-și vărsături. Aceștia sunt adesea percepuți ca fiind „copii buni” care încearcă să îndeplinească așteptările părinților, fiind dedicați sportului sau altor activități intense, dar izolați de colegii lor. Această formă este descrisă de C. Fairburn ca fiind marcată de sentimente de vinovăție, autocontrol excesiv și evitarea relațiilor emoționale apropiate [103; 104].

În ceea ce privește epidemiologia, incidența bulimiei nervoase în rândul elevilor și studenților este estimată la 4 – 9%. Tulburarea debutează, de regulă, între 12 și 35 de ani, cu un vârf al incidenței la vârsta de 18 ani, adică mai târziu decât anorexia nervoasă. De asemenea, femeile sunt afectate într-o proporție semnificativ mai mare, pacienții de sex masculin reprezentând doar 10 – 15% din cazuri, afirmă G.R. Adams și M.D. Berzonsky [4].

Manifestarea principală a bulimiei nervoase, în viziunea lui C. Fairburn, constă în pierderea controlului asupra comportamentului alimentar, caracterizată prin episoade de supraalimentare urmate de încercări de a elimina consecințele acestora. Alimentele consumate în timpul episoadelor sunt, de obicei, bogate în calorii și de consistență moale, cum ar fi prăjiturile. Persoanele afectate mănâncă în secret și în grabă, frecvent seara, uneori fără a mesteca, deși un episod durează, în medie, aproximativ o oră. Frecvența episoadelor variază, putând fi câteva pe zi sau doar unul la 1 – 2 săptămâni, cu un aport energetic de 3500 – 5000 de calorii per episod. Aceste episoade, susține R. Murphy, se termină adesea cu un disconfort fizic (durere epigastrică, balonare, greață) și mental (manifestări depresive, vinovăție, nemulțumire față de sine), care determină persoana să evite contactele sociale. Vărsăturile autoinduse, inițial declanșate prin introducerea degetelor în cavitatea bucală, devin ulterior reflexe condiționate. C. Fairburn identifică că acest comportament poate cauza zgârieturi pe partea din spate a mâinii din cauza contactului frecvent cu dinții, precum și complicații precum cariile dentare, provocate de aciditatea crescută a vărsăturilor [103; 198].

În viziunea lui A. E. Van Eeden, D. Van Hoeken și H. W. Hoek, bulimia nervoasă apare adesea ca rezultat al unei combinații nefavorabile de factori familiali și socio-psihologici, în asociere cu o predispoziție mentală și somatică premorbidă. Această tulburare este frecventă în rândul fetelor tinere care se confruntă cu presiunea modei și standardele publicitare ce promovează cultul corpului suplu [272]. Într-un număr semnificativ de cazuri (între un sfert și o treime), bulimia nervoasă este precedată de anorexia nervoasă sau de un episod de dietă strictă, care poate dura de la câteva săptămâni până la un an, inițiat din cauza nemulțumirii față de propriul aspect fizic, susțin H. Jones, V.V. McIntosh și E. Britt. Evoluția bulimiei nervoase este, de obicei, de lungă durată, având un caracter cronic, însă sunt posibile perioade de remisiune [152].

V. Enea, C. Măirean și I. Dafinoiu susțin că persoanele cu bulimie nervoasă provin frecvent din medii familiale caracterizate printr-un stil de comunicare impulsiv și printr-un potențial ridicat de comportamente violente [99]. Relațiile din cadrul acestor familii sunt adesea disfuncționale, evidențiindu-se printr-un nivel crescut de conflict și impulsivitate, o coeziune familială slabă, un climat general de stres și absența unor strategii eficiente de rezolvare a dificultăților. În plus, se remarcă existența unor așteptări ridicate din partea familiei în ceea ce privește atingerea succesului social. În acest context relațional disfuncțional, persoana este adesea pusă în situația de a prelua, într-un stadiu precoce al dezvoltării, responsabilități semnificative sau chiar roluri parentale. Fricile legate de incapacitatea de a face față acestor cerințe și lipsa încrederii în suportul parental sunt gestionate prin adoptarea unui comportament îngrijitor, orientat spre protejarea și susținerea celorlalți. Însă, componentele fragile și dependente ale personalității nu dispar, ci sunt reprimare, iar tensiunea internă acumulată se exprimă ulterior prin episoade de alimentație compulsivă, urmate de comportamente compensatorii de eliminare a alimentelor consumate [99; 103; 144; 275].

Deseori anorexia nervoasă este confundată cu bulimia. În acest context vom face distincția dintre ele. O diferență esențială între anorexia nervoasă și bulimie este identificarea a două simptome specifice pentru anorexie, care lipsesc în cazul bulimiei: pierderea semnificativă în greutate și amenoreea. Un alt element diferențiator este gradul de conștientizare al comportamentului alimentar. Atât C. Fairburn, cât și I.G. Malkina-Pîh, afirmă că pacienții cu bulimie nervoasă recunosc de obicei incorectitudinea comportamentului lor alimentar și au capacitatea de a-l ascunde de cei din jur, inclusiv de rude. Această conștientizare și disimulare nu sunt frecvent întâlnite în cazul pacienților cu anorexie nervoasă [105; 304].

Autori precum C. Fairburn și I. G. Malkina-Pîhn descoperă că anorexia nervoasă și bulimia nervoasă împărtășesc numeroase trăsături clinice comune, ceea ce permite considerarea lor ca făcând parte dintr-un singur spectru de tulburări alimentare. Totuși, bulimia nervoasă are o

particularitate distinctă: aceasta poate face parte din structura comportamentului deviant de tip adictiv. În timp ce refuzul de a mânca, caracteristic anorexiei, poate fi interpretat ca o formă de opoziție față de realitate, dorința irezistibilă de hrană specifică bulimiei poate reflecta atât opoziția, cât și retragerea sau fuga din realitate. În contextul comportamentului adictiv, consumul excesiv de alimente și creșterea valorii procesului alimentar devin singura sursă de plăcere într-o viață percepută ca plictisitoare și monotona [105; 304].

În comparație cu persoanele cu anorexie nervoasă, cele cu bulimie nervoasă își mențin greutatea corporală în limite normale pentru o perioadă lungă de timp, cu abateri minore. Deși aspiră la o siluetă mai subțire, aceștia nu manifestă o determinare obsesivă de a pierde în greutate. O diferență importantă constă în percepția propriului corp. Persoanele cu anorexie bulimică suferă de dismorfomanie, caracterizată printr-o percepție delirantă și distorsionată a corpului lor. În contrast, persoanele cu bulimie nervoasă au dismorfofobie, manifestată printr-o teamă obsesivă de obezitate, dar fără distorsionarea percepției corporale. Această teamă este adesea asociată cu îngrijorarea privind pierderea atractivității sexuale. În plus, după cum scrie C. Fairburn, persoanele cu bulimie nervoasă sunt, în general, mai anxioase, iritate și impulsive decât cele cu anorexie nervoasă [105].

Unii autori consideră bulimia nervoasă o formă de comportament anorectic. De exemplu, G. Russell descrie bulimia nervoasă ca o variantă malignă a anorexiei nervoase, subliniind legătura dintre cele două tulburări [99; 231].

Tulburarea de alimentație compulsivă este o afecțiune mentală gravă, caracterizată prin consumul unor cantități foarte mari de alimente într-un interval scurt de timp, fără ca persoana să simtă că deține controlul asupra acestui comportament. Persoanele afectate, conform lui K. Allen, experimentează episoade de consum alimentar excesiv, în care cantitatea de alimente ingerate depășește cu mult ceea ce ar considera ele însele acceptabil. Spre deosebire de bulimia nervoasă, persoanele cu tulburare de alimentare compulsivă nu recurg în mod obișnuit la metode compensatorii, precum vărsăturile autoinduse sau utilizarea laxativelor. Totuși, unii pacienți pot alterna episoadele de mâncat compulsiv cu perioade de înfometare. M. Aloï și M. Rania menționează un lucru foarte important: că mâncatul compulsiv nu este o alegere conștientă de a consuma porții mari. Departă de a fi o experiență plăcută, acest comportament este adesea perceput ca fiind dureros, implicând consumul unei cantități mult mai mari de alimente decât și-ar dori persoana să mănânce [9; 11; 251].

B. Dalton descrie tulburarea de alimentare compulsivă drept o tulburare comportamentală caracterizată prin supraalimentare cronică și obsesivă. Deși oricine poate mânca în exces ocazional, susține autorul, o tulburare de alimentație este o condiție cu care persoana trăiește zi de

zi, resimțind că o controlează și că afectează bunăstarea fizică, mentală și emoțională. Alimentația compulsivă presupune, în viziunea lui B. Dalton, consumul unor cantități mari de hrană într-un interval scurt de timp, însoțit de sentimentul de pierdere a controlului și de imposibilitatea de a se opri [82].

Pentru diagnosticarea tulburării de alimentare compulsivă, conform DSM-5, s-au dezvoltat criterii specifice care evidențiază particularitățile tulburării de alimentare compulsivă și contribuie la diferențierea sa de alte tulburări alimentare, cum ar fi anorexia nervoasă sau bulimia nervoasă[92]:

- episoade recurente de exces alimentar, caracterizate prin: consumul unei cantități mari de alimente într-un interval scurt de timp (de exemplu, în decurs de două ore), mult mai mare decât cantitatea consumată de majoritatea oamenilor în aceleași condiții; sentiment de pierdere a controlului asupra alimentației în timpul episodului;
- indicatori comportamentali ai pierderii controlului, prezenți în cel puțin trei dintre următoarele situații: consumul alimentelor într-un ritm mult mai rapid decât de obicei; consumul alimentelor până la apariția unui disconfort fizic sever, precum o plinătate inconfortabilă în stomac; consumul unor cantități mari de alimente în absența foamei fizice; consumul continuu pe parcursul zilei, fără un orar stabilit pentru mese; consumul alimentelor în singurătate din cauza rușinii legate de cantitatea consumată;
- sentimente intense de ură de sine, depresie sau vinovăție după episoadele de exces alimentar;
- frecvență a episoadelor de cel puțin două ori pe săptămână timp de șase luni;
- impact psihologic caracterizat prin suferință vizibilă provocată de comportamentul alimentar;
- absența comportamentelor compensatorii necorespunzătoare, precum administrarea de laxative, vărsăturile autoinduse sau activitatea fizică excesivă și neasocierea exclusivă cu bulimia nervoasă sau anorexia nervoasă [162; 293].

Mâncatul compulsiv, după cum susține R. Elran-Barak, se deosebește de bulimia nervoasă prin absența comportamentelor compensatorii, precum vărsăturile autoinduse sau utilizarea laxativelor. Totuși, persoanele care suferă de această tulburare manifestă adesea nemulțumire față de aspectul propriului corp, stima de sine scăzută, depresie și alte dificultăți psihologice. Caracteristicile somatice sunt, de asemenea, evidente, obezitatea fiind frecvent prezentă la aceste persoane. Spre deosebire de bulimie, episoadele de supraalimentare compulsivă apar în principal

la vârsta adultă și, în aproximativ o treime dintre cazuri, afectează bărbații, ceea ce subliniază diferențele demografice și clinice dintre cele două tulburări [14; 97].

Potrivit lui K. Berridge, tulburările de comportament alimentar sunt determinate de o multitudine de factori, fără a putea fi identificat un singur motiv clar. Se sugerează că sistemele complexe de recompensă din cadrul sistemului nervos central joacă un rol semnificativ în dezvoltarea tulburărilor alimentare. De asemenea, există o posibilă componentă genetică, evidențiată inițial prin prevalența crescută a acestor tulburări în rândul gemenilor. Deși factorii biologici sunt importanți, aceștia nu sunt singurii determinanți. Tulburările de comportament alimentar pot avea la bază nemulțumirea de sine, o preocupare excesivă față de greutatea corporală și / sau forma corpului (localizată sau generală) sau necesitatea de a deține controlul asupra unei componente esențiale a comportamentului zilnic [48].

În concluzie, menționăm că tulburările de comportament alimentar reprezintă afecțiuni psihologice grave, care depășesc sfera unor simple obiceiuri alimentare incorecte. Ele implică modificări persistente ale comportamentului alimentar, asociate cu distorsiuni cognitive, dificultăți de reglare emoțională și o preocupare excesivă pentru greutate și imagine corporală, având consecințe semnificative asupra sănătății fizice și funcționării psihosociale. Analiza definițiilor expuse ne permite să evidențiem câteva elemente comune ale tulburărilor de comportament alimentar: caracterul lor persistent, suferința psihologică produsă și impactul negativ asupra vieții cotidiene. Deși există mai multe tipuri de tulburări alimentare, acestea nu sunt complet diferite, ci reprezintă forme diverse ale unui spectru psihopatologic comun, având la bază supraevaluarea controlului asupra greutatei și siluetei.

Anorexia nervoasă se caracterizează prin restricție alimentară severă, teamă intensă de îngrășare și percepție distorsionată a corpului, debutând frecvent în adolescență și având un potențial ridicat de cronicizare. Bulimia nervoasă presupune episoade de mâncat compulsiv urmate de comportamente compensatorii, cu menținerea relativă a greutății corporale, dar cu nivel crescut de vinovăție și anxietate. Tulburarea de mâncat compulsiv se diferențiază prin absența comportamentelor compensatorii, fiind asociată cu pierderea controlului asupra alimentației și cu suferință emoțională pronunțată.

1.4. Adolescența și factori asociați dezvoltării comportamentelor alimentare dezadaptative și tulburărilor de alimentație

Adolescența este una dintre etapele esențiale în procesul de maturizare umană, fiind definită drept perioada de trecere de la copilărie la viața adultă, în care se întâmplă transformări profunde și accelerate atât la nivel fizic, cât și la nivel psihologic. Din punct de vedere cultural și dezvoltativ,

G. R. Adams și M. D. Berzonsky consideră că scopul fundamental al adolescenței îl constituie pregătirea persoanei pentru asumarea de roluri proprii maturității, roluri care presupun autonomie, responsabilitate și integrare socială [4; 24].

Literatura de specialitate ne prezintă o diversitate de periodizări pentru vârsta adolescență. Pentru A. Gessel, adolescența se încadrează în perioada 11 – 21 ani. E. Spranger afirmă că perioada adolescenței este 14 – 22 ani la băieți și 13 – 19 ani la fete. G. Stanley Hall descrie adolescența drept perioada de viață cuprinsă între 14 și 24 ani. E. Erikson analizează dezvoltarea umană prin crearea unui model ce cuprinde o serie de etape, astfel, etapa a 5-a, numită adolescență, fiind perioada dintre 12 – 18 ani, în care se manifestă conflictul dintre identitate și confuzia de rol [216]. Organizația Mondială a Sănătății și UNICEF susțin că adolescența începe aproximativ la 10 ani și se încheie aproximativ la 19 ani. Această analiză comprehensivă ne face să concluzionăm faptul că adolescența debutează de obicei între 10 – 13 ani și încheie între 19 – 21 ani. Totuși, limitele cronologice indicate sunt orientative, dat fiind faptul că transformările biologice, cognitive și emoționale pot începe mai devreme și se pot extinde dincolo de pragul vârstei adulte tinere [4; 24; 216]. Această variabilitate dovedește că adolescența nu poate fi redusă la o etapă strict biologică, ci trebuie analizată drept un proces complex de reorganizare a identității și a raportării la sine și la mediu.

Potrivit lui D. Argreaves, E. Mates și P. Menon, adolescența este delimitată de debutul pubertății și de finalizarea creșterii somatice, incluzând modificări semnificative ale trăsăturilor corporale: dezvoltarea organelor genitale, creșterea rapidă în înălțime, acumularea masei corporale și musculare, precum și transformări hormonale intense. Aceste schimbări sunt însoțite de un proces complex de maturizare neurologică și cerebrală, care influențează reglarea emoțională, controlul impulsurilor și procesul de luare a deciziilor [128].

Dincolo de dimensiunea biologică, adolescența este caracterizată de progrese importante în sfera cognitivă. În această perioadă se dezvoltă gândirea abstractă, capacitatea de raționament logic, reflecția asupra propriei identități, precum și abilitatea de a anticipa consecințele propriilor acțiuni. Totodată, aceste progrese cognitive importante coexistă cu o vulnerabilitate emoțională sporită, determinată de dezechilibrul temporar dintre maturizarea sistemelor cognitive și cea a mecanismelor de autoreglare emoțională. În acest context putem afirma că adolescența îndeplinește și o funcție socială, pregătind persoana pentru asumarea de roluri adulte ce corespund valorilor culturale ale societății, precum integrarea profesională, autonomia personală și dezvoltarea relațiilor intime [24; 216; 264].

G. R. Adams și M. D. Berzonsky subliniază că intensitatea și complexitatea schimbărilor trăite în această perioadă duc la descrierea adolescenței prin metafore sugestive precum „criză de

identitate”, „norma de a fi anormal”, „psihoză normativă” sau „stare de dezorientare”. Aceste formulări nu reflectă ceva patologic, ci accentuează caracterul de tranziție, instabil și explorator al adolescenței ca etapă de dezvoltare [4].

În respectivul context al transformărilor rapide și al reconceptualizării identității personale, comportamentele alimentare capătă o semnificație aparte. S. Jenkins și S. D. Horner evidențiază faptul că adolescența reprezintă o perioadă de vulnerabilitate crescută pentru apariția comportamentelor alimentare dezadaptative, drept rezultat al interacțiunii dintre schimbările fiziologice, dezvoltarea cognitivă incompletă și presiunile emoționale și sociale specifice vârstei [149].

Astfel, K. Jiménez-Limas, V. A. Miranda-Barrera și K. F. Muñoz-Díaz, menționează că adolescența este o etapă critică în formarea relației cu alimentația și cu propriul corp. Modificările corporale accelerate pot adesea cauza disconfort, nemulțumire față de imaginea corporală, precum și tendința de a controla greutatea prin adoptarea unor comportamente alimentare restrictive sau haotice. Autorii afirmă că, în absența unor mecanisme eficiente de coping și a unui suport corespunzător, comportamentele respective pot evolua de la forme tranzitorii și relativ adaptative la comportamente alimentare dezadaptative persistente și, în cele din urmă, la tulburări de comportament alimentar [150].

În acest mod, adolescența, prin particularitățile sale biologice, cognitive și psihosociale, creează un teren favorabil pentru apariția și consolidarea comportamentelor alimentare dezadaptative. Înțelegerea acestei etape drept o perioadă de vulnerabilitate, dar în același timp și de potențial formativ, este premisa cheie pentru analiza factorilor determinanți ai comportamentelor alimentare dezadaptative și ai tulburărilor de comportament alimentar la adolescente.

Literatura științifică din domeniul psihologiei prezintă o gamă variată de factori care ar putea fi asociați cu dezvoltarea unor comportamente alimentare mai puțin armonioase. Analiza lor ne permite să conturăm 4 grupuri majore de factori: factori biologici, factori individuali, factori sociali și factori psihologici.

Primul grup de factori pe care ni-l propunem să-l explorăm vizează **factorii biologici**. Factorii biologici constituie baza fiziologică și genetică a vulnerabilității individuale față de comportamentele alimentare dezadaptative și tulburările de comportament alimentar, explicând parțial de ce, în condiții de viață aparent similare, unele adolescente dezvoltă aceste manifestări, iar altele nu. Acest grup de factori include predispozițiile genetice, particularitățile neurobiologice, dezechilibrele hormonale și metabolice, precum și modificările somatice specifice pubertății [4, 103; 104; 105; 146; 185; 257; 293].

P. J. Mitchison și S. Hay, identifică faptul că anumite persoane moștenesc o predispoziție genetică care poate spori riscul dezvoltării comportamentelor alimentare dezadaptative și tulburărilor de comportament alimentar. Această vulnerabilitate genetică se poate manifesta prin disfuncții în activitatea sistemelor de neurotransmițători, precum serotonina, dopamina și noradrenalina, sisteme implicate direct în reglarea apetitului și a emoțiilor. Dereglările acestor sisteme pot favoriza comportamente alimentare impulsive, compulsive sau restrictive, precum și dificultăți în gestionarea emoțiilor negative asociate alimentației [185]. Aceiași autori evidențiază că, la persoanele diagnosticate cu tulburări de comportament alimentar, sunt frecvent identificate modificări funcționale și structurale în anumite regiuni cerebrale, precum hipotalamusul, amigdala și cortexul orbitofrontal. Aceste structuri participă activ la controlul senzației de foame și sațietate, la procesarea plăcerii asociate alimentației și la răspunsurile emoționale față de mâncare. Dereglările la acest nivel pot influența o percepție distorsionată a semnalelor interne ale corpului și comportamente alimentare dezadaptative persistente [185].

C. G. Fairburn, referindu-se la influența factorilor biologici, susține că transformările fizice asociate pubertății influențează în mod diferit percepția corporală a preadolescenților și preadolescentelor. În cazul preadolescenților, creșterea masei musculare și a staturii îi apropie de idealul corporal masculin, care are în centru forța și robustețea. În schimb, în cazul preadolescentelor, acumularea naturală de grăsimi caracteristică maturizării biologice le poate îndepărta de idealul social feminin caracterizat prin subțirime și delicatețe [103; 104; 105]. Multe adolescente percep această creștere în greutate ca fiind negativă sau chiar traumatizantă, generând nemulțumire accentuată în raport cu propriul corp. Drept reacție, afirmă G. R. Adams și M. D. Berzonsky, adolescentele pot adopta comportamente alimentare restrictive, precum dietele severe sau controlul excesiv al aportului alimentar, cu scopul de a reduce greutatea corporală [4].

Un alt element biologic relevant este reprezentat de dezechilibrele hormonale și metabolice. Y. Yamamiya și E. Stice sugerează că modificările hormonale pot influența distribuția grăsimii corporale, senzația de foame și mecanismele de reglare a greutății. În mod special, perioada pubertății este caracterizată de schimbări hormonale rapide și intense, care pot spori sensibilitatea față de propriul corp și pot afecta percepția de sine. Aceste transformări biologice au un impact diferit în funcție de gen și de idealurile corporale internalizate [293]. S. Barakat, S. A. Mclean și E. Bryant menționează că testosteronul este hormonul care ar putea avea legătură cu tulburările de comportament alimentar. Autorii subliniază că un nivel scăzut al testosteronului ar putea contribui la adoptarea unor comportamente alimentare dezadaptative [42]. Același lucru este confirmat și de E. Stice, J. M. Gau, P. Rohde și H. Shaw, menționând că testosteronul este asociat cu procesele de diferențiere sexuală, reglarea masei musculare, distribuția grăsimii corporale și funcționarea

sistemului nervos central. Nivelurile relativ mai ridicate de testosteron sunt corelate cu o orientare mai scăzută spre controlul greutateii și cu o preocupare redusă față de idealurile corporale ce susțin un corp foarte subțire. În același context, se sugerează că testosteronul ar avea chiar un efect protector față de dezvoltarea simptomatologiei anorexice, prin diminuarea sensibilității la presiunile socioculturale privind subțirimea corporală și prin reducerea comportamentelor de restricție alimentară excesivă [257]. C. Jacobi, C. Hayward și M. de Zwaan susțin că nivelurile scăzute de testosteron la fete și femei sunt asociate cu o vulnerabilitate crescută față de internalizarea idealului de subțirime, cu accentuarea perfecționismului maladaptativ și cu o reglare emoțională deficitară, trăsături psihologice frecvent implicate în dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar. În adolescență, dezechilibrele hormonale, inclusiv raportul dintre estrogen și testosteron, pot contribui la sporirea instabilității emoționale și preocupărilor cu privire la aspectul propriului corp, favorizând apariția comportamentelor alimentare dezadaptative, precum mâncatul restrictiv, mâncatul emoțional sau episoadele de supraalimentare urmate de comportamente compensatorii [146].

O altă categorie de factori sunt **factorii individuali**, și anume vârsta, genul și nivelul de educație [86; 153; 158; 207; 257]. E. Oktavianto, I. M. Moh și Y. Saifudin menționează că adoptarea unor comportamente alimentare dezadaptative și ulterior dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar sunt rezultatul unui cumul de factori interdependenți, dintre care cei individuali constituie un element important, aflat în relație directă cu factorii biologici, sociali și psihologici. Factorii individuali ocupă un loc important în explicarea apariției și menținerii comportamentelor alimentare dezadaptative și în vârsta adolescenței [207].

Potrivit lui J. M. Jones, S. Bennett și M. P. Olmsted, vârsta reprezintă un determinant esențial al comportamentului alimentar, întrucât adolescența este caracterizată printr-o creștere grăbită a nevoilor nutriționale, concomitentă cu o capacitate limitată de autoreglare și de anticipare a consecințelor pe termen lung. În această etapă deciziile alimentare sunt deseori acompaniate de impulsivitate, nevoia de apartenență la grup și dorința de conformare la normele externe, mai degrabă decât de principii raționale cu privire la sănătate. Lipsa experienței și a competențelor decizionale consolidate favorizează și mai mult adoptarea unor obiceiuri alimentare dezechilibrate, care pot deveni stabile în timp [153].

Referindu-ne la factorii individuali, genul constituie o altă dimensiune relevantă în viziunea autorilor precum B. Klingenspor, J. Demarest, R., Allen, E. Stice, J. M. Gau, P. Rohde și H. Shaw [86; 153; 158; 178; 207; 257]. Diferențele de gen, consideră B. Klingenspor, se manifestă atât la nivelul atitudinilor față de alimentație, cât și al motivațiilor care stau la baza acestora [158]. J. Demarest și R. Allen observă că adolescentele sunt, de obicei, mai preocupate de a menține o

greutate corporală scăzută și de a controla aspectul fizic, în timp ce adolescenții tind să fie orientați spre creșterea masei musculare și crearea unei imagini ce emană putere și masculinitate. Aceste diferențe reflectă cum stereotipurile de gen, fenomen care modelează idealurile corporale și comportamentele alimentare încă din copilărie, exercită o influență majoră asupra comportamentului alimentar [86]. În special în țările cu venituri mici și mijlocii, fetele se confruntă adesea cu un acces mai redus la hrană sănătoasă și cu oportunități limitate de activitate fizică, ceea ce amplifică riscul dezvoltării unor comportamente alimentare dezadaptative, menționează E. Stice, J. M. Gau, P. Rohde și H. Shaw [257]. P. Vijayalakshmi, R. Thimmaiah și S. S. Nikhil Reddy evidențiază faptul că femeile constituie majoritatea covârșitoare a persoanelor diagnosticate cu tulburări de comportament alimentar, ceea ce sugerează o vulnerabilitate specifică genului feminin. Mai mult, autorii subliniază că femeile afectate de tulburări de comportament alimentar prezintă frecvent o identitate de gen predominant tradițional feminină, caracterizată prin conformism, orientare spre relații și preocupare crescută pentru evaluarea externă. Dimpotrivă, în rândul femeilor care nu manifestă aceste tulburări predomină mai des trăsături de tip androgin. Se presupune că trăsăturile asociate rolurilor masculine, precum autonomia, independența psihologică și stima de sine mai ridicată, pot avea un rol protector, reducând probabilitatea apariției comportamentelor alimentare dezadaptative [278].

Nivelul de educație, atât al adolescentelor, cât și al familiei de proveniență, reprezintă, de asemenea, un determinant major al comportamentului alimentar, afirmă E. Oktavianto, I. M. Moh și Y. Saifudin. Autorii precizează că familiile cu un nivel educațional și economic mai ridicat tind să ofere un acces mai bun la alimente nutritive și să promoveze practici alimentare mai echilibrate, contribuind în acest mod la menținerea unui aport nutrițional armonios. În contrast, familiile cu resurse limitate și cu un nivel scăzut de alfabetizare alimentară întâmpină dificultăți în satisfacerea nevoilor alimentare ale adolescentelor, astfel favorizând apariția subnutriției sau a unei alimentații dezechilibrate [207]. J. M. Jones, S. Bennett și M. P. Olmsted, cât și E. Oktavianto, I. M. Moh și Y. Saifudin, consideră că mediul educațional exercită, la rândul său, o influență semnificativă asupra comportamentului alimentar. Autorii observă că adolescentele nu dețin un control deplin asupra alegerilor alimentare, acestea fiind modelate de oferta alimentară din mediul școlar, de normele și practicile promovate de instituțiile educaționale. Lipsa unor intervenții educaționale sistematice și coerente în domeniul nutriției contribuie la menținerea și perpetuarea obiceiurilor alimentare nesănătoase [153; 207]. Un alt aspect deosebit de relevant atunci când vorbim despre nivelul de educație, cu referire în special la alfabetizarea alimentară, este faptul că o proporție semnificativă a adolescentelor își evaluează eronat propriile obiceiuri alimentare. A. Marques, A. Naia, C. Branquinho și M. G. Matos evidențiază că aproximativ 38,8% dintre adolescente fie

supraestimează, fie subestimează calitatea alimentației lor, ceea ce indică o discrepanță între percepție și realitate. Acest fenomen evidențiază importanța alfabetizării alimentare, un concept emergent care depășește simpla acumulare de cunoștințe nutriționale și vizează capacitatea de a aplica aceste informații în luarea deciziilor legate de sănătate și comportament alimentar [178]. Studiile realizate de D. Hargreaves, E. Mates, P. Menon, M. Omiwole, J. L. Schleider, U. Schmidt și C. Stevenson confirmă faptul că adolescentele cu un nivel mai ridicat de alfabetizare alimentară tind să adopte practici nutriționale mai echilibrate și să manifeste o atitudine mai responsabilă față de alimentație [128; 208; 240; 241; 254]. În completarea acestor aspecte, S. Jenkins și S. D. Horner conchid că, la nivel individual, lipsa cunoștințelor nutriționale corespunzătoare și preferințele gustative pentru alimente ultraprocesate, cu conținut sporit de sare, zahăr și grăsimi, constituie factori importanți în dezvoltarea de comportamente alimentare dezadaptative. Adolescenții de multe ori dau dovadă de o înțelegere limitată a relației dintre alimentație și sănătate, ceea ce motivează decizii alimentare nepotrivite și nu permite estimarea realistă a riscurilor asociate acestora [149].

Factorii sociali reprezintă al treilea grup de factori și sunt considerați un determinant major în apariția și menținerea comportamentelor alimentare dezadaptative la adolescente, întrucât aceștia reflectă influențele pe care le exercită mediul familial, semenii, școala, comunitatea și macrosistemul sociocultural. Valorile, normele și mesajele sociale internalizate contribuie semnificativ la formarea percepțiilor despre corp, alimentație și valoare personală, influențând direct relația adolescentelor cu hrana și cu propriul corp [23; 69; 108; 117; 149; 178; 207; 254; 256].

E. Stice și C. D. Desjardins consideră că societatea contemporană promovează în mod persuasiv un ideal corporal centrat pe subțirime, lipsa imperfecțiunilor și control strict asupra greutatei corporale. Acest ideal este de cele mai multe ori nerealist și dificil de atins, însă este pus pe tavă drept un standard al succesului, al autocontrolului și al voinței personale. Respectiv, orice abatere de la acest ideal este frecvent asociată cu lipsa disciplinei, a ambiției sau a perseverenței, ceea ce favorizează stigmatizarea corporală și interiorizarea rușinii legate de greutate [256].

C. Stevenson, G. Doherty și J. Barnett descriu existența unor presiuni sociale contradictorii: pe de o parte, încurajarea consumului de alimente bogate în calorii, iar pe de altă parte, stigmatizarea excesului ponderal. Această disonanță generează o atitudine negativă față de alimentația sănătoasă, percepută ca fiind forțată, restrictivă și motivată exclusiv estetic. Alimentația sănătoasă este în acest mod redusă la o soluție temporară împotriva obezității, pierzându-și funcția profilactică și de menținere a sănătății generale [254]. În completare, E. Oktavianto, I. M. Moh și Y. Saifudin subliniază că tendințele către vegetarianism neinformate sau

adoptarea unor obiceiuri alimentare restrictive, influențate social, pot contribui la dezvoltarea comportamentelor alimentare dezadaptative. Autorii consideră adolescența un moment strategic pentru consolidarea comportamentelor alimentare sănătoase și pentru înlocuirea practicilor dezadaptative prin intervenții educaționale și comunitare adaptate realităților socio-economice [207]. Presiunea socială este amplificată de influența mass-mediei, care, potrivit lui A. E. Field, S. B. Austin și C. A. Camargo Jr., valorizează excesiv aspectul fizic în detrimentul calităților interne și promovează modele corporale nerealiste, la braț cu diete restrictive și soluții rapide pentru atingerea aspectului promovat drept ideal. Expunerea repetată la imagini corporale nerealiste, intens editate și asociate cu recunoaștere socială contribuie la distorsiuni ale imaginii corporale și la scăderea stimei de sine. Adolescencele, aflate într-o etapă de consolidare a identității, sunt deosebit de vulnerabile la aceste mesaje, iar lipsa educației media favorizează acceptarea fără o analiză critică a idealurilor promovate. În acest context, multe adolescente ajung să-și construiască identitatea personală în jurul imaginii corporale, alimentația devenind un mijloc de control al valorii personale, iar comportamentele alimentare dezadaptative fiind folosite drept strategii de atingere a idealului corporal perceput [108].

Latura interpersonală a factorilor sociali este la fel de relevantă. L. Cerniglia, S. Cimino și M. Tafa evidențiază faptul că dificultățile de comunicare în familie, conflictele cu părinții sau între părinți, lipsa sprijinului afectiv, precum și experiențele de abuz emoțional sau fizic pot afecta profund stima de sine, imaginea corporală și echilibrul emoțional al adolescentelor. Critica constantă, respingerea sau așteptările nerealiste din partea părinților și a mediului apropiat pot intensifica tendințele perfecționiste și pot favoriza adoptarea comportamentelor alimentare dezadaptative. În astfel de contexte, controlul alimentației preia funcția unui mecanism defensiv, devenind o modalitate de a face față tensiunilor emoționale, anxietății și sentimentului de lipsă de control [69].

În contextul factorilor sociali, L. Cerniglia, S. Cimino și M. Tafa evidențiază și rolul dinamicii familiale. Deși adolescența este o etapă a dezvoltării autonomiei, în ceea ce privește alimentația, părinții oferă adesea puține oportunități reale de implicare a adolescentelor în alegerea și pregătirea alimentelor. Utilizarea alimentelor bogate în calorii pe post de recompense și lipsa responsabilizării favorizează menținerea și întărirea preferințelor nesănătoase. În anumite cazuri, alimentația dezechilibrată devine un mijloc de afirmare a autonomiei și de contestare a autorității parentale [69]. Studiul realizat de A. Marques, A. Naia, C. Branquinho și M. G. Matos evidențiază relația dintre obiceiurile alimentare, frecvența meselor în familie, indicii de masă corporală și percepția greutății corporale. Rezultatele arată că adolescentele care servesc frecvent micul dejun în familie și au o greutate corporală normală manifestă comportamente alimentare mai sănătoase

și o percepție mai realistă și pozitivă asupra propriului regim alimentar. În contrast, percepția negativă este asociată cu practici alimentare dezechilibrate [178]. Deopotrivă, D. Neumark-Sztainer, M. E. Eisenberg și J. A. Fulkerson evidențiază importanța servirii meselor în familie, în special a micului dejun, care nu doar că favorizează un aport crescut de alimente sănătoase, precum fructele, cerealele integrale și fibrele, ci și contribuie la prevenirea excesului ponderal. De menționat este însă că efectul protector al meselor în familie este condiționat de existența unei comunicări funcționale și a unui climat emoțional pozitiv, care să susțină dezvoltarea unor relații sănătoase cu alimentația [203]. Un rol negativ semnificativ, în viziunea lui P. E. Garfinkel și D. M. Garner, îl au relațiile familiale disfuncționale, în mod special atunci când climatul emoțional este caracterizat de critică, control excesiv, lipsă de suport afectiv sau o comunicare deficitară. Comentariile parentale negative privind greutatea, forma corporală sau alimentația, precum și modelarea unor relații problematice cu mâncarea, contribuie la dezvoltarea unei atitudini anxioase față de alimentație. De asemenea, stilurile parentale inconsecvente sau cu un grad înalt de control pot scădea capacitatea adolescenților de autoreglare, crescând astfel riscul dezvoltării comportamentului alimentar restrictiv, a mâncatului emoțional sau a comportamentelor compensatorii [117].

C. W. Baker, T. D. Little și K. D. Brownell vorbesc despre adolescență ca fiind caracterizată de o reorientare a atașamentului de la familie către grupul de semeni, acesta devenind o sursă principală de norme, valori și modele comportamentale. Autorii susțin că, în acest context, comportamentele alimentare pot funcționa ca un mijloc de afiliere, conformare și acceptare socială. Adolescențele tind să își ajusteze alegerile alimentare, cantitatea de hrană consumată și atitudinea față de corp în funcție de comportamentele și opiniile exprimate în grupul de prieteni, în special atunci când coeziunea grupului este ridicată și nevoia de apartenență este intensă [23]. S. Jenkins și S. D. Horner menționează că dorința de conformare și de apartenență determină adesea adolescențele să adopte comportamente alimentare similare celor ale prietenilor, chiar dacă acestea sunt nesănătoase. Ieșirile în grup, consumul de alimente ultraprocesate și normele informale ale anturajului pot întări niște obiceiuri alimentare dezechilibrate [149]. C. J. Ferguson, M. Munoz, A. Garza și M. Galindo menționează că un mecanism central al influenței semenilor este modelarea socială. Investigația realizată de autori arată că adolescențele sunt mai predispuse să adopte restricții alimentare, diete repetate sau comportamente compensatorii atunci când acestea sunt practicate sau valorizate în grupul de egali. Observarea colegelor care urmează diete, care discută frecvent despre greutate, calorii sau nemulțumirea față de propriul corp, normalizează aceste preocupări și le transformă în comportamente acceptabile sau chiar dezirabile. De asemenea, menționează autorii, comentariile legate de aspectul fizic, comparațiile între corpuri,

glumele sau criticile privind greutatea corporală pot contribui la creșterea insatisfacției corporale și la declanșarea comportamentelor alimentare dezadaptative. Chiar și în absența unor remarci directe, percepția că pentru a fi valorizată în grup trebuie să fii slabă, poate determina adolescentele să adopte comportamente alimentare restrictive pentru a corespunde normelor percepute. Dorința de conformare joacă un rol important. Adolescente pot adopta comportamente alimentare similare cu ale grupului pentru a preveni excluderea socială sau marginalizarea. În acest sens, restricția alimentară sau evitarea anumitor alimente pot deveni comportamente de adaptare socială, chiar dacă acestea sunt disfuncționale din punct de vedere psihologic și fiziologic [108]. Influența semenilor, consideră S. J. Salvy, K. Haye și J. C. Bowker, se manifestă și prin procesele de comparație socială, care sunt foarte accentuate în perioada adolescenței. Compararea constantă cu prietenele sau colegele considerate mai slabe sau mai atractive contribuie la dezvoltarea unor evaluări corporale negative și la scăderea stimei de sine. Aceste procese sunt amplificate în grupurile în care imaginea corporală și greutatea sunt frecvent discutate, iar valoarea personală este implicit asociată cu aspectul fizic. Din dorința de a corespunde standardelor setate de grup, adolescentele pot adopta comportamente alimentare dezadaptative [234].

A patra categorie de factori este **factorii psihologici**. Factorii psihologici au un rol esențial în explicarea comportamentelor alimentare dezadaptative și a tulburărilor de comportament alimentar la adolescente, deoarece vizează atât particularitățile de personalitate, cât și modul în care persoana se percepe, își interpretează corpul și își gestionează emoțiile [19; 79; 136; 145; 191; 195; 197; 268; 304]. A. Hilbert, K. M. Pike și A. B. Goldschmidt identifică drept caracteristici psihologice frecvent întâlnite la adolescentele cu tulburări de comportament alimentar evaluarea negativă a propriei persoane, distorsionarea imaginii corporale, perfecționismul și anxietatea [136]. B. J. Turner, L. Claes și T. F. Wilderjans evidențiază nevoia exagerată de aprobare și tendința de conformare la așteptările celorlalți, chiar cu prețul ignorării propriilor nevoi. Aceste trăsături sunt asociate cu un sentiment persistent de lipsă de control asupra vieții și cu o stare de neputință, iar în asemenea cazuri alimentația poate deveni zona în care adolescenta simte că poate exercita control, acest fapt explicând apariția restricțiilor alimentare, a mâncatului emoțional și a altor comportamente similare [268]. Totodată, I. Malkina-Pîh arată că termenul de control include constructe interconectate precum autocontrolul, autoeficacitatea și locul controlului. Autoarea susține că autoeficacitatea în comportamentul alimentar se referă la convingerea persoanei că poate evita episoadele de alimentație compulsivă, în special în momentele de vulnerabilitate și tentație [304]. Conform lui P. Artoni, M. L. Chierici și F. Arnone, autoeficacitatea este influențată de cunoștințele despre metode alternative de coping, experiențele anterioare, nivelul depresiei și credințele legate de alimentație. În acest sens, stările afective negative precum depresia, anxietatea,

furia, pot inhiba capacitatea de a aplica strategii alternative, chiar și atunci când acestea sunt cunoscute [18]. P. Artoni, M. L. Chierici și F. Arnone, menționează că comportamentele alimentare externe sunt asociate cu autoeficacitate redusă și impulsivitate, iar comportamentele alimentare emoționale corelează cu autodisciplină scăzută și cu un sentiment persistent de ineficacitate personală [18]. De asemenea, J. Morgan, S. Lazarova și C. S. Stewart subliniază că persoanele cu comportamente alimentare dezadaptative prezintă frecvent trăiri de ineficacitate și fluctuații în percepția autocontrolului, însoțite de sentimentul de pierdere a controlului [191].

O expresie tipică a dificultăților de autoreglare este oscilarea între extreme. D. Anstine și D. Grinenko evidențiază faptul că femeile cu comportamente alimentare dezadaptative oscilează între pierderea controlului în episoade de alimentație compulsivă și control excesiv prin restricție severă și înfometare. Această instabilitate a reglării impulsurilor poate include alternanțe bruște între negarea nevoii de hrană și o nevoie intensă, impulsivă și necontrolată de a consuma alimente, chiar și în absența foamei fiziologice. Episoadele de pierdere a controlului se pot manifesta prin consum excesiv până la disconfort fizic și prin încălcarea normelor sociale privind alimentația [17]. Y. Murayama, H. Ito, M. Hamada și A. Ohya consideră că deficitul de autoreglare este adesea însoțit de control emoțional slab și de dificultăți în gestionarea reacțiilor afective. O cauză relevantă este lipsa încrederii în propriile abilități și convingerea că acțiunile și consecințele lor depind mai mult de factori externi decât de deciziile personale [195; 197].

Un rol central în dezvoltarea și menținerea comportamentelor alimentare dezadaptative la adolescente îl au trăsăturile de personalitate. Modelul celor Cinci Factori ai Personalității descrie cinci trăsături de personalitate de bază, precum extraversiunea, conștiinciozitatea, amabilitatea, stabilitatea emoțională și autonomia. Acest model permite înțelegerea modului în care anumite combinații de trăsături pot acționa ca factori predispozanți sau de menținere pentru adoptarea de comportamente alimentare dezadaptative sau dezvoltarea unei tulburări de comportament alimentar.

Dimensiunea extroversiune, conform studiului efectuat de M. Díaz-Marsá, J. L. Carrasco și J. Sáiz, este relevantă prin prisma relațiilor sociale și a accesului la suport emoțional. Adolescențele cu scoruri scăzute la extroversiune, caracterizate prin retragere socială, inhibiție și orientare spre interior, tind să gestioneze distresul emoțional în mod solitar, prin ruminație și strategii interne de coping, ceea ce poate favoriza menținerea comportamentelor alimentare dezadaptative. În același timp, extroversiunea poate expune adolescențele la comparații sociale mai frecvente și la presiuni normative, însă oferă și un potențial mai mare de acces la sprijin social, ceea ce evidențiază caracterul contextual al acestei trăsături [90].

P. Meneguzzo, F. Buscaglia și A. Pillan identifică conștiinciozitatea ca având un rol ambivalent în contextul tulburărilor de comportament alimentar. Nivelul crescut de conștiinciozitate, în combinație cu perfecționismul și rigiditatea cognitivă, poate facilita apariția unor reguli alimentare stricte, a unei autoexigențe disproporționate și a unei relații rigide cu mâncarea, caracteristice tiparelor restrictive. Un nivel scăzut al conștiinciozității, asociat cu impulsivitate și dificultăți de autocontrol, este mai frecvent corelat cu comportamente alimentare de tip compulsiv și cu pierderea controlului alimentar. Vom sublinia că interacțiunea trăsăturii cu alți factori psihologici determină manifestarea dezadaptativă a comportamentului alimentar [183].

S. Simpson, F. Azam și S. Brown menționează că amabilitatea, deși asociată în general cu adaptare socială pozitivă, poate constitui un factor de vulnerabilitate atunci când se exprimă prin conformare excesivă, evitare a conflictelor și nevoie intensă de aprobare. Adolescențele cu niveluri ridicate de amabilitate pot întâmpina dificultăți în exprimarea propriilor nevoi și în setarea de limite, fiind mai susceptibile la interiorizarea așteptărilor externe legate de corp și alimentație. În acest context, controlul alimentar poate deveni un spațiu privat de autonomie și validare personală, mai ales atunci când alte domenii ale vieții sunt percepute ca fiind controlate de ceilalți [246].

Adolescențele cu nivel scăzut de stabilitate emoțională, susțin A. H. Crisp și A. V. Bhat, tind să manifeste dificultăți de reglare afectivă și o sensibilitate accentuată la evaluarea socială, ceea ce favorizează utilizarea alimentației ca mecanism de reglare emoțională, fie prin mâncat emoțional și pierderea controlului, fie prin restricție alimentară rigidă, ca strategie de reducere a anxietății [79]. Anxietatea este adesea caracteristică persoanelor cu nivel mai înalt de nevrotism, aceasta servind atât drept factor predispozant, cât și de menținere, deoarece adolescențele pot utiliza alimentația pentru a gestiona tensiunea psihologică. A. Hilbert, K. M. Pike și A. B. Goldschmidt includ anxietatea printre cele mai frecvente dimensiuni psihologice ale persoanelor cu tulburări alimentare [136]. În plus, F. N. Jacka, J. A. Pasco și A. Mykletun arată că adolescențele vulnerabile prezintă niveluri crescute de anxietate și disconfort în fața schimbării, iar stresul poate declanșa reacții emoționale intense și teama de pierdere a controlului [145]. Nevrotismul este identificat în mod constant ca fiind cel mai puternic corelat cu simptomatologia alimentară dezadaptativă, reflectând o predispoziție crescută spre anxietate, rușine, vinovăție și reactivitate emoțională intensă. Y. Murayama, H. Ito și M. Hamada menționează că în plan afectiv multe adolescente descriu nesiguranță interioară, gol afectiv și nemulțumire persistentă, iar alimentația poate deveni un mecanism de reglare emoțională, fie pentru reducerea tensiunii, fie pentru evitarea emoțiilor precum rușinea, frica, vinovăția sau tristețea [195]. De asemenea, F. N. Jacka, J. A. Pasco și A. Mykletun evidențiază că anxietatea crescută, dificultățile în exprimarea și reglarea emoțiilor, dependența de structuri previzibile și disconfortul față de schimbare sunt caracteristici principale

ale femeilor ce adoptă comportamente alimentare dezadaptative, în special cele de tip restrictiv. În contexte stresante, răspunsul emoțional poate fi intens, însoțit de teama de pierdere a controlului și de dificultăți în gestionarea impulsurilor [145].

Adolescentele cu autonomie limitată, susțin P. Meneguzzo, F. Buscaglia și A. Pillan, sunt mai susceptibile la internalizarea idealurilor socioculturale privind subțirimea și la adoptarea comportamentelor alimentare restrictive sau compensatorii, aceasta fiind un mod de a obține acceptare socială. Autonomia redusă se asociază adesea cu locusul de control extern și determină utilizarea controlului alimentar drept substitut pentru lipsa controlului perceput în alte sfere ale vieții. Pe de altă parte, un nivel ridicat al autonomiei, atunci când este însoțit de flexibilitate cognitivă și stimă de sine stabilă, facilitează rezistența la presiunile sociale și contribuie la dezvoltarea unei relații echilibrate cu propriul corp [183].

O altă trăsătură de personalitate studiată în contextul comportamentelor alimentare dezadaptative și a tulburărilor de alimentație este deschiderea către experiență. F. Rotella, G. Fioravanti și V. Ricca menționează că relația dintre deschiderea către experiență cu comportamentele alimentare dezadaptative este mai puțin univocă. Această trăsătură, asociată cu flexibilitate cognitivă și curiozitate, poate avea un rol protector prin facilitarea reevaluării cognitive și a adaptării. Totuși, în contexte însoțite de anxietate și presiune socioculturală, deschiderea către experiență poate favoriza experimentarea dietelor, aderarea la curente alimentare restrictive sau acceptarea rapidă a unor ideologii alimentare, în special atunci când este asociată cu perfecționismul și instabilitatea emoțională [228].

Încă o caracteristică de personalitate legată de comportamentul alimentar dezadaptativ este perfecționismul. C. Fairburn consideră că perfecționismul însoțit de o stimă de sine scăzută și nemulțumire față de imaginea corporală sunt factori importanți atât în apariția, cât și în menținerea comportamentului alimentar dezadaptativ [104; 105]. J. M. Eagles, M. I. Johnston și D. Hunter sugerează că aceste trăsături nu apar doar ca efect al dificultăților alimentare, ci pot preceda debutul acestora și au valoare predictivă în cazul femeilor vulnerabile [93]. C. Fairburn susține că o parte dintre adolescentele vulnerabile tind să își stabilească standarde ridicate de realizare, însoțite de autocritică accentuată și o percepție negativă a propriilor capacități [105].

E. Losii și M. Ștefan reliefează că în rândul adolescentelor cu comportamente alimentare problematice se observă frecvent caracteristici precum gândire rigidă, interpretări de tip „totul sau nimic”, preocupare excesivă pentru greșeli și tendința de a personaliza evenimente neutre, tipare care se reflectă în evaluări corporale extreme și standarde foarte stricte, acompaniate de stimă de sine scăzută și autoexigență disproporționată [172]. Astfel, vom menționa că perfecționismul facilitează rigiditatea cognitivă, clasificarea alimentelor în termeni absolutizați și crește

probabilitatea apariției unei relații tensionate cu mâncarea, în care abaterea de la reguli este interpretată ca eșec personal. Acest mecanism favorizează menținerea ciclurilor de restricție – pierdere a controlului – vinovăție, descrise frecvent în contextul tulburărilor alimentare [250].

Stima de sine scăzută reprezintă un alt factor psihologic foarte important, deoarece se asociază cu autoevaluare negativă, vulnerabilitate la critica socială și dependență de validarea externă. În viziunea lui G. R. Schiraldi, stima de sine reflectă evaluarea globală a valorii personale și gradul în care persoana se percepe ca fiind valoroasă, competentă și demnă de respect. În adolescență, această dimensiune este deosebit de fragilă, fiind puternic influențată de modificările corporale, de mesajele sociale și de procesele de comparație socială [239]. Un nivel scăzut al stimei de sine, consideră C. Fairburn, creează un teren favorabil pentru orientarea excesivă către criterii externe de validare, printre care pot fi menționate aspectul corporal și controlul greutateii, acestea devenind repere centrale de autoevaluare [104]. R. Franken accentuează că dificultățile de comunicare, teama de respingere și dependența de aprobarea celorlalți contribuie la dezvoltarea unor comportamente alimentare emoționale sau compensatorii. Relațiile apropiate pot oscila între apropiere intensă și retragere bruscă, ceea ce sugerează instabilitate emoțională și o adaptare socială complicată, cu potențial de intensificare a comportamentelor alimentare dezorganizate [309].

Și imaginea corporală poate explica comportamentul alimentar dezadaptativ sau tulburările de alimentație. Imaginea corporală este definită de către M. Nowak drept reprezentarea mentală a propriului corp, cu structură complexă, care include componente perceptive, cognitive, afective și comportamentale [206]. Imaginea corporală negativă nu are efecte doar emoționale, ci poate funcționa ca factor determinant și de menținere al tulburărilor alimentare. K. Jiménez-Limas, V. A. Miranda-Barrera și K. F. Muñoz-Díaz arată că o imagine corporală negativă poate sta la baza instalării treptate a anorexiei nervoase și bulimiei nervoase [150]. H. M. Mohr, C. Rickmeyer și D. Hummel consideră că preocuparea excesivă privind supraponderalitatea poate conduce la diete restrictive și exerciții fizice exagerate. Paradoxal, restricția severă poate produce episoade de mâncat compulsiv, ceea ce amplifică sentimentul de eșec și accentuează tulburarea. Astfel, imaginea corporală negativă poate declanșa tulburări alimentare, iar tulburările alimentare pot agrava, la rândul lor, percepția negativă asupra corpului [190]. În consecință, M. Nowak susține că restructurarea imaginii corporale este o condiție esențială atât pentru prevenție, cât și pentru controlul tulburărilor deja existente [206]. Mai mult, impactul unei imagini corporale negative asupra calității vieții este major, aceasta reprezentând un factor perturbator al echilibrului psihologic și al funcționării sociale [33]. J. Morgan, L. Smolak, G. Vallar și alții susțin că imaginea corporală este dinamică și susceptibilă influențelor externe, nefiind întotdeauna congruentă cu

realitatea obiectivă. Imaginea corporală nu se formează brusc, ci se dezvoltă progresiv încă din copilărie. Ea este modelată de experiențe individuale, atitudinea față de sine și presiunile socioculturale legate de frumusețe și atractivitate, iar experiențele de viață pot favoriza o relație pozitivă sau conflictuală cu propriul corp [191; 248; 270]. În viziunea lui F. Vignemont, nemulțumirea corporală apare atunci când autoevaluarea este negativă din cauza lipsei congruenței între corpul actual și cel idealizat [277]. P. Artoni, J. D. Boucher, P. A. Cavazos-Rehg indică o vulnerabilitate mai mare pentru dezvoltarea unei imagini corporale negative la femei: acestea sunt mai frecvent nemulțumite de corp, mai predispuse la diete restrictive și la dorința intensă de a pierde în greutate. Comparativ cu bărbații, femeile supraestimează mai des dimensiunile propriului corp și exprimă o preferință stabilă pentru un corp mai subțire [18; 52; 68]. P. Van Den Berg, S. J. Paxton și H. Keery subliniază că discrepanța dintre imaginea corporală percepută și idealul dorit poate conduce la insatisfacție corporală, declanșând emoții negative și comportamente compensatorii cu efecte adverse asupra sănătății mintale [271]. Autori precum L. J. Koenig, E. L. Wasserman, T. Legenbauer, P. Thiemann și S. Vocks afirmă că distorsiunile imaginii corporale se manifestă prin evitarea propriului corp și verificarea compulsivă, aceste comportamente fiind foarte frecvente în tulburările alimentare [159; 170].

V. Enea, C. Măirean și I. Dafinoiu descriu adolescențele cu comportamente alimentare dezadaptative ca fiind mai sensibile la evaluarea socială, cu nevoie intensă de validare externă și dificultăți în integrarea schimbărilor psihofizice specifice adolescenței. Autorii afirmă că preocuparea pentru controlul imaginii corporale devine adesea centrală, crescând vulnerabilitatea la conformitate, autocritică și presiuni pentru performanță [99].

Percepția asupra greutateii corporale este, de asemenea, o dimensiune esențială. D. Neumark-Sztainer, S. J. Paxton și P. J. Hannan arată că adolescențele care își percep propria greutate ca fiind normală tind să adopte comportamente alimentare mai sănătoase, în timp ce cele care manifestă nemulțumire corporală sunt mai susceptibile la practici alimentare dezechilibrate [204].

După B. J. Turner, L. Claes și T. F. Wilderjans, dimensiunile de personalitate nu determină în mod direct apariția tulburărilor de comportament alimentar, însă modelează modul specific în care adolescențele reacționează la stres, la transformările pubertare și la presiunile legate de imaginea corporală. Configurațiile caracterizate prin nevrotism ridicat, perfecționism, rigiditate cognitivă, stimă de sine scăzută și dificultăți de autoreglare emoțională creează un teren psihologic favorabil pentru adoptarea comportamentelor alimentare dezadaptative și, în cele din urmă, dezvoltarea unei tulburări de comportament alimentar. Aceste trăsături sunt adesea prezente anterior debutului tulburării, având valoare predictivă și explicativă, ceea ce susține necesitatea includerii evaluării personalității în strategiile de prevenție și intervenție adresate adolescentelor

vulnerabile [268]. Studiul și explicarea factorilor determinanți ai comportamentului alimentar dezadaptativ și ai tulburărilor de comportament alimentar ne permit să elaborăm un tabel de sinteză în care aceștia sunt prezentați într-o manieră integrativă (Anexa 1. Tabelul A.1.1).

În concluzie menționăm că: adolescența este o perioadă de vulnerabilitate sporită, în care procesele de maturizare biologică, construcția identității și presiunile contextuale se intersectează într-un mod complex, favorizând astfel apariția și menținerea comportamentelor alimentare dezadaptative și tulburărilor de comportament alimentar. Cu referire la factorii care influențează apariția comportamentelor alimentare dezadaptative și a tulburărilor de comportament alimentar la adolescente, subliniem caracterul pluridimensional și interdependent al factorilor biologici, individuali, sociali și psihologici. În categoria factorilor biologici se încadrează: predispozițiile genetice, particularitățile neurobiologice și transformările hormonale caracteristice pubertății. Printre factorii individuali evidențiem: vârsta, genul și nivelul de educație. Cadrul factorilor sociali se constituie din: presiunile exercitate de mediu, normele culturale privind subțirimea și perfecțiunea corporală promovată activ de mass-media, dinamica relațiilor familiale și influența semenilor. Factorii psihologici cuprind: conștiinciozitatea, stabilitatea emoțională (anxietatea), autonomia, perfecționismul, stima de sine scăzută și imaginea corporală negativă.

1.5. Concluzii la capitolul 1

Cercetarea teoretică asupra comportamentului alimentar și al comportamentului alimentar dezadaptativ oferă bază pentru formularea următoarelor concluzii:

1. Comportamentul alimentar se evidențiază ca o entitate cu o structură complexă ce transcende simpla explicație fiziologică a alimentației și încorporează preferințe, factori motivaționali, stări afective, procese cognitive, atitudini, convingeri și modele relaționale cu hrana și corpul. Comportamentul alimentar are diverse funcții de la satisfacerea necesităților biologice până la reglarea afectivă, integrarea în context social, afirmarea sinelui și menținerea practicilor culturale specifice. *Vom defini comportamentul alimentar drept un construct complex, rezultat al interacțiunii dintre mecanisme biologice, procese psihologice și influențe socioculturale.*
2. Comportamentul alimentar poate fi adaptativ și dezadaptativ. Comportamentul alimentar adaptativ se caracterizează prin flexibilitate, autoreglare și armonie între nevoile fiziologice și psihologice. *Abordările privind comportamentul alimentar dezadaptativ converg spre ideea că aceste comportamente reprezintă tipare stabile care perturbă autoreglarea alimentară și sunt susținute de determinanți cognitivi, afectivi și motivaționali.* În baza celor mai importante clasificări ale comportamentului alimentar dezadaptativ, evidențiem trei dimensiuni principale: restricția alimentară cognitivă, asociată cu reguli rigide și risc crescut de supraalimentare;

- mâncatul extern, determinat de reactivitatea la stimuli senzoriali și sociali; și mâncatul emoțional sau necontrolat, utilizat ca strategie de gestionare a disconfortului afectiv, dar care menține un cerc vicios emoțional. Aceste dimensiuni pot coexista în profile individuale diferite.
3. Tulburările de comportament alimentar reprezintă afecțiuni psihologice serioase, în care schimbările comportamentului alimentar sunt strâns legate de felul în care individul gândește și simte cu referire la mâncare, greutate, corp și valoarea personală. Este important să delimităm comportamentul alimentar dezadaptativ de tulburarea de comportament alimentar. Diferența între acestea se explică prin gradul de severitate și impactul asupra funcționării persoanei. Comportamentul alimentar dezadaptativ se conturează ca un tipar disfuncțional de raportare la alimentație (restricție rigidă, mâncat emoțional, pierderea controlului), afectează autoreglarea, dar nu îndeplinește neapărat criteriile clinice. Tulburarea de comportament alimentar, fiind o formă clinică severă, persistentă, asociată cu suferință psihologică semnificativă și afectarea sănătății fizice și sociale, este definită prin criterii diagnostice clare.
 4. Există mai multe tipuri de tulburări alimentare cu particularități clinice diferite. DSM-5 menționează în mod central anorexia nervoasă, bulimia nervoasă și formele din zona reziduală, unde se include și tulburarea de mâncat compulsiv. ICD-11 include și alte tulburări precum tulburarea de alimentație evitant-restrictivă, pica, ruminarea. Identificăm că multe dintre aceste tulburări au un element comun: importanța exagerată acordată greutatei, siluetei și controlului acestora, ceea ce explică de ce uneori pot exista treceri sau suprapuneri între forme.
 5. Anorexia nervoasă implică, de regulă, restricționare alimentară severă, o teamă intensă de îngrășare, o percepție distorsionată a corpului și consecințe fizice grave. Aceasta apare frecvent în adolescență și poate evolua în etape, până la epuizare somatică, dacă nu există intervenții psihologice. Bulimia nervoasă se caracterizează prin episoade de mâncat compulsiv urmate de comportamente compensatorii, precum vărsături autoinduse, laxative, exercițiu fizic excesiv. Persoana bulimică își păstrează adesea greutatea în limite relativ normale, dar trăiește multă vinovăție și anxietate, ascunzând comportamentul. Tulburarea de mâncat compulsiv se diferențiază prin faptul că apar episoade de consum foarte mare de alimente, cu pierderea controlului, însă fără comportamente compensatorii. După episoadele de mâncat compulsiv sunt frecvente stări precum rușinea, vinovăția, depresivitatea și problemele de imagine corporală.
 6. Adolescența este o etapă marcată de transformări biologice rapide, restructurarea imaginii corporale și consolidarea identității personale, procese care sporesc sensibilitatea față de evaluarea socială și față de propriul aspect fizic. În aceste condiții, alimentația poate deveni un instrument prin care adolescența încearcă să obțină control, validare sau reglare emoțională.

Cele mai frecvente consecințe negative ale comportamentelor alimentare dezadaptative la adolescente se reflectă nu doar în afectarea stării de sănătate fizică, ci și în diminuarea stimei de sine, creșterea anxietății și depresivității, retragerea socială și limitarea oportunităților de dezvoltare personală. Tulburările de comportament alimentar, precum anorexia nervoasă, bulimia nervoasă sau mâncatul compulsiv, debutează cel mai frecvent în adolescență, iar netratate pot evolua către forme cronice, cu impact sever asupra calității vieții adulte. În completarea celor expuse, conchidem că mult timp preocupările adolescentelor legate de alimentație și imagine corporală au fost minimalizate, fiind considerate simple manifestări tranzitorii ale vârstei. Actualmente, datele științifice subliniază necesitatea intervenției precoce, deoarece identificarea timpurie a comportamentelor alimentare dezadaptative reprezintă o condiție esențială pentru prevenirea cronicizării acestora și pentru protejarea dezvoltării sănătoase a personalității.

7. *În cercetarea noastră vom analiza comportamentele alimentare distincte la adolescente. Vom conceptualiza și înțelege comportamentele alimentare distincte ca tipare variate de conduită alimentară, explicate prin mecanisme psihologice diferențiate, prin factori care le determină și prin modul particular în care se manifestă. Din spectrul comportamentelor alimentare distincte, în mod detaliat vom investiga comportamentele alimentare dezadaptative: comportamentul alimentar restrictiv, comportamentul alimentar emoțional și comportamentul alimentar extern. Pe fondul comportamentelor alimentare dezadaptative menținute în timp, acestea pot constitui factori de vulnerabilitate care contribuie la apariția și dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar. Din tulburările de comportament alimentar la adolescente, în cadrul prezentei cercetări vom studia și caracteriza: dieta, bulimia și controlul oral.*

2. STUDIUL EXPERIMENTAL AL PERSONALITĂȚII ADOLESCENTELOR CU COMPORTAMENTE ALIMENTARE DISTINCTE

2.1. Scopul, ipotezele, descrierea demersului investigativ și a eșantionului

Scopul cercetării constatative îl constituie analiza comportamentelor alimentare distincte la adolescente de diferită vârstă, identificarea caracteristicilor de personalitate la adolescentele cu comportamente alimentare distincte, precum și evidențierea factorilor determinanți ai comportamentelor alimentare la adolescente (climatul familial).

Pentru realizarea scopului stabilit, considerăm necesară îndeplinirea următoarelor **obiective**:

1. selectarea instrumentelor de cercetare pentru studiul comportamentelor alimentare, al personalității și al factorilor explicativi ai comportamentului alimentar la adolescente.
2. studierea specificului comportamentelor alimentare distincte pe parcursul vârstei adolescente, prin determinarea tipului de comportament alimentar dezadaptativ și a posibilității unei tulburări de alimentație la adolescentele cu vârsta cuprinsă între 14 și 19 ani;
3. analiza relației dintre comportamentele alimentare dezadaptative și probabilitatea apariției tulburărilor de alimentație la adolescente;
4. evidențierea asocierilor dintre comportamentele alimentare dezadaptative și personalitate, respectiv dimensiunile acesteia (trăsături de personalitate, perfecționism, anxietate, stima de sine, relația sine–corp) la adolescente;
5. stabilirea interrelațiilor dintre posibilitatea unei tulburări de alimentație și personalitate (trăsături de personalitate, perfecționism, anxietate, stima de sine, relația sine–corp) la adolescente;
6. identificarea legăturii dintre comportamentele alimentare dezadaptative / posibilitatea unei tulburări de alimentație și tipul climatului familial la adolescente.

Pentru experimentul de constatare am înaintat următoarele **ipoteze**:

1. Presupunem că manifestarea comportamentului alimentar la adolescente și tipurile acestuia (comportament alimentar dezadaptativ și posibilitatea unei tulburări de alimentație) sunt determinate de vârstă și își au specificul lor pentru vârsta adolescentă.
2. Presupunem că prezența comportamentelor alimentare dezadaptative este asociată cu o probabilitate crescută de apariție a tulburărilor de alimentație la adolescente.
3. Presupunem că există interrelații între comportamentele alimentare dezadaptative și personalitate (trăsături de personalitate, perfecționism, anxietate, stima de sine, relația sine–corp) la adolescente.

4. Presupunem că există relații între posibilitatea unei tulburări de alimentație și personalitate (trăsături de personalitate, perfecționism, anxietate, stima de sine, relația sine– corp) la adolescente.
5. Presupunem că există o legătură între comportamentele alimentare dezadaptative / posibilitatea unei tulburări de alimentație și tipul de climat familial la adolescente.

Eșantionul cercetării este constituit din 250 de adolescente cu vârsta de 14, 15, 16, 17, 18 și 19 ani. Repartiția adolescentelor conform vârstei este următoarea: 14 ani – 41 de adolescente, 15 ani – 43 de adolescente, 16 ani – 43 de adolescente, 17 ani – 40 de adolescente, 18 ani – 47 de adolescente și 19 ani – 36 de adolescente. Cercetarea empirică de constatare a fost efectuată într-un liceu din mediul urban, un liceu din mediul rural și o universitate din municipiul Chișinău.

Am investigat comportamentele alimentare distincte (comportamentele alimentare dezadaptative și posibilitatea unei tulburări de alimentație) la adolescentele pe tot parcursul vârstei conform categoriilor: 14 – 15 ani: 84 de adolescente; 16 – 17 ani: 83 de adolescente și 18 – 19 ani: 83 de adolescente. A fost necesară o așa împărțire a adolescentelor pe categorii de vârste întrucât adolescența este delimitată pe subetape: *adolescența timpurie, medie și târzie*, fiecare având caracteristici diferite în plan biologic (schimbări hormonale și fiziologice), cognitiv (gândirea abstractă și anticiparea consecințelor diferitor comportamente) și socio-emoțional (maturizarea emoțională, autoreglarea, dezvoltarea identității, influența grupului), aspecte ce pot modela comportamentele alimentare și predispoziția spre anumite tulburări de alimentație [8; 23; 100].

Pentru a studia comportamentele alimentare distincte (comportamentele alimentare dezadaptative și posibilitatea unei tulburări de alimentație), personalitatea și climatul familial în care trăiesc adolescentele am aplicat următoarele **teste și chestionare**:

Chestionarul olandez pentru comportamentul alimentar (DEBQ), elaborat de T. Van Strien și colaboratorii săi în anul 1986, este un instrument de evaluare psihologică standardizată a comportamentelor alimentare disfuncționale. Acest chestionar a fost conceput pentru a investiga motivațiile psihologice ale comportamentului alimentar și este frecvent utilizat în cercetările clinice și non-clinice care vizează înțelegerea și diagnosticarea tulburărilor de alimentație și a comportamentelor asociate acestora. DEBQ include 33 de itemi formulați sub forma unor afirmații, la care adolescentele trebuie să indice frecvența comportamentului descris, folosind o scală Likert în 5 trepte, de la 1 („niciodată”) până la 5 („foarte des”). Excepție face itemul 31, care se notează în ordine inversă. Acest instrument permite evaluarea a trei tipuri majore ale comportamentului alimentar dezadaptativ: comportamentul alimentar restrictiv, comportamentul alimentar emoțional, comportamentul alimentar extern [271].

Chestionarul de alimentație în trei factori, varianta revizuită cu 18 itemi (TFEQ-R18), instrument psihometric dezvoltat de J. Karlsson și colaboratorii în 2000, adaptat ulterior în mai multe contexte culturale, oferă o evaluare concisă și eficientă a celor mai relevante comportamente alimentare dezadaptative, fiind frecvent utilizat în studii privind tulburările alimentare, reglarea greutății corporale și influențele afective asupra alimentației. TFEQ-R18 este un chestionar de autoevaluare format din 18 itemi, distribuiți în trei subscale distincte: constrângere cognitivă, mâncat emoțional, mâncat necontrolat. Majoritatea itemilor sunt cotați pe o scală Likert în 4 trepte (de la „*absolut fals*” la „*absolut adevărat*” sau de la „*niciodată*” la „*cel puțin o dată pe săptămână*”). În cercetarea noastră utilizarea TFEQ-R18 a permis explorarea diferențiată a modului în care adolescentelor le este afectat comportamentul alimentar de factori cognitivi, emoționali și situaționali, contribuind semnificativ la înțelegerea mecanismelor psihologice asociate comportamentelor alimentare dezadaptative [154; 290].

Testul pentru atitudinile alimentare (EAT-26), elaborat de D. M. Garner și colaboratorii săi, a fost conceput ca un instrument de screening psihometric, validat empiric, care evaluează atitudinile și comportamentele alimentare problematice asociate cu tulburările de alimentație, în special anorexia nervoasă și bulimia nervoasă. Este recomandat pentru utilizarea în rândul adolescenților și tinerilor adulți, inclusiv în mediile educaționale. Instrumentul este alcătuit din 26 de itemi formulați sub formă de afirmații care reflectă simptome și preocupări caracteristice tulburărilor de alimentație, utilizând o scală de răspuns în șase trepte: „*Întotdeauna*”, „*De obicei*”, „*Adesea*”, „*Uneori*”, „*Rar*” și „*Niciodată*”. Este esențial de subliniat că EAT-26 nu oferă un diagnostic formal, ci funcționează ca un instrument de triaj, facilitând identificarea persoanelor care pot beneficia de o evaluare psihiatrică sau psihologică detaliată. Utilizarea testului EAT-26 ne oferă un cadru obiectiv și standardizat pentru explorarea riscului de tulburări de comportament alimentar, facilitând identificarea timpurie a adolescentelor care pot prezenta vulnerabilități psihologice în sfera raportării la alimentație și imagine corporală [117; 269].

Chestionarul de personalitate Cinci factori (CP5F), un instrument psihometric elaborat pentru a măsura cele cinci dimensiuni majore ale personalității conform modelului Big Five, este recunoscut pe scară largă în literatura de specialitate pentru capacitatea sa de a surprinde structura de bază a personalității umane, fiind utilizat frecvent atât în cercetare, cât și în practica psihologică aplicată. CP5F evaluează următorii cinci factori ai personalității: *extraversiune* – nivelul de sociabilitate, energie, comunicativitate și optimism; *conștiinciozitate* – tendința spre organizare, responsabilitate, perseverență și autodisciplină; *amabilitate* – înclinația spre cooperare, empatie, deschidere față de ceilalți și bunăvoință; *stabilitate emoțională* (opusul nevroticismului) – gradul de echilibru afectiv, rezistență la stres și control emoțional; și *autonomie* – nivelul de independență

în gândire și acțiune, neconformism și originalitate. La acestea se adaugă o a șasea scală, *dezirabilitate socială*, care are rolul de a evalua măsura în care răspunsurile subiectului pot fi influențate de dorința de a crea o imagine favorabilă, de răspunsuri la întâmplare sau de o tendință de a se conforma așteptărilor percepute ale evaluatorului. Această scală este esențială în identificarea distorsiunilor de răspuns. Chestionarul conține itemi formulați sub forma unor afirmații, la care adolescentele răspund pe o scală Likert cu 5 trepte, unde 1 = *mi se potrivește foarte puțin*, iar 5 = *mi se potrivește foarte mult*. Scorurile brute obținute la fiecare dintre cele șase scale sunt transformate în cote T, pe baza unor etaloane elaborate [6; 71].

Scala perfecționismului multidimensional Frost (FMPS), elaborată de R. Frost și colaboratorii săi în anul 1990, reprezintă unul dintre cele mai utilizate instrumente în literatura de specialitate pentru măsurarea trăsăturilor de perfecționism. FMPS este un chestionar de auto-raportare format din 35 de itemi, care vizează patru dimensiuni esențiale ale perfecționismului, considerate relevante din punct de vedere psihologic și clinic: *preocuparea față de greșeli și îndoielile cu privire la acțiuni* – reflectă teama de a greși, tendința de autocritică și nesiguranța în luarea deciziilor; *preocuparea față de așteptările și evaluarea părinților* – surprinde percepția presiunilor externe, în special din partea părinților și internalizarea standardelor impuse de aceștia; *standarde personale excesiv de ridicate* – măsoară tendința de a impune sine însuși obiective foarte înalte, adesea nerealiste; *preocuparea legată de precizie, ordine și organizare* – reflectă importanța acordată structurii, curățeniei și controlului asupra mediului. Adolescentele evaluează fiecare afirmație pe o scală Likert, exprimând gradul de acord. Aplicarea FMPS este indicată în special pentru adolescenți și tineri de la 14 ani, fiind un instrument valoros pentru identificarea structurilor cognitive disfuncționale legate de autoevaluare, eșec și nevoia de control [278].

Chestionarul pentru tulburarea de anxietate generalizată din 7 itemi (GAD-7), instrument psihodiagnostic scurt, dezvoltat de R. L. Spitzer, K. Kroenke, J. B. Williams și B. Löwe în 2006, bazat pe criteriile de diagnostic din DSM-IV pentru tulburarea de anxietate generalizată, a fost conceput inițial ca un instrument clinic, dar a dobândit rapid aplicabilitate extinsă în cercetarea psihologică, datorită validității sale ridicate și ușurinței de utilizare. GAD-7 conține 7 itemi care reflectă frecvența manifestării unor simptome de anxietate în ultimele două săptămâni. Adolescentele sunt rugate să aprecieze cât de des au fost deranjate de fiecare simptom, utilizând o scală Likert în 4 trepte: „*Deloc*” (0 puncte), „*Câteva zile*” (1 punct), „*Mai mult de jumătate din zile*” (2 puncte), „*Aproape zilnic*” (3 puncte). Scorul total obținut variază între 0 și 21 de puncte, valorile mai ridicate indicând un nivel crescut de simptomatologie anxioasă [213; 252].

Scala stimei de sine Rosenberg (RSES), elaborată de M. Rosenberg în 1965, este considerată unul dintre cele mai utilizate instrumente de evaluare a stimei de sine la nivel

internațional, fiind validată și aplicată în numeroase studii transculturale și transgeneraționale. RSES este un chestionar auto-raportat format din 10 itemi, formulați ca afirmații care reflectă evaluarea generală a sinelui, cuprinzând atât aspecte pozitive, cât și negative. Adolescențele evaluează gradul de acord față de fiecare afirmație utilizând o scală Likert în 4 trepte: „*Total de acord*”, „*De acord*”, „*Dezacord*” și „*Total dezacord*”. Scorarea itemilor se realizează în mod diferențiat, cu inversarea punctajelor pentru afirmațiile formulate negativ, astfel încât scorul total variază între 0 și 30 de puncte, valorile mai ridicate indicând o stimă de sine mai crescută. Aplicarea scalei RSES ne permite o evaluare validă, concisă și comprehensivă a modului în care adolescențele se raportează la propriul sine, în contextul explorării relațiilor dintre imaginea corporală, comportamentul alimentar și echilibrul emoțional [226].

Chestionarul multidimensional al relațiilor sine-corp (MBSRQ-AS), elaborat de T. F. Cash, este un instrument standardizat, care își are rădăcinile în modelul cognitiv-comportamental al atitudinilor față de corpul propriu, conturat de T. A. Brown, T. F. Cash și P. J. Mikulka în 1990. Versiunea scurtă MBSRQ-AS conține 46 de itemi grupați în șase scale specifice ale aspectului fizic, fiecare captând o dimensiune distinctă a relației individului cu propriul corp: *evaluarea aspectului* – gradul de satisfacție globală subiectivă față de aspectul propriu; *orientarea spre aspect* – importanța acordată în mod conștient imaginii corporale și preocuparea pentru menținerea acesteia; *evaluarea formei fizice* – autoaprecierea propriei condiții fizice, în ce măsură persoana se simte „în formă”, activă din punct de vedere fizic și competentă din punct de vedere athletic; *orientarea spre forma fizică* – frica de îngrășare, comportamentele de restricție alimentară și controlul greutății; *greutatea subiectivă* – percepția subiectivă asupra propriei greutăți, de la subponderal la supraponderal; *satisfația față de zonele corporale* – nivelul de satisfacție față de anumite regiuni corporale specifice. Adolescențele indică gradul în care fiecare afirmație li se potrivește, utilizând o scală Likert cu cinci trepte. MBSRQ-AS oferă o înțelegere nuanțată a modului în care adolescențele percep, evaluează și se raportează la propriul corp, permițând nu doar evaluarea nivelului de satisfacție corporală, ci și identificarea dimensiunilor specifice asupra cărora pot fi orientate intervențiile psihologice de sprijin sau restructurare cognitivă [66; 72].

Chestionarul pentru aprecierea climatului familial (FCQ) este un instrument destinat evaluării calității relațiilor familiale din perspectiva subiectivă a copiilor și adolescenților. Această versiune condensată a fost concepută pentru a surprinde, într-un mod concis și valid, atât dimensiunile pozitive, cât și cele negative ale climatului familial, raportate separat pentru mama și tatăl respondentului. Forma scurtă a FCQ conține 40 de itemi, distribuiți în mod egal între cei doi părinți (20 de itemi referitori la mamă și 20 referitori la tată), fiecare evaluat pe o scală Likert cu 4 trepte: 1 – *deloc*, 2 – *ceva*, 3 – *des*, 4 – *aproape întotdeauna*. Instrumentul este structurat în

patru subscale principale: *relație pozitivă cu mama*, *relație pozitivă cu tatăl*, *relație negativă cu mama*, *relație negativă cu tatăl*. Pe lângă aceste patru dimensiuni, chestionarul include 8 itemi care evaluează climatul familial general – 4 itemi pozitivi și 4 itemi negativi. În baza răspunsurilor se calculează scorul pentru: *climatul familial general pozitiv* – intensitatea percepției pozitive asupra mediului familial; *climatul familial general negativ* – gradul perceput de disfuncționalitate sau tensiune în familie. Utilizarea acestui chestionar permite analiza percepțiilor adolescentelor privind calitatea relațiilor familiale și impactul acestora asupra sănătății psihologice generale, oferind date valoroase în contextul investigării factorilor asociați comportamentelor alimentare dezadaptative [238].

2.2. Rezultatele pentru comportamentele alimentare distincte la adolescente

Cercetarea noastră constatativă a demarat cu urmărirea a trei tipuri principale de comportamente alimentare (CA) dezadaptative ce oferă o perspectivă diferențiată asupra modului în care adolescentele se raportează la alimentație în funcție de variabile emoționale, cognitive și contextuale. Astfel am examinat: comportamentul alimentar restrictiv (CAR), comportamentul alimentar emoțional (CAEm) și comportamentul alimentar extern (CAEx) conform DEBQ. Fiecare dintre aceste comportamente a fost evaluat pe trei niveluri de intensitate: scăzut, mediu și ridicat. Rezultatele obținute sunt sintetizate în figura 2.1.

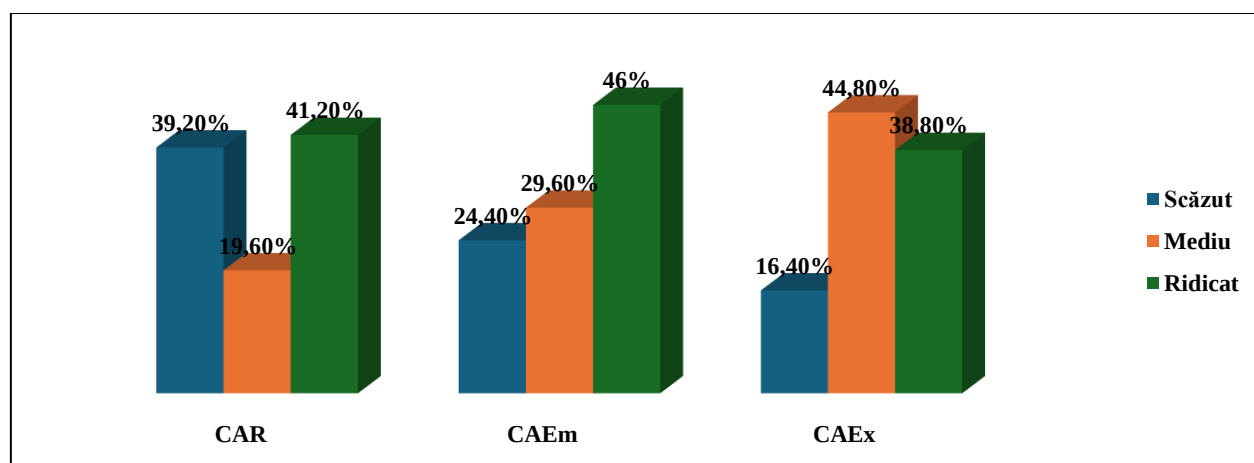


Fig. 2.1. Rezultatele pentru CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx) la adolescente

CAR se referă la controlul voluntar și conștient asupra cantității și calității alimentelor consumate, în scopul reducerii greutateii corporale sau al menținerii unei siluete dorite. Acest tip de comportament reflectă preocuparea pentru dietă, autocontrolul alimentar și evitarea anumitor alimente percepute ca nesănătoase. Analiza frecvențelor ne permite să enunțăm că: 39,20% dintre adolescente se încadrează în nivelul scăzut, 19,60% dintre adolescente în nivelul mediu și 41,20% dintre adolescente prezintă un nivel ridicat al CAR. La aceste adolescente constatăm o preocupare

crescută pentru restricționarea aportului alimentar. Prevalența relativ echilibrată între nivelul scăzut și cel ridicat reflectă existența a două profiluri opuse în cadrul eșantionului: unele adolescente se alimentează fără constrângeri, fără presiunea autoreglării, în timp ce altele manifestă CAR constant.

CAEm este definit ca tendința de a consuma alimente ca reacție la emoții negative precum tristețea, anxietatea, frustrarea sau singurătatea. Alimentația devine, în acest caz, un mecanism de reglare emoțională în absența foamei fiziologice. În rândul adolescentelor, distribuția de frecvențe este următoarea: 24,40% manifestă un nivel scăzut al acestui comportament, nivelul mediu al CAEm se înregistrează la 29,60% dintre adolescente, iar nivelul ridicat al CAEm este caracteristic pentru 46%, ceea ce relevă că aproape jumătate dintre adolescente apelează frecvent la hrană ca strategie de coping emoțional. Aceste rezultate indică o vulnerabilitate crescută a adolescentelor în fața alimentației emoționale, ceea ce crește riscul apariției unor tulburări de alimentație.

CAEx reprezintă tendința de a mânca sub influența stimulilor din mediu (miros, aspect vizual al alimentelor, prezența altor persoane care consumă alimente), chiar și în absența foamei reale. Acest comportament este reactiv și influențat de factori extrinseci, fără legătură cu senzațiile interne de foame. În rândul adolescentelor: la 16,40% observăm un nivel scăzut al CAEx, 44,80% prezintă un nivel mediu al CAEx și la 38,80% din adolescente atestăm un nivel ridicat. Vom evidenția că un număr semnificativ de adolescente sunt susceptibile la stimuli alimentari externi, ceea ce poate duce, în timp, la dereglări în autoreglarea consumului alimentar și la creștere ponderală involuntară.

Analiza comparativă a celor trei tipuri de CA dezadaptativ indică faptul că nivelurile ridicate sunt cele mai frecvente la CAEm (46%) și CAR (41,20%), urmate de CAEx (38,80%). Această distribuție relevă o prevalență semnificativă a alimentației disfuncționale în rândul adolescentelor – fie ca reacție la stări afective negative, fie ca formă de control cognitiv asupra greutății, fie ca reacție automată la factori din mediu.

Pentru a stabili relațiile dintre CA dezadaptative distincte (CAEm și CAEx) am realizat studiul corelației utilizând coeficientul de corelație Kendall's Tau (Anexa 3. Tabelul A.3.1).

Tabelul 2.1. Relația dintre CA dezadaptative distincte după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
CAEm / CAEx	kt=0,453	p≤0,01

Tabelul 2.1 ne permite să remarcăm existența unei relații semnificative între CA dezadaptative: CAEm și CAEx (kt=0,453, p≤0,01), ceea ce înseamnă că adolescentele mai susceptibile de a consuma alimente ca răspuns la stări emoționale prezintă o vulnerabilitate

crescută la influențele de mediu (cum ar fi: impactul publicității, alimentele care arată apetisant, sau toți cei din jur care mănâncă), CA la aceste adolescente nu mai este ghidat strict de nevoile fiziologice.

Figura 2.2 sintetizează distribuția procentuală a celor trei tipuri de CAR, CAEm și CAEx în rândul adolescentelor în funcție de vârstă (14 – 15 ani, 16 – 17 ani și 18 – 19 ani).

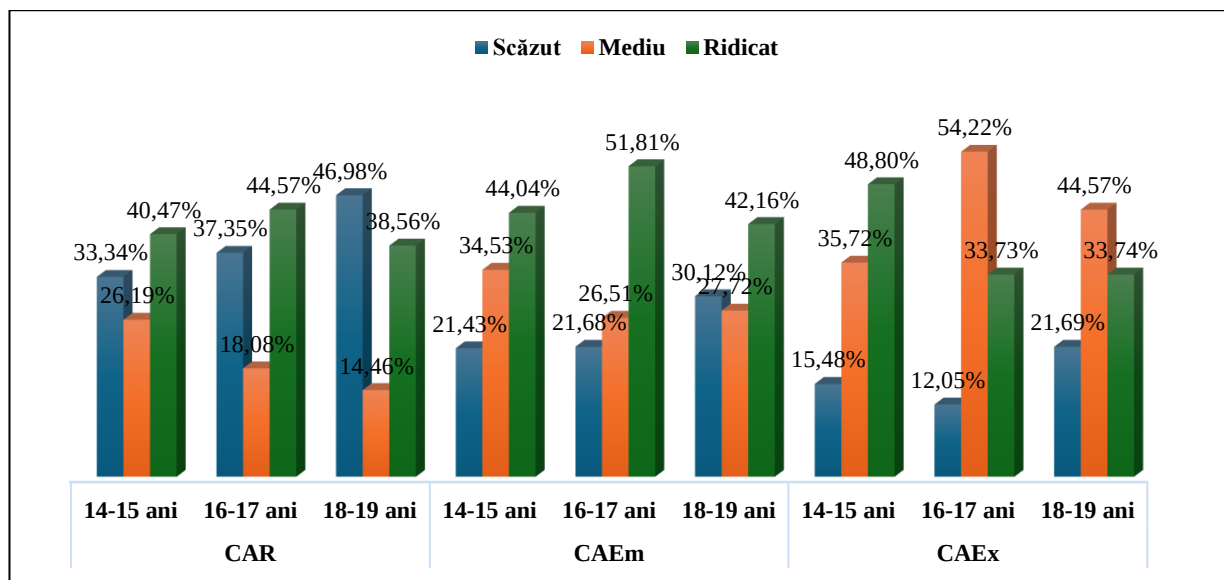


Fig. 2.2. Rezultatele pentru CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx) la adolescente în funcție de vârstă

Procentele pentru CAR s-au repartizat în felul următor: nivelul scăzut atinge cel mai înalt procent în rândul adolescentelor de 18 – 19 ani (46,98%), semnificativ mai mare decât la celelalte grupe (37,35% pentru 16 – 17 ani; 33,34% pentru 14 – 15 ani). În ceea ce privește nivelul mediu al CAR, acesta este întâlnit cel mai frecvent la adolescentele de 14 – 15 ani (26,19%), urmate de 16 – 17 ani (18,08%) și 18 – 19 ani (14,46%). Pentru nivelul ridicat al CAR, cele mai mari procente sunt înregistrate la adolescentele de 16 – 17 ani (44,57%), urmate de cele de 14 – 15 ani (40,47%) și de cele de 18 – 19 ani (38,56%).

Rezultatele înregistrate pentru CAEm indică următoarea distribuție pentru nivelul scăzut: cea mai mare frecvență este la adolescentele de 18 – 19 ani (30,12%), fiind aproape egal la celelalte grupe de vârstă: (21,68% pentru 16 – 17 ani; 21,43% pentru 14 – 15 ani). La nivelul mediu pentru CAEm, cele mai mari procente se observă la 14 – 15 ani (34,53%), urmate de 18 – 19 ani (27,72%) și 16 – 17 ani (26,51%). În cazul nivelului ridicat de CAEm: 51,81% dintre adolescentele de 16 – 17 ani, 44,04% dintre cele de 14 – 15 ani și 42,16% în rândul celor de 18 – 19 ani.

Referindu-ne la CAEx, nivelul scăzut se regăsește în proporție mai mare la adolescentele cu vârsta de 18 – 19 ani (21,69%), în timp ce celelalte două grupe de vârstă înregistrează valori mai reduse (15,48% pentru 14 – 15 ani; 12,05% pentru 16 – 17 ani). Nivelul mediu atinge valoarea

maximă la 16 – 17 ani (54,22%), urmat de 18 – 19 ani (44,57%) și 14 – 15 ani (35,72%). Nivelul ridicat este cel mai frecvent atestat în rândul adolescenților de 14 – 15 ani (48,80%), urmate cu frecvențe apropiate de cele de 18 – 19 ani (33,74%) și 16 – 17 ani (33,73%).

Rezultatele prezentate în figura 2.2 relevă faptul că adolescența mijlocie (16 – 17 ani) este etapa cu cele mai ridicate scoruri pe toate cele trei tipuri de CA dezadaptative la nivel ridicat: CAEm (51,81%), CAR (44,57%) și CAEx (33,73%). Frecvențele înregistrate indică o perioadă vulnerabilă în ceea ce privește relația cu alimentația, fiind caracterizată de intensificarea trăirilor emoționale, controlului asupra IC și reactivității față de mediu. Adolescențele de 14 – 15 ani manifestă, de asemenea, scoruri ridicate la CAEm (44,04%) și CAEx (48,80%), dar mai echilibrate în raport cu celelalte niveluri. În schimb, adolescențele de 18 – 19 ani tind să se diferențieze printr-o sporire a scorurilor scăzute, ceea ce poate sugera fie o distanțare de CA disfuncționale, fie o mascare a acestora prin mecanisme mai subtile de reglare cognitivă. Pentru CA dezadaptative: CAR, CAEm și CAEx nu consemnăm diferențe statistic semnificative între adolescențele de diferită vârstă. Astfel, cu referire la CAR subliniem că frecvențele indică o tendință de echilibrare la finalul adolescenței, când o parte a participantelor renunță la controlul alimentar strict, în timp ce adolescența mijlocie rămâne categoria cea mai predispusă la restricționarea voluntară a hranei. Rezultatele adolescentelor pentru CAEm sugerează că adolescențele de 16 – 17 ani sunt mai predispuse la a reacționa emoțional prin alimentație, în timp ce adolescențele mai mari (18 – 19 ani) manifestă o variabilitate mai mare în strategiile de reglare emoțională, incluzând și forme de alimentație emoțională moderată sau absentă. În cazul CA dezadaptativ, CAEx, observăm că în adolescența timpurie (14 – 15 ani) adolescențele sunt mai influențate de stimulii externi, în timp ce la 16 – 17 ani apare o tranziție spre un control mai conștient și mai echilibrat, iar la 18 – 19 ani se observă o diversificare a stilurilor de răspuns alimentar.

Pentru a stabili dacă există diferențe statistic semnificative pentru CA dezadaptativ (scor total DEBQ) la adolescente în dependență de vârstă, am aplicat testul U Mann-Whitney. Am obținut diferențe statistic semnificative între rezultatele pentru CA dezadaptativ la adolescențele de 14 – 15 ani ($m=91,54$) și adolescențele de 18 – 19 ani ($m=76,37$), ($U=2852,50$, la $p=0,043$) cu rezultate mai mari pentru adolescențele de 14 – 15 ani (Anexa 4. Tabelul A.4.2). Această diferență poate fi explicată prin faptul că, în perioada de debut a adolescenței, presiunea socială privind imaginea corporală, lipsa stabilității identitare și mecanismele de reglare emoțională încă imature pot contribui la apariția unor CA dezadaptative. În schimb, adolescențele de 18 – 19 ani dispun, în general, de o mai mare autonomie psihologică, o identitate corporală mai consolidată și o capacitate mai bună de autoreglare, ceea ce poate reduce recursul la alimentație ca mecanism de compensare emoțională.

Împreună cu CA dezadaptative descrise conform DEBQ pentru o înțelegere mai clară asupra tiparelor alimentare la adolescente am analizat tipurile: constrângerea cognitivă (CC), mâncatul necontrolat (MN) și mâncatul emoțional (MEm). CC, MN și MEm au fost evaluate prin aplicarea TFEQ-18. Fiecare CA dezadaptativ este analizat în raport cu nivelurile scăzut, mediu și înalt de manifestare. Rezultatele obținute sunt reprezentate în figura 2.3.

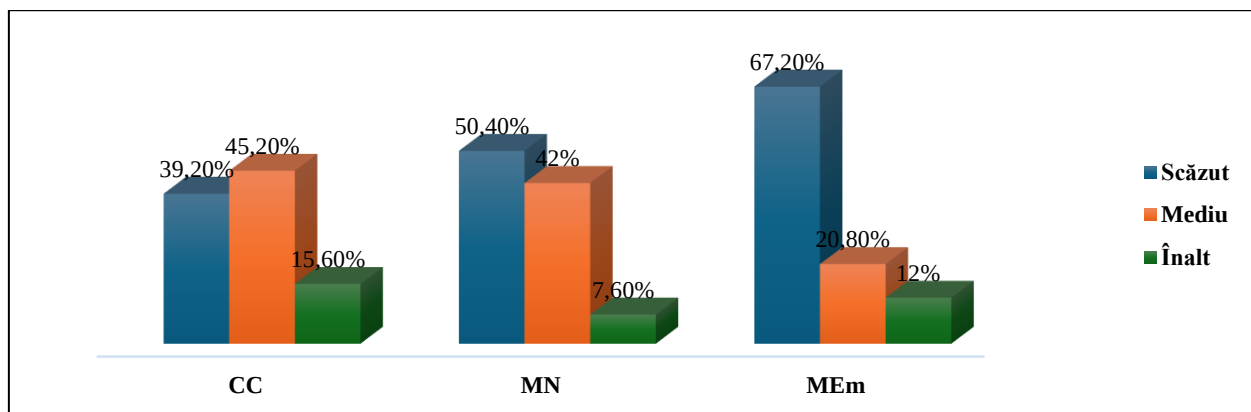


Fig. 2.3. Rezultatele pentru CA dezadaptative (CC, MN și MEm) la adolescente

CC vizează efortul voluntar și conștient de a restricționa consumul alimentar în scopul menținerii sau reducerii greutatei corporale, adesea în contradicție cu senzațiile interne de foame. Analiza figurii 2.3 ne permite să observăm că 39,20% din adolescente au un nivel scăzut al CC, 45,20% dintre adolescente înregistrează un nivel mediu al CC, iar 15,60% din adolescente se caracterizează printr-un nivel înalt. Distribuția de rezultate evidențiază o preocupare crescută pentru CA raționalizat, aspect adesea asociat cu presiunile socio-culturale legate de imaginea corporală și idealurile de siluetă.

MN reflectă dificultatea de a opri sau limita ingestia alimentară odată ce aceasta a început, însoțită de o percepție slabă a senzației de sațietate. Astfel, la 50,40% dintre adolescente evidențiem un nivel scăzut, 42% din adolescente se înscriu într-un nivel mediu, iar 7,60% din adolescente obțin nivelul înalt. Vom menționa că există o proporție considerabilă din adolescente care întâmpină dificultăți moderate de reglare comportamentală a consumului alimentar, iar un mic procent prezintă tendințe pronunțate de pierdere a controlului în fața hranei.

MEm este tendința de a consuma alimente ca reacție la stări emoționale negative sau stresante, având funcție de calmare afectivă. Acest tip de CA dezadaptativ înregistrează cea mai mare proporție de scoruri scăzute (67,20%), ceea ce sugerează că majoritatea adolescentelor nu manifestă în mod constant CA de tip emoțional. Totuși, 20,80% dintre participante se încadrează în nivelul mediu, iar 12% prezintă un nivel înalt al acestui comportament, ceea ce indică o subgrupă cu risc psihologic crescut de reglare afectivă prin consum alimentar.

Compararea celor trei tipuri de CA dezadaptative evidențiază că frecvența cea mai mare pentru nivelul ridicat este caracteristică CC (15%), în descreștere fiind urmate de: MEm (12%) și MN (7,60%). Această repartizare a datelor ne sugerează că adolescentele manifestă într-o măsură mai mare un CA constrâns cognitiv, decât unul impulsiv sau emoțional. Cu toate acestea, valorile crescute la nivelurile medii pentru toate cele trei dimensiuni relevă o vulnerabilitate generalizată față de tiparele disfuncționale de alimentație, în special în ceea ce privește autocontrolul alimentar și riscul internalizării unor standarde corporale rigide.

În continuare pentru a evidenția interrelațiile dintre CA dezadaptative (CAR / CAEm / CAEx și CC / MN / MEm) vom analiza coeficienții de corelație obținuți după coeficientul de corelație Kendall's Tau (Anexa 3. Tabelul A.3.1).

Tabelul 2.2. Relația dintre CA dezadaptative distincte (CAR / CAEm / CAEx și CC / MN / MEm) după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
<i>CAR / CC</i>	kt=0,625	p≤0,01
<i>CAEm / MN</i>	kt=0,488	p≤0,01
<i>CAEm / MEm</i>	kt=0,685	p≤0,01
<i>CAEx / MN</i>	kt=0,564	p≤0,01
<i>CAEx / MEm</i>	kt=0,352	p≤0,01

În corespundere cu tabelul 2.2 atestăm existența a cinci corelații semnificative pozitive, între CA dezadaptative. Astfel, CAR prezintă o corelație cu CC (kt=0,625, p≤0,01), ceea ce indică faptul că restricția alimentară se asociază cu controlul cognitiv rigid asupra consumului alimentar la adolescente. Între CAEm și MN, la fel atestăm o corelație (kt=0,488, p≤0,01), cât și cu MEm (kt=0,685, p≤0,01), indicând faptul că alimentația determinată de stări emoționale la adolescente este asociată atât cu pierderea controlului alimentar, cât și cu intensificarea comportamentelor de consum emoțional. Totodată, CAEx corelează cu MN (kt=0,564, p≤0,01), sugerând că influența stimulilor externi poate facilita pierderea controlului alimentar la adolescente. Încă o corelație este cea dintre CAEx și MEm (kt=0,352, p≤0,01), ce ne permite să punctăm că adolescentele ce se caracterizează prin consum de alimente determinat de stimuli externi tind și să mănânce pe fond emoțional. Corelațiile identificate și descrise subliniază că prezența unui CA dezadaptativ este asociat cu o posibilitate crescută de dezvoltare a altor CA disfuncționale. Asocierile dintre CA dezadaptative, reflectă că acestea nu se manifestă separat, ci ca parte a unui patrn alimentar disfuncțional mult mai extins.

Considerăm importantă analiza rezultatelor pentru CC, MN și MEm la adolescentele de diferită vârstă: 14 – 15 ani, 16 – 17 ani și 18 – 19 ani. Astfel, rezultatele obținute le ilustrăm în figura 2.4.

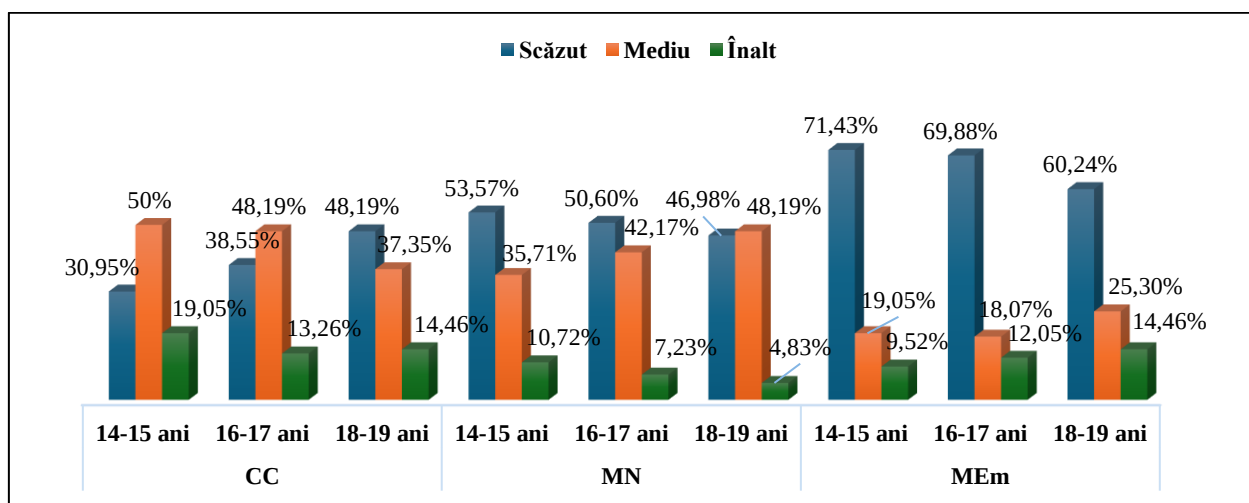


**Fig. 2.4. Rezultatele pentru CA dezadaptative (CC, MN și MEm) la adolescente
În funcție de vârstă**

Pentru dimensiunea CC datele sunt următoarele: nivelul scăzut este predominant la adolescentele de 18 – 19 ani, pentru care procentul este de 48,19%, acestea sunt urmate de adolescente de 16 – 17 ani, cu un procent de 38,55%, și de adolescentele cu vârsta de 14 – 15 ani, acestora revenindu-le un procent de 30,95%. Nivelul mediu se remarcă cel mai mult în rândul adolescentelor de 14 – 15 ani (50%), apoi la cele de 16 – 17 ani (48,19%) și cele de 18 – 19 ani (37,35%). Pentru nivelul înalt de CC vom menționa că: 19,05% din adolescente de 14 – 15 ani, 14,46% din adolescentele de 18 – 19 ani și 13,26% din adolescentele de 16 – 17 ani prezintă acest nivel.

În ceea ce privește MN, distribuția frecvențelor în funcție de vârstă evidențiază următoarele tendințe: nivelul scăzut de MN, este predominant la adolescentele cu vârsta între 14 și 15 ani, unde se înregistrează un procent de 53,57%, urmează categoria de 16 – 17 ani, cu un nivel de 50,60%, și, în cele din urmă, categoria de 18 – 19 ani, unde 46,98% dintre adolescente prezintă un nivel scăzut. Nivelul mediu de MN este cel mai pronunțat în rândul adolescentelor cu vârsta între 18 și 19 ani (48,19%), în descreștere sunt frecvențele pentru adolescentele de 16 – 17 ani (42,17%) și la adolescentele de 14 – 15 ani (35,71%). Nivelul înalt pentru MN se întâlnește cel mai frecvent în rândul adolescentelor cu vârsta între 14 și 15 ani (10,72%), o frecvență mai mică evidențiem la adolescentele cu vârsta între 16 și 17 ani (7,23%) și la adolescentele de 18 – 19 ani (4,83%).

Datele pentru dimensiunea MEm ilustrează o altă configurație a frecvențelor în funcție de vârstă: nivelul scăzut de MEm rămâne predominant în toate grupele de vârstă: cea mai mare

frecvență se atestă în rândul adolescentelor de 14 – 15 ani (71,43%), la 16 – 17 ani (69,88%), iar cea mai mică valoare se întâlnește în categoria de adolescente de 18 – 19 ani (60,24%). Cât despre nivelul mediu de MEm, acesta atinge cea mai frecvență tot în rândul adolescentelor de 18 – 19 ani (25,30%), o frecvență mai mică observăm la adolescentele de 14 – 15 ani (19,05%) și la categoria de adolescente de 16 – 17 ani (18,07%). Pentru nivelul înalt de MEm frecvențele adolescentelor se repartizează: adolescentele de 18 – 19 ani: 14,46%, adolescente de 16 – 17 ani: 12,05% și cele de 14 – 15 ani: 9,52%.

Comparând frecvențele pentru nivelurile ridicate pentru CC, MN și MEm vom evidenția că: adolescentele de 14 – 15 ani manifestă un nivel mai ridicat al CC și al MN, sugerând o etapă de experimentare și formare a relației cu alimentația, marcată de tendințe de control voluntar dar și de pierdere de control în fața alimentelor. Adolescente de 16 – 17 ani par să se afle într-o etapă mai echilibrată, cu niveluri mai moderate pentru toate CA dezadaptative, indicând o posibilă stabilizare emoțională și comportamentală. Adolescente de 18 – 19 ani, în schimb, prezintă scoruri mai ridicate la MEm și la CC, ceea ce poate reflecta un abandon al controlului voluntar și o creștere a influenței factorilor afectivi în alegerile alimentare. Deși statistic nu identificăm diferențe pentru CC, MN și MEm la adolescentele de diferită vârstă, ceea ce ne permite să subliniem că odată cu înaintarea în vârstă, MN se diminuează, dar în paralel se intensifică MEm. Această tendință poate reflecta acumularea factorilor stresori, a responsabilităților și a presiunilor legate de imaginea de sine și viitorul personal, specifice etapei târzii a adolescenței.

Pentru a obține o perspectivă completă asupra CA la adolescente, pe lângă CA dezadaptative, am analizat tulburările de comportament alimentar (TCA). Examinarea riscului TCA în rândul adolescentelor a fost posibilă prin aplicarea EAT-26. Rezultatele obținute sunt prezentate în figura 2.5.

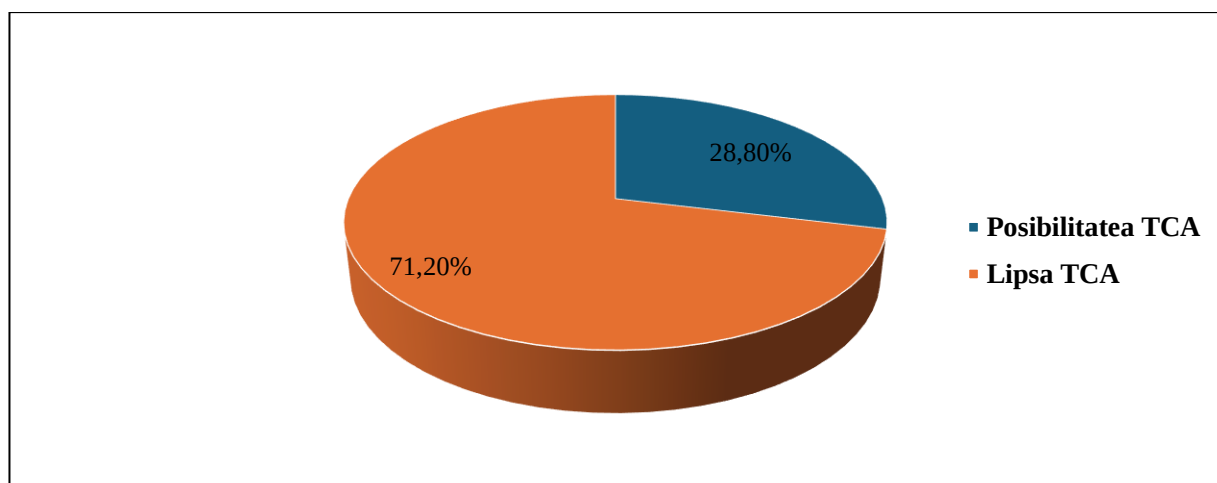


Fig. 2.5. Rezultatele pentru TCA la adolescente

Frecvențele din figura 2.5 indică faptul că un procent semnificativ de 71,20% dintre adolescentele nu prezintă simptome ale TCA. Absența riscului de TCA se manifestă printr-un raport sănătos cu alimentația și cu propria IC. Adolescente din această categorie adoptă un stil alimentar flexibil, lipsit de restricții exagerate, de episoade de recurențe de consum alimentar compulsiv, comportamente compensatorii, tendințe de înfometare sau urmarea unor diete etc. Alegerile lor nutriționale nu sunt ghidate de emoții negative (anxietate sau vinovăție). Imaginea corporală este, în general, stabilă și integrată pozitiv în structura personalității, nefiind supusă distorsiunilor perceptive sau evaluative frecvent întâlnite în cazul TCA.

Totodată, la un procent de 28,80% dintre adolescente se constată prezența unor trăsături psihocomportamentale ce indică o vulnerabilitate crescută sau o posibilă TCA. Manifestările specifice acestui subgrup includ o preocupare persistentă și disproporționată față de greutatea corporală și formele corpului, însoțită adesea de o teamă accentuată de îngrășare, chiar și în absența unei greutăți excesive. Aceste adolescente tind să-și evalueze stima de sine în funcție de parametri estetici corporali, ceea ce indică o internalizare a idealurilor culturale de frumusețe. Din punct de vedere comportamental, se remarcă prezența unor episoade de alimentație compulsivă, caracterizate prin ingestia rapidă și cantitativă a alimentelor, urmate frecvent de trăiri intense de vinovăție, rușine sau autoreproș. În unele cazuri, aceste episoade sunt însoțite de comportamente compensatorii dezadaptative, cum ar fi inducerea vărsăturii, recurgerea la purgative sau supunerea la exerciții fizice excesive, practici ce au drept scop prevenirea creșterii în greutate. De asemenea, se observă tendința de a adopta regimuri alimentare severe, bazate pe restricții calorice marcante, care pot conduce la dezechilibre nutriționale și psihologice pe termen lung [28].

Pentru a surprinde continuitatea dintre CA dezadaptative (CAR și CC) și TCA am considerat importantă efectuarea unei analize corelaționale dintre acestea cu ajutorul coeficientului Kendall's Tau, iar semnificația statistică a fost raportată pentru un prag de $p \leq 0,01$. Rezultatele analizei sunt ilustrate în tabelul 2.3 (Anexa 3. Tabelul A.3.1).

Tabelul 2.3. Relația dintre CA dezadaptative distincte (CAR / CC) și TCA după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
CAR / TCA	kt=0,616	$p \leq 0,01$
CC / TCA	kt=0,564	$p \leq 0,01$

În tabelul 2.3 evidențiem o corelație semnificativă pozitivă între CAR și riscul pentru TCA, coeficientul de corelație fiind $kt=0,616$, $p \leq 0,01$ și între CC și TCA ($kt=0,564$, $p \leq 0,01$), care ne permit să punctăm că tendința adolescentei de a controla în mod excesiv și deliberat consumul alimentar prin evitarea anumitor alimente sau planificarea minuțioasă a meselor crește

probabilitatea ca aceasta să manifeste TCA. Constatăm că prezența CA dezadaptative la adolescente poate condiționa survenirea TCA. Astfel CA dezadaptative constituie factori de risc și posibile comportamente precursorale ale TCA.

Figura 2.6 ilustrează distribuția a TCA în rândul adolescentelor din lotul experimental, în funcție de grupa de vârstă (14 – 15 ani, 16 – 17 ani și 18 – 19 ani).

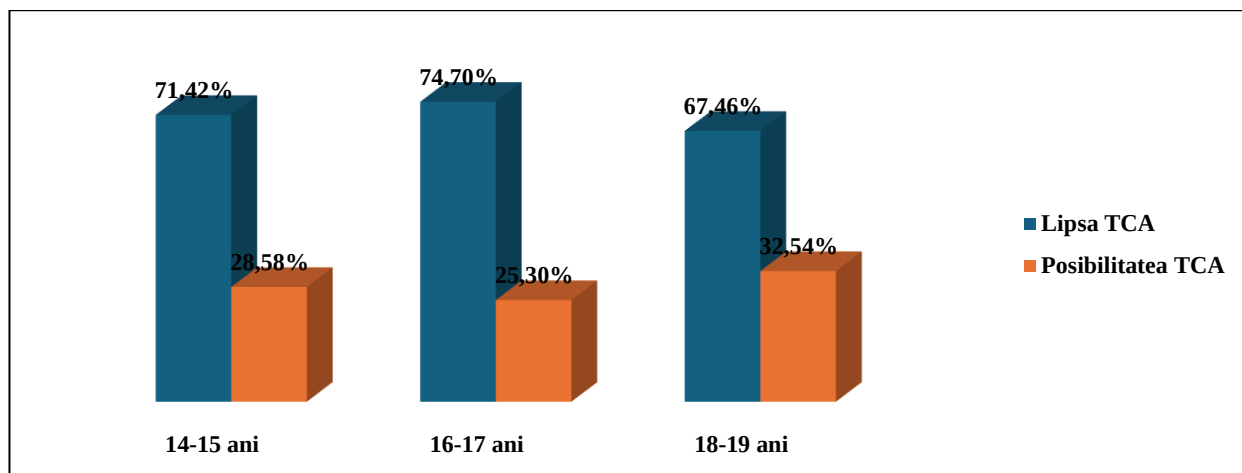


Fig. 2.6. Rezultatele pentru TCA la adolescente în funcție de vârstă

Rezultatele obținute reflectă diferențe ușoare între cele trei categorii de vârstă, atât în ceea ce privește lipsa TCA, cât și posibilitatea dezvoltării acestora. Pentru lipsa TCA vom menționa că adolescentele cu vârsta între 16 și 17 ani înregistrează cel mai mare procent (74,70%), urmate de cele cu vârsta între 14 și 15 ani (71,42%) și cele de 18 – 19 ani (67,46%).

Referindu-ne la posibilitatea TCA, datele evidențiază că cel mai ridicat procent se întâlnește în grupa de vârstă 18 – 19 ani (32,54%), urmată de grupa 14 – 15 ani cu un procent de 28,58% și, în cele din urmă, de adolescentele de 16 – 17 ani (25,30%). Pentru TCA, lipsesc diferențele statistice conform vârstelor, totodată vom puncta că riscul apariției TCA tinde să crească odată cu vârsta, atingând cea mai mare incidență în rândul adolescentelor de 18 – 19 ani. Aceste rezultate pot fi interpretate în contextul presiunilor sociale crescânde asociate cu tranziția spre viața adultă, presiuni care pot amplifica preocupările legate de imaginea corporală și greutatea corporală, și prin urmare o dezvoltare a TCA.

În cele ce urmează, ne-am propus să determinăm tipurile TCA și anume: dietă, bulimie și control oral (conform chestionarului EAT-26). Figura 2.7 prezintă nivelurile redus, moderat și ridicat pentru dietă, bulimie și control oral la adolescente.

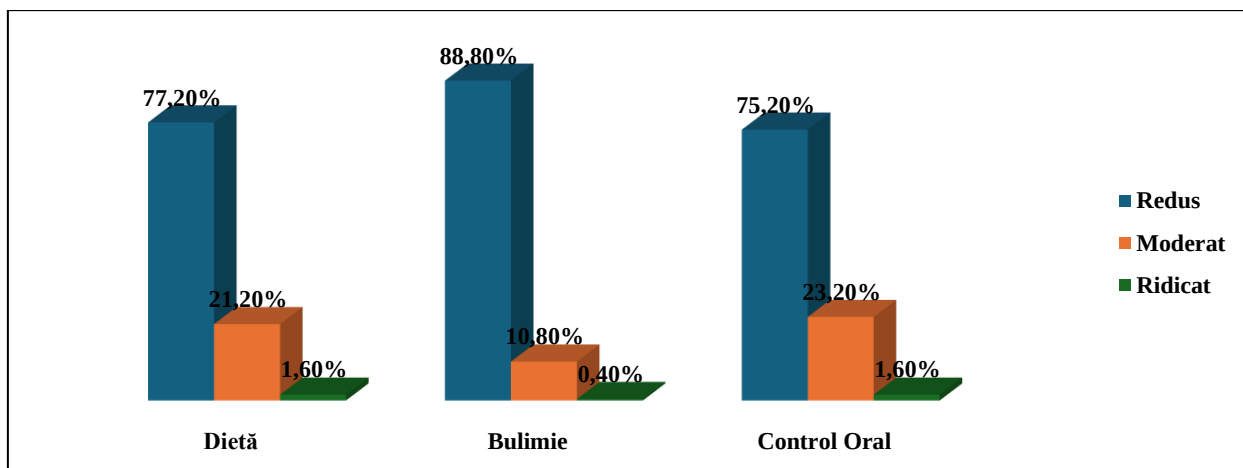


Fig. 2.7. Rezultatele pentru dietă, bulimie și control oral la adolescente

Pentru dietă ce presupune gradul de restricție alimentară, majoritatea adolescentelor (77,20%) se încadrează în nivelul redus al preocupărilor legate de dietă, ceea ce sugerează o atitudine alimentară echilibrată și o lipsă a comportamentelor restrictive frecvente. Totuși, 21,20% dintre adolescente manifestă un nivel moderat de preocupare față de dietă, ceea ce poate semnala existența unei tendințe de control alimentar. 1,60% dintre participante înregistrează un scor ridicat, ceea ce indică o preocupare intensă față de pierderea în greutate, posibil asociată cu comportamente disfuncționale de restricție alimentară.

Cu privire la bulimie, ce implică prezența tendințelor de mânca compulsiv și a comportamentelor compensatorii, datele ne arată că un procent mare de adolescente (88,80%) se încadrează în nivelul redus, ceea ce semnalează absența comportamentelor compensatorii și a episoadelor de mânca compulsiv. Procentul celor cu scor moderat este de 10,80%, în timp ce 0,40% dintre adolescente manifestă un nivel ridicat de simptome bulimice.

Referitor la controlul oral, care evaluează nivelul de autocontrol perceput asupra alimentației și senzației de foame, observăm că 75,20% dintre adolescente se încadrează în nivelul redus, 23,20% în nivelul moderat, iar 1,60% în nivelul ridicat.

În scopul de a investiga legăturile dintre CA dezadaptative (CAR, CAEm, CC, MN, MEm) și tipurile de TCA (dietă, bulimie) am efectuat calculul coeficientului Kendall's Tau. Rezultatele analizei sunt ilustrate în tabelul 2.4 (Anexa 3. Tabelul A.3.1).

Tabelul 2.4. Relația dintre CAR, CAEm, CC, MN, MEm) și tipurile de TCA (Dietă, Bulimie) după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
<i>CAR / Dietă</i>	kt=0,699	p≤0,01
<i>CAR / Bulimie</i>	kt=0,369	p≤0,01
<i>CAEm / Bulimie</i>	kt=0,395	p≤0,01

<i>CC / Dietă</i>	$kt=0,645$	$p\leq 0,01$
<i>MN / Bulimie</i>	$kt=0,358$	$p\leq 0,01$
<i>ME_m / Bulimie</i>	$kt=0,463$	$p\leq 0,01$

Între CA dezadaptative distincte și tipurile de TCA la adolescente evidențiem cinci corelații semnificative pozitive, după cum urmează: CAR corelează cu dieta ($kt=0,699$, $p\leq 0,01$), sugerând că preocuparea pentru dietă este un indicator al tendinței spre control alimentar excesiv. Corelația dintre CAR și bulimie este semnificativă ($kt=0,369$, $p\leq 0,01$), indicând o posibilă coexistență între restricția alimentară și episoadele bulimice. În ceea ce privește CAEm, acesta corelează cu bulimia ($kt=0,395$, $p\leq 0,01$), sugerând că tendința de a mânca în răspuns la stimuli emoționali este asociată cu comportamentele bulimice. CC corelează cu dietă ($kt=0,645$, $p\leq 0,01$), ceea ce indică faptul că adolescentele care își impun restricții alimentare sunt preocupate de controlul strict al aportului alimentar. În plus, MN și ME_m corelează cu bulimia ($kt=0,358$, $p\leq 0,01$, $kt=0,463$, $p\leq 0,01$), ceea ce subliniază că adolescentele ce au dificultăți în limitarea ingestiei, o percepție deficitară a sațietății și se caracterizează prin consumul alimentar declanșat de emoțiile negative prezintă și manifestările bulimice. O constatare importantă bazată pe relațiile stabilite este că adolescentele care adoptă CA dezadaptative pot avea și diferite tipuri de TCA. Prin urmare, CA dezadaptative la adolescente reprezintă factori de risc și indicatori ai apariției și existenței TCA.

În figura 2.8 sunt reflectate rezultatele obținute de adolescentele la cele trei tipuri de TCA – dietă, bulimie și control oral – diferențiate pe grupe de vârstă: 14 – 15 ani, 16 – 17 ani și 18 – 19 ani.

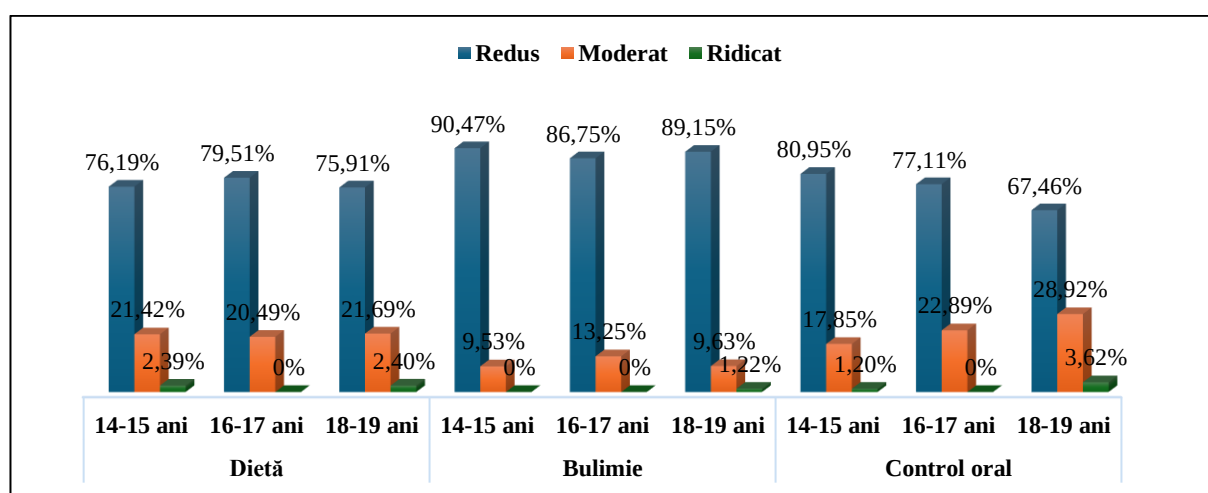


Fig. 2.8. Rezultatele pentru dietă, bulimie și control oral la adolescente în funcție de vârstă

Pentru dietă nivelul redus are frecvențe asemănătoare la adolescentele de 14 – 15 ani (76,19%) și adolescentele de 18 – 19 ani (75,91%), o frecvență mai mare a dietei se întâlnește la adolescentele de 16 – 17 ani (79,51%). Și pentru nivelul moderat evidențiem aceeași tendință: la

adolescentele de 14 – 15 ani și 18 – 19 ani frecvențele sunt apropiate (21,42% și 21,69%), la adolescentele de 16 – 17 ani nivelul moderat este în frecvență mai mică (20,49%). Nivelul ridicat de dietă se atestă doar la adolescentele de 14 – 15 ani și cele de 18 – 19 ani (2,39% și 2,40%).

Un alt tip de TCA este bulimia. Frecvențele pe niveluri la adolescente se distribuie după cum urmează: cele mai multe din adolescentele din toate categoriile de vârstă manifestă nivel redus de bulimie: 14 – 15 ani (90,47%), 18 – 19 ani (89,15%) și adolescentele de 16 – 17 ani (86,75%). Nivelul moderat de bulimie se înregistrează la 9,63% din adolescentele de 18 – 19 ani și 9,53% din adolescentele de 14 – 15 ani. O frecvență mai mare pentru nivelul moderat atestăm la adolescentele de 16 – 17 ani. Nivelul ridicat de bulimie îl avem doar la adolescentele de 18 – 19 ani – în raport de 1,22%.

Pentru controlul oral adolescentele prezintă următoarea distribuție pe niveluri a frecvențelor: nivelul redus este în descreștere odată cu vârsta: 80,95% din adolescentele de 14 – 15 ani, 77,11% din adolescentele de 16 – 17 ani și 67,46% din adolescentele de 18 – 19 ani. În cazul nivelului moderat atestăm o tendință inversă o creștere a frecvențelor odată cu vârsta: 17,85% din adolescentele de 14 – 15 ani, 22,89% din adolescentele de 16 – 17 ani și 28,92% din adolescentele de 18 – 19 ani manifestă nivel moderat al controlului oral. Nivelul ridicat pentru controlul oral este caracteristic doar pentru începutul și sfârșitul adolescenței (1,20% și 3,62%)

Cu toate că nu evidențiem diferențe statistic semnificative pentru dietă, bulimie și control oral frecvențele obținute ne permit să menționăm că adolescentele de 16 – 17 ani par să manifeste cele mai echilibrate comportamente alimentare, fapt confirmat de ponderea ridicată a scorurilor reduse și de absența completă a scorurilor ridicate la toate cele trei tipuri de TCA. Rezultate relevă o perioadă de stabilitate emoțională și autoacceptare în ceea ce privește imaginea corporală și relația cu alimentația. În schimb, în rândul adolescentelor de 18 – 19 ani se remarcă o creștere a nivelurilor moderate și ridicate, în special la control oral. De asemenea, tot în această grupă apare și primul semnal al comportamentelor de tip bulimic sever. O interpretare pentru aceste rezultate ar putea fi: în contextul intensificării presiunilor sociale și identitare în etapa de tranziție spre viața adultă, preocuparea față de imaginea corporală devine mai acută. Adolescentele de 14 – 15 ani, deși înregistrează valori generale apropiate de cele ale grupului de 16 – 17 ani, prezintă de asemenea niveluri ridicate la dietă și control oral, ceea ce poate fi asociat cu începutul internalizării idealurilor corporale și explorarea identității personale. Datele obținute indică faptul că etapa de mijloc a adolescenței (16 – 17 ani) este caracterizată de un echilibru relativ în ceea ce privește CA.

Conform rezultatelor expuse, vom formula următoarele concluzii: CA dezadaptative sunt prezente într-o proporție semnificativă la adolescente și se manifestă diferențiat în funcție de vârstă. Se constată o prevalență ridicată a CAEm și a CAR, ceea ce configurează CA la

adolescente. Astfel vom menționa că adolescentele frecvent utilizează alimentația ca mecanism de reglare emoțională și demonstrează controlul cognitiv rigid asupra consumului alimentar. Distribuția pe vârste evidențiază o dinamică evolutivă: adolescența mijlocie (16 – 17 ani) apare ca o etapă de vulnerabilitate crescută, caracterizată prin niveluri ridicate ale tuturor tipurilor de CA dezadaptative (CAEm, CAR și CAEx), în timp ce adolescența timpurie (14 – 15 ani) este marcată de influența stimulilor externi și de fluctuații între control și pierderea controlului alimentar (CAEx, CAEm și CAR). În adolescența târzie (18 – 19 ani) se observă o tendință crescută de a reduce disconfortul emoțional prin consumul de alimente (CAEm).

La circa o treime din adolescente există posibilitatea TCA, ceea ce indică existența unui segment vulnerabil, caracterizat prin preocupări excesive pentru imaginea corporală și utilizarea alimentației ca mecanism compensator. În concordanță cu dimensiunea vârstă observăm că la adolescentele de 18 – 19 ani crește riscul de TCA.

Corelațiile identificate între diferitele tipuri de CA (de exemplu, între CAEm și CAEx sau între CAR și CC) evidențiază caracterul interdependent al acestora. Prezența unui tip de CA dezadaptativ crește probabilitatea apariției altora, ceea ce indică o structură integrată a disfuncționalităților alimentare. În același timp, asocierea dintre CA dezadaptative și riscul de TCA confirmă rolul acestora ca factori predictivi ai patologiei alimentare și posibile manifestări precoce a TCA.

Relațiile dintre CA dezadaptative și tipurile de TCA (dietă, bulimie) confirmă continuitatea dintre tiparele disfuncționale și manifestările clinice, sugerând că aceste comportamente pot constitui etape premergătoare dezvoltării TCA.

Rezultatele pentru CA dezadaptative și TCA, precum și concluziile desprinse ne permit să considerăm că ipotezele înaintate pentru acest paragraf: *Presupunem că manifestarea comportamentului alimentar la adolescente și tipurile acestuia (comportament alimentar dezadaptativ și posibilitatea unei tulburări de alimentație) sunt determinate de vârstă și își au specificul lor pentru vârsta adolescentă și Presupunem că prezența comportamentelor alimentare dezadaptative este asociată cu o probabilitate crescută de apariție a tulburărilor de alimentație la adolescente* s-au confirmat.

2.3. Caracteristicile personalității adolescentelor cu comportamente alimentare distincte

O etapă esențială a cercetării noastre a fost analiza personalității la adolescentele cu CA dezadaptative (CAR, CAEm, CAEx) și posibilitatea TCA. În acest sens am investigat trăsăturile de personalitate (extraversiune, conștiinciozitate, amabilitate, stabilitate emoțională și autonomie,

evaluate prin CP5F), perfecționismul (FMPS), anxietatea (GAD-7), stima de sine (SS) (RSES), și relația sine-corp (MBSRQ-AS).

Un CA dezadaptativ întâlnit la adolescente este CAR, astfel vom evidenția dimensiunile de personalitate la acestea. CP5F evaluează extraversiunea, conștiinciozitatea, amabilitatea stabilitatea emoțională, și autonomia. În plus am inclus scala dezirabilitate socială pentru a surprinde tendința adolescentelor cu CA dezadaptative de a se conforma normelor sociale și de a căuta aprobarea celorlalți. Rezultatele pentru trăsăturile de personalitate la adolescentele cu diferite niveluri de CAR (scăzut, mediu, ridicat) pot fi vizualizate în figura 2.9.

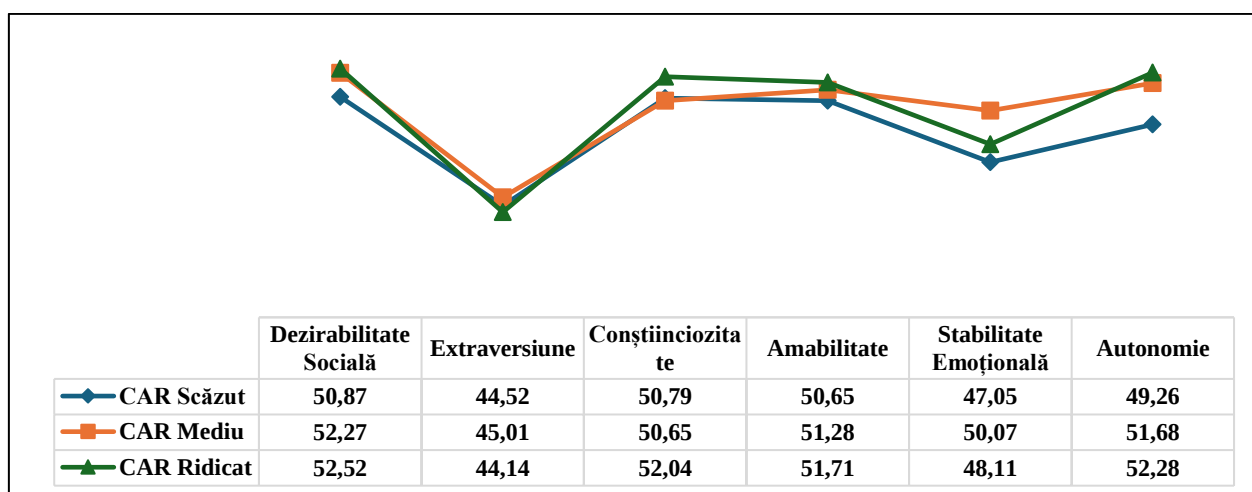


Fig. 2.9. Scorurile pentru trăsăturile de personalitate la adolescente în funcție de nivelul CAR

Pentru adolescentele cu CAR scăzut, configurația personalității este conturată prin următoarele scoruri medii: dezirabilitate socială – 50,87 u.m.; extraversiune – 44,52 u.m.; conștiinciozitate – 50,79 u.m.; amabilitate – 50,65 u.m.; stabilitate emoțională – 47,05 u.m.; autonomie – 49,26 u.m. Aceste rezultate indică un nivel relativ echilibrat al trăsăturilor de bază ale personalității, cu o tendință spre introversiune și o stabilitate emoțională mai scăzută, ce poate fi corelată cu o sensibilitate crescută la factorii de stres. În cazul adolescentelor cu CAR mediu, se înregistrează următoarele scoruri: dezirabilitate socială – 52,27 u.m.; extraversiune – 45,01 u.m.; conștiinciozitate – 50,65 u.m.; amabilitate – 51,28 u.m.; stabilitate emoțională – 50,07 u.m.; autonomie – 51,68 u.m. Se poate observa că aceste adolescente prezintă cel mai echilibrat tablou psihologic, manifestând un nivel mai ridicat al stabilității emoționale și al autonomiei. Aceste trăsături pot fi asociate cu o abilitate de a regla armonios emoțiile și atitudine pozitivă față de sine și de ceilalți. La adolescentele cu CAR ridicat, valorile medii pentru trăsăturile de personalitate sunt: dezirabilitate socială – 52,52 u.m.; extraversiune – 44,14 u.m.; conștiinciozitate – 52,04 u.m.; amabilitate – 51,71 u.m.; stabilitate emoțională – 48,11 u.m. și autonomie – 52,28 u.m. Aceste

adolescente se caracterizează printr-un nivel crescut de conștiinciozitate, autonomie și dezirabilitate socială, ceea ce sugerează o configurație de personalitate orientată spre control, conformism și eficiență personală. Totodată, nivelul scăzut al extraversiunii și stabilității emoționale poate reflecta un fond anxios sau rigid în raport cu sinele și cerințele externe.

Analiza comparativă a celor trei grupuri de adolescente relevă unele diferențe între scoruri. În primul rând, dezirabilitatea socială este în creștere progresivă de la CAR scăzut (50,87 u.m.) la CAR mediu (52,27 u.m.) și CAR ridicat (52,52 u.m.). În ceea ce privește extraversiunea, toate cele trei grupuri înregistrează scoruri sub media standard, dar cel mai scăzut nivel este înregistrat la CAR ridicat (44,14 u.m.). Conștiinciozitatea crește semnificativ în cazul adolescentelor cu CAR ridicat (52,04 u.m.), comparativ cu celelalte grupuri. În cazul amabilității, se observă o creștere ușoară de la CAR scăzut la CAR ridicat. Stabilitatea emoțională atinge cel mai înalt nivel la adolescentele cu CAR mediu (50,07 u.m.) spre deosebire de CAR scăzut (47,05 u.m.) și CAR ridicat (48,11 u.m.). În ceea ce privește autonomia, aceasta crește semnificativ odată cu nivelul CAR, de la 49,26 u.m. (CAR scăzut) la 52,28 u.m. (CAR ridicat). Rezultatele obținute evidențiază o structură de personalitate distinctă pentru fiecare nivel al CAR. Adolescente cu CAR ridicat se caracterizează prin trăsături accentuate de autocontrol, autonomie și conformism, însă cu o predispoziție spre instabilitate emoțională și introversiune. Aceste date susțin ideea conform căreia trăsăturile de personalitate pot influența și modela semnificativ modul în care adolescentele își gestionează alimentația [26].

În continuare, vom expune interdependența dintre CAR și caracteristicile de personalitate ale adolescentelor (conștiinciozitate) calculat prin coeficientul de corelație Kendall's Tau (Anexa 3. Tabelul A.3.2).

Tabelul 2.5. Relația dintre CAR și conștiinciozitate după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
<i>CAR / Conștiinciozitate</i>	kt=0,530	p≤0,01

Rezultatele indică o corelație semnificativă pozitivă între CAR și conștiinciozitate ($kt=0,530$, $p\leq 0,01$). Adolescente care prezintă un nivel mai ridicat de conștiinciozitate, caracterizată prin autodisciplină, organizare, perseverență și o orientare accentuată spre obiective, sunt mai predispuse să manifeste CAR. Această legătură poate fi explicată prin faptul că adolescentele cu nivel de conștiinciozitate mai înalt tind să urmeze reguli stricte, să se abțină de la impulsuri alimentare și să își impună control asupra CA, ca expresie a tendinței generale de autocontrol și responsabilitate personală. În contextul adolescenței, unde idealul corporal joacă un

rol central, această trăsătură poate favoriza interiorizarea unor standarde rigide privind silueta și alimentația [26].

Figura 2.10 redă distribuția nivelurilor de perfecționism în rândul adolescentelor, în funcție de nivelul CAR.

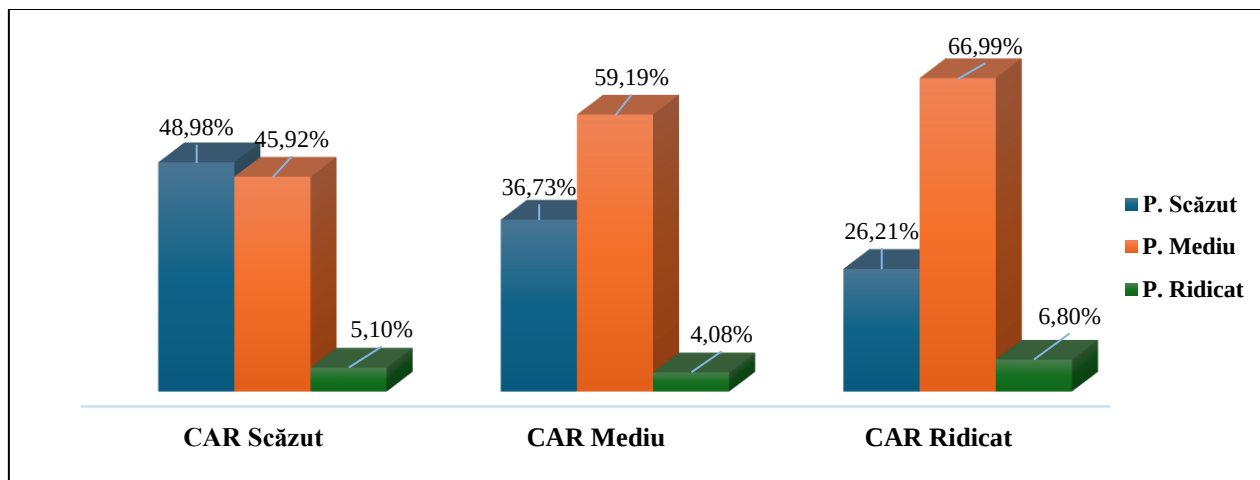


Fig. 2.10. Rezultatele pentru perfecționism la adolescente în funcție de nivelul CAR

Adolescentele cu CAR scăzut prezintă următoarea distribuție de frecvențe pentru perfecționism: perfecționismul scăzut este întâlnit la 48,98% dintre participante, fiind urmat de perfecționismul mediu, caracteristic pentru 45,92% din adolescente, și de perfecționismul ridicat, înregistrat doar la 5,10% dintre adolescente. Vom menționa că în absența autocontrolului alimentar excesiv, tendințele perfecționiste sunt, în general, moderate sau scăzute, ceea ce reflectă o atitudine mai flexibilă față de propriile standarde și o autoevaluare mai puțin rigidă. Pentru adolescentele care se încadrează în nivelul mediu de CAR, perfecționismul mediu este cel mai frecvent, fiind specific pentru 59,19% dintre adolescente. Perfecționismul scăzut apare la 36,73% dintre adolescente, în timp ce perfecționismul ridicat este întâlnit doar la 4,08% dintre adolescente. Aceste date indică un echilibru relativ între dorința de autodepășire și acceptarea limitelor personale, caracteristic unui tip de perfecționism funcțional, compatibil cu un control alimentar moderat și, posibil, adaptativ. În rândul adolescentelor cu CAR ridicat, perfecționismul mediu atinge o valoare de 66,99%, devenind trăsătura dominantă. Perfecționismul scăzut este prezent la 26,21% dintre adolescente, iar cel ridicat se constată într-o frecvență de 6,80%. Frecvențele descrise presupun o creștere a nivelului mediu de exigență față de sine, însoțită de o ușoară creștere a rigidității perfecționiste în cazul autocontrolului alimentar intens. Chiar dacă perfecționismul ridicat se menține sub pragul de 7%, variația sa față de celelalte grupe poate indica o predispoziție spre evaluare autocritică severă și idealuri nerealiste.

Comparativ vom evidenția faptul că adolescentele cu CAR scăzut se caracterizează prin niveluri mai reduse de perfecționism, în timp ce cele cu CAR mediu și ridicat prezintă în majoritate

perfecționism mediu, cu o tendință de creștere a nivelului perfecționismului pe măsură ce se intensifică CAR. Vom sintetiza că perfecționismul determină CAR, în special atunci când capătă forme maladaptative.

Continuăm cu studierea corelațiilor dintre CAR și perfecționism, incluzând dimensiunile sale specifice (conform FMPS). Am realizat acest lucru utilizând coeficientul de corelație Kendall's Tau. Rezultatele sunt ilustrate în tabelul 2.6 (Anexa 3. Tabelul A.3.3).

Tabelul 2.6. Relația dintre CAR și perfecționism și dimensiunile acestuia după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
<i>CAR / Perfecționism</i>	kt=0,459	p≤0,01
<i>CAR / Greșeli și îndoieli în acțiune</i>	kt=0,312	p≤0,01
<i>CAR / Așteptări și evaluarea părinților</i>	kt=0,518	p≤0,01
<i>CAR / Standarde personale</i>	kt=0,447	p≤0,01

Analizând rezultatele din tabelul 2.6, în primul rând, remarcăm o corelație semnificativă pozitivă între CAR și scorul total pentru perfecționism ($kt=0,459$, $p\leq 0,01$), ceea ce indică faptul că adolescentele care manifestă un grad mai ridicat de perfecționism tind, de asemenea, să se distingă prin CAR. Presiunea internă pentru standarde înalte poate influența semnificativ modul în care adolescentele își controlează alimentația, probabil în căutarea unei imagini corporale ideale. În ceea ce privește dimensiunile perfecționismului, corelația dintre CAR și greșeli și îndoieli în acțiune este semnificativă pozitivă ($kt=0,312$, $p\leq 0,01$). Adolescente care se confruntă frecvent cu îndoieli privind propriile decizii și care au o teamă excesivă de greșeli sunt mai predispuse să restricționeze în mod intenționat consumul de alimente, ca strategie de compensare sau auto-control. Constatăm o corelație semnificativă pozitivă între CAR și așteptările și evaluarea părinților ($kt=0,518$, $p\leq 0,01$), ceea ce arată că percepția unor cerințe rigide din partea părinților sau o evaluare parentală critică pot contribui la dezvoltarea CAR. Contextul familial are un rol esențial în interiorizarea standardelor corporale și în formarea mecanismelor de autoreglare alimentară. Încă o relație dintre variabilele analizate este identificată între CAR și standardele personale ($kt=0,447$, $p\leq 0,01$). Adolescente care stabilesc standarde extrem de înalte pentru ele însele sunt cele mai susceptibile să manifeste CAR. Standardele personale rigide pot deveni un factor de risc major în adoptarea unor CA dezadaptative, întrucât acestea conduc adesea la insatisfacție corporală și la adoptarea unor practici de control alimentar sever [28].

Figura 2.11 prezintă tabloul distribuției nivelurilor de anxietate la adolescente în funcție de intensitatea CAR.

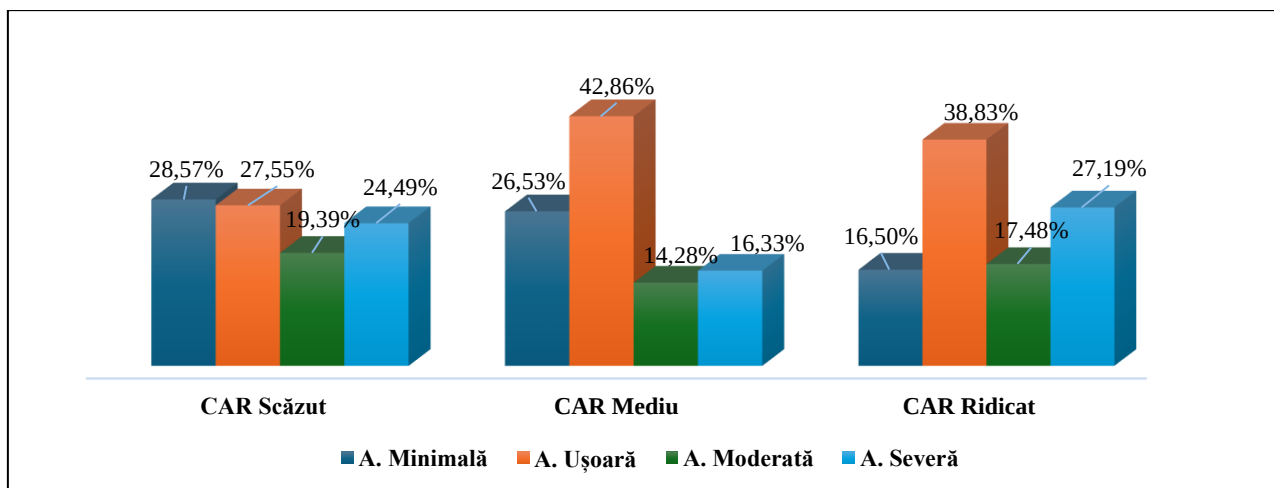


Fig. 2.11. Rezultatele pentru anxietate la adolescente în funcție de nivelul CAR

În cazul adolescentelor cu un nivel scăzut al CAR, cele mai frecvente forme de anxietate sunt cea minimală, specifică pentru 28,57% din adolescente, și cea ușoară, înregistrată la 27,55% din adolescente. Anxietatea severă este experimentată de 24,49% din adolescentele din această categorie (CAR scăzut), iar cea moderată este prezentă la 19,39%. Aceste rezultate indică o distribuție relativ echilibrată a nivelurilor de anxietate, fără o predominanță clară a unui anumit grad. Prezența ridicată a anxietății minime și ușoare sugerează o tendință generală spre stabilitate emoțională în absența CAR. Totodată, procentul considerabil al anxietății severe relevă faptul că, în ciuda lipsei de control alimentar, unele adolescente pot experimenta niveluri crescute de stres psihologic, posibil influențate de factori externi, cum ar fi contextul social, familial sau școlar. Adolescente ce manifestă CAR de intensitate medie, anxietatea ușoară este cea mai comună, fiind raportată de 42,86% din adolescente. Aceasta este urmată de anxietatea minimală, care se regăsește la 26,53% din adolescente. Nivelurile mai ridicate de anxietate, respectiv cea severă și cea moderată, sunt mai puțin frecvente, cu valori de 16,33% și 14,28%. Aceste adolescente prezintă un nivel moderat de activare emoțională, fără manifestări de intensitate mare, ceea ce poate reflecta un echilibru între CA și mecanismele adaptative de gestionare a stresului. Pentru adolescentele cu un nivel ridicat al CAR, predomină anxietatea ușoară, prezentă la 38,83% dintre participante, urmată de anxietatea severă, resimțită de 27,19%. Nivelurile moderate și minime de anxietate sunt întâlnite la 17,48%, respectiv 16,50% din adolescente. Scăderea frecvenței anxietății minime și creșterea ponderii anxietății severe sugerează o vulnerabilitate afectivă mai accentuată în rândul adolescentelor cu CAR evident.

Adolescente cu CAR moderat manifestă, în general, forme ușoare de anxietate, care pot fi considerate expresia unei adaptări funcționale la cerințele cotidiene. În schimb, adolescentele cu un nivel ridicat de restricție alimentară prezintă un risc crescut de anxietate severă, fapt ce poate

indica o relație bidirecțională între nevoia de autocontrol rigid și instabilitatea emoțională. Aceste rezultate conturează o interdependență în care CAR intense sunt asociate cu o fragilitate psihologică accentuată, în timp ce formele moderate de restricție pot coexista cu un nivel acceptabil de reglare emoțională.

Pentru a efectua analiza corelațională dintre CAR și anxietate la adolescente, am folosit coeficientul de corelație Kendall's Tau. Rezultatele sunt ilustrate în tabelul 2.7 (Anexa 3. Tabelul A.3.3).

Tabelul 2.7. Relația dintre CAR și anxietate după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
<i>CAR / Anxietate</i>	kt=0,510	p≤0,01

Rezultatele obținute relevă o corelație semnificativă pozitivă între CAR și anxietate ($kt=0,510$, $p\leq 0,01$). Vom sublinia că adolescentele cu un nivel ridicat de anxietate sunt mai susceptibile să se angajeze în CAR, probabil ca o modalitate de a controla stările interne de tensiune, nesiguranță sau de a gestiona factorii de stres percepuți. În acest sens, restricția alimentară poate deveni o strategie dezadaptativă de reglare emoțională în fața anxietății crescute.

O altă dimensiune a personalității studiată este SS. Figura 2.12 redă distribuția SS la adolescente în funcție de nivelul CAR.

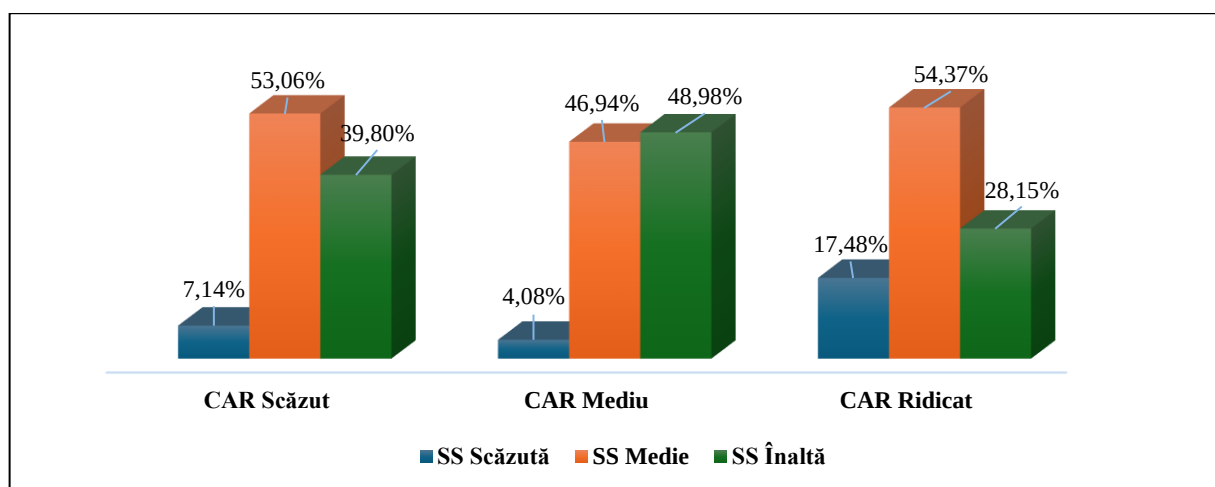


Fig. 2.12. Rezultatele pentru SS la adolescente în funcție de nivelul CAR

Conform figurii 2.12, observăm că, în cazul adolescentelor cu un nivel scăzut de CAR, predomină SS medie, aceasta fiind caracteristică pentru 53,06% din adolescente. SS înaltă se întâlnește la 39,80% din adolescente, în timp ce doar 7,14% indică un nivel scăzut al SS. Lipsa CAR nu se asociază automat cu o SS joasă. Dimpotrivă, un procent important de adolescente cu CAR scăzut manifestă o SS înaltă, ceea ce poate fi interpretat ca un indicator al unei bune acceptări corporale și al unui echilibru emoțional stabil. Pentru adolescentele cu un nivel mediu al CAR, SS înaltă este cea mai frecventă, regăsindu-se la 48,98% din adolescente. Aceasta este urmată

îndeaproape de SS medie, atestată la 46,94% din adolescente. SS scăzută se manifestă într-un procent mic, de doar 4,08%. Evidențiem o relație pozitivă între un nivel moderat de restricționare alimentară și percepția de sine favorabilă. Adolescente care adoptă un astfel de comportament tind să își mențină un echilibru între preocuparea pentru alimentație și valorizarea personală, evitând manifestările extreme de autodevalorizare. Adolescente cu nivel ridicat al CAR, SS medie este prevalentă, fiind prezentă la 54,37% din adolescente. SS înaltă apare la 28,15% din adolescente, în timp ce SS scăzută este caracteristică pentru 17,48% din adolescente. Rezultate consemnate indică prezența unei SS moderate la adolescente care recurg la un control alimentar pronunțat. Totodată, aproape o cincime dintre acestea manifestă un nivel scăzut al SS, ceea ce poate sugera o insecuritate crescută sau o IC negativă, reflectând posibile vulnerabilități emoționale.

Analiza comparativă a celor trei grupe arată că SS înaltă este cel mai des asociată cu CAR de nivel mediu, unde aproape jumătate dintre adolescente înregistrează acest nivel. Urmează categoria cu CAR scăzut, unde aproximativ patru din zece adolescente prezintă o SS ridicată. Cea mai mică frecvență a SS înalte este înregistrată la adolescente cu CAR intens, unde doar puțin peste un sfert dintre participante indică această caracteristică pozitivă. Pe de altă parte, SS scăzută este prezentă cel mai frecvent în rândul adolescentelor cu CAR ridicat, în timp ce în celelalte două grupe aceasta se menține la un nivel redus. Formele excesive de control alimentar se asociază mai frecvent cu incertitudini legate de sine și riscuri de SS scăzută.

Analiza corelațională dintre CAR și SS la adolescente după coeficientul de corelație Kendall's Tau, este prezentată în tabelul 2.8 (Anexa 3. Tabelul A.3.3).

Tabelul 2.8. Relația dintre CAR și SS după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
CAR / SS	kt=-0,423	p≤0,01

Observăm o corelație semnificativă negativă între cele două variabile investigate ($kt=-0,423, p\leq 0,01$). Adolescente care au o SS scăzută sunt mai predispuse să practice CAR. Astfel, adolescente care nu se percep într-un mod pozitiv sau care se subvaluează tind să recurgă la CAR ca mecanism de compensare sau de control asupra imaginii de sine. Controlul asupra alimentației poate deveni o modalitate de afirmare a valorii personale sau de reglare a stărilor emoționale negative generate de lipsa încrederii în propria persoană [32; 37; 38].

Studiul nostru a continuat cu evaluarea dimensiunilor relației cu propriul corp la adolescente în funcție de nivelul CAR. Scorurile sunt exprimate în unități medii și pot fi urmărite în figura 2.13.

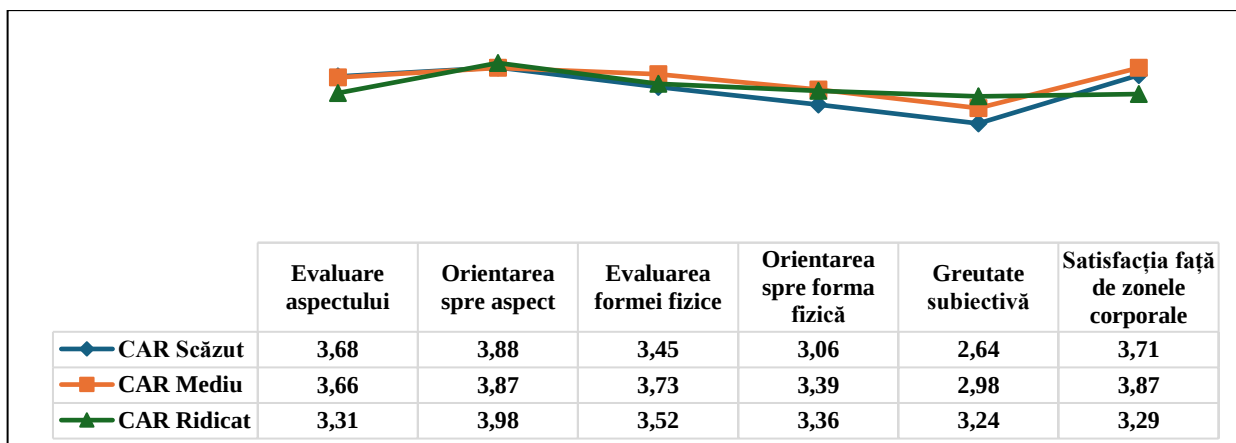


Fig. 2.13. Rezultatele pentru relațiile sine-corp în funcție de nivelul CAR

Pentru adolescentele cu CAR scăzut, scorurile medii înregistrate sunt: evaluarea aspectului – 3,68 u.m.; orientarea spre aspect – 3,88 u.m.; evaluarea formei fizice – 3,45 u.m.; orientarea spre forma fizică – 3,06 u.m.; greutatea subiectivă – 2,64 u.m. și satisfacția față de zonele corporale – 3,71 u.m. Adolescente cu CAR mediu obțin următoarele valori: evaluarea aspectului – 3,66 u.m.; orientarea spre aspect – 3,87 u.m.; evaluarea formei fizice – 3,73 u.m.; orientarea spre forma fizică – 3,39 u.m.; greutatea subiectivă – 2,98 u.m.; satisfacția față de zonele corporale – 3,87 u.m. La adolescentele cu CAR ridicat, atestăm scorurile: evaluarea aspectului – 3,31 u.m.; orientarea spre aspect – 3,98 u.m.; evaluarea formei fizice – 3,52 u.m.; orientarea spre forma fizică – 3,36 u.m.; greutatea subiectivă – 3,24 u.m. și satisfacția față de zonele corporale – 3,29 u.m. Pentru aceste adolescente consemnăm o descreștere semnificativă a evaluării pozitive a aspectului fizic și a satisfacției față de corp, însoțită de o percepție mai negativă asupra greutății corporale. În același timp, orientarea spre aspect (3,98 u.m.) este cea mai ridicată în acest grup, ceea ce indică o preocupare accentuată pentru IC și o potențială vulnerabilitate față de presiunile sociale legate de idealurile corporale [219].

Comparând scorurile medii vom evidenția că adolescentele cu CAR mediu manifestă cele mai echilibrate și pozitive relații cu propriul corp: acestea înregistrează cele mai mari scoruri la evaluarea formei fizice (3,73 u.m.) și satisfacția față de zonele corporale (3,87 u.m.), precum și un nivel mai scăzut de distorsiune privind greutatea subiectivă (2,98 u.m.). Adolescente cu CAR scăzut prezintă un tablou asemănător, dar cu o ușoară diminuare a percepției pozitive asupra formei fizice. În schimb, adolescentele cu CAR ridicat se disting printr-o orientare accentuată spre aspect și percepție negativă asupra greutății și aspectului corporal, ceea ce le plasează într-o zonă de risc crescut pentru tulburări de IC. CAR accentuat este asociat cu o relație mai conflictuală cu propriul corp, în timp ce un nivel moderat de control alimentar poate reflecta o relație mai echilibrată între IC și SS [221].

Analiza interdependenței dintre CAR și dimensiunile relației dintre sine și corp la adolescente, stabilite prin coeficientul de corelație Kendall's Tau sunt ilustrate în tabelul 2.9 (Anexa 3. Tabelul A.3.4).

Tabelul 2.9. Relația dintre CAR și relațiile sine-corp după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
<i>CAR / Evaluarea aspectului</i>	kt=-0,524	p≤0,01
<i>CAR / Orientarea spre aspect</i>	kt=0,418	p≤0,01
<i>CAR / Evaluarea formei fizice</i>	kt=-0,439	p≤0,01
<i>CAR / Orientarea spre forma fizică</i>	kt=0,475	p≤0,01
<i>CAR / Greutatea subiectivă</i>	kt=0,382	p≤0,01
<i>CAR / Satisfacția față de zonele corporale</i>	kt=-0,595	p≤0,01

Rezultatele indică o corelație semnificativă negativă între CAR și evaluarea aspectului (kt=-0,524, p≤0,01). Adolescente care își evaluează negativ aspectul fizic tind să adopte mai frecvent CAR. În mod similar, se observă o corelație negativă între CAR și evaluarea formei fizice (kt=-0,439, p≤0,01), ceea ce înseamnă că o percepție defavorabilă a formei corporale se asociază cu o restricționare alimentară mai accentuată. CAR corelează semnificativ negativ cu dimensiunea satisfacției față de zonele corporale (kt=-0,595, p≤0,01). Nivelul de satisfacție corporală mai scăzut, determină ca adolescente să adopte un tipar alimentar restrictiv. Totodată CAR prezintă corelații semnificative pozitive cu dimensiunile: orientarea asupra aspectului (kt=0,418, p≤0,01), orientarea asupra formei fizice (kt=0,475, p≤0,01) și greutatea subiectivă (kt=0,382, p≤0,01). O preocupare sporită față de aspectul sau forma corpului, precum și o percepție personală a greutateii ca fiind crescută, sunt asociate cu un nivel mai ridicat al CAR. Grijă excesivă pentru aspect și formă, precum și greutatea subiectivă crescută contribuie la intensificarea acestui comportament. Aceste date susțin ideea că relația adolescentelor cu propriul corp joacă un rol esențial în apariția și menținerea CAR [218; 219].

Încă un tip de CA dezadaptativ la adolescente este CAEm. Trăsăturile de personalitate, perfecționismul, anxietatea, SS și relația sine-corp la adolescente cu niveluri distincte de CAEm vom fi expuse în cele ce urmează. Trăsăturilor de personalitate la adolescente în funcție de nivelul CAEm pot fi vizualizate în figura 2.14.

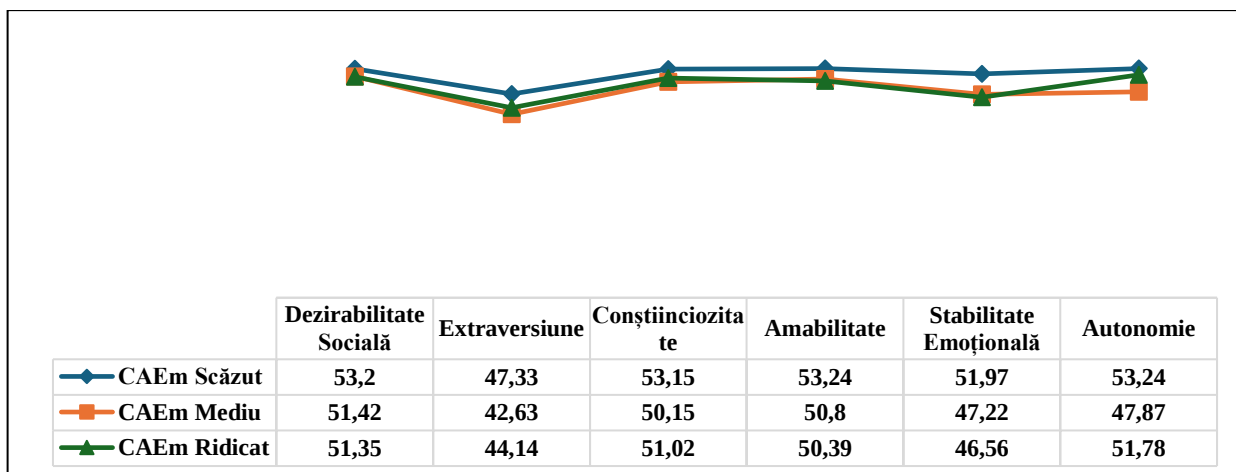


Fig. 2.14. Scorurile pentru trăsăturile de personalitate la adolescente în funcție de nivelul CAEm

Adolescentele cu nivel scăzut al CAEm prezintă mediile: dezirabilitate socială – 53,20 u.m., extraversiune – 47,33 u.m., conștiinciozitate – 53,15 u.m., amabilitate – 53,24 u.m., stabilitate emoțională – 51,97 u.m. și autonomie – 53,24 u.m. Adolescentele cu nivel scăzut al CAEm obțin scorurile cele mai ridicate la toate trăsăturile de personalitate. Adolescentele care nu manifestă tendința de a consuma alimente ca răspuns la emoții dispun de o bună reglare afectivă, un nivel înalt de organizare personală, empatie și maturitate socială. Ele se caracterizează prin echilibru și adaptabilitate, ceea ce poate funcționa ca factor protector împotriva CA dezadaptative. La adolescentele cu CAEm mediu evidențiem scorurile: dezirabilitate socială – 51,42 u.m., extraversiune – 42,63 u.m., conștiinciozitate – 50,15 u.m., amabilitate – 50,80 u.m., stabilitate emoțională – 47,22 u.m. și autonomie – 47,87 u.m. În acest caz observăm o descreștere a caracteristicilor: stabilității emoționale și autonomiei, corelate în literatura de specialitate cu vulnerabilitate emoțională și cu dificultăți în autoreglare [105]. Adolescentele cu nivel ridicat al CAEm demonstrează mediile: dezirabilitate socială – 51,35 u.m., extraversiune – 44,14 u.m., conștiinciozitate – 51,02 u.m., amabilitate – 50,39 u.m., stabilitate emoțională – 46,56 u.m. și autonomie – 51,78 u.m. Specific pentru ele sunt: un nivel relativ mai scăzut de stabilitate afectivă și capacitate de autoreglare. Adolescentele cu un CAEm ridicat par să fie mai sensibile la factorii de stres, mai puțin extravertite și mai puțin capabile să-și gestioneze în mod constructiv emoțiile negative, ceea ce le poate conduce spre utilizarea alimentației ca mecanism de coping.

Analiza comparativă a scorurilor pentru trăsăturile de personalitate în funcție de nivelul CAEm evidențiază faptul că cele mai accentuate diferențe se regăsesc la stabilitatea emoțională (51,97 u.m. – CAEm scăzut; 47,22 u.m. – CAEm mediu; 46,56 u.m. – CAEm ridicat) și autonomie (53,24 u.m. – CAEm scăzut; 47,87 u.m. – CAEm mediu; 51,78 u.m. – CAEm ridicat). Trăsăturile de personalitate, în special cele legate de autoreglare emoțională, conștiinciozitate și stabilitate

afectivă, pot constitui factori relevanți în înțelegerea și prevenirea CAEm la adolescente. Constatările evidențiate sunt în concordanță cu cele susținute de R. Murphy, S. Straebler, Z. Cooper și C. Fairburn, care evidențiază legătura dintre trăsăturile disfuncționale de personalitate și vulnerabilitatea față de CA dezadaptative [198].

Ne-am propus să analizăm interrelațiile între CAEm și trăsăturile de personalitate, prin coeficientul de corelație Kendall's Tau (tabelul 2.10) (Anexa 3. Tabelul A.3.2).

Tabelul 2.10. Relația dintre CAEm și conștiinciozitate / stabilitate emoțională după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
<i>CAEm / Conștiinciozitate</i>	kt=0,410	p≤0,01
<i>CAEm / Stabilitate emoțională</i>	kt=-0,525	p≤0,01

Conform datelor prezentate în tabelul 2.10, observăm mai întâi o corelație semnificativă pozitivă între CAEm și trăsătura conștiinciozitate ($kt=0,410$, $p\leq0,01$). Adolescente care manifestă un nivel crescut de conștiinciozitate – caracterizat prin autodisciplină, responsabilitate și tendința de a respecta reguli – pot să recurgă în condiții de stres la alimentație ca mecanism de reglare psihologică. Presiunea autoimpusă pentru performanță și autocontrolul strict pot conduce la epuizare psihologică, determinând apariția unor comportamente compensatorii. Pe de altă parte, identificăm o corelație semnificativă negativă între CAEm și stabilitate emoțională ($kt=-0,525$, $p\leq0,01$). Adolescente ce se caracterizează prin instabilitate emoțională mai pronunțată, adesea asociată cu anxietatea, iritabilitatea sau tendința spre reacții afective intense, sunt mai susceptibile de a manifesta CAEm [26].

Figura 2.15 prezintă rezultatele pentru nivelurile de perfecționism în rândul adolescentelor, analizate în funcție de nivelul CAEm.

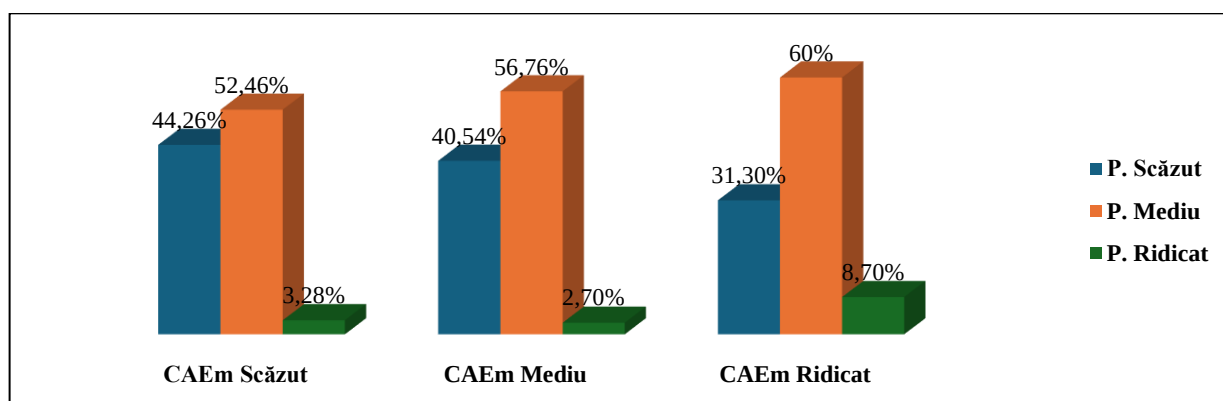


Fig. 2.15. Rezultatele pentru perfecționism la adolescente în funcție de nivelul CAEm

În cazul adolescentelor cu CAEm scăzut se observă o distribuție dominată de perfecționismul mediu, prezent la 52,46% din adolescente. Perfecționismul scăzut se regăsește la 44,26% din adolescente, iar perfecționismul ridicat este caracteristic într-un procent de 3,28%.

Vom sublinia că adolescentele cu CAEm scăzut prezintă o tendință moderată de a urmări standarde înalte, fără a manifesta niveluri excesive de autoexigență sau autocritică. Pentru adolescentele cu CAEm mediu se remarcă o frecvență și mai mare a perfecționismului mediu, observată la 56,76% din adolescente. Perfecționismul scăzut este întâlnit la 40,54% din adolescente, iar perfecționismul ridicat are o pondere foarte scăzută, fiind specific la doar 2,70%. Aceasta indică o orientare moderată spre perfecțiune, specifică adolescentelor care răspund emoțional prin alimentație într-o manieră intermediară. În rândul adolescentelor cu CAEm ridicat perfecționismul mediu atinge cel mai mare nivel dintre toate categoriile, cu o pondere de 60%. Perfecționismul scăzut se atestă la 31,30% din adolescente, iar perfecționismul ridicat se înregistrează la 8,70% din adolescente. Rezultatele sugerează o creștere a tendinței spre exigență și perfecționism rigid, ceea ce poate reflecta o vulnerabilitate crescută în fața presiunilor interne și a standardelor personale nerealiste, adesea asociate cu CAEm.

Comparând frecvențele adolescentelor vom sublinia că perfecționismul mediu este constant dominant în toate categoriile, sugerând o trăsătură larg răspândită în rândul adolescentelor, indiferent de nivelul CAEm. Totuși, o tendință clară de creștere a perfecționismului ridicat este observată în rândul adolescentelor cu CAEm ridicat, în timp ce perfecționismul scăzut scade progresiv în această direcție. Evidențiem ideea că nivelurile mai intense ale CAEm pot fi asociate cu o orientare mai pronunțată spre perfecționism disfuncțional.

În demersul nostru de cercetare, ne-am propus, să analizăm existența relațiilor dintre CAEm și perfecționism și o dimensiune a acestuia (standardele personale) în rândul adolescentelor. Coeficienții de corelație Kendall's Tau sunt expuși în tabelul 2.11 (Anexa 3. Tabelul A.3.3).

Tabelul 2.11. Relația dintre CAEm și perfecționism / standarde personale după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
<i>CAEm / Perfecționism</i>	kt=0,364	p≤0,01
<i>CAEm / Standarde personale</i>	kt=0,427	p≤0,01

Conform tabelul 2.11 identificăm două corelații semnificative pozitive. Prima corelație relevă o asociere pozitivă între CAEm și perfecționism ($kt=0,364$, $p\leq 0,01$), adolescentele care prezintă un nivel mai ridicat de perfecționism au o tendință crescută de a adopta CAEm, ceea ce indică un posibil mecanism de reglare a tensiunilor interne generate de așteptările excesive de la sine. Încă o corelație evidențiază o relație pozitivă între CAEm și dimensiunea standarde personale ($kt=0,427$, $p\leq 0,01$), adolescentele care stabilesc pentru sine standarde înalte, adesea nerealiste, sunt mai vulnerabile la a utiliza alimentația ca strategie de reducere a stresului sau auto-compensare în fața sentimentelor de eșec. O constatare semnificativă a cercetării este că

perfecționismul, mai ales prin componenta sa legată de standardele personale, poate constitui un factor psihologic relevant în manifestarea CAEm la adolescente [28].

Figura 2.16 relevă nivelurile de anxietate în rândul adolescentelor în funcție de intensitatea CAEm.

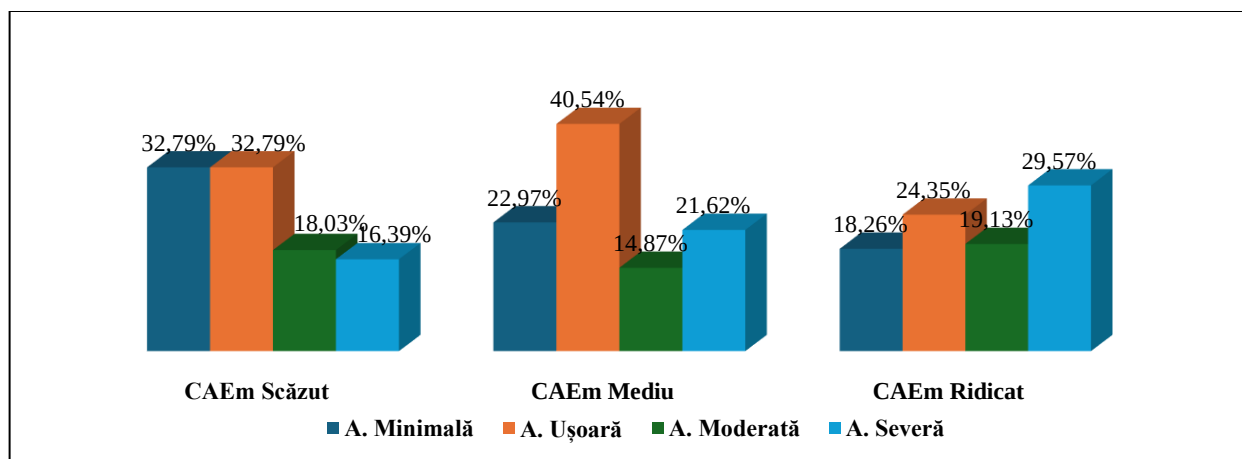


Fig. 2.16. Rezultatele pentru anxietate la adolescente în funcție de nivelul CAEm

Observăm că, în cazul adolescentelor cu CAEm scăzut, nivelurile de anxietate sunt distribuite relativ echilibrat între anxietatea minimală cu 32,79% și anxietatea ușoară cu 32,79%, urmate de anxietatea moderată care este caracteristică pentru 18,03% și severă pentru 16,39%. Aceste adolescente prezintă o bună reglare emoțională și un nivel redus al anxietății disfuncționale, respectiv acestea nu recurg la alimentație ca mecanism de gestionare a emoțiilor. Predominanța anxietății minime și ușoare sugerează o adaptare emoțională satisfăcătoare în această categorie. În rândul adolescentelor cu CAEm mediu, se atestă o creștere semnificativă a anxietății ușoare (40,54%), urmată de anxietatea minimală (22,97%), anxietatea severă (21,62%) și anxietatea moderată (14,87%). O activare anxioasă mai pronunțată la adolescente, cu accent pe formele ușoare, pot fi considerate reacții adaptative temporare. Totuși, ponderea ridicată a anxietății severe (peste 21%) atrage atenția asupra riscului de accentuare a stresului emoțional în cazul în care mâncatul emoțional devine un mod recurent de reglare afectivă. Pentru adolescentele cu CAEm ridicat, cea mai frecventă formă de anxietate este cea severă cu 29,57%, urmată de anxietatea ușoară cu 24,35%, anxietatea moderată cu 19,13% și anxietatea minimală cu 18,26%. Consemnăm o vulnerabilitate emoțională crescută în rândul adolescentelor care recurg intens la CAEm. Prevalența anxietății severe în această categorie sugerează că utilizarea alimentației ca mecanism de coping emoțional nu doar că nu reduce stresul psihic, ci poate chiar amplifica stările anxioase.

Analiza comparativă a celor trei grupuri evidențiază faptul că nivelul anxietății severe crește proporțional cu intensificarea CAEm, de la 16,39% (CAEm scăzut) la 29,57% (CAEm ridicat). În schimb, anxietatea minimală este cea mai frecventă în rândul adolescentelor cu CAEm scăzut și

descrește semnificativ la CAEm ridicat. Nivelurile ușoare de anxietate sunt cele mai mari în cazul CAEm mediu (40,54%), ceea ce poate indica o fază de tranziție între echilibru afectiv și vulnerabilitate psihologică. Un aspect semnificativ al rezultatelor este că adolescentele care manifestă un nivel ridicat de CAEm sunt semnificativ mai expuse formelor severe de anxietate.

Interrelația între CAEm și anxietate conform coeficientului de corelație Kendall's Tau este prezentată în tabelul 2.12 (Anexa 3. Tabelul A.3.3).

Tabelul 2.12. Relația dintre CAEm și anxietate după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
CAEm / Anxietate	kt=0,470	p≤0,01

Datele din tabelul 2.13 indică existența unei corelații semnificative pozitive între CAEm și nivelul anxietății ($kt=0,470$, $p\leq 0,01$), adolescentele cu un nivel mai ridicat de anxietate au o probabilitate crescută de a apela la alimentație ca mijloc de reglare emoțională în fața disconfortului psihologic. Astfel, putem afirma că anxietatea constituie un factor de risc semnificativ pentru apariția și menținerea CAEm la adolescente.

Figura 2.17 redă distribuția SS în rândul adolescentelor, în funcție de nivelul CAEm.

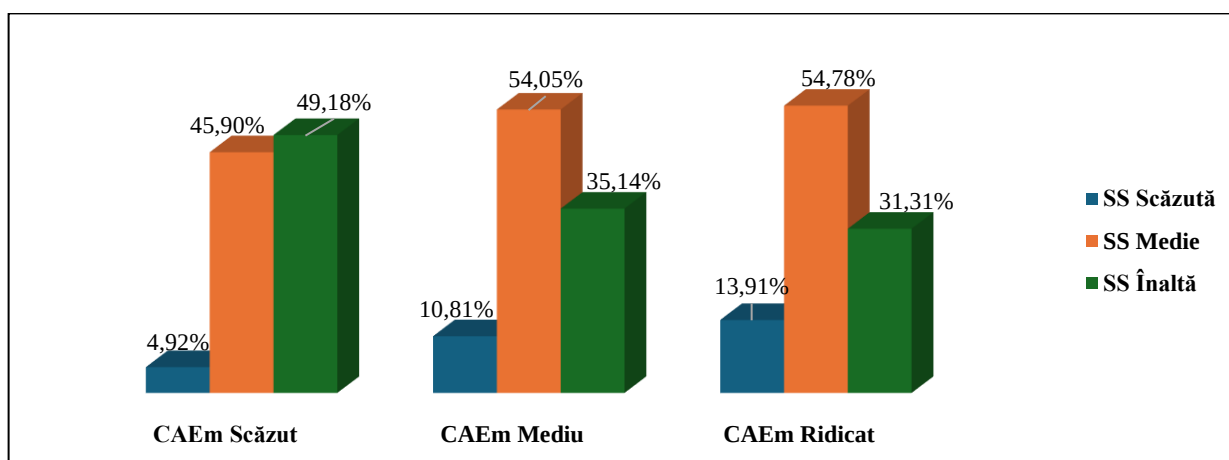


Fig. 2.17. Rezultatele pentru SS la adolescente în funcție de nivelul CAEm

La adolescentele cu un nivel scăzut al CAEm, aproape jumătate dintre ele (49,18%) manifestă nivel înalt al SS, alte 45,90% din adolescente au o SS medie, iar 4,92% demonstrează o SS scăzută. Nivelul redus al CAEm indică o frecvență crescută a SS moderate și înalte, alături de o incidență minimă a nivelului scăzut. Astfel aceste adolescentele reflectă o capacitate bună de reglare emoțională și o IC pozitivă, mai puțin influențată de tendința de a consuma alimente sub influența emoțiilor negative. Adolescente cu nivel mediu al CAEm, SS medie este cea mai frecventă (54,05%), fiind urmată de SS înaltă (35,14%), iar cea scăzută apare la 10,81% din adolescente. Constatăm o ușoară deteriorare a percepției de sine comparativ cu grupul precedent,

reflectată atât în scăderea ponderii SS înalte, cât și în creșterea frecvenței nivelului scăzut. CAEm moderat poate interfera cu echilibrul psihologic al adolescentelor, afectând în mod negativ modul în care acestea se autoevaluează. Pentru adolescentele cu CAEm ridicat, SS medie (are o frecvență de 54,78%), SS înaltă (apare la 31,31% din adolescente), iar cea scăzută se atestă la 13,91% din adolescente. Adolescente cu CAEm ridicat prezintă o autoevaluare negativă, în condițiile în care procentul cel mai mare de SS scăzută este observat în acest grup [38].

Comparația frecvențelor la adolescente cu diferite niveluri de CAEm evidențiază o relație invers proporțională între intensitatea CAEm și nivelul SS. Cel mai ridicat nivel al SS înalte se observă în rândul adolescentelor cu CAEm scăzut, în timp ce frecvența cea mai mare a SS scăzute este prezentă în cazul celor cu CAEm ridicat. Grupul intermediar se află într-o zonă de tranziție, cu o tendință vizibilă spre autodevalorizare. CAEm poate constitui un indicator relevant al vulnerabilității psihologice, reflectând dificultăți în reglarea emoțională și o percepție de sine fragilă.

În analiza noastră, am urmărit să investigăm relația dintre CAEm și SS la adolescente, utilizând coeficientul de corelație Kendall's Tau (tabelul 2.13) (Anexa 3. Tabelul A.3.3).

Tabelul 2.13. Relația dintre CAEm și SS după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
CAEm / Stima de sine	kt=-0,393	p≤0,01

În tabelul 2.13 este expusă o corelație semnificativă negativă între CAEm și SS ($kt=-0,393$, $p\leq 0,01$). Potrivit coeficientul de corelație vom menționa că adolescentele care prezintă o SS mai scăzută sunt mai predispuse să recurgă la mâncare ca mecanism de reglare emoțională. În acest context, CAEm poate fi privit ca o strategie de coping disfuncțională, utilizată pentru a face față stărilor afective negative, în lipsa unor resurse adaptative interne suficiente [8; 217].

O dimensiune importantă a personalității este relația sine-corp. Modul de manifestare a relației dintre sine și corp conform MBSRQ-AS la adolescente în funcție de nivelul CAEm este sintetizate în figura 2.18.

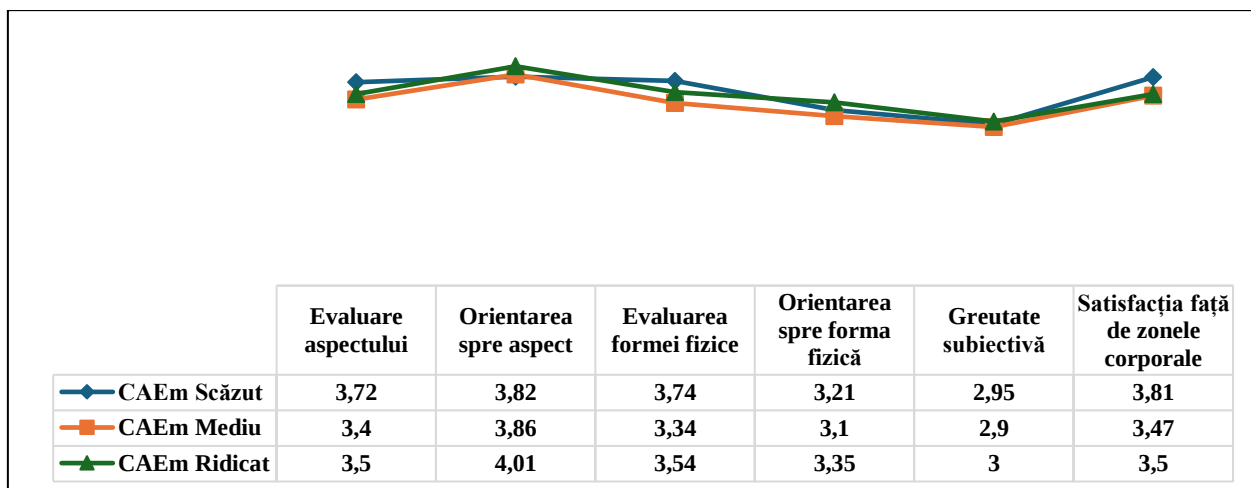


Fig. 2.18. Rezultatele pentru relațiile sine-corp în funcție de nivelul CAEm

La adolescentele cu CAEm scăzut, scorurile medii înregistrate sunt următoarele: evaluarea aspectului – 3,72 u.m.; orientarea spre aspect – 3,82 u.m.; evaluarea formei fizice – 3,74 u.m.; orientarea spre forma fizică – 3,21 u.m.; greutatea subiectivă – 2,95 u.m.; satisfacția față de zonele corporale – 3,81 u.m. În cazul adolescentelor cu CAEm mediu, scorurile sunt: evaluarea aspectului – 3,40 u.m.; orientarea spre aspect – 3,86 u.m.; evaluarea formei fizice – 3,34 u.m.; orientarea spre forma fizică – 3,10 u.m.; greutatea subiectivă – 2,90 u.m.; satisfacția față de zonele corporale – 3,47 u.m. Pentru adolescentele cu CAEm ridicat mediile obținute sunt: evaluarea aspectului – 3,50 u.m.; orientarea spre aspect – 4,01 u.m.; evaluarea formei fizice – 3,54 u.m.; orientarea spre forma fizică – 3,35 u.m.; greutatea subiectivă – 3,00 u.m.; satisfacția față de zonele corporale – 3,50 u.m. Se remarcă o creștere a preocupării față de aspect (scorul cel mai ridicat la această dimensiune – 4,01 u.m.) și o orientare accentuată spre forma fizică, ceea ce poate indica o importanță mai mare acordată aspectului fizic. Evaluarea formei fizice și satisfacția față de zonele corporale se mențin la o intensitate moderată și pozitivă [218].

Analiza comparativă evidențiază că adolescentele cu CAEm scăzut prezintă cel mai echilibrat și funcțional raport cu propriul corp, cu cele mai mari scoruri la evaluarea formei fizice și satisfacția corporală, și cele mai scăzute valori ale greutatei subiective. Adolescentele cu CAEm ridicat manifestă cea mai intensă preocupare pentru aspect și formă fizică, dar și o percepție mai negativă asupra greutății, ceea ce poate semnala riscuri pentru dezvoltarea unor atitudini disfuncționale legate de IC.

În continuare ne-am propus să investigăm relația dintre CAEm și percepțiile adolescentelor asupra propriului corp, utilizând coeficientul de corelație Kendall's Tau (tabelul 2.14) (Anexa 3. Tabelul A.3.4).

Tabelul 2.14. Relația dintre CAEm și relațiile sine-corp după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
<i>CAEm / Evaluarea aspectului</i>	kt=-0,361	p≤0,01
<i>CAEm / Evaluarea formei fizice</i>	kt=-0,320	p≤0,01
<i>CAEm / Satisfacția față de zonele corporale</i>	kt=-0,316	p≤0,01

Rezultatele din tabel indică o corelație semnificativă negativă între CAEm și evaluarea aspectului ($kt=-0,361$, $p\leq 0,01$). Astfel, pe măsură ce adolescența are o percepție mai negativă asupra aspectului său fizic, tinde să se caracterizeze mai frecvent prin CAEm, nemulțumirea față de înfățișare determinând utilizarea alimentației ca strategie de reglare afectivă. O corelație negativă similară este evidențiată între CAEm și evaluarea formei fizice ($kt=-0,320$, $p\leq 0,01$). Percepția negativă asupra formei corporale (greutatea, silueta) este asociată cu tendința de a consuma alimente în situații de stres sau disconfort emoțional. Este probabil ca sentimentul de inadecvare corporală să acționeze ca un factor declanșator al CAEm. În mod similar, observăm o corelație negativă între CAEm și satisfacția față de zonele corporale ($kt=-0,316$, $p\leq 0,01$). Această corelație ne permite să menționăm că o satisfacție corporală scăzută, reflectată prin nemulțumirea față de anumite părți ale corpului, este asociată cu o mai mare tendință de a mânca sub influența emoțiilor negative.

O altă formă de manifestare a CA dezadaptativ este CAEx. Vom expune caracteristicile de personalitate la adolescentele cu diferite niveluri de CAEx. Trăsăturile de personalitate la adolescentele în funcție de nivelul CAEx sunt prezentate în figura 2.19.

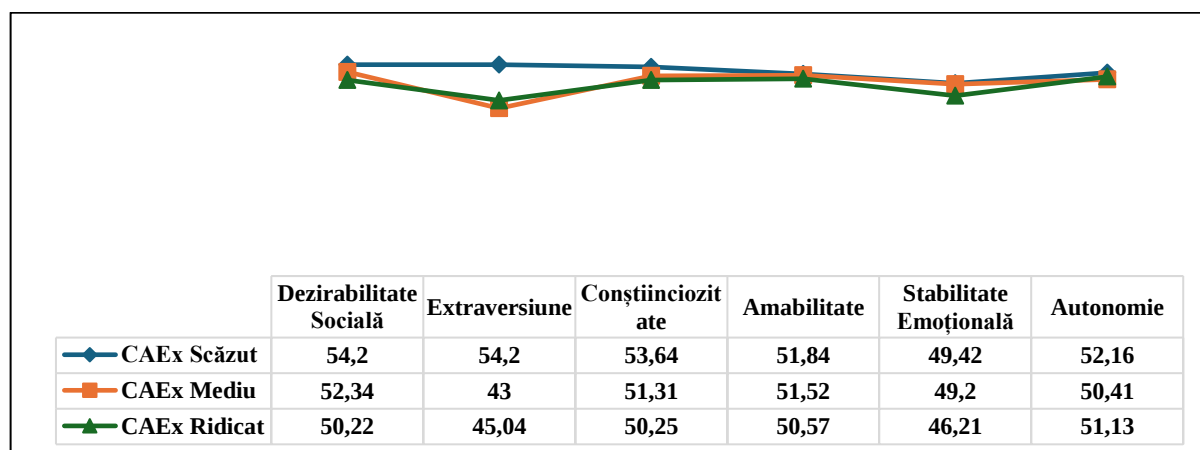


Fig. 2.19. Scorurile pentru trăsăturile de personalitate la adolescente în funcție de nivelul CAEx

Adolescentele cu nivel scăzut al CAEx au mediile: dezirabilitate socială – 54,20 u.m., extraversiune – 54,20 u.m., conștiinciozitate – 53,64 u.m., amabilitate – 51,84 u.m., stabilitate emoțională – 49,42 u.m. și autonomie – 52,16 u.m. Sesizăm că aceste adolescente au obținut cele

mai mari scoruri la toate dimensiunile de personalitate investigate. Aceste rezultate pot fi asociate cu o capacitate crescută de autocontrol, o orientare spre relații interpersonale armonioase și o bună adaptabilitate emoțională, caracteristici considerate protective în raport cu CA dezadaptative [105]. Adolescente cu nivel mediu al CAEx prezintă o ușoară scădere a scorurilor pentru trăsăturile de personalitate: dezirabilitate socială – 52,34 u.m., extraversiune – 43,00 u.m., conștiinciozitate – 51,31 u.m., amabilitate – 51,52 u.m., stabilitate emoțională – 49,20 u.m. și autonomie – 50,41 u.m. Scăderea semnificativă a scorului la extraversiune indică o posibilă diminuare a nivelului de implicare socială, ceea ce ar putea fi asociat cu o sensibilitate crescută la semnalele externe și o tendință de a reacționa alimentar în absența foamei reale. Pentru adolescente cu nivel ridicat al CAEx: dezirabilitate socială – 50,22 u.m., extraversiune – 45,04 u.m., conștiinciozitate – 50,25 u.m., amabilitate – 50,57 u.m., stabilitate emoțională – 46,21 u.m. și autonomie – 51,13 u.m. Nivelurile reduse de conștiinciozitate și stabilitate emoțională, alături de o ușoară scădere a autonomiei, pot semnaliza dificultăți în controlul impulsurilor, în reglarea emoțiilor și în rezistența la stimuli de mediu care declanșează manifestări alimentare automate și mai puțin conștientizate [274].

Rezultatele adolescentelor pentru trăsăturile de personalitate în funcție de nivelul CAEx ne arată că cele mai evidente diferențe de medii atestăm: la extraversiune (media cea mai mare se regăsește la adolescente cu CAEx scăzut), la stabilitate emoțională (mediile adolescentelor cu CAEx scăzut și mediu sunt cele mai ridicate și sunt apropiate, în timp ce adolescente cu CAEx ridicat are o medie mai mică) și la conștiinciozitate (medii mai mari sunt caracteristice pentru adolescente cu CAEx mediu și CAEx ridicat). Prin urmare consemnăm o tendință de diminuare a scorurilor pentru majoritatea trăsăturilor de personalitate odată cu creșterea nivelului CAEx, în special în cazul dimensiunilor asociate autoreglării comportamentale și emoționale. Extraversiunea, conștiinciozitatea și stabilitatea emoțională au o influență asupra CAEx prin modul adolescentelor de a reacționa la stimuli externi și capacitatea de control a impulsurilor. Cele evidențiate sunt în concordanță cu cele susținute de T. Van Strien, J. Frijters, G. Bergers și P. Defares, care fac referire la rolul factorilor psihologici și al reactivității la stimuli externi în manifestarea CAEx [273].

Analiza relațiilor dintre CAEx și trăsăturile de personalitate (conștiinciozitate și stabilitate emoțională) este confirmată prin coeficientul de corelație Kendall's Tau. Rezultatele obținute sunt redată în tabelul 2.15 (Anexa 3. Tabelul A.3.2).

Tabelul 2.15. Relația dintre CAEx și conștiinciozitate / stabilitate emoțională după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
CAEx / Conștiinciozitate	kt=0,334	p≤0,01
CAEx / Stabilitate emoțională	kt=-0,456	p≤0,01

Prima corelație semnificativă pozitivă moderată a fost identificată între CAEx și conștiinciozitate ($kt=0,334$, $p\leq 0,01$). Conform coeficientului de corelație adolescentele care prezintă un nivel ridicat de organizare, autodisciplină și orientare spre scop pot manifesta CAEx, posibil ca strategie de menținere a controlului într-un context perceput ca fiind solicitant sau imprevizibil. De asemenea, CAEx în rândul persoanelor conștiincioase poate apărea în situații de epuizare psihică, când mecanismele de autoreglare devin vulnerabile. O corelație negativă se înregistrează între CAEx și stabilitatea emoțională ($kt=-0,456$, $p\leq 0,01$). Vom menționa că adolescentele cu un nivel scăzut de stabilitate emoțională sunt mai predispuse să manifeste CAEx. Cu alte cuvinte, dificultățile de reglare emoțională, autocontrol, iritabilitatea, impulsivitatea și vulnerabilitatea la stres pot determina reacții alimentare sporite la stimuli de mediu, cum ar fi mirosul, vederea sau prezența mâncării, independent de senzația fiziologică de foame [26].

Distribuția nivelurilor de perfecționism la adolescente în funcție de intensitatea CAEx poate fi urmărită în figura 2.20.

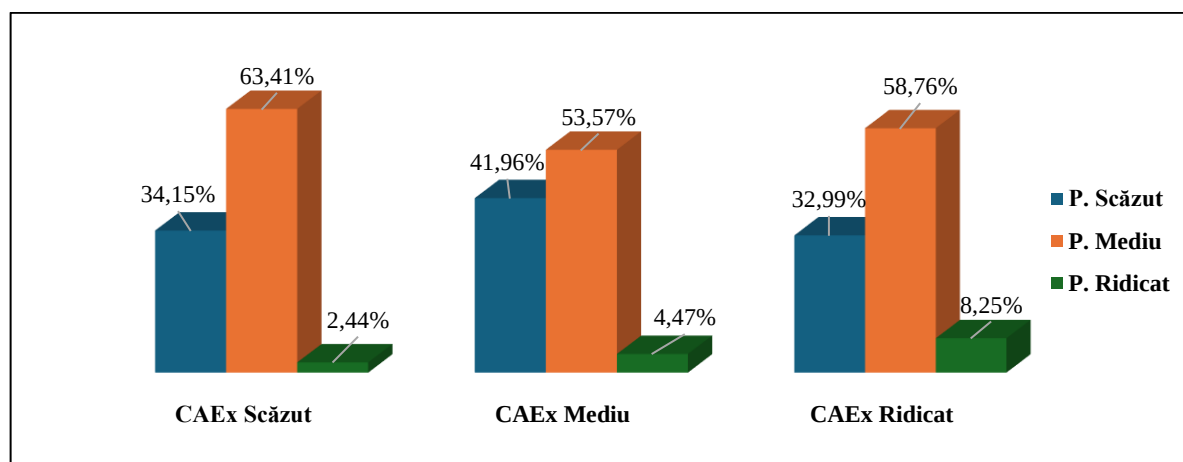


Fig. 2.20. Rezultatele pentru perfecționism la adolescente în funcție de nivelul CAEx

În cazul adolescentelor cu CAEx scăzut, se remarcă: o prevalență a perfecționismului mediu, care este prezent la 63,41% din adolescente; perfecționismul scăzut se întâlnește la 34,15% din adolescente; nivelul ridicat de perfecționism este caracteristic pentru 2,44% din adolescente. Adolescente care nu reacționează intens la stimuli alimentari externi manifestă, în mare parte, o tendință moderată spre perfecționism, menținând un echilibru între aspirații și toleranța față de imperfecțiuni. Pentru adolescentele cu CAEx mediu, structura distribuției perfecționismului se modifică ușor, după cum urmează: nivelul mediu de perfecționism se menține dominant (53,57%); perfecționismul scăzut (are o pondere de 41,96%), iar perfecționismul ridicat (se manifestă la

4,47%). Consemnăm o ușoară creștere a perfecționismului scăzut, comparativ cu grupul anterior, și o dublare a frecvenței pentru perfecționismului ridicat. Adolescențele cu reactivitate medie la stimuli alimentari externi tind astfel să manifeste fie un control moderat al standardelor proprii, fie o relaxare a acestora, cu o mică proporție aflată în zona critică a exigenței excesive. În rândul adolescențelor cu CAEx ridicat, proporția perfecționismului mediu se menține majoritară, cu o valoare de 58,76%. Perfecționismul scăzut este prezent la 32,99% din adolescente. Se observă o creștere a perfecționismului ridicat, care atinge 8,25%. O astfel de distribuție ne permite să remarcăm că odată cu intensificarea CAEx, crește și probabilitatea ca adolescențele să manifeste forme rigide și exigente de perfecționism, ceea ce poate indica o vulnerabilitate psihologică crescută, caracterizată prin nevoia de control și teama de greșeală, ce pot contribui la declanșarea sau menținerea CAEx sau a altor CA dezadaptative.

Comparativ pe niveluri de CAEx se evidențiază o constanță a perfecționismului mediu ca trăsătură dominantă, dar și o tendință ascendentă a perfecționismului ridicat odată cu creșterea CAEx. Această relație poate fi interpretată ca un indiciu al faptului că adolescențele expuse frecvent la stimuli alimentari externi și care cedează în fața acestora sunt totodată cele care pot manifesta standarde personale înalte și rigide. Astfel, se conturează un profil în care presiunea internă pentru performanță sau pentru imagine poate favoriza reacții comportamentale inadecvate în fața alimentelor, în special în contextul stresului sau al presiunii sociale [28].

În continuare, urmărim să examinăm existența relației între CAEx și dimensiunile perfecționismului la adolescente. Pentru această analiză am utilizat coeficientul de corelație Kendall's Tau (tabelul 2.16) (Anexa 3. Tabelul A.3.3).

Tabelul 2.16. Relația dintre CAEx și dimensiunile perfecționismului după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
<i>CAEx / Greșeli și îndoieli în acțiune</i>	kt=0,315	p≤0,01
<i>CAEx / Așteptări și evaluarea părinților</i>	kt=0,345	p≤0,01
<i>CAEx / Standarde personale</i>	kt=0,381	p≤0,01

Conform datelor prezentate, identificăm trei corelații semnificative pozitive între CAEx și dimensiunile perfecționismului: între CAEx și greșeli și îndoieli în acțiune ($kt=0,315$, $p\leq0,01$). Adolescențele care experimentează frecvent îndoieli legate de propriile decizii și manifestă o teamă constantă de a greși au o tendință mai pronunțată de a reacționa la stimuli alimentari externi, ceea ce poate fi interpretat drept o modalitate de reglare emoțională în situații de incertitudine sau stres. O altă corelație semnificativă pozitivă identifică între CAEx și așteptări și evaluarea părinților ($kt=0,345$, $p\leq0,01$). Această relație ar putea indica faptul că fetele care resimt o presiune

crescută din partea părinților în ceea ce privește performanța și imaginea personală sunt mai predispuse să răspundă cu CAEx, ceea ce poate reflecta un mecanism compensator de reglare a disconfortului emoțional legat de nevoia de validare parentală. De asemenea, observăm o corelație semnificativă pozitivă între CAEx și standarde personale ($kt=0,381$, $p\leq 0,01$). Această asociere ne permite să evidențiem că adolescentele care își stabilesc standarde proprii foarte înalte pot apela la mâncare în contexte în care aceste standarde nu sunt atinse, ca formă de auto-consolare sau recompensă [28].

Figura 2.21 reprezintă distribuția nivelurilor de anxietate în rândul adolescentelor cu CAEx de diferită intensitate.

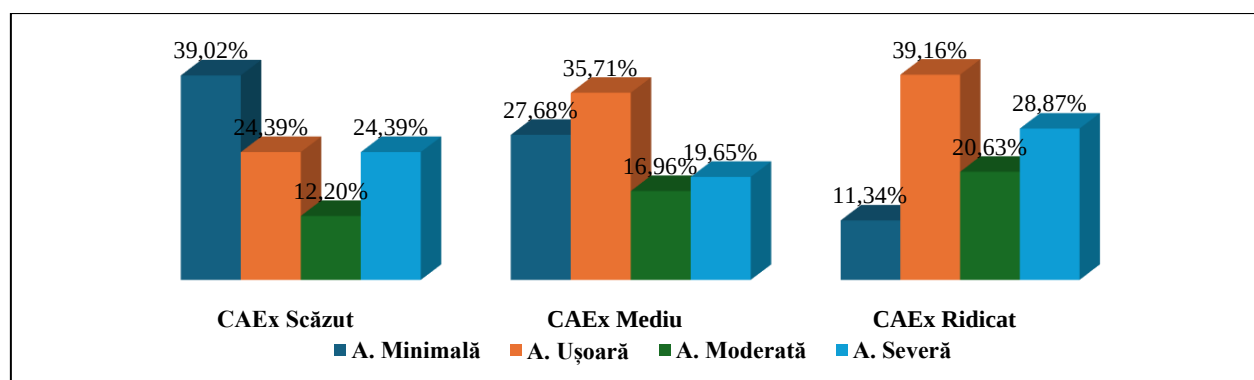


Fig. 2.21. Rezultatele pentru anxietate la adolescente în funcție de nivelul CAEx

În rândul adolescentelor cu CAEx scăzut, se remarcă o predominanță a anxietății minime (39,02%); urmează anxietatea ușoară și cea severă (în ambele cazuri frecvența este de 24,39%), iar cel mai redus nivel este cel al anxietății moderate (12,20%). Evidențiem o stare emoțională relativ echilibrată în rândul adolescentelor care nu manifestă tendința de a mânca în urma stimulilor externi, cu o proporție considerabilă de participante care se plasează în zona anxietății minime. Pentru adolescentele cu CAEx mediu, anxietatea ușoară este cea mai frecventă (35,71%), urmată de anxietatea minimală (27,68%), anxietatea severă (19,65%) și anxietatea moderată (16,96%). Consemnăm manifestări ale anxietății de la forma ușoară până la moderată, fără o predominanță a formelor severe, ceea ce sugerează o stare de tensiune emoțională relativ controlabilă, dar care poate deveni problematică în absența unor strategii de reglare eficiente a emoțiilor. În cazul adolescentelor cu CAEx ridicat, distribuția se modifică semnificativ: cea mai ridicată frecvență o are anxietatea ușoară (cu 39,16%); anxietatea severă (28,87%); anxietatea moderată (20,63%), anxietatea minimală (11,34%). Aceste rezultate reflectă o vulnerabilitate emoțională crescută asociată CAEx ridicat, caracterizată printr-o scădere pronunțată a stărilor de liniște emoțională și o creștere accentuată a formelor mai intense de anxietate.

Comparând frecvențele la anxietate la adolescentele cu CAEx diferit vom puncta: pentru nivelul anxietății minime și intensitatea CAEx: cu cât CAEx este mai ridicat, cu atât scade prezența anxietății minime și crește ponderea anxietății moderate și severe. Adolescente cu CAEx scăzut par să manifeste o stare generală de echilibru afectiv, în timp ce cele cu CAEx ridicat sunt semnificativ mai predispuse la trăiri anxioase intense.

Utilizând coeficientul de corelație Kendall's Tau, atestăm o interrelație între CAEx și anxietate la adolescente (tabelul 2.16) (Anexa 3. Tabelul A.3.3).

Tabelul 2.17. Relația dintre CAEx și anxietate după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
CAEx / Anxietate	kt=0,523	p≤0,01

Analiza efectuată evidențiază o corelație semnificativă pozitivă între CAEx și anxietate ($kt=0,523$, $p\leq0,01$). Această corelație sugerează că adolescentele care prezintă niveluri mai ridicate de anxietate sunt mai susceptibile să reacționeze prin consum alimentar în prezența stimulilor de mediu, chiar și în absența unei nevoi fiziologice de hrană, ceea ce susține faptul că anxietatea poate constitui un factor de risc psihologic relevant în dezvoltarea CAEx și a altor CA dezadaptative.

Figura 2.22 prezintă frecvențele pentru SS în rândul adolescentelor cu CAEx (scăzut, mediu și ridicat).

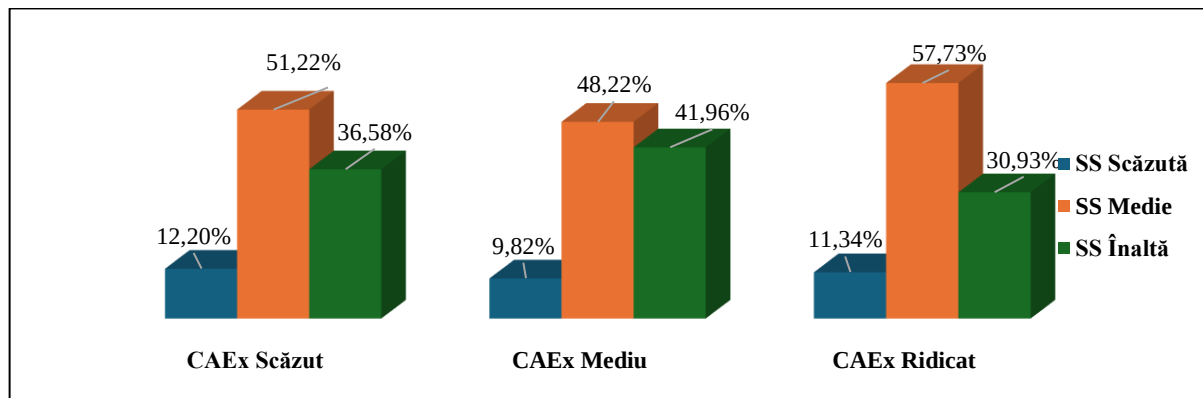


Fig. 2.22. Rezultatele pentru SS la adolescente în funcție de nivelul CAEx

Pentru adolescentele cu nivel scăzut al CAEx, constatăm o predominanță a SS medii (51,22% din adolescente), SS înaltă (36,58%) și SS scăzută (12,20%). Observăm o tendință spre o imagine de sine echilibrată și pozitivă în rândul adolescentelor care nu reacționează impulsiv la stimuli alimentari din mediul înconjurător. Totuși, prezența unui procent relativ ridicat de SS scăzută, peste 12%, semnalează că, chiar și în absența CAEx, pot exista vulnerabilități psihologice ce afectează evaluarea de sine. În categoria adolescentelor cu un nivel mediu de CAEx, frecvențele pentru SS se repartizează: SS medie (48,22%), SS înaltă (41,96%) și SS scăzută (9,82%). Pentru

CAEx mediu vom evidenția că un nivel moderat de reactivitate la stimuli alimentari nu este neapărat asociat cu o imagine de sine negativă. Dimpotrivă, frecvența cea mai ridicată a SS înalte dintre toate cele trei grupe se regăsește tocmai în acest segment, sugerând o adaptare psihologică mai echilibrată. Adolescențele cu CAEx ridicat prezintă: 57,73% – SS medie, SS înaltă – 30,93%, SS scăzută – 11,34%. Evidențiem aici o diminuare semnificativă a SS înalte comparativ cu celelalte două categorii, ceea ce poate indica o formă de incertitudine sau de insatisfacție legată de imaginea corporală și de propria persoană, în contextul în care alimentația este influențată în mod predominant de factori externi și nu de nevoia fiziologică [217].

Compararea celor trei grupuri relevă că SS înaltă este cel mai frecventă în rândul adolescentelor cu nivel mediu de CAEx, fiind urmată de grupa cu nivel scăzut și, în cele din urmă, de grupa cu CAEx ridicat. Pe de altă parte, SS medie crește progresiv în paralel cu intensificarea CAEx, înregistrând cel mai ridicat procentaj în cazul adolescentelor cu CAEx ridicat. Frecvențele SS scăzute variază într-un interval relativ îngust, între aproximativ 10 și 12%, fără diferențe majore între grupe, dar menținerea acestui nivel constant indică o prezență persistentă a unor riscuri pentru sănătatea emoțională a adolescentelor. Astfel, analiza datelor ne sugerează că relația dintre CAEx și SS nu este una liniară, ci pare a fi influențată de gradul de reactivitate la stimulii alimentari.

Prin analiza redată în tabelul 2.18 evidențiem legătura dintre CAEx și SS la adolescente (Anexa 3. Tabelul A.3.3).

Tabelul 2.18. Relația dintre CAEx și SS după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
CAEx / SS	kt=-0,434	p≤0,01

Între CAEx și SS atestăm o corelație semnificativă negativă ($kt=-0,434$, $p\leq 0,01$). Corelația obținută ne permite să reliefăm că adolescențele cu un nivel mai scăzut al SS este mai probabil să reacționeze emoțional la stimuli alimentari din mediu și să consume mâncare chiar și în absența senzației de foame.

Studiul nostru continuă prin analiza relației dintre sine și corp în funcție de nivelul CAEx (figura 2.23).

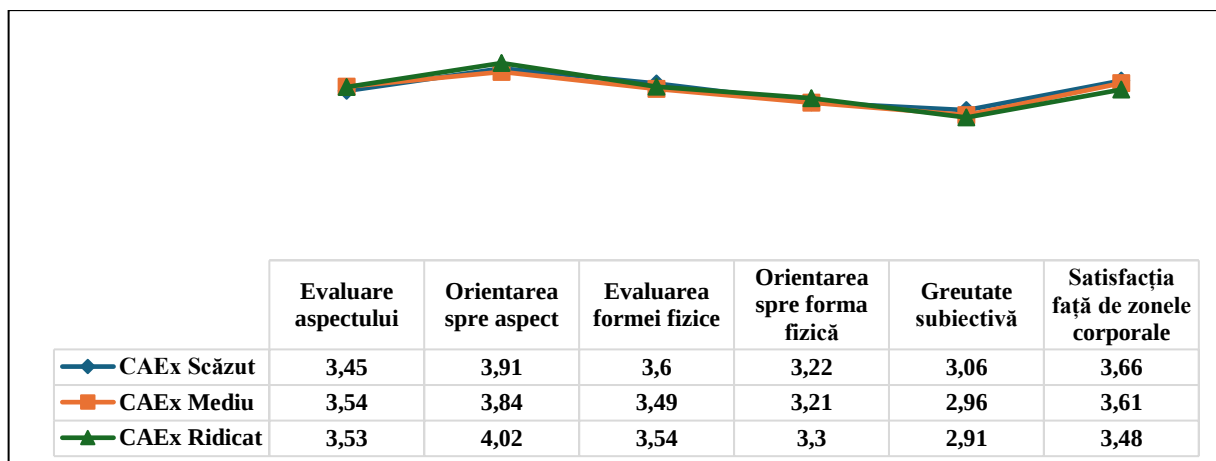


Fig. 2.23. Rezultatele pentru relațiile sine-corp în funcție de nivelul CAEx

Analizând figura 2.23, observăm că, în cazul adolescentelor cu CAEx scăzut, valorile medii obținute sunt următoarele: evaluarea aspectului – 3,45 u.m.; orientarea spre aspect – 3,91 u.m.; evaluarea formei fizice – 3,60 u.m.; orientarea spre forma fizică – 3,22 u.m.; greutatea subiectivă – 3,06 u.m.; satisfacția față de zonele corporale – 3,66 u.m. Pentru adolescentele cu CAEx mediu, scorurile sunt: evaluarea aspectului – 3,54 u.m.; orientarea spre aspect – 3,84 u.m.; evaluarea formei fizice – 3,49 u.m.; orientarea spre forma fizică – 3,21 u.m.; greutatea subiectivă – 2,96 u.m.; satisfacția față de zonele corporale – 3,61 u.m. Adolescentele cu CAEx ridicat dau dovadă de valorile: evaluarea aspectului – 3,53 u.m.; orientarea spre aspect – 4,02 u.m.; evaluarea formei fizice – 3,54 u.m.; orientarea spre forma fizică – 3,30 u.m.; greutatea subiectivă – 2,91 u.m.; satisfacția față de zonele corporale – 3,48 u.m. Se remarcă o creștere notabilă a orientării spre aspect (4,02 u.m.) și spre forma fizică (3,36 u.m.), ceea ce denotă o preocupare accentuată pentru imaginea corporală și posibila influență a stimulilor externi (precum privirile sau evaluările celorlalți) asupra CA dezadaptative. În ciuda acestui fapt, evaluarea și satisfacția față de corp rămân la un nivel moderat, ceea ce sugerează un echilibru relativ între presiunea externă și IC internă.

Abordarea comparativă evidențiază că, indiferent de nivelul CAEx, percepția generală asupra corpului nu variază semnificativ în termeni de evaluare a aspectului și formei fizice. Cu toate acestea, adolescentele cu CAEx ridicat prezintă cele mai mari scoruri în ceea ce privește orientarea spre aspect și formă fizică, ceea ce poate indica o susceptibilitate mai mare la influențele sociale și la presiunea de a corespunde unor standarde estetice externe.

După analiza particularităților de personalitate la adolescentele cu CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx), investigăm aceleași dimensiuni și în rândul adolescentelor cu posibilitatea TCA conform EAT-26. Considerăm esențială o astfel de abordare comparativă pentru a evidenția dacă

anumite trăsături de personalitate pot funcționa ca factori vulnerabili comuni, influențând atât apariția și manifestarea CA dezadaptative, cât și debutul și persistența TCA.

Astfel, figura 2.24 redă scorurile medii ale trăsăturilor de personalitate în rândul adolescentelor, diferențiate în funcție de lipsa sau posibilitatea dezvoltării TCA.

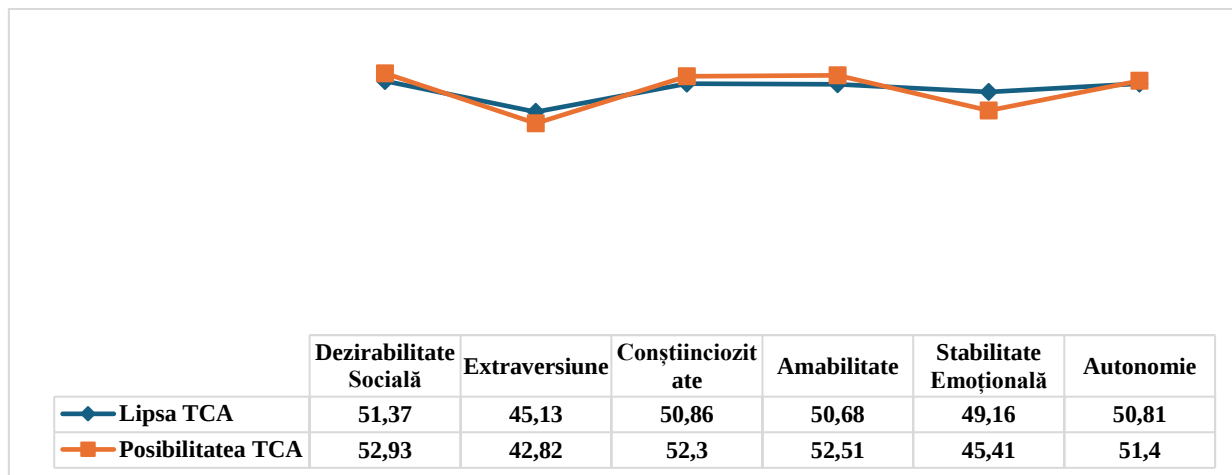


Fig. 2.24. Scorurile pentru trăsăturile de personalitate la adolescente în funcție de lipsa sau posibilitatea TCA

În cazul adolescentelor care nu prezintă risc de TCA, scorurile medii sunt următoarele: *dezirabilitatea socială* se situează la valoarea de 51,37 u.m., *extraversiunea* la 45,13 u.m., *conștiinciozitatea* la 50,86 u.m., *amabilitatea* la 50,68 u.m., *stabilitatea emoțională* la 49,16 u.m., iar *autonomia* la 50,81 u.m. Urmărim un portret relativ echilibrat, caracterizat printr-un nivel moderat de implicare socială, autocontrol, deschidere interpersonală și o stabilitate afectivă general acceptabilă. În rândul adolescentelor la care există o posibilitate TCA, se observă medii distincte în trăsăturile de personalitate. Astfel, pentru *dezirabilitatea socială* scorul este: 52,93 u.m., *extraversiunea*: 42,82 u.m., *conștiinciozitatea*: 52,30 u.m., *amabilitatea*: 52,51 u.m., *stabilitatea emoțională*: 45,41 u.m., iar *autonomia*: 51,40 u.m. Aceste adolescente se caracterizează printr-o preocupare sporită pentru imaginea socială, o tendință accentuată spre interiorizare, o atitudine amabilă și cooperantă, dar și printr-un grad ridicat de autocontrol și independență. Totodată, nivelul redus al stabilității emoționale indică o vulnerabilitate crescută față de stres și afecte negative, care ar putea contribui la dezvoltarea TCA.

Vom menționa că analiza comparativă a mediilor la adolescentele cu lipsa TCA și cele cu TCA sunt: *dezirabilitatea socială* este mai pronunțată în cazul adolescentelor cu risc de TCA, față de grupul fără risc, *extraversiunea* este mai redusă în grupul cu posibilitate de TCA. *Conștiinciozitatea* este mai ridicată la adolescentele cu risc, *amabilitatea* este, de asemenea, mai crescută în acest grup. Cea mai semnificativă diferență se înregistrează la nivelul stabilității

emoționale, cu o scădere de aproximativ patru puncte la adolescente cu TCA. *Autonomia* este, de asemenea, ușor mai mare în acest grup.

Ne-am propus, de asemenea, să investigăm dacă scorurile obținute pentru riscul unei TCA (incluzând tipurile TCA: dieta, bulimia și controlul oral) corelează cu trăsăturile de personalitate, utilizând coeficientul de corelație Kendall's Tau. Rezultatele prezentate în tabelul 2.19 evidențiază existența corelațiilor între TCA (tipurile acesteia) și trăsăturile de personalitate: conștiinciozitate și stabilitate emoțională (Anexa 3. Tabelul A.3.6).

Tabelul 2.19. Relația dintre TCA / tipurile TCA și conștiinciozitate și stabilitate emoțională după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
<i>TCA / Conștiinciozitate</i>	kt=0,433	p≤0,01
<i>TCA / Stabilitate emoțională</i>	kt=-0,487	p≤0,01
<i>Dietă / Conștiinciozitate</i>	kt=0,547	p≤0,01
<i>Dietă / Stabilitate emoțională</i>	kt=-0,450	p≤0,01
<i>Bulimie / Conștiinciozitate</i>	kt=0,490	p≤0,01
<i>Bulimie / Stabilitate emoțională</i>	kt=-0,479	p≤0,01
<i>Control oral / Conștiinciozitate</i>	kt=0,386	p≤0,01
<i>Control oral / Stabilitate emoțională</i>	kt=-0,552	p≤0,01

În tabelul 2.19 sunt prezentată trei corelații semnificative pozitive între riscul TCA, dietă, bulimie, control oral și conștiinciozitate ($kt=0,433$, $p\leq 0,01$, $kt=0,547$, $p\leq 0,01$, $kt=0,490$, $p\leq 0,01$, $kt=0,386$, $p\leq 0,01$). Adolescente ce manifestă conștiinciozitate accentuată, sunt mai predispuse spre autodisciplină, perfecționism, cu tendință spre a stabili standarde înalte, toate acestea pot determina controlul asupra alimentației și greutății într-un mod excesiv. Aceste caracteristici generează apariția TCA (sau dietă, bulimie și control oral). Pe de altă parte, se constată corelații semnificative negative între scorurile pentru riscul TCA, dietă, bulimie, control oral și punctajul la stabilitatea emoțională ($kt=-0,487$, $p\leq 0,01$, $kt=-0,450$, $p\leq 0,01$, $kt=-0,479$, $p\leq 0,01$, $kt=-0,552$, $p\leq 0,01$). Acest rezultat indică faptul că adolescentele cu un nivel scăzut al stabilității emoționale sunt mai vulnerabile la riscul TCA. Adolescente care experimentează des emoții negative cum ar fi iritabilitatea, anxietatea, tristețea, prezintă modificări de dispoziție, reacționează mai intens la stres, demonstrează o sensibilitate la nereușite ar putea utiliza mâncarea ca un mecanism de coping pentru a gestiona și modula stările afective negative. Vom deduce că nivelul de manifestare a conștiinciozității și stabilității emoționale determină CA al adolescentelor. Adolescente cu nivel ridicat de conștiinciozitate asociat cu stabilitate emoțională scăzută, prin perfecționism, rigiditate și dificultăți de reglare emoțională amplifică riscul de dezvoltare a TCA (sau dietă, bulimie și control oral) [26; 32; 268; 281].

Figura 2.25 oferă o reprezentare a distribuției nivelurilor de perfecționism (FMPS) în rândul adolescentelor, în funcție de prezența sau absența riscului TCA.

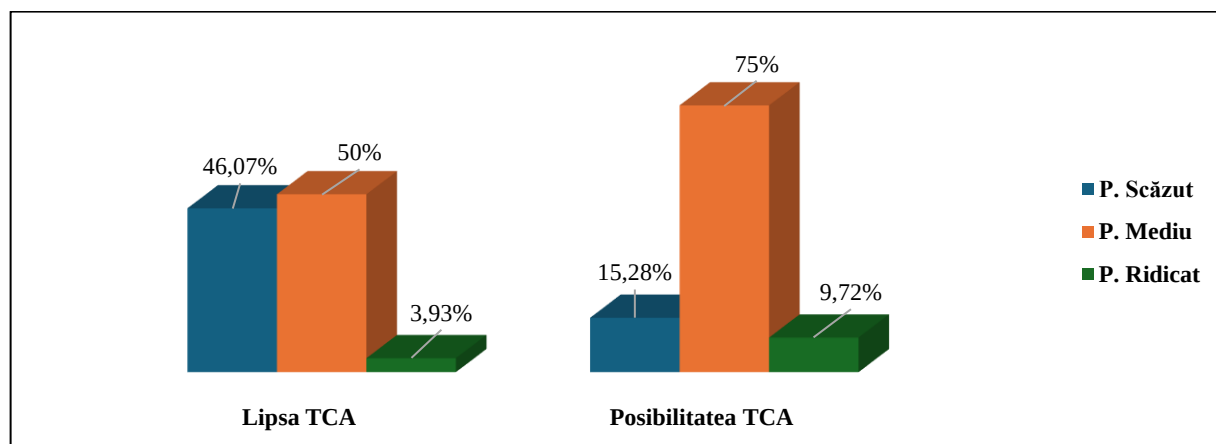


Fig. 2.25. Rezultatele pentru perfecționism la adolescente în funcție de lipsa sau posibilitatea TCA

În cazul adolescentelor care nu prezintă risc de TCA, nivelul mediu de perfecționism este cel mai frecvent întâlnit, regăsindu-se la 50% din adolescente, acesta este urmat de perfecționismul scăzut, prezent la 46,07% din adolescente, în timp ce perfecționismul ridicat apare la doar 3,93% din adolescente. Această distribuție sugerează că, în lipsa unui risc de TCA, adolescentele manifestă, în general, o orientare moderată către standarde înalte și autocontrol, fără a cădea în capcana unor exigențe rigide și nerealiste. Preponderența perfecționismului scăzut și mediu reflectă o raportare flexibilă și realistă la performanță, compatibilă cu o bună reglare emoțională și cu o imagine de sine echilibrată. Pentru adolescentele la care se identifică o posibilitate crescută de a dezvolta TCA, frecvențele pe niveluri se distribuie distinct: perfecționismul mediu este definitoriu pentru 75% din adolescente, devenind dominant pentru această categorie de adolescente. Perfecționismul scăzut este mai rar întâlnit în acest grup, fiind prezent la doar 15,28% din adolescente, perfecționismul ridicat apare la 9,72% din adolescente. Aceste rezultate indică o înclinație mai pronunțată spre standarde personale înalte, autoreglare intensificată și posibile tendințe de autocritică excesivă în rândul adolescentelor expuse riscului de TCA [43; 225].

Comparând frecvențele adolescentelor cu lipsa TCA și posibilitatea TCA, evidențiem că nivelul mediu de perfecționism este comun pentru ambele categorii, cu o frecvență mai mare în cazul adolescentelor cu posibilitatea TCA (ajungând la 75%). Perfecționismul scăzut, caracteristic pentru aproape jumătate dintre adolescentele fără risc de TCA, este prezent într-o frecvență de doar 15,28% în grupul adolescentelor cu TCA. De asemenea, perfecționismul ridicat, deși rămâne sub pragul de 10%, este de peste două ori mai frecvent în rândul adolescentelor expuse riscului de TCA.

Corelațiile dintre posibilitatea TCA, dietă, bulimie, control oral și perfecționismul, inclusiv dimensiunile acestuia, calculate cu ajutorul coeficientul de corelație Kendall's Tau, sunt prezentate în tabelul 2.20 (Anexa 3. Tabelul A.3.7).

Tabelul 2.20. Relația dintre TCA / tipurile TCA și perfecționism, respectiv dimensiunile acestuia, după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
<i>TCA / Perfecționism</i>	kt=0,561	p≤0,01
<i>TCA / Greșeli și îndoieli în acțiune</i>	kt=0,574	p≤0,01
<i>TCA / Așteptări și evaluarea părinților</i>	kt=0,413	p≤0,01
<i>TCA / Standarde personale</i>	kt=0,472	p≤0,01
<i>Dietă / Perfecționism</i>	kt=0,495	p≤0,01
<i>Dietă / Greșeli și îndoieli în acțiune</i>	kt=0,359	p≤0,01
<i>Dietă / Standarde personale</i>	kt=0,567	p≤0,01
<i>Bulimie / Perfecționism</i>	kt=0,566	p≤0,01
<i>Bulimie / Greșeli și îndoieli în acțiune</i>	kt=0,353	p≤0,01
<i>Bulimie / Așteptări și evaluarea părinților</i>	kt=0,302	p≤0,01
<i>Bulimie / Standarde personale</i>	kt=0,445	p≤0,01
<i>Control oral / Perfecționism</i>	kt=0,415	p≤0,01
<i>Control oral / Greșeli și îndoieli în acțiune</i>	kt=0,494	p≤0,01
<i>Control oral / Așteptări și evaluarea părinților</i>	kt=0,366	p≤0,01
<i>Control oral / Standarde personale</i>	kt=0,425	p≤0,01

Toate corelațiile expuse în tabelul 2.20 sunt semnificative pozitive pentru $p \leq 0,01$, ceea ce indică faptul că, odată cu intensificarea trăsăturilor de perfecționism, cresc și riscurile asociate TCA (dietă, bulimie, control oral). Riscul unei TCA corelează cu perfecționismul ($kt=0,561$, $p \leq 0,01$), greșelile și îndoielile în acțiune ($kt=0,574$, $p \leq 0,01$), așteptările și evaluarea părinților ($kt=0,413$, $p \leq 0,01$), și cu standardele personale ($kt=0,472$, $p \leq 0,01$). Vom menționa că imaginea de sine exigentă, autoevaluările critice și influențele parentale constituie o vulnerabilitate pentru prezența TCA. Pentru dietă se atestă corelații cu perfecționismul ($kt=0,495$, $p \leq 0,01$), cu standardele personale ($kt=0,567$, $p \leq 0,01$) și cu greșelile și îndoielile în acțiune ($kt=0,359$, $p \leq 0,01$). De asemenea, evidențiem o asociere între bulimie și perfecționism ($kt=0,566$, $p \leq 0,01$), precum și între bulimie și standardele personale ($kt=0,445$, $p \leq 0,01$). În mod similar, între controlul oral și perfecționism general ($kt=0,415$, $p \leq 0,01$), greșelile și îndoielile în acțiune ($kt=0,494$, $p \leq 0,01$), așteptările și evaluarea părinților ($kt=0,366$, $p \leq 0,01$) și standardele personale ($kt=0,425$, $p \leq 0,01$) obținem corelații semnificative. Interrelațiile stabilite între dietă, bulimie, control oral și perfecționism și componentele acestuia sugerează faptul că perfecționismul, în special

dimensiunile legate de autoexigență și presiunea standardelor personale, este un predictor important pentru apariția și menținerea TCA în rândul adolescentelor [28].

Pentru a evalua anxietatea la adolescentele participante în cercetare, am utilizat GAD-7. Figura 2.26 prezintă frecvențele nivelurilor de anxietate în rândul adolescentelor în funcție de prezența sau absența riscului de TCA.

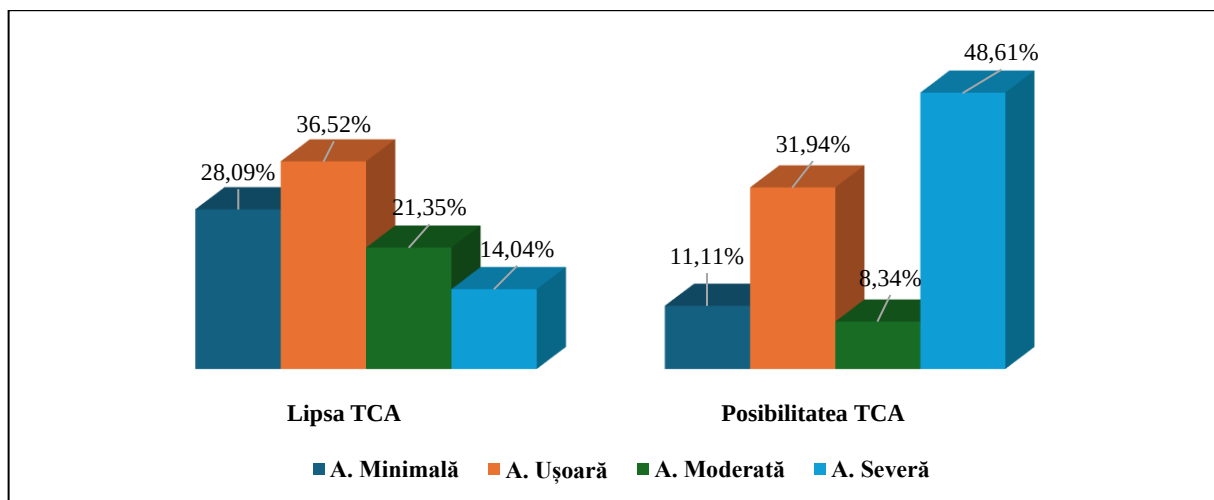


Fig. 2.26. Rezultatele pentru anxietate la adolescente în funcție de lipsa sau posibilitatea TCA

La adolescentele care nu prezintă TCA observăm următoarea distribuție de frecvențe: 36,52% din adolescente manifestă anxietate ușoară, în descrește frecvențele adolescentelor sunt: 28,09% din adolescente au anxietate minimală, 21,35% din adolescente demonstrează anxietate moderată și 14,04% din adolescente dau dovadă de anxietate severă. Se atestă o predominanță a formelor ușoare și moderate de anxietate, cu un procent semnificativ de participante care se află într-o zonă relativ echilibrată din punct de vedere emoțional. În cazul adolescentelor pentru care există posibilitatea TCA, se constată o altă repartiție a frecvențelor pentru anxietate. Nivelul sever de anxietate este cel mai frecvent întâlnit (48,61%) ceea ce constituie un număr alarmant de adolescente cu un nivel crescut de suferință emoțională. Anxietatea ușoară este caracteristică pentru 31,94% din adolescente, iar anxietatea minimă este specifică pentru 11,11% din adolescente. Anxietatea moderată este prezentă la 8,34% dintre adolescentele din această categorie. O astfel de distribuție de frecvențe ne arată o stare de tensiune emoțională crescută în rândul adolescentelor cu posibilitatea TCA, cu o predominanță a formelor severe de anxietate și o diminuare considerabilă a celor minime și moderate.

Comparând manifestările anxietății la adolescente fără TCA și cele cu risc de TCA vom sublinia că: adolescentele fără risc de TCA au cel mai frecvent forme ușoare de anxietate, urmate de cele minime, în timp ce adolescentele cu risc prezintă o inversare a acestei tendințe, cu o

prevalență puternică a anxietății severe. Frecvența anxietății moderate este de peste două ori mai mare în rândul celor fără risc față de cele cu posibilitate de TCA, iar anxietatea minimă apare de aproape trei ori mai rar în cazul adolescentelor din grupul cu risc.

Tabelul 2.21 prezintă valorile coeficienților de corelație Kendall's Tau care indică relațiile dintre scorurile obținute pentru posibilitatea TCA (și dietă, bulimie, control oral) și nivelul anxietății la adolescente (Anexa 3. Tabelul A.3.7).

Tabelul 2.21. Relația dintre TCA / tipurile TCA și anxietate după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
<i>TCA / Anxietate</i>	kt=0,529	$p \leq 0,01$
<i>Dietă / Anxietate</i>	kt=0,465	$p \leq 0,01$
<i>Bulimie / Anxietate</i>	kt=0,617	$p \leq 0,01$
<i>Control oral / Anxietate</i>	kt=0,401	$p \leq 0,01$

Toate corelațiile identificate sunt semnificative pozitive, sugerând că odată cu intensificarea riscului pentru TCA (dietă, bulimie și control oral) crește și nivelul anxietății. Legătura între riscul unei TCA și anxietate este consemnată de coeficientul de corelație ($kt=0,529$, $p \leq 0,01$), care confirmă că probabilitatea prezenței unei TCA este asociată cu niveluri înalte de tensiune psihică, griji excesive și frici iraționale. Între dietă, bulimie și control oral și anxietate atestăm corelații ($kt=0,465$, $p \leq 0,01$, ($kt=0,617$, $p \leq 0,01$ și ($kt=0,401$, $p \leq 0,01$), ce ne permit să punctăm că: adolescentele cu preocupări legate de greutate, tendință de a controla aportul alimentar și comportamente compensatorii, obsesii legate de alimentație demonstrează și anxietate accentuată. Rezultatele obținute sugerează că anxietatea joacă un rol important în etiologia și menținerea TCA la adolescente.

În figura 2.27 sunt ilustrate frecvențele pentru SS în rândul adolescentelor, în funcție de prezența sau absența riscului de TCA.

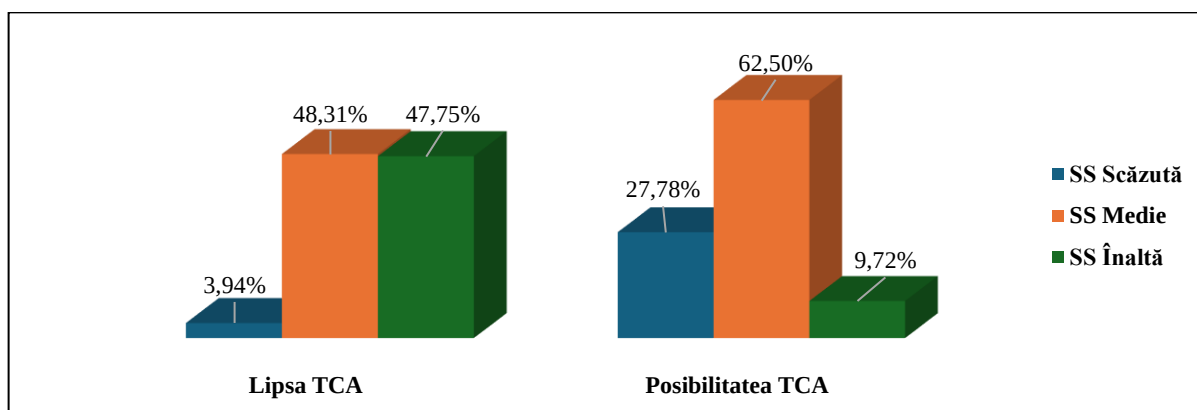


Fig. 2.27. Rezultatele pentru SS la adolescente în funcție de lipsa sau posibilitatea TCA

La adolescentele fără risc de TCA, evidențiem frecvențe apropiate pentru SS medie – 48,31% și SS înaltă – 47,75%, 3,94% din adolescentele din această categorie indică un nivel scăzut al SS. Această distribuție sugerează că absența TCA este asociată, în general, cu o imagine de sine pozitivă sau cel puțin stabilă. Procentul foarte scăzut de participante cu SS scăzută reflectă o bună capacitate de autoreglare emoțională și o relație armonioasă cu propriul corp în rândul adolescentelor care nu se confruntă cu probleme alimentare. Adolescente cu posibilitatea TCA, SS medie este prevalentă, fiind comună pentru 62,50% din adolescente. Pentru SS scăzută și SS înaltă frecvențele adolescentelor sunt mai mici (27,70% și 9,72%). Vom sublinia existența unei deteriorări semnificative a percepției de sine în rândul adolescentelor expuse riscului de TCA. Frecvența ridicată a SS medii reflectă o stare de incertitudine sau o autoevaluare oscilantă, iar prezența SS scăzute în frecvența respectiv constituie un indicator clar al vulnerabilității psihologice.

Analiza comparativă a celor două grupuri evidențiază că SS înaltă este mult mai frecventă în rândul adolescentelor care nu prezintă risc de TCA, fiind aproape de cinci ori mai prezentă decât în rândul celor aflate în zona de posibilitate de dezvoltare a TCA. În același timp, SS scăzută este de peste șapte ori mai frecventă în rândul adolescentelor cu risc de TCA. Prin urmare, nivelul redus al SS crește predispoziția adolescentelor în manifestarea TCA [105].

Corelațiile dintre rezultatele pentru tulburările de alimentație / dietă / bulimie și SS, obținute prin aplicarea coeficientului de corelație Kendall's Tau pot fi vizualizate în tabelul 2.22 (Anexa 3. Tabelul A.3.7).

Tabelul 2.22. Relația dintre TCA / tipurile TCA și SS după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
<i>TCA / SS</i>	kt=-0,476	p≤0,01
<i>Dietă / SS</i>	kt=-0,407	p≤0,01
<i>Bulimie / SS</i>	kt=-0,574	p≤0,01
<i>Control oral / SS</i>	kt=-0,364	p≤0,01

După calculul coeficientului de corelație Kendall's Tau observăm că toate corelațiile sunt semnificativ negative: astfel, se constată că, odată cu creșterea scorurilor la indicatorii ce vizează TCA, scade nivelul SS. Prima corelație se evidențiază între posibilitatea TCA și SS (kt=-0,476, p≤0,01), confirmând că persoanele cu probabilitate crescută de TCA au tendința de a se percepe negativ și de a manifesta nesiguranță în raport cu propria valoare. Între dietă, bulimie, control oral și SS atestăm următoarele interrelații (kt=-0,407, p≤0,01, kt=-0,574, p≤0,01 și kt=-0,364, p≤0,01). Adolescente care manifestă grijă excesivă cu referire la controlul greutateii și restricții alimentare,

precum și o atenție excesivă asupra alimentației, episoadele de pierdere a controlului alimentar și comportamente compensatori, inclusiv evitarea alimentelor sunt mai susceptibile să prezinte o SS scăzută. Vom sublinia că nivelul scăzut al SS este asociat cu o probabilitate crescută de apariție a TCA.

Încă o direcție a cercetării noastre a vizat legăturile dintre TCA și IC la adolescente (figura 2.28).

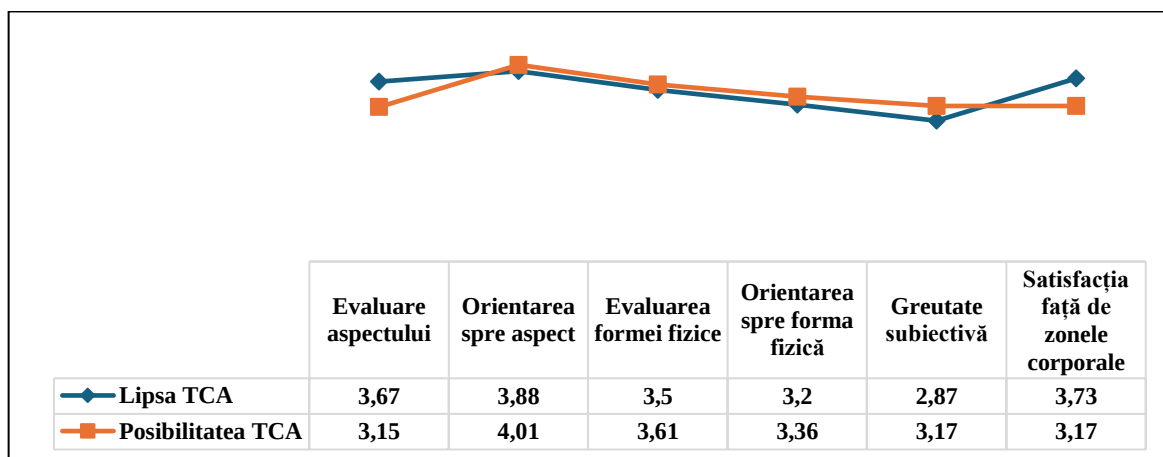


Fig. 2.28. Rezultatele pentru relațiile sine-corp la adolescente în funcție de lipsa sau posibilitatea TCA

Pentru adolescentele care nu prezintă risc de TCA, valorile medii sunt următoarele: evaluarea aspectului – 3,67 u.m., orientarea spre aspect se situează – 3,88 u.m., evaluarea formei fizice – 3,50 u.m., orientarea spre forma fizică – 3,20 u.m., greutatea subiectivă – 2,87 u.m., iar satisfacția față de zonele corporale – 3,73 u.m. Atestăm o percepție corporală predominant pozitivă, în care adolescentele tind să aibă o atitudine funcțională față de propriul corp, echilibrând preocuparea pentru aspect cu o relativă acceptare a IC. La adolescentele pentru care se constată posibilitatea existenței unei TCA, scorurile obținute sunt: evaluarea aspectului se micșorează la 3,15 u.m., ceea ce indică o autoevaluare critică a aspectului fizic; orientarea spre aspect înregistrează o expansiune până la 4,01 u.m., ce semnifică un interes intens pentru imaginea corporală; evaluarea formei fizice este ușor mai ridicată, cu un scor de 3,61 u.m., iar orientarea spre forma fizică crește și ea ușor la 3,36 u.m. Greutatea subiectivă înregistrează o valoare medie de 3,17 u.m., semnalând o tendință mai pronunțată spre distorsionarea percepției asupra greutății corporale. De asemenea, satisfacția față de zonele corporale scade la 3,17 u.m., marcând o diminuare a aprecierii pozitive față de corp.

Comparația mediilor la adolescente ne oferă cadru pentru a puncta că adolescentele fără risc de TCA manifestă o evaluare mai pozitivă a aspectului și o satisfacție mai înaltă în raport cu propriul corp, în timp ce adolescentele cu posibilitate de TCA prezintă o orientare crescută spre

aspectul fizic și o apreciere mai redusă a propriei imagini corporale. Incongruența dintre importanța acordată aspectului fizic și percepția corporală negativă poate semnaliza tensiuni psihice și a conflictelor legate de imaginea corporală specifică adolescenților cu risc crescut de TCA.

Corelațiile dintre riscul TCA și dietă, bulimie și control oral și dimensiunile relației adolescenților cu propriul corp, calculate prin coeficientul de corelație Kendall's Tau sunt înfățișate în tabelul 2.23 (Anexa 3. Tabelul A.3.8).

Tabelul 2.23. Relația dintre TCA / tipurile TCA și relația sine-corp după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
<i>TCA / Evaluarea aspectului</i>	kt=-0,499	p≤0,01
<i>TCA / Orientarea spre aspect</i>	kt=0,434	p≤0,01
<i>TCA / Evaluarea formei fizice</i>	kt=-0,324	p≤0,01
<i>TCA / Orientarea spre forma fizică</i>	kt=0,433	p≤0,01
<i>TCA / Satisfacția față de zonele corporale</i>	kt=-0,559	p≤0,01
<i>Dietă / Evaluarea aspectului</i>	kt=-0,548	p≤0,01
<i>Dietă / Evaluarea formei fizice</i>	kt=-0,355	p≤0,01
<i>Dietă / Orientarea spre forma fizică</i>	kt=0,346	p≤0,01
<i>Dietă / Greutatea subiectivă</i>	kt= 0,490	p≤0,01
<i>Dietă / Satisfacția față de zonele corporale</i>	kt=-0,618	p≤0,01
<i>Bulimie / Evaluarea aspectului</i>	kt=-0,439	p≤0,01
<i>Bulimie / Evaluarea formei fizice</i>	kt=-0,342	p≤0,01
<i>Bulimie / Satisfacția față de zonele corporale</i>	kt=-0,502	p≤0,01
<i>Control oral / Evaluarea aspectului</i>	kt=-0,346	p≤0,01
<i>Control oral / Satisfacția față de zonele corporale</i>	kt=-0,437	p≤0,01

Rezultatele din tabelul de mai sus arată trei corelații semnificativ negative între TCA și evaluarea aspectului corporal (kt=-0,499, p≤0,01), evaluarea formei fizice (kt=-0,324, p≤0,01) și și satisfacția față de zonele corporale (kt=-0,559, p≤0,01). Asocierile stabilite evidențiază că adolescențele care prezintă o IC negativă, o autoevaluare fizică deficitară și insatisfacție față de propriul corp sunt mai predispuse la manifestarea TCA. Între TCA și orientarea spre aspectul fizic și orientarea spre forma fizică (kt=0,434, p≤0,01, kt=0,433, p≤0,01), coeficienții de corelație sunt semnificativi pozitivi. Interesul excesiv pentru imaginea corporală și modul în care arată adolescențele constituie un factor predispozant pentru TCA. Între dietă și evaluarea aspectului, evaluarea formei fizice și satisfacția față de zonele corporale atestăm trei corelații semnificativ negative (kt=-0,548, p≤0,01, kt=-0,355, p≤0,01 și kt=-0,618, p≤0,01 și doi coeficienți semnificativ pozitivi între dietă și orientarea spre formă fizică și greutatea subiectivă (kt=0,346, p≤0,01,

$kt=0,490$, $p\leq 0,01$). Legături stabilim și între bulimie și evaluarea aspectului, evaluarea formei fizice și satisfacția față de sinele corporale, toate fiind semnificative negative ($kt=-0,439$, $kt=-0,342$, $kt=-0,702$, $kt=-0,502$, pentru $p\leq 0,01$). Și pentru controlul oral și evaluarea aspectului și satisfacția față de zonele corporale identificăm coeficienți semnificativi negativi ($kt=-0,346$, $kt=-0,437$, pentru $p\leq 0,01$). Corelațiile constatate susțin următoarele: insatisfacția corporală și o percepție distorsionată a greutății condiționează recurgerea la dietă; IC negativă și insatisfacția corporală ridicată provoacă bulimie; nemulțumirea corporală duce la control rigid al alimentației.

Investigarea personalității la adolescentele cu CA distincte evidențiază existența unor configurații psihologice distincte asociate cu CAR, CAEm, CAEx și TCA. În cazul CAR, constatăm o creștere progresivă a trăsăturilor de personalitate (conștiinciozității, autonomiei și dezirabilității sociale) odată cu intensificarea comportamentului, concomitent cu menținerea unor niveluri scăzute ale extraversiunii și stabilității emoționale. Această constatare evidențiază o orientare spre autocontrol, conformism și standarde ridicate, împreună cu o vulnerabilitate emoțională. Corelațiile dintre CAR și conștiinciozitate și respectiv perfecționism indică faptul că tendința de a respecta reguli stricte și de a atinge standarde înalte favorizează restricționarea alimentară, în special în contextul presiunilor legate de IC. În același timp, CAR se asociază cu anxietatea ridicată și cu SS scăzută, ceea ce sugerează că restricția alimentară poate funcționa ca mecanism de reglare a tensiunii emoționale și de compensare a unei autoevaluări negative. Relațiile dintre CAR și dimensiunile IC (evaluarea aspectului, satisfacția corporală) indică faptul că insatisfacția față de corp contribuie la adoptarea comportamentelor restrictive.

La adolescentele cu CAEm observăm o diminuare a stabilității emoționale și a autonomiei odată cu creșterea intensității acestui CA. Corelațiile evidențiază o asociere cu conștiinciozitatea și perfecționismul, dar mai ales o relație negativă cu stabilitatea emoțională, ceea ce arată rolul central al vulnerabilității afective în apariția acestui tip de CA. Totodată, relațiile cu anxietatea pronunțată și cu SS scăzută confirmă utilizarea alimentației ca strategie de coping în fața disconfortului emoțional și tendința de a se subestima.

Pentru CAEx rezultatele indică o scădere a trăsăturilor de autoreglare (conștiinciozitate și stabilitate emoțională) pe măsură ce crește intensitatea acestuia. Corelațiile arată că nivelul redus al stabilității emoționale și nivelul crescut al anxietății sunt asociate cu o reactivitate sporită la stimuli alimentari externi.

Cu referire la posibilitatea TCA vom menționa că adolescentele prezintă o structurare a personalității ce cuprinde: conștiinciozitate evidentă, nivel redus al stabilității emoționale, perfecționism peste limite, anxietate de intensitate ridicată, o auto estimare scăzută, distorsiune a IC, autoevaluare fizică negativă și insatisfacție față de propriul corp.

O constatare semnificativă este că personalitatea, prin conștiinciozitate ridicată, perfecționism exagerat, anxietate crescută, SS scăzută și IC corporală negativă constituie o componentă centrală care explică apariția și menținerea CA dezadaptative și a riscului pentru TCA în rândul adolescentelor. În contextul acestor rezultate conchidem că ipotezele concepute pentru acest paragraf: *presupunem că există interrelații între comportamentele alimentare dezadaptative și personalitate (trăsături de personalitate, perfecționism, anxietate, stima de sine, relația sine–corp) la adolescente și presupunem că există relații între posibilitatea unei tulburări de alimentație și personalitate (trăsături de personalitate, perfecționism, anxietate, stima de sine, relația sine–corp) la adolescente* au fost validate.

2.4. Climatul familial și diferite tipuri de comportamente alimentare la adolescente

Încă o etapă importantă a cercetării noastre a urmărit examinarea climatului familial (CF) la adolescentele cu CA dezadaptative (CAR, CAEm, CAEx) și TCA. CF a fost evaluat prin aplicarea FCQ, care evidențiază: CF pozitiv și CF negativ. Figura 2.29 arată distribuția percepției asupra CF în rândul adolescentelor, diferențiată în funcție de nivelul CAR.

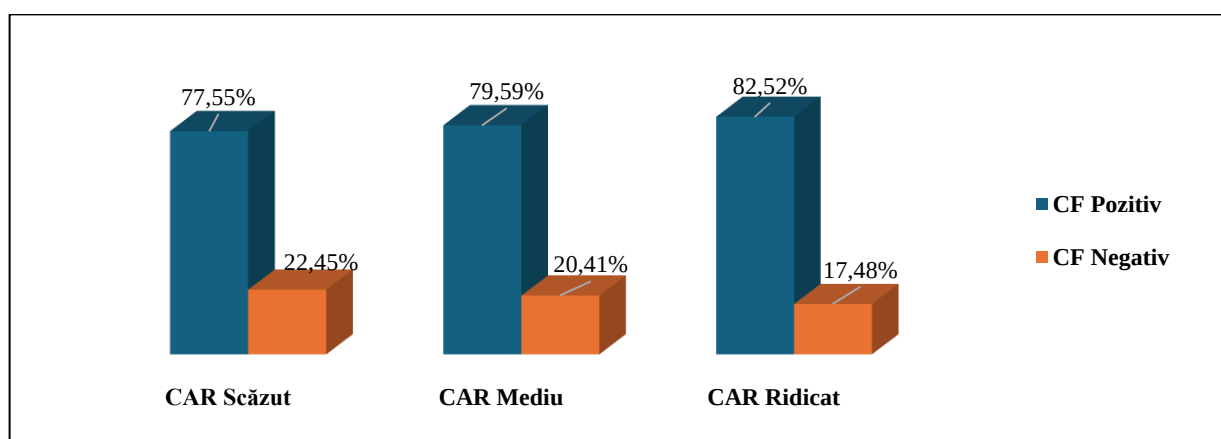


Fig. 2.29. Rezultatele pentru CF la adolescente în funcție de nivelul CAR

Adolescentele cu CAR scăzut, percep CF ca fiind pozitiv (77,55%), un procent de 22,45% descriu CF ca fiind negativ, ceea ce indică existența unui grup semnificativ de adolescente care, deși nu exercită un control alimentar intens, percep mediul familial ca fiind deficitar în susținere emoțională și armonie relațională. Pentru adolescentele ce demonstrează nivel mediu al CAR, frecvențele se distribuie: 79,59% din adolescente percep pozitiv CF, procentul celor care simt CF ca negativ este de 20,41%, sugerând o ușoară reducere a aprecierii disfuncționale față de grupul anterior. Aceste rezultate reflectă o relație relativ echilibrată între controlul alimentar moderat și susținerea familială, unde tensiunile pot exista, dar nu se manifestă la intensitate crescută. În rândul adolescentelor cu un nivel ridicat CAR, se observă cea mai mare frecvență a identificării CF ca

fiind pozitiv (82,52%), în timp ce doar 17,48% îl descriu ca fiind negativ. Această distribuție poate fi interpretată prin prisma faptului că unele adolescente cu un nivel ridicat de autocontrol alimentar se pot adapta mai bine în contexte familiale structurate și exigente, sau pot percepe climatul pozitiv în ciuda unor presiuni interne legate de imaginea corporală și perfecționism [25].

Analiza comparativă a celor trei grupuri sugerează următoarea relație între percepția asupra CF și nivelul CAR, astfel CF pozitiv este mai des raportat pe măsură ce crește nivelul restricției alimentare. Această constatare poate reflecta fie o percepție distorsionată a contextului familial de către adolescentele cu control alimentar excesiv, fie o relație complexă între valorizarea ordinii, conformismului familial și adoptarea unor comportamente restrictive [25].

În continuarea investigației privind relația dintre CAR și CF perceput de adolescente prezentăm coeficienții de corelație Kendall's Tau în tabelul 2.24 (Anexa 3. Tabelul A.3.5).

Tabelul 2.24. Relația dintre CAR și CF după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
<i>CAR / CF general pozitiv</i>	kt=-0,519	p≤0,01
<i>CAR / CF general negativ</i>	kt=0,386	p≤0,01

Conform datelor din tabelul 2.24, CAR corelează negativ semnificativ cu CF general pozitiv ($kt=-0,519$, $p\leq0,01$) și pozitiv cu CF general negativ ($kt=0,386$, $p\leq0,01$). Corelațiile consemnate evidențiază că adolescentele ce provin dintr-un CF negativ care se caracterizează prin lipsa sprijinului emoțional, comunicare deficitară și atmosfera conflictuală favorizează orientarea acestora spre control alimentar rigid ca formă de reglare sau compensare psihologică. Atestăm și o relație inversă un CF pozitiv ce presupune relații afective calde între părinți și adolescente, o comunicare armonioasă și deschisă, încurajarea și susținerea constantă a adolescentelor diminuează riscul apariției CAR.

În figura 2.30 este ilustrată distribuția percepției asupra CF în rândul adolescentelor, diferențiată în funcție de nivelul CAEm.

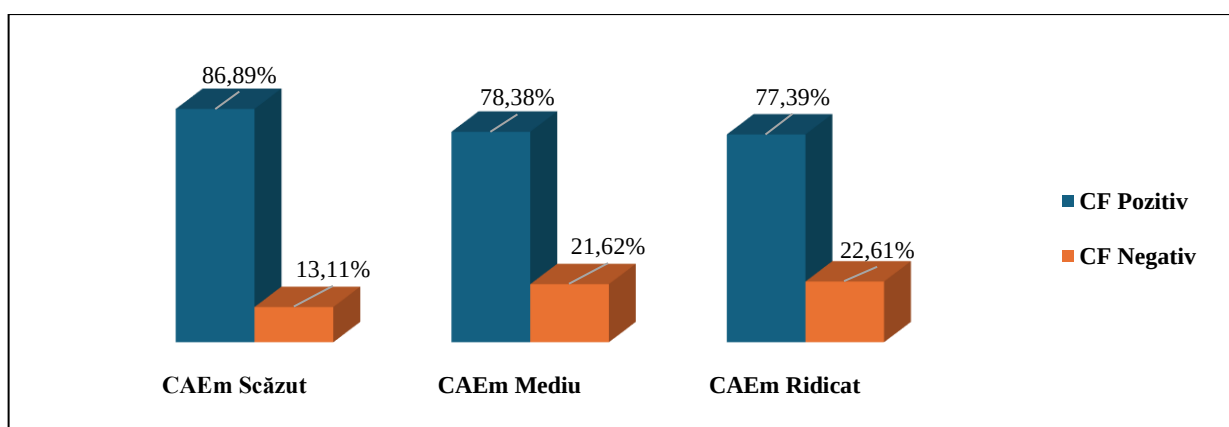


Fig. 2.30. Rezultatele pentru CF la adolescente în funcție de nivelul CAEm

Analiza minuțioasă a datelor ne permite să observăm că, în rândul adolescentelor care manifestă un nivel scăzut al CAEm, CF este interpretat predominant ca fiind pozitiv (86,89%), doar 13,11% din adolescente prezintă CF ca fiind negativ, ceea ce ne permite să menționăm că, în condiții de echilibru emoțional și autoreglare adecvată, mediul familial este perceput ca un spațiu de susținere afectivă și stabilitate relațională. Pentru adolescentele cu un nivel mediu al CAEm, CF pozitiv se întâlnește la 78,38%, în timp ce proporția celor care notează un CF negativ crește la 21,62%. Această modificare indică o posibilă relație între creșterea tendinței de a utiliza alimentația ca mijloc de reglare emoțională și o viziune asupra contextului familial ca fiind mai puțin armonios, caracterizat probabil de tensiuni, conflicte sau lipsă de suport emoțional consistent. În cazul adolescentelor care se dau dovadă de nivel ridicat al CAEm, frecvențele pentru CF pozitiv continuă să scadă ușor (ajungând la 77,39%), în timp ce 22,61% din adolescente declară că trăiesc într-un CF negativ. Aceste rezultate evidențiază o consolidare a asocierii între disfuncțiile în relațiile familiale și utilizarea alimentației în scopuri de reglare afectivă, ceea ce poate semnală un risc crescut de apariție a unor strategii de coping maladaptative [25].

Conform analizei a celor trei categorii de adolescente remarcăm următoarea tendință: pe măsură ce crește nivelul CAEm, scade proporția percepției unui CF pozitiv și crește evaluarea negativă asupra acestuia. Aceste rezultate susțin ideea conform căreia un mediu familial favorabil joacă un rol esențial în prevenirea tendinței de a recurge la alimentație în scop de compensare emoțională. Adolescente care beneficiază de sprijin familial consistent, empatie și comunicare deschisă sunt mai puțin susceptibile de a transforma hrănirea într-un mecanism de reglare a stresului emoțional. În schimb, un CF perceput ca negativ poate contribui la vulnerabilitatea emoțională a adolescentelor și la internalizarea unor modele dezadaptative de gestionare a emoțiilor [25].

Continuăm cu analiza corelației dintre CAEm și CF, utilizând coeficientul de corelație Kendall's Tau. Rezultatele obținute pot fi urmărite în tabelul 2.25 (Anexa 3. Tabelul A.3.5).

Tabelul 2.25. Relația dintre CAEm și CF după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
CAEm / CF general pozitiv	kt=-0,372	p≤0,01

Analizând tabelul 2.25, descoperim că CAEm corelează negativ cu CF general pozitiv ($kt = -0,372$, $p \leq 0,01$). Vom sublinia că adolescentele care beneficiază de suport emoțional, comunicare deschisă și disponibilitate afectivă din partea figurilor parentale dezvoltă strategii mai eficiente de reglare emoțională, reducând astfel nevoia de a utiliza alimentația ca răspuns la stres sau disconfort afectiv.

Figura 2.31 ilustrează modul în care adolescentele percep CF în funcție de nivelul CAEx.

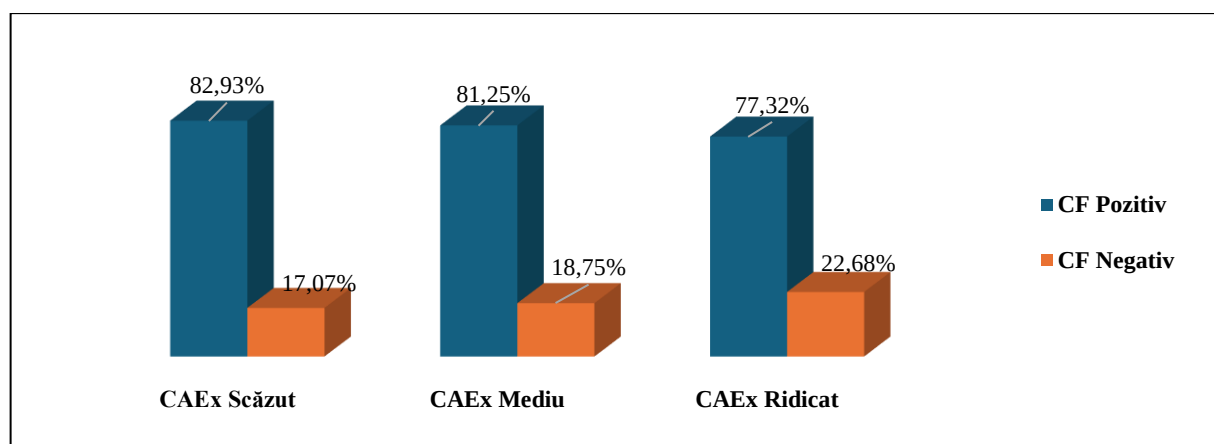


Fig. 2.31. Rezultatele pentru CF în funcție de nivelul CAEx

În cazul nivelului scăzut al CAEx, percepția unui CF pozitiv prevalează, fiind exprimată de 82,93% din adolescente, 17,07% din adolescente menționează că trăiesc într-un CF negativ, ceea ce relevă o legătură între un mediu familial favorabil și o relație mai sănătoasă cu hrănirea, neinfluențată de stimuli externi precum mirosul, gustul sau prezența alimentelor. La adolescentele cu nivel mediu al CAEx, frecvența CF pozitiv scade către 81,25%, iar percepția unui CF negativ crește spre 18,75%. Această tendință se explică printr-o afectare a mediului familial perceput și, posibil, o vulnerabilitate mai mare față de factorii de mediu care determină consumul alimentar, independent de semnalele interne ale foamei sau sațietății. Adolescente care prezintă un nivel ridicat al CAEx raportează cea mai scăzută frecvență a percepției unui CF pozitiv (77,32%), iar 22,68% din adolescente afirmă că familiile în care trăiesc se caracterizează prin CF negativ. Aceste date relevă o asocierie mai puternică între disfuncționalitatea relațiilor familiale și tendința de a mânca în răspuns la stimuli externi, în detrimentul autoreglării fiziologice [25].

Examinarea comparativă a frecvențelor evidențiază: odată ce CAEx se amplifică, percepția unui climat familial pozitiv se reduce semnificativ, iar interpretarea unui CF ca fiind negativ se intensifică. Un CF favorabil, bazat pe sprijin afectiv și comunicare, ar putea avea un efect de protecție împotriva dezvoltării CAEx, prin întărirea autoreglării emoționale și reducerea dependenței de factori externi în luarea deciziilor alimentare. În schimb, CF negativ poate contribui la dezechilibre în raportarea la alimentație, prin favorizarea unor CA dezadaptative [25].

În continuare poate fi vizualizată legătura între CAEx și CF perceput de adolescente în tabelul 2.26 (Anexa 3. Tabelul A.3.5).

Tabelul 2.26. Relația dintre CAEx și CF după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
CAEx / CF general negativ	kt=0,330	p≤0,01

Tabelul 2.26 ilustrează o corelație semnificativă pozitivă între CAEx și CF general negativ ($kt=0,330, p\leq 0,01$). Asocierea pozitivă dintre CAEx și percepția general negativă a CF arată faptul că un mediu tensionat, conflictual sau inconsistent poate amplifica vulnerabilitatea față de tendința de a consuma alimente ca reacție la stimuli din mediu [25].

Distribuția percepției asupra CF în rândul adolescentelor în funcție de prezența sau lipsa posibilității TCA este expusă în figura 2.32.

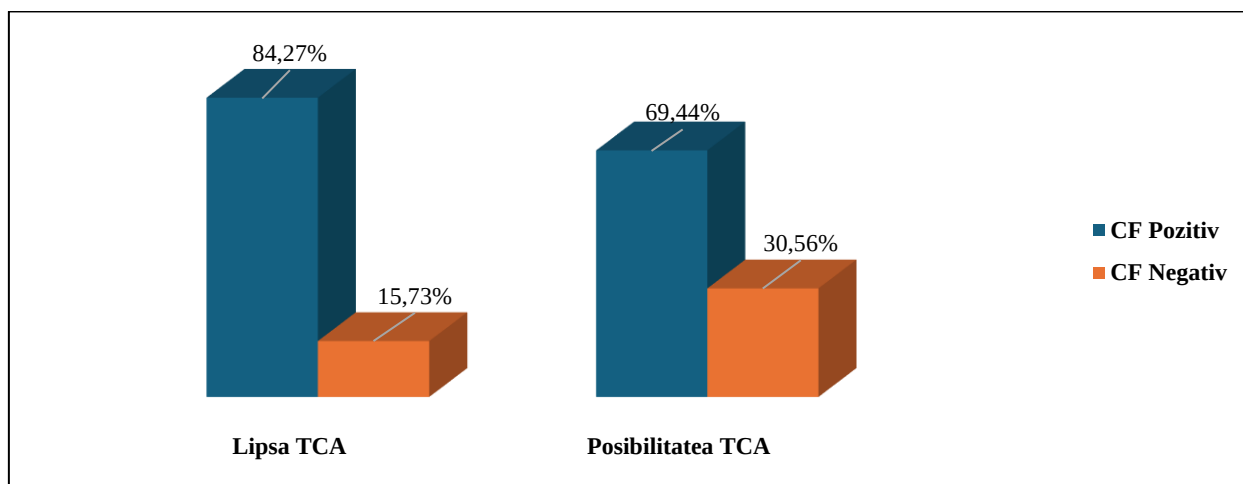


Fig. 2.32. Rezultatele pentru climat familial în funcție de lipsa sau posibilitatea TCA

La adolescentele fără TCA, CF este perceput preponderent ca fiind pozitiv, astfel 84,27% din adolescente indică existența unui CF favorabil, caracterizat, prin suport afectiv, comunicare funcțională și relații echilibrate cu membrii familiei. Doar 15,73% din adolescentele din această categorie descriu CF ca fiind negativ, vom menționa că, în absența riscului de TCA, relațiile familiale tind să fie sănătoase și susținătoare. În schimb, pentru adolescentele care se încadrează în zona de posibilitate a dezvoltării TCA, proporția percepției unui CF pozitiv scade semnificativ. Doar 69,44% dintre acestea indică un mediu familial favorabil, în timp ce 30,56% percep CF ca fiind negativ. Această diferență indică o asociere între contextul familial disfuncțional și riscul de apariție a TCA, sugerând că tensiunile, lipsa susținerii emoționale sau conflictele familiale pot contribui la vulnerabilizarea adolescentelor și la apariția unor CA dezadaptative [25].

Evaluând frecvențele vom evidenția faptul că un CF pozitiv este semnificativ mai frecvent în rândul adolescentelor care nu prezintă risc de TCA. Totodată, percepția unui CF negativ este de aproape două ori mai frecventă în cazul adolescentelor aflate în zona de posibilitate TCA. Aceste date susțin ideea conform căreia sprijinul familial joacă un rol protector important în menținerea sănătății emoționale și comportamentale a adolescentelor. Un CF pozitiv poate funcționa ca factor de reziliență în fața presiunilor sociale și a dificultăților personale care pot favoriza dezvoltarea TCA [25].

În demersul de cercetare ne-am propus să examinăm relația dintre TCA și CF perceput de adolescente, prin aplicarea coeficientului de corelație Kendall's Tau (Anexa 3. Tabelul A.3.9).

Tabelul 2.27. Relația dintre TCA și CF după coeficientul de corelație Kendall's Tau

Variabile	Coeficient kt	Prag de semnificație p
<i>TCA / CF general pozitiv</i>	kt=-0,399	p≤0,01
<i>TCA / CF general negativ</i>	kt=0,388	p≤0,01
<i>Dietă / CF general pozitiv</i>	kt=-0,495	p≤0,01
<i>Dietă / CF general negativ</i>	kt=0,375	p≤0,01
<i>Bulimie / CF general pozitiv</i>	kt=-0,391	p≤0,01
<i>Bulimie / CF general negativ</i>	kt=0,326	p≤0,01
<i>Control oral / CF general pozitiv</i>	kt=-0,317	p≤0,01
<i>Control oral / CF general negativ</i>	kt=0,345	p≤0,01

Astfel, riscul unei TCA prezintă o corelație semnificativă negativă cu CF general pozitiv ($kt=-0,399$, $p\leq 0,01$) și o corelație semnificativ pozitivă cu CF general negativ ($kt=0,388$, $p\leq 0,01$). Aceste corelații ne permite să consemnăm că un mediu familial pozitiv și suportiv, pot avea un rol protector împotriva dezvoltării TCA, iar disfuncționalitatea familială este asociată cu un risc crescut pentru manifestarea acestor tulburări [25]. Între dietă, bulimie și control oral și CF general pozitiv obținem coeficienți de corelație semnificativi negativi ($kt=-0,495$, $kt=-0,391$, $kt=-0,317$, pentru $p\leq 0,01$). Iar între dietă, bulimie și control oral și CF general negativ coeficienții de corelații sunt semnificativi pozitivi ($kt=0,375$, $kt=0,326$, $kt=0,345$, pentru $p\leq 0,01$). O constatare esențială este că CF pozitiv este un factor protectiv împotriva dietei, bulimiei și controlului oral, în timp ce CF negativ este un factor de risc ce determină restricția alimentară, bulimia și controlul alimentar rigid [25].

Sintetizând rezultatele cu referire la CF caracteristic pentru adolescentele cu CA distincte, formulăm următoarele constatări: pentru CAR distribuția frecvențelor ne indică o creștere a percepției CF pozitiv odată cu intensificarea controlului alimentar, însă analiza corelațională relevă o relație negativă semnificativă între CAR și CF pozitiv și una pozitivă cu CF negativ. Această discrepanță sugerează existența unor mecanisme de percepție distorsionată sau adaptativă, în care controlul alimentar rigid poate coexista cu o evaluare aparent pozitivă a mediului familial, în timp ce, la nivel relațional, disfuncționalitatea contribuie la adoptarea acestor comportamente ca formă de reglare psihologică.

În ceea ce privește CAEm constatăm o relație între creșterea nivelului acestuia și intensificarea percepției unui CF negativ. Adolescente care utilizează alimentația ca mecanism

de reglare emoțională provin din medii percepute ca deficitare în suport afectiv și comunicare, ceea ce explică orientarea către strategii de coping centrate pe alimentație.

Pentru CAEx rezultatele indică o diminuare progresivă a percepției CF pozitiv și o creștere a CF negativ odată cu intensificarea răspunsului la stimuli externi alimentari. Relația evidențiată între CAEx și CF negativ sugerează că un mediu familial tensionat poate amplifica dependența de factori externi în reglarea comportamentului alimentar.

Adolescentele cu risc de TCA prezintă o frecvență semnificativ mai mare a percepției CF negativ. Corelațiile evidențiază relații negative între CF pozitiv și indicatorii TCA (dietă, bulimie, control oral) și relații pozitive cu CF negativ, indicând faptul că disfuncționalitatea familială contribuie la vulnerabilitatea pentru dezvoltarea acestor tulburări, în timp ce un mediu suportiv este asociat cu absența acestora.

În ansamblu, vom menționa o constatare importantă a cercetării: CF are un rol esențial în apariția și menținerea CA dezadaptative și TCA la adolescente. Adolescentele care au o percepție negativă a mediului familial prezintă o frecvență mai ridicată a CA dezadaptative și o vulnerabilitate crescută la TCA, în timp ce evaluarea CF ca fiind pozitiv constituie o protecție în fața acestor CA. CF este un factor psihosocial cu impact determinant în înțelegerea CA distincte la adolescente. Astfel, ipoteza: *presupunem că există o legătură între comportamentele alimentare dezadaptative / posibilitatea unei tulburări de alimentație și tipul de climat familial la adolescente* a fost confirmată empiric.

2.5. Concluzii la capitolul 2

Studiul empiric al comportamentelor alimentare distincte la adolescente a stat la baza următoarelor constatări care conceptualizează modul de manifestare a CA dezadaptative și TCA în această etapă de vârstă:

1. Evidențiem o frecvență ridicată a CA dezadaptative la adolescente. Cele mai comune sunt CAEm și CAR. Alimentația adolescentelor este determinată de trăiri afective cu caracter negative (anxietate, stres, tristețe), totodată adolescentele limitează deliberat și strict consumul de alimente. Conform vârstei vom menționa că adolescentele de 16 – 17 ani prezintă preponderent CAEm, CAR și CAEx, la adolescentele de 14 – 15 ani prevalează CAEx, CAEm și CAR, iar la cele de 18 – 19 ani atestăm CAEm.
2. Fiecare a treia adolescentă se caracterizează prin posibilitatea TCA. Aceste adolescente au CA rigide sau dezorganizate, preocupări permanente și intruzive legate de propria greutate și dificultăți în menținerea controlului asupra consumului de alimente. Cel mai ridicat risc de TCA îl întâlnim la adolescentele de 18 – 19 ani.

3. Interrelațiile dintre CA dezadaptative indică că prezența unui tip de CA dezadaptativ favorizează apariția altora ceea ce subliniază existența unui model de disfuncționalitate alimentară. Pentru adolescente stabilim interdependențe între CA dezadaptative și riscul TCA, astfel vom conchide că CA dezadaptative, fie sunt factori de vulnerabilitate pentru TCA, fie manifestări incipiente a TCA.
4. Adolescente cu CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx) se disting prin: niveluri ridicate de conștiinciozitate (organizare, responsabilitate, autocontrol) și perfecționism (cu standarde foarte înalte și de obicei greu de atins, critică excesivă și teamă de a greși). Totodată evidențiem la ele instabilitate emoțională (griji, reacții afective intense), sensibilitate emoțională accentuată, anxietate accentuată, precum și o SS scăzută. Aceste adolescente manifestă o percepție distorsionată și negativă asupra propriei IC.
5. Caracteristici similare sunt la adolescente cu TCA: conștiinciozitate ridicată, dificultăți în menținerea echilibrului emoțional exprimate printr-o stabilitate afectivă scăzută. Tabloul caracteristicilor este completat cu perfecționism accentuat, anxietate ridicată, SS scăzută și frecvente distorsiuni ale IC, acompaniate de autoevaluare negativă a aspectului fizic și insatisfacție corporală persistentă.
6. O așa configurare a personalității atât la adolescente cu CA dezadaptative, cât și cu riscul TCA poate contribui la menținerea și amplificarea CA dezadaptative și TCA.
7. Adolescente cu CA dezadaptative și posibilitatea TCA percep CF ca fiind negativ. Astfel adolescente ce provin dintr-o familie în care persistă comunicare ostilă cu conflicte între părinți, între părinți și adolescentă, lipsa afecțiunii și a susținerii emoționale și critică excesivă vor manifesta în mod mai frecvent CA disfuncționale. CF este o condiție semnificativă în explicarea CA distincte.

3. DEZVOLTAREA PERSONALITĂȚII ADOLESCENTELOR CU COMPORTAMENTE ALIMENTARE DEZADAPTATIVE

3.1. Metodologia și conținutul programului de intervenție psihologică

În urma analizei literaturii de specialitate, s-a constatat că adolescentele care prezintă dificultăți legate de CA manifestă un set specific de trăsături de personalitate, printre care se numără perfecționismul accentuat, nivel înalt de anxietate, SS redusă, neîncrederea în propriile abilități, imaginea corporală negativă, dificultățile în reglarea comportamentului și un nivel scăzut al autoeficacității. Evaluarea de sine a acestor adolescente este adesea construită într-o manieră disproporționată, uneori chiar exclusivă, pe baza percepției legate de conformația și greutatea corporală, precum și a abilității lor percepute de a controla aceste aspecte. Această dependență excesivă de dimensiunea corporală în procesul de autoevaluare poate genera consecințe negative semnificative atât asupra sănătății fizice, cât și asupra echilibrului psihologic [16; 173; 183; 199; 228; 246; 268; 275; 281; 288].

Rezultatele obținute în cadrul cercetării constatative evidențiază o prevalență îngrijorătoare a CA dezadaptativ în rândul adolescentelor. Distribuția rezultatelor arată o predominanță a CAEm (46%) și CAR (41,20%), urmate de CAEx (38,80%). Chiar dacă majoritatea adolescentelor (71,20%) nu prezintă simptome clinice ale TCA, totuși, un procent semnificativ (28,80%) manifestă trăsături psihocomportamentale sugestive pentru posibilitatea TCA.

Legăturile evidențiate între CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx) și TCA (dietă, bulimie, control oral) și personalitate (trăsăturile de personalitate, perfecționism, anxietate, SS și dimensiunile relației sine-corp) la adolescente sunt prezentate în tabelul 3.1.

Tabelul 3.1. Relațiile dintre CA dezadaptative / TCA și personalitate la adolescente

Variabile		Explicațiile
CA dezadaptative / TCA	Conștiinciozitate	Nivel cresc al conștiinciozității se asociază cu CA dezadaptative și posibilitatea TCA
	Stabilitate emoțională	Nivel redus al stabilității emoționale influențează apariția și instaurarea CA dezadaptative și posibilitatea TCA
	Perfecționism	Perfecționismul accentuat este asociat cu CA dezadaptative și risc crescut de TCA
	Anxietate	Anxietatea ridicată favorizează utilizarea alimentației ca strategie de reglare emoțională

	Stima de sine	Nivelul scăzut al SS este asociat cu creșterea CA dezadaptative și TCA
	Imagine corporală	Nemulțumirea față de propria înfățișare și corp amplifică manifestarea CA dezadaptative și TCA
	Climatul familial	Familia (climatul familial negativ) funcționează ca factor de risc în dezvoltarea CA dezadaptative și TCA

CA dezadaptative și posibilitatea TCA la adolescente sunt determinate de un anumit mod de manifestare a conștiințiozității și stabilității emoționale. Conștiințiozitatea, controlul crescut și organizarea, în anumite condiții, favorizează rigiditatea în ceea ce privește alimentația (CA dezadaptative și TCA). În mod asemănător, un nivel scăzut al stabilității emoționale ce presupune o tendință ridicată spre anxietate, îngrijorare și tensiune, sensibilitate emoțională accentuată, dificultăți în gestionarea emoțiilor contribuie la apariția și menținerea CA dezadaptative și TCA. Perfecționismul maladadaptativ ce se manifestă la adolescente prin standarde ridicate și un criticism față de propria persoană prezintă un factor ce condiționează adoptarea de către adolescente a CA rigide și controlate. Nivelul ridicat de anxietate face ca alimentație să devină mijloc de reglare emoțională, crescând vulnerabilitatea adolescentelor pentru CA dezadaptative și TCA, iar nivelurile scăzute ale SS, ce le face pe adolescente să se autodevalorizeze sunt asociate cu o frecvență crescută a CA dezadaptative și TCA. Evaluarea negativă a propriului corp și aspect fizic de către adolescente ce cuprinde percepții distorsionate și critice privind forma corpului, anumite trăsături fizice și greutate intensifică experimentarea CA dezadaptative. CF negativ influențează modelează relația adolescentelor cu alimentația și cu propriul corp, prin urmare ducând la dezvoltarea și menținerea la adolescente a CA dezadaptative și TCA.

Evidențierea caracteristicilor adolescentelor cu CA dezadaptative și TCA este importantă, întrucât ele constituie baza științifică pentru conceptualizarea și dezvoltarea unui program de intervenții psihologice individualizat, cât și la stabilirea obiectivelor acestuia.

Capitolul III are drept **scop** elaborarea și verificarea eficienței unui program de intervenții psihologice *destinat dezvoltării personalității adolescentelor cu comportamente alimentare dezadaptative și risc de tulburări de comportament alimentar*.

Ipoteza pentru acest compartiment al cercetării noastre este: presupunerea, că printr-un program de intervenții psihologice special organizat, se poate influența pozitiv dezvoltarea personalității adolescentelor cu comportamente alimentare dezadaptative, prin optimizarea trăsăturilor de personalitate, diminuarea perfecționismului și anxietății, dezvoltarea stimei de sine,

consolidarea încrederii în propriile abilități și formarea unei imagini corporale pozitive, contribuind astfel la reducerea acestor comportamente.

Obiectivele programului de intervenții psihologice au fost formulate în concordanță cu particularitățile psihoindividuale ale adolescentelor cu CA dezadaptative și riscul TCA. Printre acestea se numără:

- creșterea nivelului de informare privind riscurile asociate alimentației deficitare sau restrictive și promovarea unor obiceiuri alimentare sănătoase;
- dezvoltarea și optimizarea trăsăturilor de personalitate, prin consolidarea conștiinței și stabilității emoționale;
- dezvoltarea competențelor de exprimare și reglare a emoțiilor;
- diminuarea gradului de perfecționism, cu orientarea acestuia spre forme constructive și reducerea nivelului anxietății;
- dezvoltarea stimei de sine și consolidarea încrederii în propriile abilități;
- formarea unei imagini corporale pozitive și îmbunătățirea percepției legate de înfățișare și importanța acesteia;
- prevenirea riscului de instalare a tulburărilor de comportament alimentar.

Programul de intervenții psihologice a fost conceput în concordanță cu un set de principii etice și metodologice care asigură desfășurarea intervenției într-un cadru profesionist, empatic și sigur (Anexa 6). Aceste principii ghidează fiecare etapă a procesului, de la planificarea activităților până la interacțiunea directă cu adolescentele, urmărind menținerea unei relații de încredere și respect reciproc [103; 105; 122; 128; 241; 259].

- 1) *Respectarea demnității umane* presupune recunoașterea valorii fiecărei participante ca persoană unică, cu propriile experiențe, emoții și perspective. În acest sens, toate activitățile se orientează spre încurajarea exprimării libere și autentice, fără teama de judecată sau marginalizare [103; 122; 259].
- 2) *Acceptarea necondiționată* se reflectă în atitudinea deschisă și lipsită de prejudecăți a psihologului, care încurajează acceptarea diversității emoționale, comportamentale și culturale. Se urmărește crearea unui spațiu sigur în care fiecare adolescentă să se simtă ascultată, înțeleasă și valorizată [103; 241; 259].
- 3) *Competența profesională* este asigurată prin utilizarea exclusivă a tehnicilor și metodelor care se înscriu în sfera de pregătire profesională a psihologului. Fiecare activitate este fundamentată pe cunoștințe validate științific și adaptată la specificul grupului țintă [103; 105].

- 4) *Confidențialitatea* reprezintă un pilon central al intervenției. Informațiile personale, trăirile sau relatările împărtășite în cadrul grupului sunt protejate, fiind clar stabilit că acestea nu pot fi divulgate în afara contextului profesional [103; 105; 122].
- 5) *Responsabilitatea profesională și socială* se manifestă prin orientarea constantă către binele participantelor, respectarea limitelor etice ale profesiei și menținerea unei conduite echilibrate, care să ofere siguranță emoțională adolescentelor [103; 105].
- 6) *Adecvarea tehnicilor psihologice* se manifestă prin faptul că fiecare exercițiu și metodă de lucru este aleasă ținând cont de nivelul de dezvoltare cognitivă, emoțională și socială al adolescentelor, precum și de scopurile formative ale programului de intervenții psihologice [103; 105; 128].
- 7) *Implicarea activă* se încurajează prin metode interactive și de colaborare, care stimulează participarea fiecărei membre a grupului. Accentul se pune pe învățarea prin experiență, prin dialog, reflecție personală și susținere reciprocă [103; 105; 128; 241; 259; 282].

Programul de intervenții psihologice este construit pe baza unor tehnici validate științific, adaptate vârstei și specificului psihologic al adolescentelor cu CA dezadaptative și posibilitatea TCA, precum: *tehnici de restructurare cognitivă și lucru cu schemele, tehnici de reglare emoțională și conștientizare afectivă, exerciții de conștientizare corporală, exerciții de autoafirmare, exerciții de expunere graduală, exerciții bazate pe mindfulness, antrenament al abilităților sociale și relaționale, precum și elemente psihoeducaționale*. Tehnicile incluse în programul de intervenții psihologice sunt selectate din cadrul psihoterapiei cognitiv-comportamentale, ale terapiei axate pe compasiune și ale educației emoționale [103; 105; 122].

Intervențiile psihologice se desfășoară pe trei niveluri interdependente: **cognitiv** (prin restructurarea gândirii și corectarea distorsiunilor cognitive), **emoțional** (prin exersarea tehnicilor de relaxare și exprimare emoțională), și **comportamental** (prin activități de autoafirmare, relaționare și asumare de roluri sociale) [39; 66; 105].

În ceea ce privește *dimensiunea cognitivă*, programul include tehnici specifice terapiei cognitiv-comportamentale: identificarea convingerilor disfuncționale, analiza distorsiunilor cognitive, interogarea socratică, restructurare cognitivă. Astfel de tehnici au fost utilizate pentru a ajuta participantele să identifice gândurile automate negative și să ajungă la convingerile de bază care le influențează imaginea corporală și SS. Prin întrebări ghidate și reflecție în perechi, adolescentele învață să evalueze gradul de realism al acestor convingeri și să construiască alternative mai sănătoase. Aceste activități sunt completate de exerciții de identificare a miturilor despre perfecțiune și de reconstrucție a valorii personale în afara performanței și aspectului fizic

[103; 105; 282]. Exemple de tehnici sunt: „Săgeata verticală”, „Cum trebuie să arate corpul perfect”, „Dreptul de a fi imperfectă” și „Linia vieții corpului meu”.

În plan emoțional, programul integrează componente de alfabetizare emoțională, constând în identificarea, diferențierea și analiza emoțiilor, tehnici de auto-monitorizare, hărți emoționale, tehnici de respirație, exerciții de auto-liniștire, exerciții de auto-compasiune, scriere liberă [103; 122]. Drept tehnici de alfabetizare emoțională am folosit „Jurnalul emoțional”, „Asocierea emoțiilor cu senzațiile corporale”, „Harta emoțiilor în corp”, „Emoțiile care hrănesc”, „Harta stresului personal”, iar drept tehnici de calmare și autoreglare programul conține „Respirația conștientă”, „Trusa mea de calmare”, „Scutul meu împotriva rușinii”. În paralel am introdus și exerciții de autocompasiune și de autoacceptare, în care adolescentele exersează exprimarea unui discurs interior blând și încurajator, de exemplu „Eu dincolo de aparențe”, „Vocea blândă din interior”, „Ce-mi spun și cum mă simt” și „Oglinda valorii personale”.

Componenta comportamentală a programului vizează formarea unor atitudini proactive și sănătoase în raport cu propriul corp. În conținutul programului nostru se regăsesc tehnici de activare comportamentală orientată spre autoîngrijire, exerciții de analiză a relației cu propriul corp, joc de rol, exerciții de antrenare a abilităților sociale cu accent pe comunicarea asertivă, utilizarea mesajelor de tip „eu”, stabilirea limitelor și gestionarea criticii. Prin aceste exerciții se urmărește dezvoltarea unei relații funcționale și grijulii față de propriul corp, înlocuind critica cu aprecierea și comparația cu grija de sine. Un accent important punem pe exersarea abilităților relaționale, în special a comunicării asertive. Prin jocuri de rol, simulări de conversații dificile, mesaje de tip „eu” și reflecții ghidate, participantele învață cum să își exprime nevoile, cum să pună limite sănătoase și cum să răspundă la critică fără autojudecată [66; 103; 105; 191]. Exemple de activități desfășurate sunt: „Scrisoare către propriul corp”, „Planul de grijă de sine”, „Oglinda empatică”, „Afirmații pozitive despre sine”, precum și activități de planificare personală orientate spre dezvoltare și autoeficacitate precum „Nu vreau să mă laud, dar...”, „Planul meu de creștere personală”, „Harta viitorului meu”.

Prin combinarea acestor tehnici, într-o succesiune logică și progresivă, programul favorizează schimbări pozitive atât la nivel intrapersonal, cât și în relațiile cu ceilalți, oferind adolescentelor instrumente concrete de cunoaștere, acceptare și susținere a propriei persoane.

Programul de intervenții psihologice este configurat în trei etape, după cum urmează în tabelul 3.2.

Tabelul 3.2 Etapele și sesiunile programului de intervenții psihologice

Denumirea etapei	Numărul de sesiuni și titlul sesiunii
------------------	---------------------------------------

<i>Etapa introductivă</i> – are drept scop facilitarea cunoașterii interpersonale dintre adolescente, stabilirea regulilor de grup și construirea unui climat de siguranță psihologică.	Sesiunea 1 – Sesiunea 2 Sesiunea 1. Intercunoaștere și principii de lucru în grup Sesiunea 2. Intercunoaștere și reprezentarea eului
<i>Etapa fundamentală</i> este axată pe creșterea nivelului de informare a adolescentelor cu referire la alimentație problematică sau restrictivă și promovarea unor comportamente alimentare sănătoase; dezvoltarea trăsăturilor de personalitate (cu focusarea pe conștiinciozitate și stabilitate emoțională); dezvoltarea abilităților de exprimare și reglare a trăirilor emoționale; reducerea nivelului de perfecționism și scăderea anxietății; creșterea stimei de sine și consolidarea încrederii în propriile capacități; îmbunătățirea imaginii corporale prin creșterea percepției asupra propriei înfățișări și corp; precum și prevenirea TCA.	Sesiunea 3 – Sesiunea 18 Sesiunea 3. Imaginea de sine și oglinda socială Sesiunea 4. Imagine corporală și influențele sociale Sesiunea 5. Relația cu propriul corp și restructurare cognitivă Sesiunea 6. Perfecționismul sănătos și cel dezadaptativ Sesiunea 7. Autocompasiune și dialog interior pozitiv Sesiunea 8. Gestionarea criticii și a rușinii corporale Sesiunea 9. Imagine corporală pozitivă și recunoștință față de corp Sesiunea 10. Comunicarea emoțiilor și exprimarea autentică Sesiunea 11. Relația emoțională cu alimentația Sesiunea 12. Principiile alimentației sănătoase Sesiunea 13. Strategii de gestionare a stresului și anxietății Sesiunea 14. Comunicare asertivă și exprimarea nevoilor personale Sesiunea 15. Exersarea drepturilor mele personale Sesiunea 16. Stabilirea limitelor sănătoase și relațiile interpersonale Sesiunea 17. Stima de sine Sesiunea 18. Profilul de personalitate și planul de dezvoltare
<i>Etapa de încheiere</i> este dedicată procesului de autoevaluare, formulării concluziilor, consolidării progreselor realizate și valorizării implicării în procesul de schimbare personală.	Sesiunea 19 – Sesiunea 20 Sesiunea 19. Consolidarea schimbărilor și integrarea noilor comportamente Sesiunea 20. Încheiere și celebrarea procesului
<i>Tema pentru acasă</i> – a fost gândită cu scopul de a menține și susține procesul de schimbare prin: însușirea cunoștințelor, transferul abilităților și comportamentelor în școală, familie, relațiile cu colegii, dezvoltarea independenței și urmărirea progresului.	Sesiunea 1 – Sesiunea 19 Jurnalul Zilnic Eu în diferite contexte Calitățile mele pozitive Autoapreciere și iubire de sine Observarea corpului Acceptarea imperfecțiunilor Limbajul iubirii de sine Reflecție conștientă în fața oglinzii Un lucru bun despre mine Copilul din interior

	Momentele dificile Alegeri sănătoase și resurse personale Repetiția mentală a situațiilor dificile Exprimarea clară a nevoilor personale Exersarea drepturilor personale Deși... totuși... Afirmatii pozitive despre mine Vision board: planul meu de creștere personală Calendarul activităților plăcute: Aplicare
--	---

Programul de intervenții psihologice a fost aplicat pe un grup de 12 adolescente – grupul experimental (GE). Acestea au fost încadrate în 20 de sesiuni, cu frecvența de 2 sesiuni pe săptămână, fiecare cu durată de 120 de minute. Pentru comparație am selectat un alt grup de 12 adolescente – grupul de control (GC). Adolescente din GE și GC sunt cu CA dezadaptative ridicate și TCA. Statistic, conform testului U Mann-Whitney, nu am evidențiat diferențe statistice semnificative între GE și GC. Această constatare confirmă omogenitatea celor două grupuri în raport cu variabilele investigate și indică faptul că acestea au fost similare din perspectiva criteriilor de selecție (Anexa 5. Tabelul A.5.1).

Împreună cu programul de intervenții psihologice, am realizat două sesiuni destinate părinților construite cu scopul de a susține procesul de schimbare început de adolescente și de a favoriza implicarea activă a familiei. Tematicile sesiunilor cu părinții sunt: *Sesiunea 1. Particularitățile psihologice ale adolescenței și nevoile de bază și Sesiunea 2. Comunicarea empatică părinte–adolescentă și sprijinul emoțional* (Anexa 6). Acestea se bazează pe activități interactive, precum studiul de caz, jocul de rol și discuțiile în grup, menite să stimuleze reflecția și schimbul de experiență între părinți. Prin intermediul acestor exerciții, părinții sunt încurajați să își revizuiască propriile convingeri legate de adolescență, să înțeleagă mai bine nevoile specifice acestei vârste și să exploreze modalități concrete de comunicare empatică. De asemenea, se discută despre rolul sprijinului emoțional oferit acasă și despre modul în care climatul familial poate influența comportamentele alimentare ale adolescentelor. Sesiunile sunt orientate spre reconectarea autentică între părinți și fiicele lor, oferind un cadru de învățare mutuală, susținere emoțională și întărire a relației [105; 184]. La sesiuni au participat 12 părinți (9 mame și 3 tați) ai adolescentelor din GE.

3.2. Evaluarea eficienței programului de intervenții psihologice

Pentru a evalua eficiența programului de intervenții psihologice, la finalul etapei formative și peste trei luni au fost reaplicate aceleași instrumente psihologice utilizate în testarea inițială: DEBQ, TFEQ-R1, EAT-26, CP5F, FMPS, GAD-7, RSES și MBSRQ-AS.

Eficiența programului de intervenții psihologice, a fost determinată prin examinarea comparativă a mediilor dintre: (1) rezultatele adolescentelor din GE între test și retest, (2) rezultatele adolescentelor din GC între test și retest, precum, (3) rezultatele obținute de GE la retest în raport cu cele ale GC la retest și (4) rezultatele obținute de GE test cu retest și retest 2 (follow-up). Pentru analiza statistică a datelor au fost utilizate testul Wilcoxon, pentru evaluarea modificărilor intra-grup (compararea rezultatelor la test și retest în interiorul fiecărui grup și testul U Mann-Whitney, în vederea comparării rezultatelor dintre GE și cel de control [220].

În figura 3.1 sunt reprezentate mediile pentru tipul de CA (CAR, CAEm și CAEx) la adolescentele din GE test și GE retest.

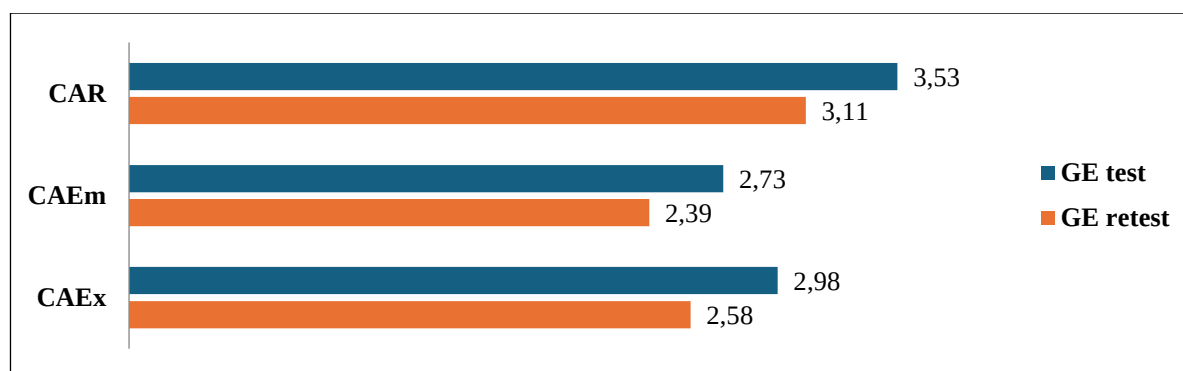


Fig. 3.1. Mediile pentru CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx) la adolescentele din GE test și GE retest

Analizând datele obținute pentru CAR, media scorurilor a scăzut de la 3,53 u.m. la test, la 3,11 u.m. la retest. Direcția modificării este favorabilă, iar reducerea este semnificativă din punct de vedere statistic ($Z=-2.913$, $p=0,004$), acest rezultat indică faptul că rigiditatea în controlul alimentar s-a diminuat ușor, însă fără un impact substanțial. Pentru CAEm, media inițială este de 2,73 u.m. la test și se diminuează până la 2,39 u.m. la retest. Tendința este descrescătoare, iar diferența este semnificativă statistic ($Z=-2.803$, $p=0,05$), sugerând că influența emoțiilor asupra alegerilor alimentare nu a fost redusă într-o manieră evidentă în urma intervenției. CAEx înregistrează o scădere de la 2,98 u.m. la test la 2,58 u.m. la retest. Diferența este semnificativă statistic ($Z=-3.061$, $p=0,002$), ceea ce indică o reducere ușoară a răspunsului alimentar la stimuli externi (precum mirosul, observarea alimentelor) și care este suficient de puternică pentru a fi semnificativă din punct de vedere statistic (Anexa 5. Tabelul A.5.2) [220]. Considerăm că diminuarea CA dezadaptativ este facilitată prin activități precum „Emoțiile care hrănesc”, „Exercițiul de degustare conștientă”, „Farfuria echilibrată”, acestea contribuind la educarea privind alimentația echilibrată și diferențierea între foamea reală și mâncatul emoțional sau extern. De asemenea, prin activități precum „Ce-mi spun și cum mă simt”, „Vocea blândă din interior”, participantele au dezvoltat strategii mai sănătoase de raportare la sine și la alimentație.

Figura 3.2 ilustrează modificările înregistrate în ceea ce privește CC, MN și MEm alimentară la adolescentele incluse în GE, comparând valorile medii obținute la testul inițial și la retest, după implementarea programului de intervenții psihologice.

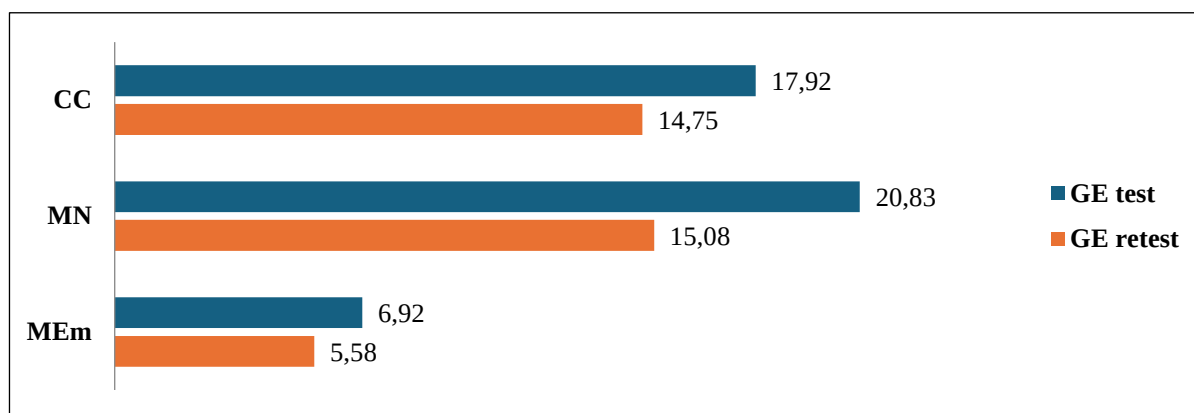


Fig. 3.2. Mediile pentru CC, MN și MEm la adolescentele din GE test și GE retest

În privința CC, media obținută la test este de 17,92 u.m., în timp ce la retest această valoare scade la 14,75 u.m. ($Z=-2.953$, $p=0,003$). Această diminuare a mediilor este semnificativă statistic și reflectă o reducere a controlului alimentar impus prin voință sau raționamente cognitive, ceea ce poate sugera o relaționare mai flexibilă și mai sănătoasă cu actul alimentar în rândul adolescentelor care au beneficiat de intervenție. Se poate deduce că acestea au renunțat parțial la strategiile rigide de restricționare a alimentației, ca urmare a activităților de restructurare cognitivă desfășurate în etapa fundamentală a programului. În ceea ce privește MN, valorile medii indică o scădere de la 20,83 u.m. la test, la 15,08 u.m. la retest ($Z=-3.088$, $p=0,002$). Diferența consemnată este semnificativă statistic, semnalând o diminuare a episoadelor de pierdere a controlului asupra consumului alimentar. Referitor la MEm, participantele din GE au obținut o medie de 6,92 u.m. la test, care a scăzut la 5,58 u.m. la retest ($Z=-2.584$, $p=0,01$). Observăm o descreștere a mediilor, diferențele fiind semnificative statistic (Anexa 5. Tabelul A.5.3). Deopotrivă, micșorarea mediilor la adolescentele din GE retest o descriem ca o reducere a tendinței de a apela la alimentație ca mecanism de reglare emoțională. În mod evident, activitățile centrate pe identificarea și exprimarea emoțiilor, precum și pe dezvoltarea unor strategii eficiente de gestionare a stresului emoțional, cum ar fi „Harta emoțiilor”, „Exprimarea sentimentelor”, „Emoțiile care hrănesc”, au un efect benefic asupra relației dintre stările afective și retenția alimentară la adolescente [220].

Mediile pentru TCA (dietă, bulimie și control oral) la adolescentele din GE test și retest sunt prezentate în figura 3.3.

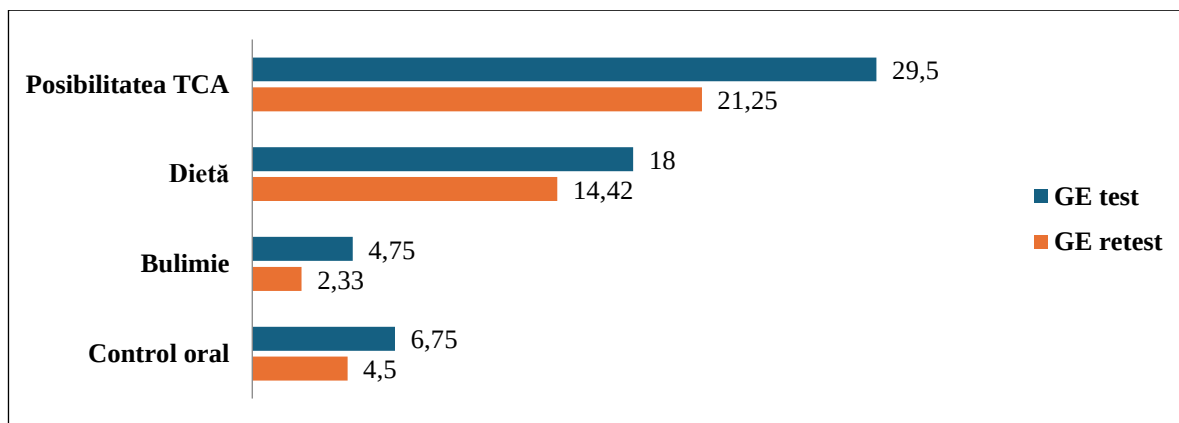


Fig. 3.3. Mediile pentru posibilitatea prezenței TCA (dietă, bulimie, control oral) la adolescentele din GE test și GE retest

Urmărind datele din figura 3.3, putem observa că la *posibilitatea TCA*, participantele din GE test au înregistrat la test o medie de 29,5 u.m., iar la retest media a scăzut la 21,25 u.m. Diferența înregistrată este statistic semnificativă, conform testului Wilcoxon ($Z=-3.077$, $p=0,002$). În ceea ce privește *dietă*, media scorului la test a fost de 18 u.m., iar la retest media este de 14,42 u.m. Și în acest caz, diferența este semnificativă din punct de vedere statistic ($Z=-2.965$, $p=0,003$), ceea ce sugerează o diminuare a regimului restrictiv în urma participării la programul de intervenții. Pentru *bulimie*, media la test – 4,75 u.m., iar la retest este de 2,33 u.m., diferența fiind de asemenea statistic semnificativă ($Z=-2.671$, $p=0,008$). Această scădere indică o reducere a preocupărilor excesive pentru alimentație și a tendințelor bulimice în rândul adolescentelor din GE. La *control oral*, participantele prezintă: o medie de 6,75 u.m. la test, iar la retest media se diminuează până la 4,5 u.m. Diferențele între medii sunt statistic semnificative ($Z=-2.992$, $p=0,003$), ceea ce reflectă un control alimentar mai puțin rigid și o atitudine mai echilibrată față de consumul de alimente (Anexa 5. Tabelul A.5.4). Explicăm aceste modificări prin participarea adolescentelor în activități de identificare a tiparelor disfuncționale de gândire și comportament, activități orientate spre dezvoltarea unei relații funcționale cu alimentația și corpul, dezvoltarea SS și a unei imagini corporale pozitive, precum și exerciții de reglare și exprimare emoțională. Activitățile care au produs aceste schimbări la adolescente sunt: „Linia vieții corpului meu”, „Tehnica săgeții verticale”, „Corpul meu – dincolo de aparențe”, „Emoțiile care hrănesc”, „Alimentația sănătoasă”, „Farfuria echilibrată” și „Obiceiuri alimentare” [220].

Rezultatele pentru trăsăturile de personalitate la adolescentele din GE test și GE retest pot fi vizualizate în figura 3.4.

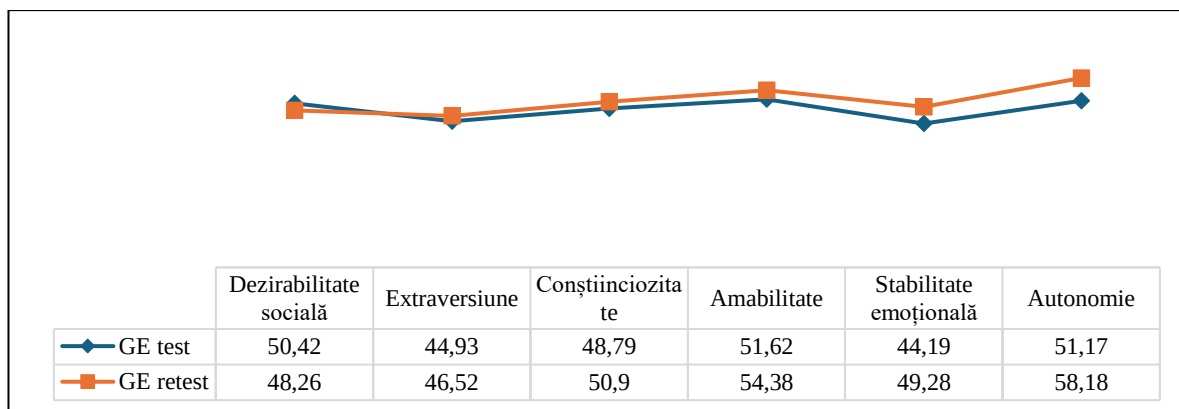


Fig. 3.4. Mediile pentru trăsăturile de personalitate la adolescentele din GE test și GE retest

La *dezirabilitate socială*, media scorurilor scade de la 50,42 u.m. la test, la 48,26 u.m. la retest. Diferența este statistic semnificativă ($Z=-2.003, p=0,021$), ceea ce poate indica o diminuare a tendinței adolescentelor de a răspunde într-un mod conformist sau social acceptabil și o orientare mai mare spre exprimarea autentică a propriilor atitudini și comportamente [220]. La *extraversiune* media adolescentelor din GE test: 44,93 u.m. iar la ele în GE retest media este: 46,52 u.m. La *conștiinciozitate* media adolescentelor din GE test: 48,89 u.m., iar GE retest: 50,9. Mediile adolescentelor pentru *amabilitate* sunt: GE test – 51,62 u.m. și GE retest – 54,38 u.m. O altă trăsătură din CP5F este *stabilitatea emoțională*, mediile adolescentelor din GE test – 44,19 u.m. și retest – 49,28 u.m. Vom menționa că pentru *extraversiune*, *conștiinciozitate*, *amabilitate* și *stabilitate emoțională* mediile adolescentelor se modifică, însă nu consemnăm încă diferențe statistic semnificative. Pentru trăsătura *autonomie* se înregistrează o creștere semnificativă de la o medie de 51,17 u.m. la test, la 58,18 u.m. la retest. Atestăm o diferență statistic semnificativă ($Z=-3.061, p=0,002$), rezultat care sugerează o consolidare a capacității adolescentelor de a lua decizii independente, de a-și afirma punctele de vedere și de a-și asuma controlul asupra propriului comportament, ceea ce este un indicator important în procesul de optimizare a personalității (Anexa 5. Tabelul A.5.5). Aceste modificări se datorează activităților precum „Trei reprezentări ale eului”, „Fereastra lui Johari”, „Dreptul de a fi imperfectă”, „Exprimarea nevoilor personale în mod asertiv” etc.

Urmărind figura 3.5, putem observa modificările pentru perfecționism la adolescentele din GE test și retest.

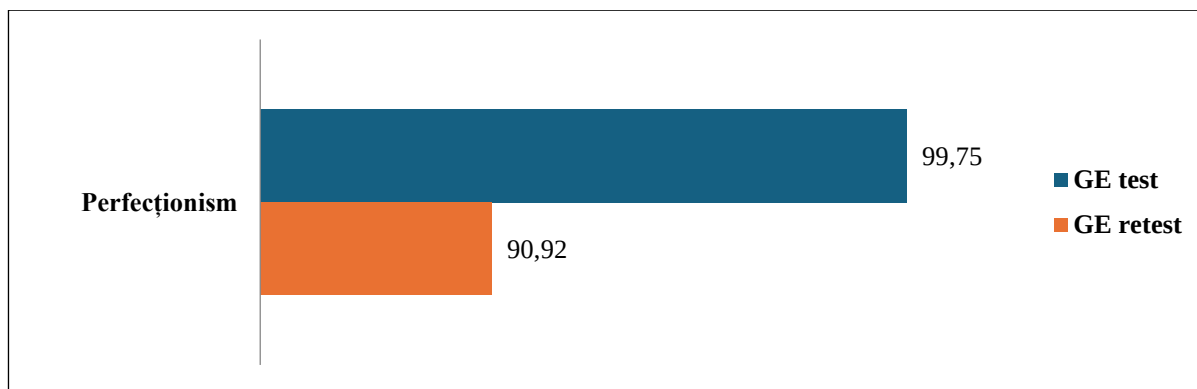


Fig. 3.5. Mediile pentru perfecționism la adolescentele din GE test și GE retest

Astfel, adolescentele din GE în etapa test demonstrează o medie de 99,75 u.m. și 90,92 u.m. la retest. Diferența observată este semnificativă din punct de vedere statistic conform testului Wilcoxon ($Z=-3.068$, $p=0,002$), ceea ce indică o diminuare clară a tendințelor perfecționiste în urma participării adolescentelor la programul de intervenții psihologice (Anexa 5. Tabelul A.5.6). Vom menționa că activitățile orientate spre acceptare de sine, flexibilitate cognitivă și restructurarea așteptărilor nerealiste, precum „Dreptul de a fi imperfectă”, „Scara perfecționismului – între motivație și autocritică”, „Cum trebuie să arate corpul perfect?”, favorizează reducerea perfecționismului, un factor cunoscut ca fiind corelat cu riscul dezvoltării CA dezadaptative și TCA [220].

Continuăm cu evaluarea eficienței intervențiilor psihologice prin analiza mediilor pentru anxietate la adolescentele din GE test și GE retest. Rezultatele sunt prezentate elocvent în figura 3.6.

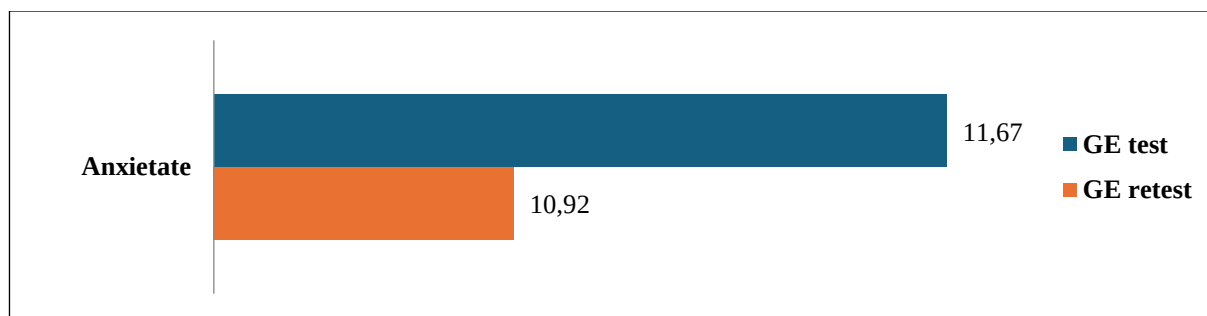


Fig. 3.6. Mediile pentru anxietate la adolescentele din GE test și GE retest

În concordanță cu mediile de mai sus, observăm că la adolescentele din GE media este: 11,67 u.m. la test și 10,92 u.m. la retest. Deși există o ușoară tendință de scădere a nivelului de anxietate după aplicarea programului de intervenții psihologice, diferența nu este semnificativă din punct de vedere statistic (Anexa 5. Tabelul A.5.6).

Evoluția mediilor pentru SS este reprezentată în figura 3.7.

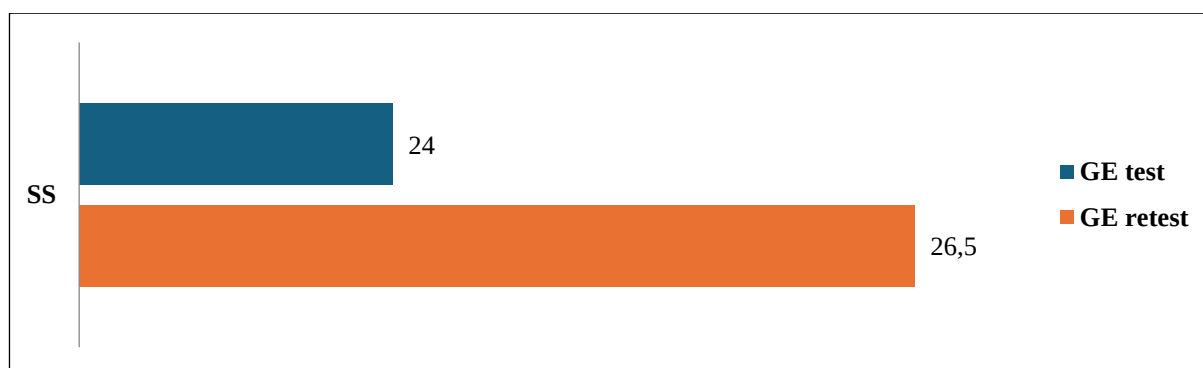


Fig. 3.7. Mediile pentru SS la adolescentele din GE test și GE retest

Conform figurii 3.7 observăm că participantele din GE prezintă o medie de 24 u.m. la test și o medie de 26,5 u.m. la retest. Diferența consemnată între medii este statistic semnificativă conform testului Wilcoxon ($Z=-2.917$, $p=0,004$) (Anexa 5. Tabelul A.5.6). Vom sublinia că programul de intervenții psihologice ce a cuprins exerciții precum „Nu vreau să mă laud, dar...”, „Oglinda valorii mele”, „Ce permit și ce nu permit”, „Roluri și limite în relații”, „10 vs. 10 calități”, „Harta viitorului meu”, produce modificări în SS prin dezvoltarea unei imagine de sine mai pozitive la adolescente [220].

Figura 3.8 prezintă mediile scorurilor obținute de adolescentele din GE la testul inițial și la retest pentru dimensiunile care descriu relația cu propriul corp.

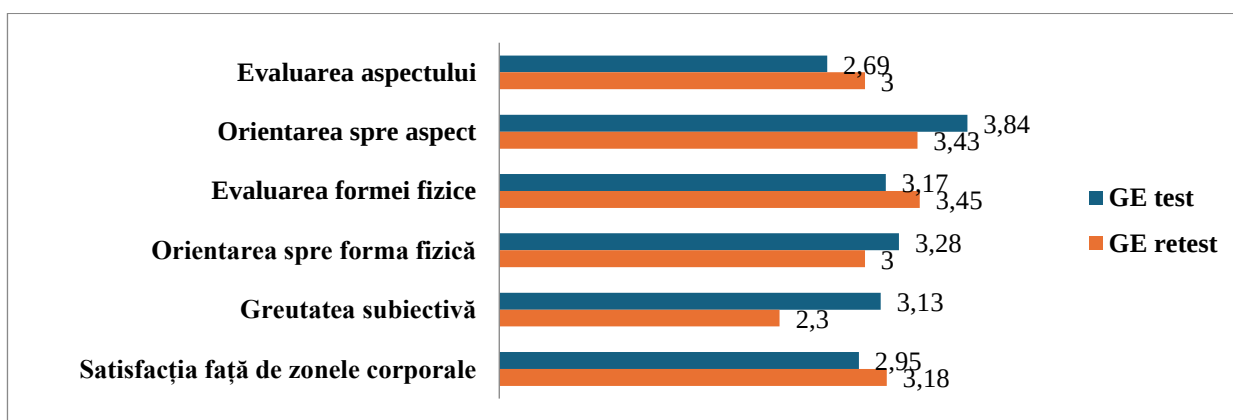


Fig. 3.8. Mediile pentru relațiile sine-corp la adolescentele din GE test și GE retest

În ceea ce privește evaluarea aspectului, se constată o creștere de la o medie de 2,69 u.m. la test la 3 u.m. la retest ($Z=-2,952$, $p=0,003$). Orientarea spre aspect înregistrează o scădere, de la o medie de 3,84 u.m. la test la 3,43 u.m. la retest ($Z=-2,982$, $p=0,003$). Evaluarea formei fizice a cunoscut o ușoară creștere, de la o medie de 3,17 u.m. la test la 3,45 u.m. la retest ($Z=-2,986$, $p=0,003$). Orientarea spre forma fizică scade de la 3,28 u.m. la 3 u.m., mediile pentru greutatea subiectivă scade de la o medie de 3,13 u.m. la test la 2,3 u.m. la retest ($Z=-2,848$, $p=0,004$). În ceea ce privește satisfacția față de zonele corporale, se observă o creștere de la o medie de 2,95 u.m. la test la 3,18 u.m. la retest ($Z=-2,260$, $p=0,024$). [220]. Pentru toate aceste dimensiuni

atestăm diferențe statistic semnificative conform testului Wilcoxon pentru eșantioane pereche (Anexa 5. Tabelul A.5.7). Aceste diferențe indică o îmbunătățire a percepției adolescentelor asupra formei propriului corp. Schimbarea evidențiată se datorează tehnicilor precum „Trei reprezentări ale eului”, „Cum trebuie să arate corpul perfect”, „Linia vieții corpului meu”, „Tehnica săgeții verticale”, „Corpul meu – dincolo de aparențe”, „Corpul meu, povestea mea”, „Scrisoare de recunoștință corpului meu”, „Ce permit și ce nu permit” etc. ce au facilitat o creștere a acceptării corporale și o reducere a criticii față de propriul aspect fizic, constituind un indicator pozitiv în direcția dezvoltării unei relații mai armonioase cu propriul corp și au promovat o IC sănătoasă [220].

O altă direcție de comparație sunt rezultatele pentru CA dezadaptative, TCA, trăsăturile de personalitate, perfecționism, anxietate, SS, relația sine-corp la adolescentele din GC test și GC retest. Figura 3.9 prezintă scorurile medii pentru tipul CA dezadaptative conform DEBQ la adolescentele din GC, comparând datele obținute la testul inițial cu cele de la retest.

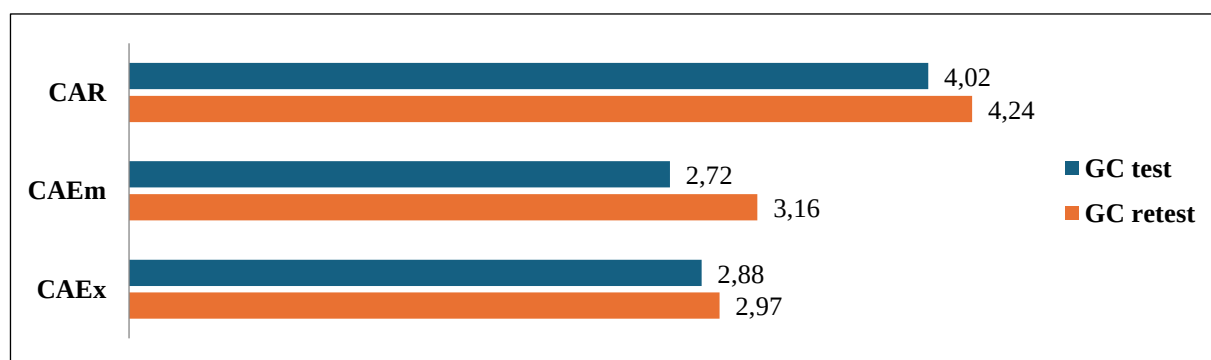


Fig. 3.9. Mediile pentru CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx) la adolescentele din GC test și GC retest

Pentru CAR, se observă o ușoară creștere a mediei de la 4,02 u.m. la test la 4,24 u.m. la retest. În ceea ce privește CAEm, scorurile au crescut de la o medie de 2,72 u.m. la test la 3,16 u.m. la retest. Analizând rezultatele pentru CAEx, observăm o creștere nesemnificativă, de la o medie de 2,88 u.m. la 2,97 u.m. La adolescentele din GC retest persistă o accentuare a consumului de alimente condiționat nu de senzația de foame, ci de presiunea socială, imaginea corporală negativă, de emoții și alți factori din mediul extern. Rezultatele din figura 3.9 și lipsa diferențelor statistice după testul Wilcoxon arată că, în lipsa unui demers psihologic structurat, se constată o tendință de accentuare a CA dezadaptative, fie că este vorba de restricții alimentare, reacții alimentare la emoții sau stimuli externi (Anexa 5. Tabelul A.5.8). Aceste constatări susțin ideea importanței intervențiilor psihologice timpurii și susținute în rândul adolescentelor pentru prevenirea consolidării unor pattern-uri alimentare dezadaptative [220].

Figura 3.10 conține medii pentru CC, MN și MEm la adolescentele din GC, comparând valorile obținute la testul inițial și la retest.

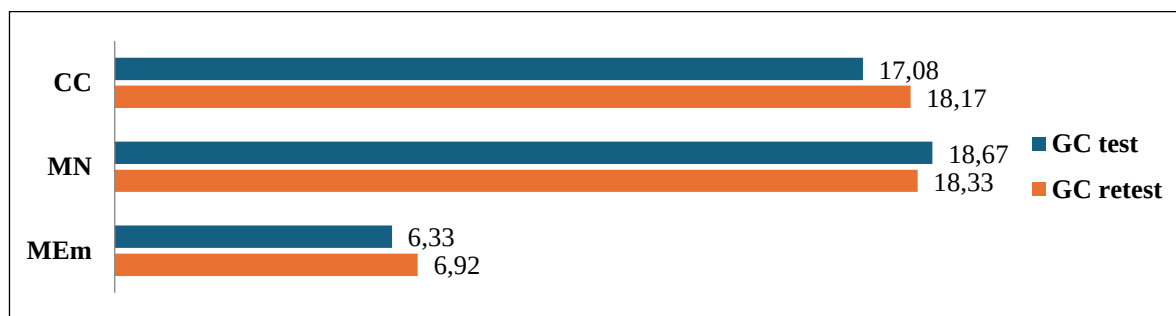


Fig. 3.10. Mediile pentru CC, MN, MEm la adolescentele din GC test și GC retest

Pentru CC, media adolescentelor s-a modificat de la 17,08 u.m. la test la 18,17 u.m. la retest. La MN, se observă o medie de 18,67 u.m. la adolescentele din GC test, și o micșorare a mediei la adolescentele din GC retest. Referitor la MEm, media adolescentelor din GC test este de 6,33 u.m. și 6,92 u.m. la adolescentele din GC retest. Modificările în mediile adolescentelor din GC test și retest (o creștere în cazul CC și MEm și o descreștere pentru MN) ne vorbesc despre o preocupare mai accentuată față de controlul greutății, aportului alimentar, o orientare la mâncare în situații emoționale dificile și tensionate, deopotrivă și o stabilitate în manifestarea CA declanșat de impulsuri. Vom menționa că între mediile adolescentelor din GC test și retest nu consemnăm diferențe statistic semnificative conform testului Wilcoxon (Anexa 5. Tabelul A.5.9). Astfel, remarcăm nevoia de intervenții psihologice timpurii și susținute pentru prevenirea intensificării CA dezadaptative în adolescență [220].

Figura 3.11 redă rezultatele privind posibilitatea TCA (și a dietei, bulimiei și a controlului oral) la adolescentele din GC, comparând rezultatele de la testul inițial cu cele de la retest.

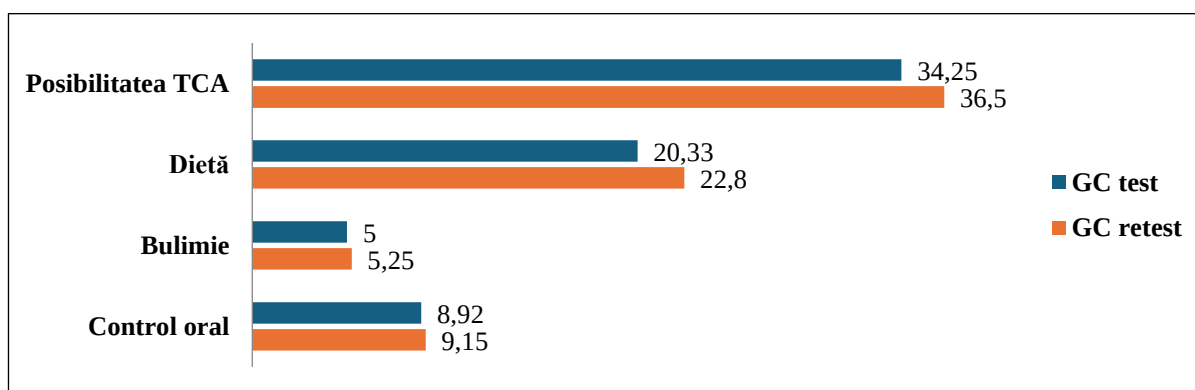


Fig. 3.11. Mediile pentru posibilitatea prezenței TCA (dietă, bulimie, control oral) la adolescentele din GC test și GC retest

La posibilitatea TCA, adolescentele din GC test au 34,25 u.m., iar la retest 36,5 u.m. Pentru dietă, bulimie și control oral mediile adolescentelor din GC retest cresc și ajung să fie: 22,8 u.m.,

5,25 u.m., și 9,15 u.m. (mediile inițiale, în situația test fiind de 20,33 u.m. – pentru dietă; 5 u.m. – pentru bulimie; și 8,92 u.m. – pentru controlul oral). Diferențele de medii deși sunt reduse (fără prezența diferențelor statistic semnificative după testul Wilcoxon) semnaleză o accentuare a posibilității TCA, o teamă de îngrășare care duce la restricție alimentară; episoade de supraalimentare ce se succed cu perioade de comportamente compensatorii și respectiv a controlului orar; precum și o inhibare a poftei de mâncare (Anexa 5. Tabelul A.5.10). Creșterea mediilor la TCA (dietă, bulimie și control oral) arată necesitatea implicării adolescenților în intervenții psihologice în scopul prevenirii accentuării TCA [220].

În figura 3.12 sunt ilustrate valorile medii la trăsăturile de personalitate identificate la adolescentele din GC, comparativ între testul inițial și retestare.

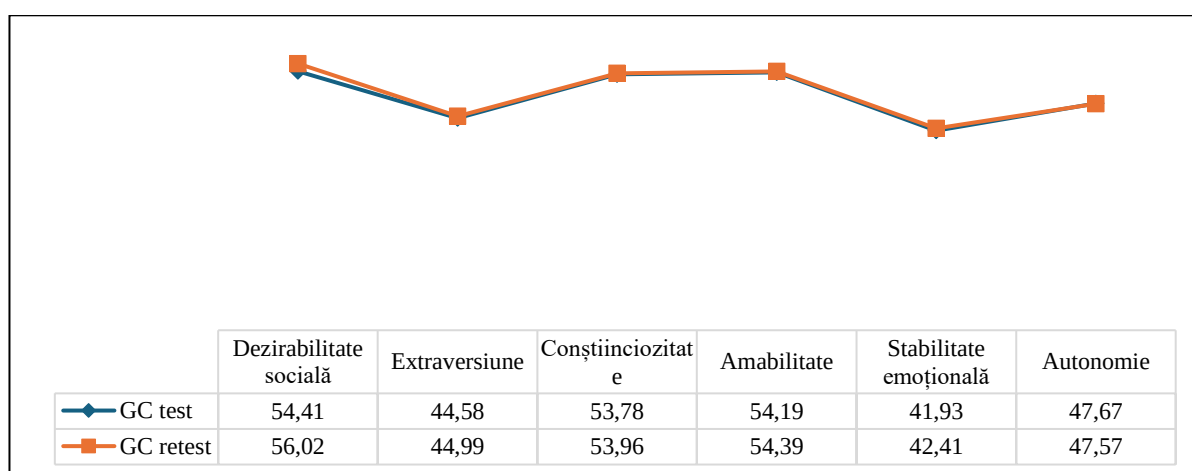


Fig. 3.12. Mediile pentru trăsăturile de personalitate la adolescentele din GC test și GC retest

Pentru trăsăturile de personalitate (dezirabilitate socială, extraversiune, conștiinciozitate, amabilitate și stabilitate emoțională) se înregistrează o creștere a mediilor, iar pentru autonomie o diminuare a mediei. La dezirabilitate socială: adolescentele din GC test – 54,41 u.m., iar GC retest – 56,02 u.m., la extraversiune: adolescentele din GC test – 44,58 u.m., GC retest – 44,99 u.m., conștiinciozitate: adolescentele din GC test – 53,78 u.m., în timp ce la cele din GC retest – 53,96 u.m., pentru amabilitate: adolescentele din GC test – 54,19 u.m., iar adolescentele din GC retest – 54,39 u.m. și pentru stabilitate emoțională: GC test – 41,93 u.m., și GC retest – 42,41 u.m. Scorurile privind autonomia au rămas apropiate 47,67 u.m. la test și 47,57 u.m. la retest [220]. Mediile pentru trăsăturile de personalitate la adolescentele din GC test și retest, deși prezintă modificări, acestea sunt mici și ne semnificative statistic după testul Wilcoxon (Anexa 5. Tabelul A.5.11). În acord cu constatările anterioare ce evidențiază interrelațiile dintre CA dezadaptative / TCA și trăsăturile de personalitate (conștiinciozitate și stabilitate emoțională), considerăm

oportună implicarea adolescentelor în programul de intervenții psihologice ce să conțină și activități de dezvoltare a personalității.

Mediile adolescentelor pentru perfecționism din GC test și GC retest sunt expuse în figura 3.13.

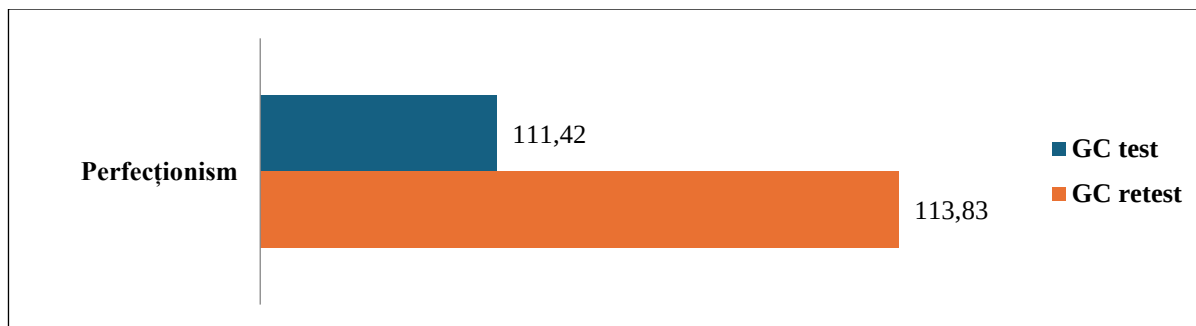


Fig. 3.13. Mediile pentru perfecționism la adolescentele din GC test și GC retest

Media adolescentelor obținut la testul inițial a fost de 111,42 u.m., iar la retestare s-a înregistrat o creștere ușoară, până la 113,83 u.m. Testul Wilcoxon indică o diferență statistic semnificativă ($Z=-2.610$, $p=0,009$), ceea ce sugerează o tendință de accentuare a atitudinilor și comportamentelor perfecționiste în absența unor intervenții psihologice (Anexa 5. Tabelul A.5.12). Creșterea scorurilor poate reflecta persistența presiunilor interne și externe asociate perfecționismului, cum ar fi așteptările academice, sociale sau familiale nerealiste, dar și dificultățile de autoacceptare și autocritică. Rezultatele sugerează că, fără suport psihologic adecvat, perfecționismul nu doar că se menține, ci poate evolua în sens negativ în perioada adolescenței, cu posibile implicații asupra sănătății mintale și echilibrului emoțional [220].

În figura 3.14 pot fi vizualizate mediile pentru anxietate la adolescentele din GC între momentul testării inițiale și cel al retestării.

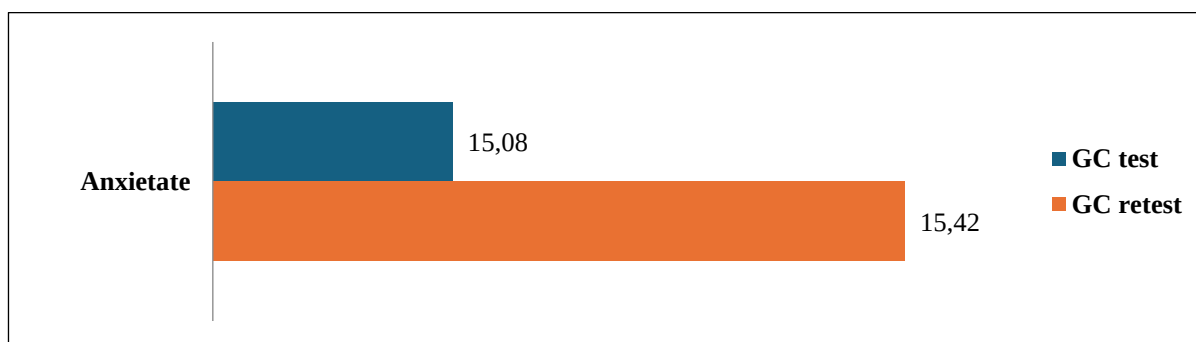


Fig. 3.14. Mediile pentru anxietate la adolescentele din GC test și GC retest

Rezultatele evidențiază o medie de 15,08 u.m. la testul inițial, urmată de o ușoară creștere până la valoarea de 15,42 u.m. la momentul retestării. Nu identificăm diferențe statistice semnificative pentru anxietate după testul Wilcoxon între cele două grupe (Anexa 5. Tabelul A.5.12). Mediile apropiate ne vorbesc despre o constanță sau chiar o ușoară agravare a exprimării

anxietății la adolescentele din GC retest. Asocierile identificate între CA dezadaptative / TCA și anxietate indică necesitatea sprijinului psihologic oferit adolescentelor pe această dimensiune.

Figura 3.15 ilustrează rezultatele pentru SS la adolescentele din GC testarea inițială și retestare.

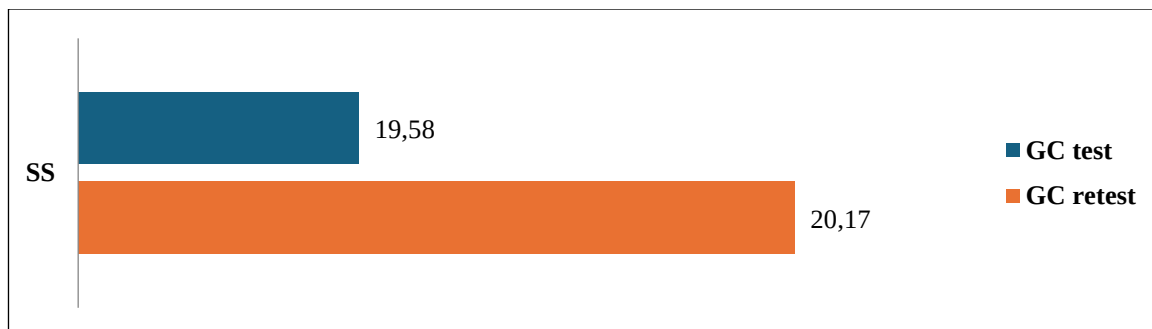


Fig. 3.15. Mediile pentru SS la adolescentele din GC test și GC retest

La testul inițial, adolescentele din GC pentru SS au obținut un scor de 19,58 u.m., la retestare, media scorurilor a crescut ușor, ajungând la 20,17 u.m. (fără diferențe statistice semnificative conform testului Wilcoxon) (Anexa 5. Tabelul A.5.12). Lipsa schimbărilor în SS, relevă că în absența unor intervenții psihologice structurate, modificările pozitive în autoevaluare sunt limitate.

Figura 3.16 evidențiază mediile pentru relația dintre sine și corp la adolescentele din GC test și retest.

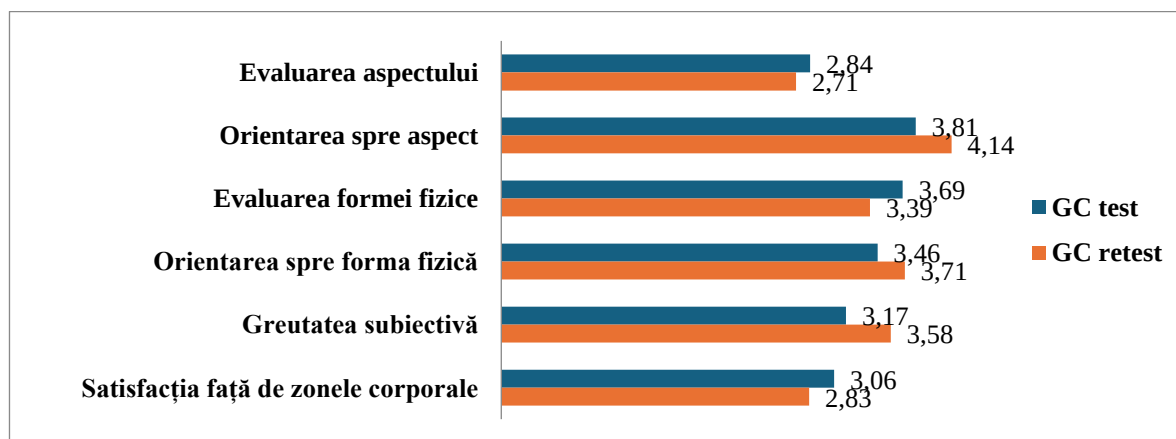


Fig. 3.16. Mediile pentru dimensiunile relațiilor sine-corp la adolescentele din GC test și GC retest

Dimensiunile din figura 3.16 oferă o imagine detaliată asupra percepției corporale și a preocupărilor legate de imaginea de sine în contextul corporalității. Scorul pentru *evaluarea aspectului*: adolescentele din GC test au o medie de 2,84 u.m. iar în retest aceleași adolescente prezintă o medie de 2,71 u.m., *orientarea spre aspect*: adolescentele din GC test – 3,81 (u.m.), iar la retest – 4,14 u.m., în ceea ce privește *evaluarea formei fizice*, media GC test – 3,69 u.m., media GC retest – 3,39 u.m., *orientarea spre forma fizică*: adolescentele din GC test – 3,46 u.m., iar

adolescentele din GC retest – 3,71 u.m., *greutatea subiectivă*: GC test – 3,17 u.m. media pentru GE retest este apropiată și este de 3,58 u.m. Diferențele dintre medii nu sunt semnificative statistic după testul Wilcoxon (Anexa 5. Tabelul A.5.13). Adolescente care nu au participat la programul de intervenții psihologice prezintă tendințe ușor regresive în relația cu propriul corp, marcate de intensificarea preocupărilor pentru aspectul fizic și diminuarea satisfacției corporale. Datele consemnate justifică necesitatea unor programe de intervenții specifice care să susțină dezvoltarea unei IC sănătoase în rândul adolescentelor [220].

Încă o direcție de comparație sunt rezultatele adolescentelor din GE retest și GC retest. Mediile pentru CA dezadaptative la adolescentele din GE retest și GC retest sunt reprezentate în figura 3.17.

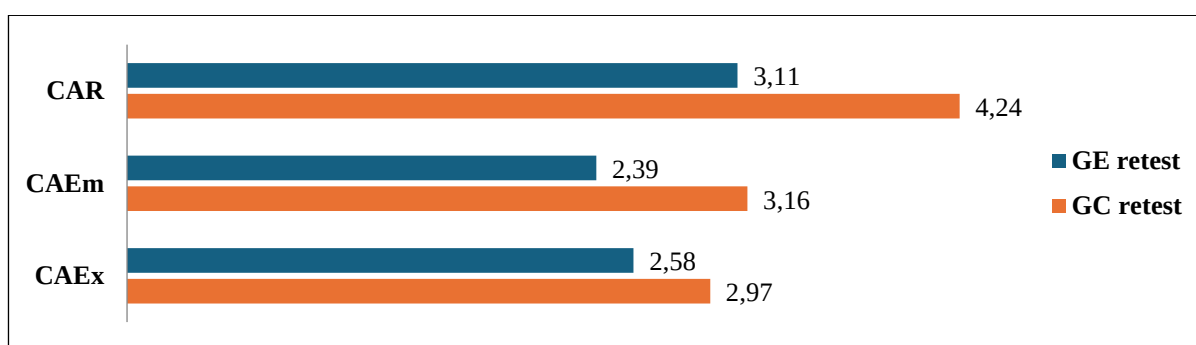


Fig. 3.17. Mediile pentru CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx) la adolescentele din GE retest și GC retest

Analiza mediilor din figura 3.17 ne permite să observăm că media pentru CAR, la GE retest este: 3,11 u.m., iar media la GC retest – 4,24 u.m. Pentru CAEm, adolescentele din GE retest au o medie de 2,39 u.m., iar cele din GC retest – 3,16 u.m. La CAEx, scorul mediu al GE retest este de 2,58 u.m., iar al GC retest – 2,97 u.m. (Anexa 5. Tabelul A.5.14). Diferențele de medii pentru CAR ($U=20,5$, $p=0,002$) și CAEm ($U=27,5$, $p=0,008$) dintre cele două grupuri se dovedesc a fi semnificative statistic după testul U Mann-Whitney. Astfel se confirmă eficiența programului de intervenții psihologice aplicat [220].

În figura 3.18 în mod comparativ sunt valorile medii obținute pentru CC, MN și MEm la retestarea adolescentelor GE și GC, pe baza răspunsurilor la chestionarul TFEQ.

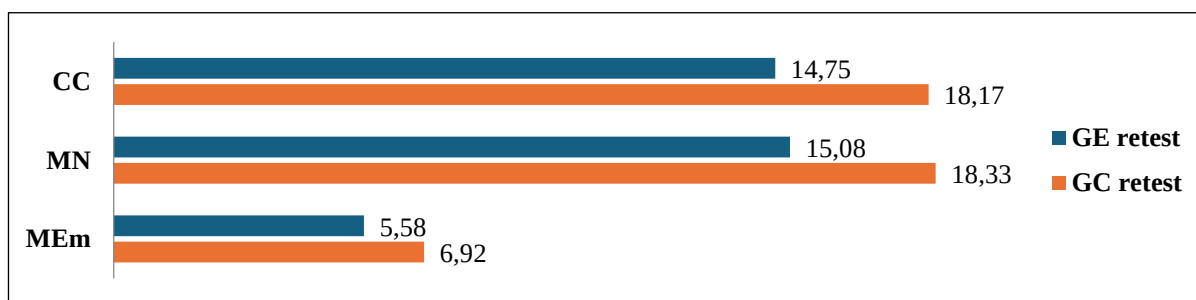


Fig. 3.18. Mediile pentru CC, MN și MEm la adolescentele din GE retest și GC retest

În ceea ce privește CC, adolescentele din GE au înregistrat o medie de 14,75 u.m. la retest, comparativ cu media de 18,17 u.m. obținută de participantele din GC. La dimensiunea MN, participantele din GE au obținut o medie de 15,08 u.m., în timp ce adolescentele din GC au înregistrat o medie mai mare, de 18,33 u.m. Referitor la MEm, media obținută de participantele din GE este de 5,58 u.m., iar la adolescentele din GC media este de 6,92 u.m. Deși pentru CC, MN și MEm adolescentele din GE retest au medii mai mici comparativ cu cele din GC retest acestea încă nu sunt statistic semnificative (Anexa 5. Tabelul A.5.14). Diferențele înregistrate se explică prin programul de intervenții psihologice care a cuprins tehnici de identificare și restructurare a credințelor disfuncționale, precum și exerciții de autoreglare emoțională și conștientizare a impulsurilor alimentare. Vom menționa ca efectele programului de intervenții psihologice să fie mai robuste este nevoie ca adolescentele să participe la un program mai de durată [220].

Mediile pentru posibilitatea prezenței TCA și dieta, bulimie și control oral la adolescentele din GE retest și GC retest sunt expuse în figura 3.19.

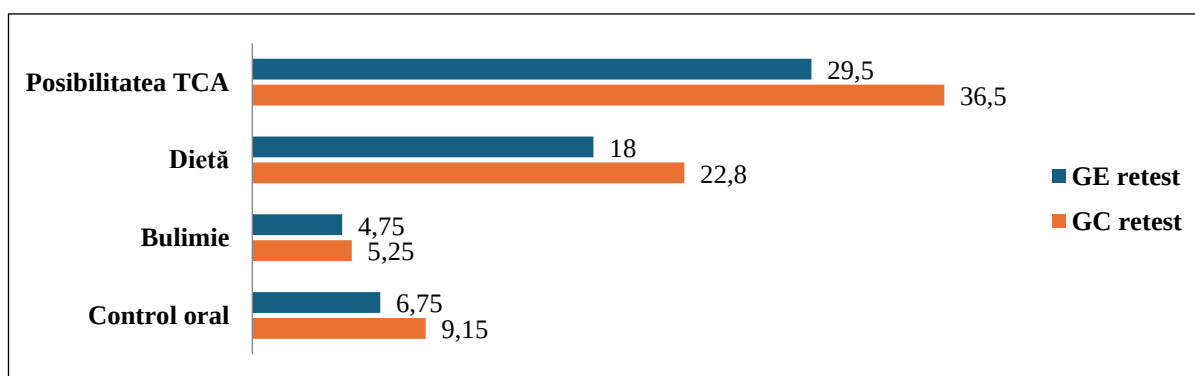


Fig. 3.19. Mediile pentru posibilitatea prezenței TCA (dietă, bulimie, control oral) adolescentele din GE retest și GC retest

Urmărind datele din figura 3.19, observăm că cele două grupe comparate – GE retest și GC retest – prezintă diferențe notabile în ceea ce privește posibilitatea TCA. Adolescentele din GE retest obțin o medie de 29,5 u.m., în timp ce cele din GC retest înregistrează o medie de 36,5 u.m. ($U=0$, $p=0,000$). Pentru dietă, media în GE retest: 18 (u.m.), iar media în GC retest: 22,8 u.m. ($U=11,0$, $p=0,000$). La bulimie, adolescentele din GE retest au o medie de 4,75 u.m., iar cele din GC retest – 5,25 u.m. ($U=16,0$, $p=0,001$). În ceea ce privește controlul oral, media GE retest: 6,75 u.m., iar media GC retest – 9,15 u.m. ($U=13,5$, $p=0,000$). Diferențele dintre cele două grupuri sunt semnificative din punct de vedere statistic, după testul U Mann Whitney (Anexa 5. Tabelul A.5.14). Vom menționa că diferențele înregistrate confirmă eficiența programului de intervenții psihologice în reducerea riscului TCA la adolescentele din grupul experimental [220]. Considerăm că aceste modificări au fost posibile datorită exercițiilor îndreptate spre corectarea gândurilor

disfuncționale legate de alimentație și IC, exercițiilor pentru reducerea vulnerabilității față de idealuri nerealiste și exercițiilor de reglare emoțională și management al stresului.

Mediile pentru trăsăturile de personalitate la adolescentele din GE retest și cele din GC retest sunt ilustrate în figura 3.20.

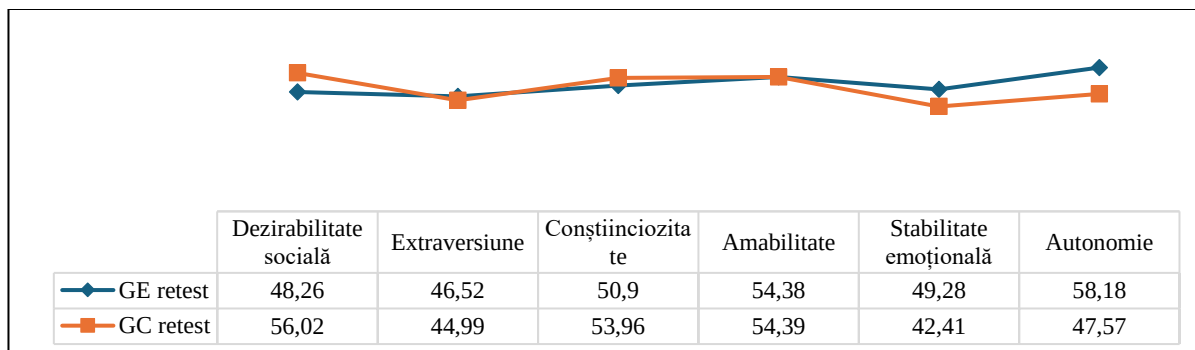


Fig. 3.20. Mediile pentru trăsăturile de personalitate la adolescentele din GE retest și GC retest

Analizând mediile pentru trăsăturile de personalitate la adolescentele din GE retest și GC retest observăm diferențe între medii (pentru cinci din cele șase trăsături: dezirabilitate socială, extraversiune, conștiinciozitate, stabilitate emoțională și autonomie), după cum urmează: la trăsătura dezirabilitate socială, adolescentele din GE retest au înregistrat o medie de 48,26 u.m., iar cele din GC retest – 56,02 u.m.; pentru trăsătura extraversiune, media GE retest este de 46,52 u.m., iar cea a adolescentelor din GC retest – 44,99 u.m.; trăsătura conștiinciozitate se manifestă într-o valoare medie de 50,9 u.m. la adolescentele din GE și 53,96 u.m. la cele din GC retest; cu referire la amabilitate vom menționa că mediile adolescentelor din GE retest și cele din GC retest sunt similare – 54,38 u.m. pentru GE și 54,39 u.m. pentru GC situația retest; la trăsătura stabilitatea emoțională, în GE retest evidențiem o medie mai mare – 49,28 u.m. față de 42,41 u.m. în GC retest; la trăsătura autonomie adolescentele din GE retest se caracterizează printr-o medie de 58,18 u.m., în timp ce cele din GC retest – 47,57 u.m. Modificările înregistrate la nivelul mediilor pentru dezirabilitate socială ($U=32,0$, $p=0,020$) și autonomie ($U=26,5$, $p=0,007$) sunt semnificative statistic după testul U Mann-Whitney (Anexa 5. Tabelul A.5.15). Schimbările în trăsăturile de personalitate la adolescentele din GE retest sunt determinate de programul de intervenții psihologice și reflectă o mai mică dorință de a impresiona, o tendință de a fi mai spontană și o diminuare a labilității emoționale. În vederea obținerii unor schimbări semnificative și în celelalte trăsături de personalitate a adolescentelor sunt necesare programe de o durată mai extinsă, completate cu tehnici și activități variate orientate la autoreglarea emoțională, auto-monitorizarea comportamentală, dezvoltarea abilităților sociale, comunicarea asertivă și explorarea alternativelor cognitive.

Figura 3.21 ilustrează mediile pentru perfecționism la adolescentele din GE retest și GC retest.



Fig. 3.21. Mediile pentru perfecționism la adolescentele din GE retest și GC retest

Pentru perfecționism, adolescentele din GE retest au o medie de 90,92 u.m., în timp ce media înregistrată în GC retest este considerabil mai mare, și constituie – 113,83 u.m. Diferența pentru perfecționism dintre cele două grupuri este semnificativă din punct de vedere statistic conform testului U Mann Whitney ($U=16,5$, $p=0,001$) (Anexa 5. Tabelul A.5.16) [220]. Activitățile din programul de intervenții psihologice reduc standardele rigide și autocritica excesivă. Totodată, adolescentele învață să își reevalueze convingerile disfuncționale legate de control, greutate și performanță personală, ceea ce diminuează nivelul de perfecționism.

În figura 3.22 urmează mediile pentru anxietate la adolescentele din GE retest și GC retest.

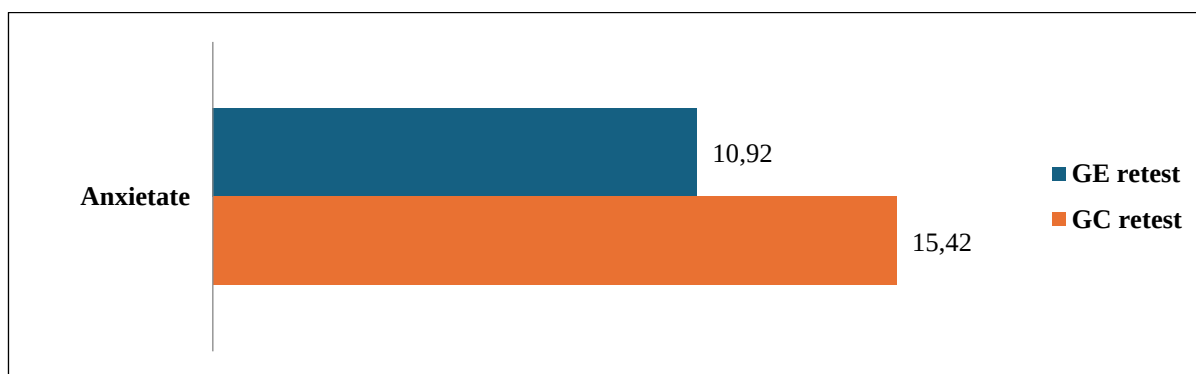


Fig. 3.22. Mediile pentru anxietate la adolescentele din GE retest și GC retest

Participantele din GE retest demonstrează o medie de 10,92 u.m., în timp ce media obținută de adolescentele din GC retest este de 15,42 u.m. ($U=34,0$, $p=0,028$). Deși valorile indică o scădere a nivelului de anxietate în rândul adolescentelor care au participat la programul de intervenții psihologice, diferența nu este statistic semnificativă conform testului U Mann Whitney (Anexa 5. Tabelul A.5.16). Vom sublinia că intervențiile trebuie menținute pentru a produce efecte mai stabile.

Figura 3.23 prezintă tabloul mediilor pentru SS la adolescentele din GE retest și GC retest.

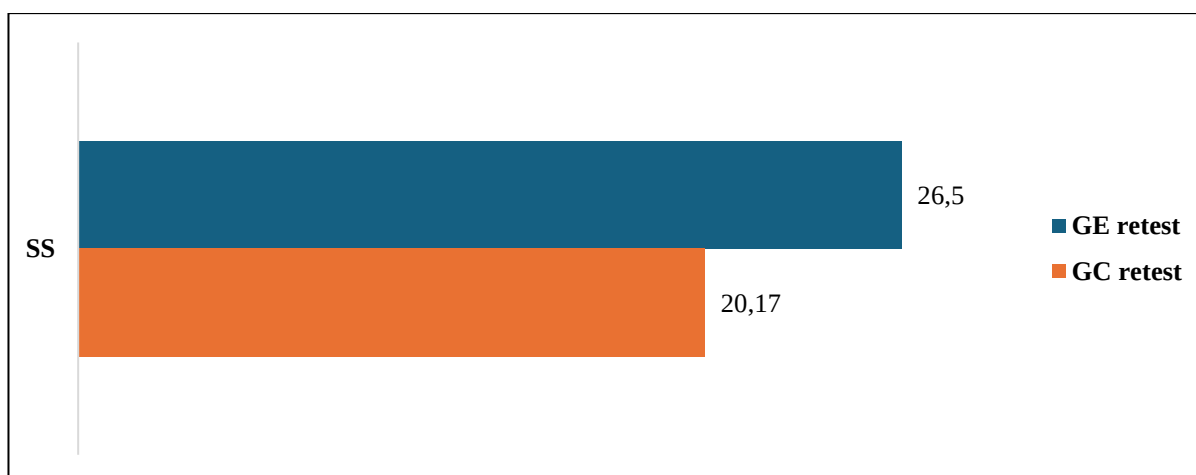


Fig. 3.23. Mediile pentru SS la adolescentele din GE retest și GC retest

Privitor SS la retest, observăm că adolescentele din GE se caracterizează prin media – 26,5 u.m., iar adolescentele din GC – 20,17 u.m. ($U=12,5$, $p=0,000$). Acest rezultat relevă o tendință pozitivă de creștere a SS în rândul adolescentelor care au participat la programul de intervenții, atingând pragul semnificației statistice în comparația intergrupuri conform testului U Mann Whitney (Anexa 5. Tabelul A.5.16).

Analiza comparativă ce oferă o perspectivă asupra modului în care intervențiile psihologice au influențat percepția corporală și atitudinea față de propriul corp la adolescentele din GE și GC retest sunt ilustrate în figura 3.24.

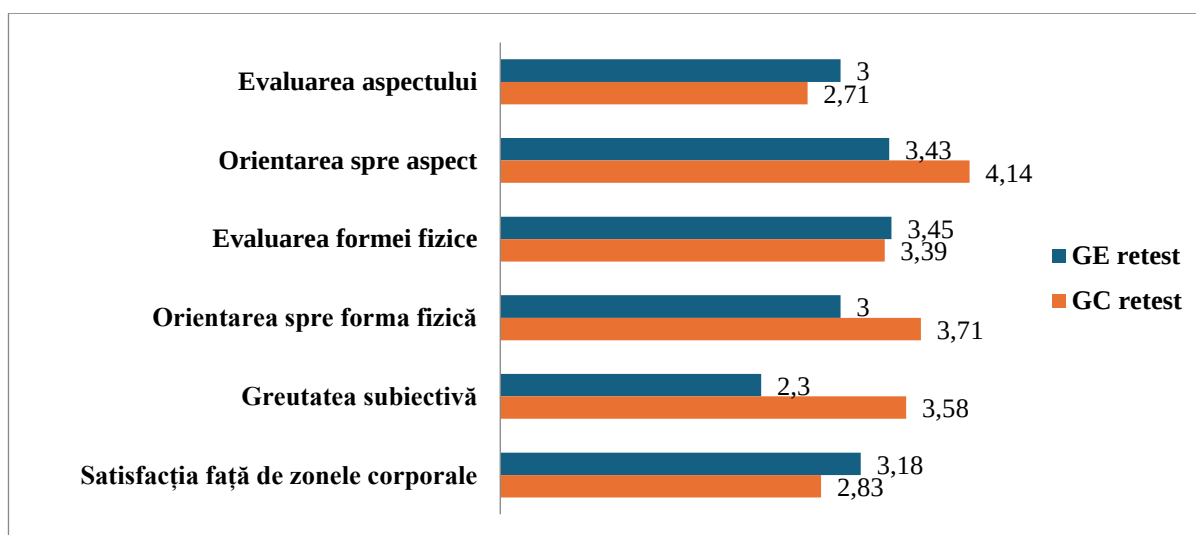


Fig. 3.24. Mediile pentru dimensiunile relațiile dintre sine și corp la adolescentele din GE retest și GC retest

Pentru dimensiunile relației sine-corp identificăm la adolescente următoarele medii: evaluarea aspectului fizic, adolescentele din GE retest – 3 u.m., cele din GC retest – 2,71 u.m.; orientarea spre aspect, adolescentele din GE retest – 3,43 u.m., comparativ cu media de 4,14 u.m. înregistrată de participantele din GC retest; la evaluarea formei fizice, mediile sunt relativ

apropiate: 3,45 u.m. pentru GE retest și 3,39 u.m. pentru GC retest; pentru orientarea spre forma fizică: participantele din GE retest – 3 u.m., față de media de 3,71 u.m. la adolescentele din GC retest; la greutatea subiectivă: adolescentele din GE retest – 2,3 u.m., în timp ce cele din GC retest – 3,58 u.m.; la satisfacția față de zonele corporale, participantele din GE retest au raportat o medie de 3,18 u.m., iar cele din GC retest au obținut o medie de 2,83 u.m. Diferențele mici observate între mediile GE și GC, situația retest pot fi interpretate că indicând o influență ușor favorabilă a intervențiilor psihologice la îmbunătățirea acceptării IC și la reducerea preocupărilor excesive legate de aparență. Diferență statistică semnificativă după testul U Mann-Whitney am atestat pentru orientarea spre formă fizică între cele două grupuri ($U=35,5$, $p=0,033$) (Anexa 5. Tabelul A.5.17). Aceste date sugerează o atenție mai scăzută acordată aspectului corporal a adolescentelor din GE retest ce reprezintă rezultatul participării acestora în programul de intervenții psihologice [220].

După finalizarea programului de intervenții psihologice la trei luni de la primul retest, am considerat oportună *realizarea a unei a doua evaluări (GE retest 2)* pentru a testa evoluția și durabilitatea efectelor obținute.

Analizând datele prezentate în figura 3.25, observăm dinamica scorurilor medii pentru diferitele tipuri de CA dezadaptative la adolescentele din GE în cele trei momente de evaluare: test, retest și retestul 2.

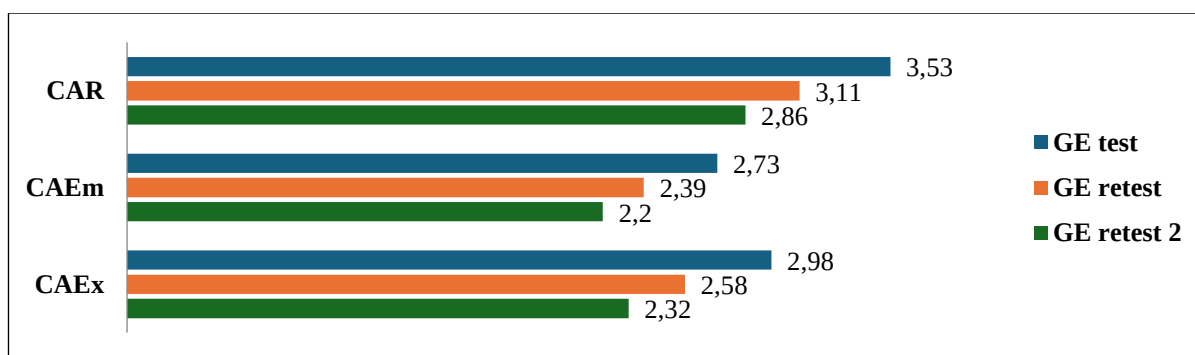


Fig. 3.25. Mediile pentru CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx) la adolescentele din GE test, GE retest și GE retest 2

Conform rezultatelor obținute, CAR înregistrează o tendință descrescătoare, cu o medie de 3,53 u.m. la test, 3,11 u.m. la retest și 2,86 u.m. la retestul 2.. Pentru CAEm, media scorurilor a scăzut de la 2,73 u.m. (test) la 2,39 u.m. (retest), ajungând la 2,2 u.m. la a doua retestare. În cazul CAEx, media scorurilor a fost de 2,98 u.m. la test, 2,58 u.m. la retest și 2,32 u.m. la retestul 2. Pentru CAR, CAEm și CAEx între GE test și GE retest atestăm diferențe statistice semnificative conform testului Wilcoxon ($Z=-3,063$, $p=0,002$, $Z=-2,805$, $p=0,005$ și $Z=-3,066$, $p=0,002$) (Anexa 5. Tabelul A.5.18). Consemnăm că la trei luni după aplicarea programului de intervenții

psihologice la adolescente se diminuează CA dezadaptative. Astfel adolescentele manifestă o tendință mai redusă de: a limita aportul alimentar, a consuma alimentele ca răspuns la emoțiile experimentate și a mânca fiind influențate de stimulii externi. Vom menționa că schimbările consemnate în retest au necesitat timp pentru consolidare, internalizare și integrare în comportamentele adolescentelor.

În figura 3.26 sunt indicate evoluția CA dezadaptative (CC, MN și MEm) în GE, analizate în cele trei etape de testare.

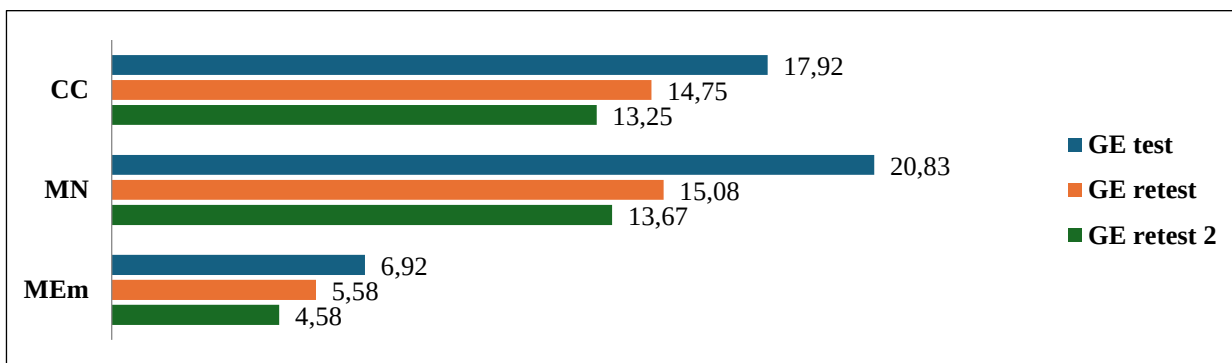


Fig. 3.26. Mediile pentru CC, MN și MEm la adolescentele din GE test, GE retest și GE retest 2

Pentru *CC*, scorul de 17,92 u.m. obținut la etapa test scade la 14,75 u.m. în etapa de retest și ajunge la 13,25 u.m. în retestul final. Cu referire la *MN*, nivelul inițial de 20,83 u.m. se reduce semnificativ la 15,08 u.m. în retest și apoi la 13,67 u.m. în retestul 2. Pentru *MEm*, scorul inițial de 6,92 u.m. scade treptat la 5,58 u.m. în retest, iar în etapa de retest 2 ajunge la 4,58 u.m. Statistic conform testului Wilcoxon atestăm diferențe semnificative între rezultatele adolescentelor din GE test și GE retest 2 pentru *CC* ($Z=-3,071, p=0,002$), *MN* ($Z=-3,077, p=0,002$) și *MEm* ($Z=-2,842, p=0,004$) (Anexa 5. Tabelul A.5.19). Adolescente se caracterizează printr-o reducere a tendinței de a impune reguli alimentare rigide și de a controla excesiv consumul de alimente, indicând o relație mai flexibilă și mai echilibrată cu alimentația. Totodată, consemnăm la ele o diminuare a episoadelor de pierdere a controlului asupra alimentației, ceea ce sugerează o mai bună autoreglare și o scădere a impulsivității legate de consumul alimentar. Adolescente, la câteva luni după programul de intervenții psihologice indică o reducere a utilizării alimentelor ca modalitate de gestionare a emoțiilor negative, ceea ce reflectă o ameliorare a capacităților de reglare emoțională. Observăm, astfel, o ameliorare consistentă a tuturor CA dezadaptative, sugerând că intervențiile psihologice aplicate în GE a avut un impact pozitiv asupra flexibilității cognitive, controlului alimentar și gestionării emoțiilor, efect care durează în timp. Aceste rezultate confirmă eficiența programului în reducerea CA dezadaptative și în consolidarea unor practici alimentare sănătoase.

În figura 3.27 avem ilustrate mediile pentru posibilitatea TCA (dietă, bulimie, control oral) la adolescentele din GE de la toate cele trei etape de testare.

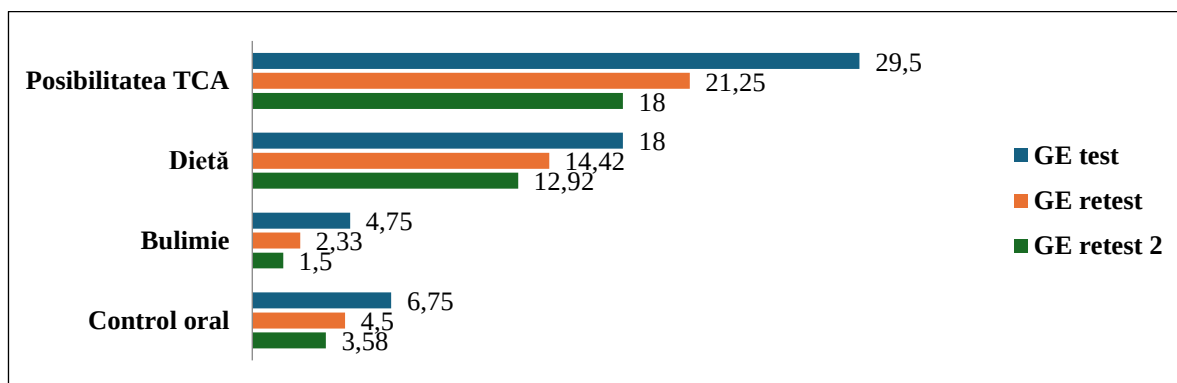


Fig. 3.27. Mediile pentru posibilitatea TCA (dietă, bulimie, control oral) la adolescentele din GE test, GE retest și GE retest 2

Astfel, analizând datele din figura 3.27, observăm că, la posibilitatea TCA, media a continuat să scadă de la 29,5 u.m. la testul inițial, la 21,25 u.m. la primul retest și, ulterior, la 18 u.m. la al doilea retest. Pentru dietă, observăm o descreștere graduală a mediei scorurilor: de la 18 u.m. (GE test), la 14,42 u.m. (GE retest), și apoi la 12,92 u.m. (GE retest 2). Pentru bulimie, media adolescentele se reduce de la 4,75 u.m. la test, la 2,33 u.m. la primul retest și 1,5 u.m. la retestul 2. La control oral, remarcăm o diminuare a scorului mediu de la 6,75 u.m. (test) la 4,5 u.m. (retest) și ulterior la 3,58 u.m. (retest 2). Modificările înregistrate pentru TCA (dietă, bulimie, control oral) sunt statistic semnificative, conform testului Wilcoxon ($Z=-3.065$, $p=0,002$, $Z=-2.938$, $p=0,003$, $Z=-2.671$, $p=0,008$ și $Z=-2.969$, $p=0,003$) (Anexa 5. Tabelul A.5.20). Diferențele consemnate pentru TCA, dietă, bulimie și control oral evidențiază diminuare susținută a comportamentului de control alimentar rigid, o atitudine mai flexibilă față de consumul alimentar și o reducere constantă a preocupărilor alimentare excesive și a simptomelor bulimice și o la adolescentele din GE.

Am urmărit trăsăturile de personalitate la adolescentele din GE test, retest și retest 2. Mediile la acestea conform CP5F sunt expuse în figura 3.28.

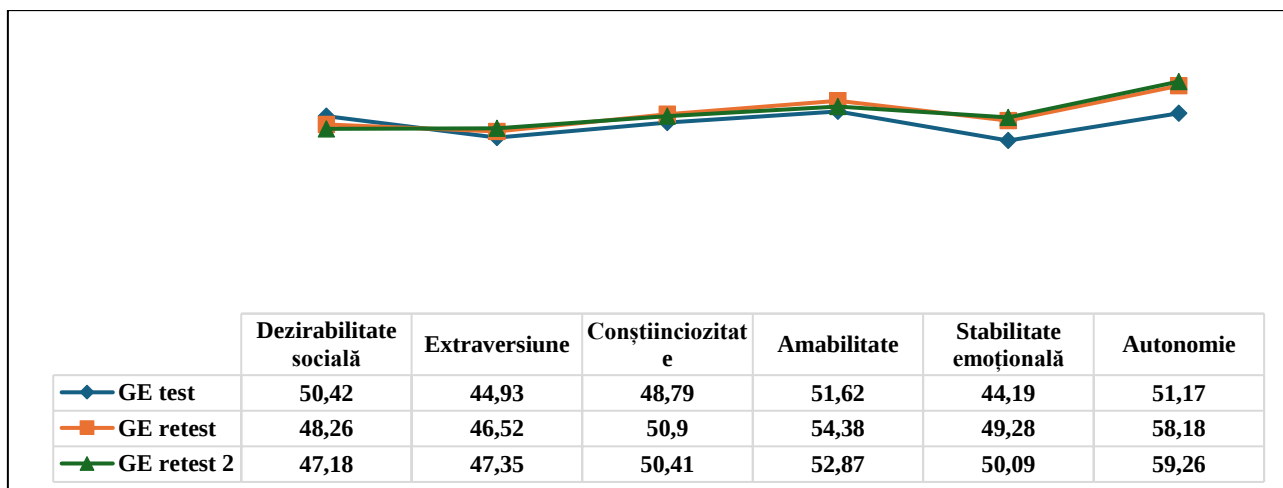


Fig. 3.28. Mediile pentru trăsăturile de personalitate la adolescentele din GE test, GE retest și GE retest 2

Analizând rezultatele pentru *dezirabilitatea socială*, observăm o ușoară scădere, de la 50,42 u.m. în etapa test la 48,26 u.m. în retest și 47,18 u.m. la retest 2; la *extraversiune*, valorile oscilează moderat: scorul din etapa test de 44,93 u.m. scade la 46,52 u.m. în retest, apoi crește ușor la 47,35 u.m. în retestul 2; pentru *conștiinciozitate*, urmărim inițial tendința de creștere, de la 48,79 la testul inițial, la 50,9 u.m. în retest și o relativă stabilizare la 50,41 u.m. în retest 2; la *amabilitate*, se remarcă o creștere mai evidentă, de la 51,62 u.m. (GE test) la 54,38 u.m. (GE retest), menținându-se apoi la un nivel apropiat, de 52,87 u.m. (GE retest 2), pentru *stabilitate emoțională* atestăm o creștere vizibilă, de la 44,19 u.m. la testul inițial la 49,28 u.m. în retest și 50,09 u.m. în retest 2; și pentru *autonomie*, unde scorul inițial de 51,17 u.m. crește la 58,18 u.m. în retest și la 59,26 u.m. în retest 2. Diferențele de medii între GE test și retest 2, sunt statistic semnificative după testul Wilcoxon pentru *dezirabilitate socială* ($Z=-2.194$, $p=0,028$), *stabilitate emoțională* ($Z=-2.986$, $p=0,003$) și *autonomie* ($Z=-3,063$, $p=0,002$) (Anexa 5. Tabelul A.5.16). Astfel consemnăm că adolescentele ce au participat în programul de intervenții psihologice după o perioadă de timp se caracterizează prin diminuarea dorinței de a corespunde normelor sociale, o scădere a vulnerabilității emoționale, o mai bună reglare a emoțiilor și o dezvoltare a independenței, a capacității de coeziune și a încrederii în sine. Schimbările enumerate se datorează programului de intervenții psihologice ce favorizează dezvoltarea unei configurații de personalitate mai echilibrate și mai autonome, aspecte esențiale în reducerea vulnerabilității la CA dezadaptative

Schimbările în nivelul perfecționismului în GE pe parcursul celor trei etape de evaluare: test inițial, retest și retestul final, poate fi analizate în figura 3.29.

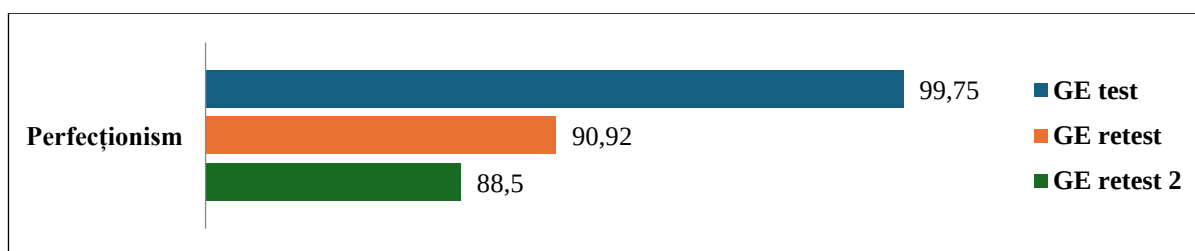


Fig. 3.29. Mediile pentru perfecționism la adolescentele din GE test, GE retest și GE retest 2

2

La etapa de GE test participantele au înregistrat un scor mediu de 99,75 u.m.; la etapa de GE retest se observă o scădere importantă a scorului, acesta ajungând la 90,92 u.m., și în etapa de GE retest 2, observăm că nivelul perfecționismului continuă să scadă, atingând 88,5 u.m. Statistic conform testului Wilcoxon evidențiem între GE test și GE retest 2 diferențe *semnificative* ($Z = -3,065$, $p = 0,002$) (Anexa 5. Tabelul A.5.22). Schimbările pentru perfecționism ne permite să consemnăm o ameliorare constantă a perfecționismului maladaptativ pe parcursul intervențiilor psihologice și după încheierea acestora. Participantele dobândesc treptat o atitudine mai flexibilă față de propriile performanțe și o mai mare capacitate de a accepta erorile ca parte firească a procesului de învățare. Acest progres reflectă eficiența activităților centrate pe restructurarea convingerilor nerealiste, reducerea autocriticii și cultivarea unei relații mai sănătoase cu sine.

Figura 3.30 ilustrează modul în care nivelul anxietății s-a modificat în GE pe parcursul celor trei faze de evaluare: testul, retest și retest final.

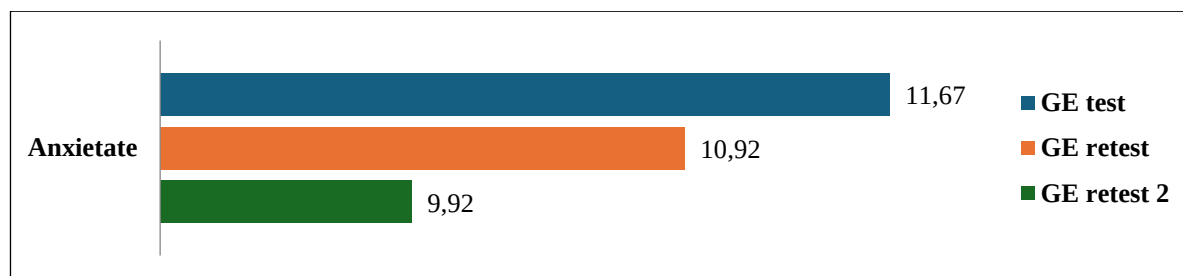


Fig. 3.30. Mediile pentru anxietate la adolescentele din GE test, GE retest și GE retest 2

La evaluarea inițială, media adolescentelor este de 11,67 u.m., la retest, media adolescentelor: 10,92 u.m., iar în retestul 2, nivelul anxietății continuă să scadă, media aici fiind de 9,92 u.m. Conform testului Wilcoxon între GE test și GE retest atestăm diferențe *semnificative* statistic ($Z = -2,260$, $p = 0,024$) (Anexa 5. Tabelul A.5.22). Această consemnare evidențiază o tendință clară de reducere a anxietății, ceea ce indică faptul că programul aplicat are un efect benefic asupra capacității participantelor de a gestiona îngrijorarea, tensiunea și stresul. Remarcăm că pe parcursul programului, adolescentele au învățat să își înțeleagă mai bine trăirile și să folosească strategii mai adecvate de reglare emoțională, cunoștințe pe care continuă să le aplice și după încheierea programului.

Figura 3.31 arată evoluția nivelului SS la GE în: test, retest și retest 2.

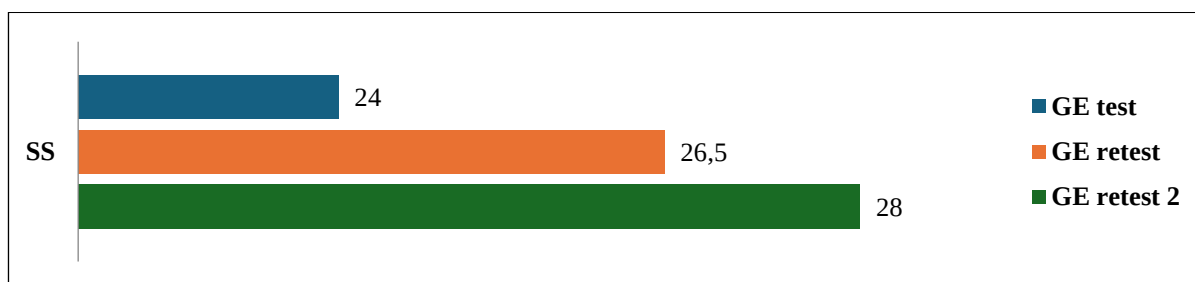


Fig. 3.31. Mediile pentru SS la adolescentele din GE test, GE retest și GE retest 2

În GE test, scorul mediu al SS a fost de 24 u.m. ulterior în retest, media adolescentelor este de 26,5 u.m. și în cea de-a treia evaluare, media obținută de adolescente – 28 u.m. Pentru SS conform testului Wilcoxon obținem între GE test și GE retest 2 diferențe statistic semnificative ($Z=-2,950$, $p=0,003$) (Anexa 5. Tabelul A.5.22). Creșterea mediei pentru SS reflectă eficiența intervențiilor psihologice desfășurată cu GE, care a contribuit la dezvoltarea unei imagini de sine mai stabile și la creșterea încrederii în propriile resurse. De asemenea vom menționa că procesul de schimbare se menține și se amplifică după finalizarea intervențiilor, ceea ce indică o internalizare durabilă a competențelor de autoapreciere și autoreglare emoțională.

Figura 3.32 prezintă mediile scorurilor obținute pentru dimensiunile care reflectă relația cu propriul corp de adolescentele din GE (în test, retest și retest 2).

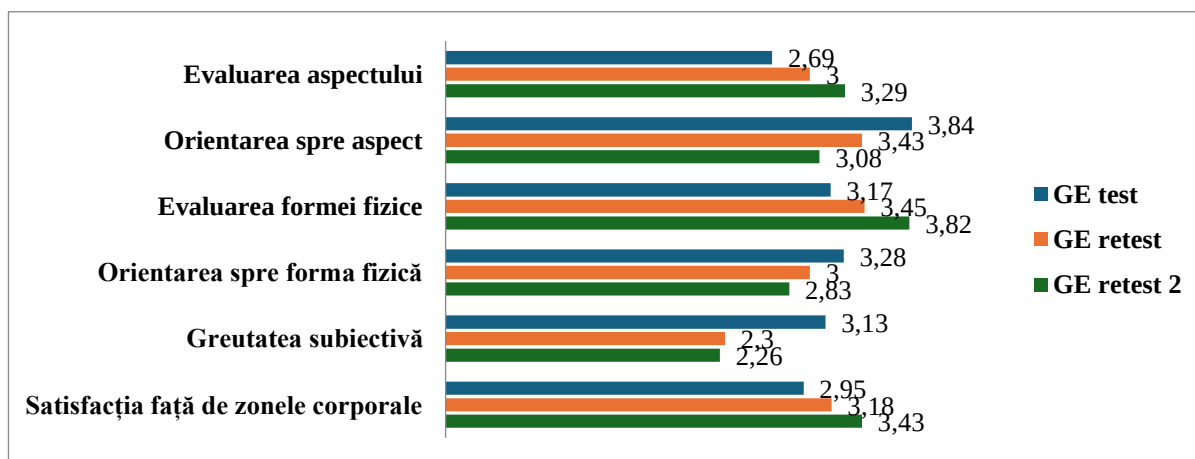


Fig. 3.32. Mediile pentru dimensiunile relațiile sine-corp la adolescentele din GE test, GE retest și GE retest 2

În ceea ce privește *evaluarea aspectului* mediile participantelor din GE sunt: 2,69 u.m. la test, 3 u.m. la retest și 3,29 u.m. la retestul 2. La *orientarea spre forma fizică*, media scorurilor a scăzut de la 3,28 u.m. la test, la 3 u.m. la retest și ulterior la 2,83 u.m. la retestul 2. Pentru *evaluarea formei fizice* mediile adolescentelor cresc de la 3,17 u.m. (test) la 3,87 u.m. (retest 2); pentru dimensiunea *orientarea spre forma fizică* mediile scad de la 3,28 u.m. (test), la 2,83 u.m. (retest); la greutatea subiectivă mediile adolescentelor variază de la 3,13 u.m. (test) la 2,83 u.m. (retest 2).

O tendință inversă se înregistrează pentru satisfacția față de zonele corporale de la o medie de 2,95 u.m. situația test, media este de 3,18 situația retest și ajunge să fie 3,43 u.m. în testarea finală, retest 2. Pentru evaluarea aspectului, orientarea spre aspect, evaluarea formei fizice și satisfacția față de zonele corporale obținem diferențe statistice semnificative conform testului Wilcoxon ($Z=-2.950, p=0,003, Z=-3.059, p=0,002, Z=-2,949, p=0,003, Z=-2.809, p=0,005$), ceea ce indică o îmbunătățire a modului în care adolescentele își apreciază aspectul general, o diminuare a preocupării pentru aspectul fizic și a proporțiilor corpului și un grad mai evident de satisfacție față de propriul corp (Anexa 5. Tabelul A.5.23). Considerăm că adolescentele ce au fost incluse în programul de intervenții psihologice își orientează atenția mai degrabă spre aspecte ale sinelui intern și spre funcționalitatea corpului, decât spre imaginea exterioară.

În concluzie rezultatele ilustrate ne permit să enunțăm următoarele constatări: la adolescentele din GE evidențiem o reducere a tuturor tipurilor de CA dezadaptative (CAR, CAEm, CAEx), precum și a dimensiunilor CC, MN și ME, însă aceste modificări nu ating pragul semnificației statistice. Această tendință sugerează că intervențiile psihologice au inițiat procese de restructurare cognitivă și reglare emoțională, dar intensitatea și durata acestora nu au fost suficiente pentru a produce schimbări consolidate la nivel comportamental. În schimb, rezultatele indică reduceri semnificative pentru posibilitatea prezenței TCA, inclusiv pentru dimensiunile dietă, bulimie și control oral. Aceste modificări reflectă o diminuare a comportamentelor restrictive, a preocupărilor alimentare excesive și a tendințelor bulimice, sugerând că intervențiile au avut un impact mai direct asupra simptomatologiei specifice TCA decât asupra patternurilor alimentare generale.

În contextul personalității la adolescentele din GE atestăm o creștere a autonomiei și o reducere a dezirabilității sociale, ceea ce indică o orientare mai autentică a comportamentului și o consolidare a capacității de autoreglare. Alte trăsături (extraversiune, conștiinciozitate, amabilitate, stabilitate emoțională) prezintă modificări nesemnificative, sugerând că acestea necesită intervenții de durată mai mare pentru a fi influențate. Rezultatele prezintă, de asemenea, o reducere a perfecționismului și o creștere a SS, în timp ce anxietatea înregistrează doar o diminuare neesențială. Aceste constatări sugerează că intervențiile au influențat mai eficient dimensiunile cognitive și evaluative ale sinelui decât componentele afective stabile.

Comparativ, GC prezintă tendințe de stagnare sau accentuare a CA dezadaptative, a riscului pentru TCA și a perfecționismului, în absența intervenției, ceea ce indică evoluția naturală nefavorabilă a acestor dimensiuni în adolescență.

Analiza longitudinală indică menținerea și intensificarea efectelor intervențiilor psihologice în GE, reflectate printr-o scădere progresivă a CA dezadaptative și a simptomelor TCA, precum și

și o ameliorarea unor dimensiuni ale personalității. Se constată o reducere a dezirabilității sociale, o creștere a stabilității emoționale și autonomiei, diminuare a perfecționismului și anxietății, un nivel mai ridicat al SS, precum și o îmbunătățire a relației cu propriul corp.

Constatările evidențiate ne permit să menționăm că ipoteza: *presupunerea, că printr-un program de intervenții psihologice special organizat, se poate influența pozitiv dezvoltarea personalității adolescentelor cu comportamente alimentare dezadaptative, prin optimizarea trăsăturilor de personalitate, diminuarea perfecționismului și anxietății, dezvoltarea stimei de sine, consolidarea încrederii în propriile abilități și formarea unei imagini corporale pozitive, contribuind astfel la reducerea acestor comportamente*, se confirmă.

3.3. Concluzii la capitolul 3

Studiul formativ care a presupus aplicarea unui program de intervenții psihologice destinat dezvoltării personalității adolescentelor cu CA dezadaptative și riscul TCA fundamentează concluziile care atestă eficiența acestuia:

1. Adolescențele din GE retest prezintă modificări în CA dezadaptative (CAR, CAEm, CAEx, CC, MN și ME), însă acestea nu sunt semnificative statistic. Schimbări importante consemnăm pentru TCA. În personalitatea acestora se înregistrează: o îmbunătățire a autonomiei, o diminuare a dezirabilității sociale și a perfecționismului și o creștere a SS. La o evaluare repetată, peste câteva luni adolescențele demonstrează o atenuare considerabilă a CA dezadaptative și TCA. Substanțiale sunt și schimbările în personalitate adolescentelor: diminuarea dezirabilității sociale concomitent cu consolidarea stabilității emoționale și autonomiei personale. De asemenea evidențiem o reducere a perfecționismului și a anxietății, alături de un nivel mai ridicat al SS și o ameliorare a relației cu propriul corp.
2. Schimbările evidențiate în manifestarea CA dezadaptative și TCA, precum și la nivelul trăsăturilor de personalitate sunt explicate prin efectele programului de intervenții psihologice, orientat în mod special la optimizarea dimensiunilor de personalitate (diminuarea perfecționismului disfuncțional și a anxietății, precum și consolidarea SS, a încrederii în propriile resurse și prin formarea unei imagini corporale adaptative și pozitive) și reducerea CA disfuncționale.
3. În rândul adolescențele din GC, dimpotrivă remarcăm o progresie în CA dezadaptative și TCA. Constatăm o manifestare similară a trăsăturilor de personalitate, cu o accentuare a perfecționismului.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Demersul teoretico-empiric realizat prezintă modul de manifestare a comportamentelor alimentare distincte (CA dezadaptative și riscul TCA) la adolescente, caracteristicile de personalitate la acestea și descrie rezultatele implementării unui program de intervenții psihologice orientat la dezvoltarea personalității la adolescentele cu CA dezadaptative și riscul TCA. Interpretarea sistematică a rezultatelor cercetării permite fundamentarea concluziilor științifice care contribuie la conceptualizarea integrativă a CA la adolescente:

1. Comportamentul alimentar poate fi definit ca un construct complex, rezultat al interacțiunii dintre mecanisme biologice, procese psihologice și influențe socioculturale. Iar comportamentul alimentar dezadaptativ reprezintă un ansamblu de tipare de restricție rigidă, reactivitate la stimuli externi și / sau alimentație emoțională / necontrolată, care perturbă autoreglarea și este susținut de mecanisme cognitive și emoționale specifice. Tulburările de comportament alimentar constituie afecțiuni psihologice severe, în care comportamentele alimentare sunt strâns asociate cu modul în care individul percepe și interpretează consumul de alimente, greutatea corporală, imaginea corporală și valoarea personală.
2. *La adolescente consemnăm destul de frecvent CA dezadaptative.* Dintre tipurile de CA dezadaptative cele mai răspândite sunt CAEm și CAR. Vom menționa că experiențele emoționale negative (anxietatea, stresul, tristețea), precum și regulile stricte și intenționate influențează semnificativ alimentația adolescentelor. *Pe parcursul vârstei adolescente evidențiem tipare alimentare diferite: în adolescența mijlocie prevalează CAEm, CAR și CAEx, în adolescența timpurie – CAEx, CAEm și CAR, la finele adolescenței – CAEm.*
3. *Una din trei adolescente dă dovadă de risc crescut de TCA.* Pentru aceste adolescente sunt caracteristice tipare alimentare rigide, dezorganizare, asociate cu griji constante și intruzive cu privire la greutatea corporală, precum și dificultăți semnificative în reglarea consumului alimentar. *Adolescentele de 18 – 19 ani prezintă categoria cea mai vulnerabilă de adolescente pentru riscul de TCA.*
4. Am stabilit relații între CA dezadaptative, ce denotă că existența unui tip de CA dezadaptativ condiționează manifestarea altuia și semnalează conturarea unui patern disfuncțional al CA la adolescente. *Interrelații constatăm între CA dezadaptative și riscul TCA, astfel CA dezadaptative sunt factori predispozanți pentru TCA, fie sunt expresii incipiente ale acestora.*

5. Pentru adolescentele cu CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx) și TCA sunt definitorii următoarele particularități de personalitate: *conștiinciozitate* (reflectată prin organizare, autocontrol și responsabilitate) și *perfecționism accentuat* (standarde rigide și dificil de atins, tendințe autocritice și frica de a comite greșeli). În plan emoțional, atestăm *instabilitate afectivă, îngrijorări fervente, reactivitate și sensibilitate emoțională pronunțată și niveluri ridicate de anxietate*. În plus, la aceste adolescente *identificăm SS redusă și o percepție negativă și deformată a IC*. Dimensiunile de personalitate reliefate la adolescente considerăm că pot contribui la perpetuarea și accentuarea CA dezadaptative și TCA.
6. Cu referire la CF vom menționa că adolescentele cu CA dezadaptative și TCA tind să evalueze CF ca fiind cu prevalență negativ. Astfel, mediul familial caracterizat prin comunicare conflictuală, ostilitate între părinți, între părinți și adolescente, deficit de afecțiune și sprijin emoțional, precum și criticismul excesiv sunt asociate cu incidența mai mare a CA disfuncționale. *Vom sublinia că CF negativ configurează și determină CA dezadaptative și TCA la adolescente.*
7. *Programul de intervenții psihologice orientat la dezvoltarea personalității adolescentelor cu CA dezadaptative și riscul TCA favorizează modificări de intensitate diferită la adolescentele din GE retest și GE retest 2.* La adolescentele din GE retest se înregistrează schimbări limitate în CA dezadaptative (CAR, CAEm, CAEx, CC, MN și ME). Modificări cu o intensitate mai substanțială evidențiem pentru TCA la adolescente. La nivelul personalității la aceste adolescente observăm o ameliorare a autonomiei, împreună cu o reducere a dezirabilității sociale și a perfecționismului, precum și o creștere a SS. *La aceleași adolescente, la un follow-up efectuat la trei luni după programul de intervenții psihologice, consemnăm nu doar o menținere a schimbărilor, ci și o evoluție ascendentă a acestora.* Astfel, evidențiem o reducere importantă a CA dezadaptative și a TCA. Schimbări marcante atestăm pentru caracteristicile personalității după cum urmează: diminuarea dezirabilității sociale și consolidarea stabilității emoționale și independenței. De asemenea, remarcăm scăderea nivelului de perfecționism și anxietate, precum și o creștere a SS și îmbunătățirea relației cu propriul corp.

Demersul întreprins ne permite să înaintăm următoarele recomandări:

1. Promovarea programelor de prevenție și a programului de intervenții psihologice din lucrare în licee privind alfabetizarea emoțională și nutrițională, cu accent pe cultivarea unui raport sănătos cu alimentația, dezvoltarea personalității și formarea unei IC pozitive în rândul adolescentelor.

2. Implicarea activă a tuturor adulților importanți din viața adolescentelor (părinți, cadre didactice) în procesul de identificare și prevenție a CA dezadaptative și a riscului de TCA prin organizarea de sesiuni de informare și consiliere cu referire la dezvoltarea obiceiurilor alimentare.
3. Realizarea unor campanii de conștientizare privind impactul mediului digital și al rețelelor de socializare asupra CA și IC.

Sugestii privind cercetările ulterioare. În contextul demersului teoretico-empiric realizat, considerăm că investigarea domeniului CA distincte poate fi extinsă prin: cercetări similare la vârste mai timpurii, cum ar fi școlaritatea mică și preadolescența sau eșantioane din medii socio-economice diferite. De asemenea, este relevant de analizat influența rețelelor sociale, presiunea de grup, traumele din copilărie asupra CA distincte.

BIBLIOGRAFIE

1. AARDOOM, J.J.; DINGEMANS, A.E. & VAN FURTH, E.F. E-health interventions for eating disorders: Emerging findings, issues, and opportunities. In: *Current Psychiatry Reports*. 2016, nr. 18(4), pp. 42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26946513/> [viewed 2021-05-12].
2. ABBER, S.R.; BECKER K.R.; STERN, C.M. et al. Latent profile analysis reveals overlapping ARFID and shape/ weight motivations for restriction in eating disorders. In: *Psychol Med*. 2024. PMID: 38801097. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38801097/> [viewed 2025-01-09].
3. ABEL, M.R.; GILBERT, R.; BIANCO, A. & SCHLEIDER, J.L. When is psychotherapy brief? Considering sociodemographic factors, problem complexity, and problem type in us adolescents. In: *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2022, nr. 51, pp. 740-749. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32356677/> [viewed 2023-07-12].
4. ADAMS, G. R. & BERZONSKY, M. D. *Psihologia Adolescenței. Manualul Blackwell*. Iași: Polirom, 2009. 701 p. ISBN: 978-973-46-1303-8.
5. ALBU, M. Câteva rezultate privind validitatea Chestionarului de Personalitate cu Cinci Factori (FFPI). În: *Studii și cercetări din domeniul științelor socio-umane, prezentate la sesiunea științifică anuală 1998*, Institutul de Cercetări Socio-Umane, Academia Română. Cluj-Napoca: Argonaut, 1999, pp. 74-78. ISBN 978-606-799-024-9.
6. ALBU, M. Un nou chestionar de personalitate: CP5F. În: *Incursiuni psihologice în cotidian*. Cluj-Napoca: ASCR, 2008. pp. 7-23. ISBN 978-973-7973-70-2.
7. ALJARAEDAH, T. Y.; TAKRURI, H. R. & TAYYEM, R. F. Dietary practices and nutrient intake among adolescents: a general review. In: *Obesity Medicine*, 2019, nr. 16, pp. 100-145. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S245184761930065X?via%3Dihub> [viewed 2021-12-29].
8. ALLEN, K.; BYRNE, S.; ODDY, H. & CROSBY, R. Eating Disorders in Adolescents: Prevalence, Stability, and Psychosocial Correlates in a Population-Based Sample of Male and Female Adolescents. In: *Journal of Abnormal Psychology*. 2013, nr. 122, pp. 720-732. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24016012/> [viewed 2021-11-28].
9. ALLEN, K.; BYRNE, S.; ODDY, H. & CROSBY, R. Risk factors for binge eating and pruging eating disorders: Differences based on age of onset. In: *International Journal of Eating Disorders*. 2014, vol. 47, pp. 802-812. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24825485/> [viewed 2022-02-07].

10. ALLEN, K.L.; COURTNEY, L.; CROFT, P. et al. Programme-Led and Focused Interventions for Recent Onset Binge/Purge Eating Disorders: Use and Outcomes in the First Episode Rapid Early Intervention for Eating Disorders (FREED) Network. In: *Int J Eat Disord.* 2025, nr. 58(2), pp. 389-399. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39614775/> [viewed 2025-04-05].
11. ALOI, M.; RANIA, M.; CARBONE, E. A., et al. Metacognition and emotion regulation as treatment targets in binge eating disorder: A network analysis study. In: *Journal of Eating Disorders.* 2021, nr. 9, pp. 1-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33588943/> [viewed 2022-03-11].
12. ANDERSON, L.M.; BERG, H.; BROWN, T.A.; et al. The Role of Disgust in Eating Disorders. In: *Current Psychiatry Reports.* 2021, vol. 23(2), p. 4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33404776/> [viewed 2022-02-15].
13. ANDERSON, L.M.; REILLY, E.E.; SCHAUMBERG, K. et al. Contributions of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students. In: *Eating and weight disorders.* 2016, vol. 21(1), pp. 83-90. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-015-0210-3> [viewed 2021-12-17].
14. ANDRÉS, A. & SALDANA, C. Body dissatisfaction and dietary restraint influence binge eating behavior. In: *Nutr. Res.* 2014, nr. 34, pp. 944-950. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25270998/> [viewed 2021-12-16].
15. ANDRIST, L.C. Media images, body dissatisfaction, and disordered eating in adolescent women. In: *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2003, nr. 28(2), pp.119-23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12629318/> [viewed 2021-12-09].
16. ANTOCI, D. Personality psychology: Course support. Chişinău CEP UPSC. 2025. 285 p. ISBN 978-9975-48-323-0.
17. ANSTINE, D. & GRINENKO, D. Rapid screening for disordered eating in college-aged females in the primary care setting. In: *Journal of Adolescent Health.* 2000, nr. 26, pp. 338-342. ISSN:1054-139X. Available from: https://www.researchgate.net/publication/12540575_Rapid_screening_for_disordered_eating_in_college_females_in_the_primary_care_setting [viewed 2021-12-25].
18. ARTONI, P.; CHIERECI M.L.; ARNONE, F. et al. Body perception treatment, a possible way to treat body image disturbance in eating disorders: a case-control efficacy study. In: *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity.* 2021, vol. 26, pp. 499-514. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00875-x> [viewed 2022-02-03].

19. ATTIA, E. & WALSH, B.T. Eating Disorders: A Review. In: *JAMA*. 2025, vol. 8;333(14), pp. 1242-1252. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40048192/> [viewed 2025-06-19].
20. AURIOL, P. & VERVISCH, M.O. *Alege să îți schimbi viața. 50 de exerciții practice*. București: Philobia, 2021. 125 p. ISBN: 978-606-9707-37-1.
21. AURIOL, P. & VERVISCH, M.O. *Fii asertiv! 50 de exerciții practice, ca să te exprimi fără agresivitate și fără teamă*. București: Philobia, 2022. 160 p. ISBN: 978-606-9707-71-5.
22. AVRAM, E. *Psihologia sănătății*, vol. 2. București: Editura Universitară, 2010. 200 p. ISBN 978-973-749-942-4.
23. BAKER, C.W.; LITTLE, T.D. & BROWNELL, K.D. Predicting adolescent eating and activity behaviors: the role of social norms and personal agency. In: *Health Psychology*. 2003, nr. 22 (2), pp. 189–198. ISSN: 0278-6133. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Todd-Little-4/publication/297581000_Predicting_adolescent_eating_and_activity_behaviors_The_role_of_social_norms_and_personal_agency/links/56fc251f08ae3c0f264d7115/Predicting-Adolescent-Eating-and-Activity-Behaviors-The-Role-of-Social-Norms-and-Personal-Agency.pdf [viewed 2023-03-24].
24. **BALAN, R.** Adolescenții în context social. În: *Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective*. Ed. 1, 27 octombrie 2023. Bălți: Universitatea de Stat „Alecu Russo” din Bălți, 2023, pp. 272-275. ISBN (pdf) 978-9975-50-314-3. Disponibil: https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/195815.
25. **BALAN, R.** Climatul familial negativ ca factor de risc în rândul adolescenților cu probleme alimentare. *Revista Acta et Commentationes*. 2025, nr. 2 (40), pp. 145-152. ISSN 1857-0623.
26. **BALAN, R.** Conștiinciozitatea la adolescenții cu comportament alimentar distinct. În: *Tradiție și inovare în cercetarea științifică*, Ed. XII, 6-7 octombrie 2023, Bălți. Bălți: Universitatea de Stat „Alecu Russo” din Bălți, 2024, Ediția 12, Vol. I, pp. 199-203. ISBN 978-9975-50-319-8. Disponibil: https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/203525.
27. **BALAN, R.** Educația ca factor de prevenție și intervenție în comportamentul alimentar patologic. În: *Kreatikon. Creativitate. Formare. Performanță*, Ed. 20, 3-6 aprilie 2025, Iași. Iași: *Profesionistii Imprimarilor din Moldova*, Iași, 2025, Ediția 20, pp. 244-248. ISSN 2068 - 1372. Disponibil: https://www.upa.ro/wp-content/uploads/2025/06/Volum_lucrari_in_extenso_Kreatikon-2025-2.pdf.

28. **BALAN, R.** Impactul perfecționismului asupra relației cu propriul corp la adolescentele cu risc de tulburări de comportament alimentar. *Revista Univers Pedagogic*. 2025, nr. 3(87), pp. 79-86. ISSN 1811-5470.
29. **BALAN, R.** Intervenții psihologice în dezvoltarea personalității adolescenților cu probleme alimentare. În: *Dezvoltarea personală și integrarea socială a actorilor educaționali*, 12 noiembrie 2021, Chișinău. Chișinău: CEP UPS, 2021, pp. 69-78. ISBN 978-9975-46-570-0. Disponibil: https://ibn.idsi.md/ru/vizualizare_articol/154282.
30. **BALAN, R.** Încrederea în sine și starea de bine la elevi. În: *Conferința Națională cu Participare Internațională „Valorificarea stării de bine în sistemul educațional: oportunități și perspective”*. Chișinău: Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, 15 mai 2025. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2025, pp. 195-201. ISBN 978-9975-48-310-0 (PDF). Disponibil: https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/245263.
31. **BALAN, R.** Percepția importanței aspectului fizic în societatea contemporană. În: *Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective*, Ed. 1, 21 octombrie 2022, Bălți. Bălți, Republica Moldova: CEP UPS „I.Creangă”, 2022, pp. 343-348. ISBN (pdf) 978-9975-50-295-5(PDF). Disponibil: https://ibn.idsi.md/en/vizualizare_articol/170140.
32. **BALAN, R.** Personalitatea adolescenților cu comportament alimentar distinct. În: *Cercetare, inovare, dezvoltare*, Ed. Vol. II, 19 aprilie 2024, Chișinău. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2024, Vol. II, pp. 253-260. ISBN 978-9975-48-207-3. Disponibil: https://ibn.idsi.md/en/vizualizare_articol/223615.
33. **BALAN, R.** Specificul imaginii corporale la femei. În: *Probleme actuale ale științelor umanistice: Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*, Ed. 19, 11 mai 2022, Chișinău. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2022, Vol.20, Partea 1, pp. 196-200. ISBN 978-9975-46-636-3. ISSN 1857-0267. Disponibil: https://ibn.idsi.md/en/vizualizare_articol/171460.
34. **BALAN, R.** Starea de bine și comportamentul alimentar. În: *Science and education: new approaches and perspectives*, Ed. 26, 21-22 martie 2024, Chișinău. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2024, Seria 26, Vol.1, pp. 149-155. ISBN 978-9975-46-943-2. Disponibil: https://ibn.idsi.md/en/vizualizare_articol/214089/datacite.
35. **BALAN, R.** Stima de sine și starea de bine la elevi. În: *Kreatikon. Creativitate. Formare. Performanță*, Ed. 19, 28-30 martie 2024, Iași. Iași : Profesioniștii Imprimeriilor din Moldova, Iași, 2024, Ediția 19, pp. 37-38. ISSN 2068 - 1372. Disponibil: https://ibn.idsi.md/en/vizualizare_articol/220834.

36. **BALAN, R.** Tulburarea dismorfică corporală: cauze și manifestări. În: *Probleme actuale ale științelor umanistice*, 1 ianuarie 2023, Chișinău. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2023, pp. 217-220. ISBN 978-9975-46-849-7. Disponibil: https://ibn.idsi.md/en/vizualizare_articol/203161.
37. **BALAN, R. & RACU, Iu.** Dezvoltarea personalității adolescentelor cu probleme de alimentație. În: *Tradiție și inovare în cercetarea științifică*. 8 octombrie 2021, Bălți. Bălți: Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, 2021, Ediția 10, Vol. II, pp. 72-75. ISBN 978-9975-50-272-6. Disponibil: https://ibn.idsi.md/ru/vizualizare_articol/159365.
38. **BALAN, R. & RACU, Iu.** Particularitățile stimei de sine la adolescente. În: *Concepția rezultantei: importanța teoretică și practică*, Ed. 1, 1-2 decembrie 2023, Chișinău. Chișinău: Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, 2024, Ediția 1, pp. 142-148. ISBN 978-9975-46-884-8. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2025, pp. 195-202. ISBN 978-9975-48-309-4. Disponibil: https://ibn.idsi.md/en/vizualizare_articol/203051.
39. **BALAN, R. & RACU, Iu.** Tulburările de comportament alimentar: delimitări conceptuale și modalități de intervenții psihoterapeutice. În: *Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective*. Ed. 5, 25-26 octombrie 2024, Bălți. Bălți, Republica Moldova: Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, 2024, Ediția 5, pp. 234-239. ISBN (pdf) 978-9975-50-344-0. Disponibil: https://ibn.idsi.md/en/vizualizare_articol/227244.
40. **BAMFORD, B.H.; ATTOE, C.; MOUNTFORD, V.A.; MORGAN, J.F. & SLY, R.** Body checking and avoidance in low weight and weight restored individuals with anorexia nervosa and non-clinical females. In: *Eat Behav.* 2014, nr. 15(1), pp. 5-8. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.10.011. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24411741/> [viewed 2022-02-12].
41. **BARAJAS-IGLESIAS, B.; JÁUREGUI-LOBERA, I.; LAPORTA-HERRERO, I. & SANTED-GERMÁN, M.Á.** The influence of the aesthetic body shape model on adolescents with eating disorders. In: *Nutr Hosp.* 2018, nr. 35(5), pp. 1131-1137. doi: 10.20960/nh.1826. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30307297/> [viewed 2022-10-21].
42. **BARAKAT, S.; MCLEAN, S.A.; BRYANT, E. et al.** Risk Factors for Eating Disorders: Findings From a Rapid Review. In: *Journal of Eating Disorders*. 2023, nr. 11(8). 10.1186/s40337-022-00717-4. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-022-00717-4> [viewed 2024-03-24].
43. **BARBER, K.E.; RALPH-NEARMAN, C.; HOOPER, M.A. et al.** Dimensions of perfectionism in subtypes of anorexia nervosa, atypical anorexia nervosa, and bulimia

- nervosa. In: *Eat Behav.* 2025, nr. 57:101986. doi: 10.1016/j.eatbeh.2025.101986. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40394791/> [viewed 2025-07-20].
44. BAUER, A.; SCHNEIDER, S.; WALDORF, M. et al. Visual processing of one's own body over the course of time: Evidence for the vigilance-avoidance theory in adolescents with anorexia nervosa? In: *Int. J. Eat. Disord.* 2017, nr. 50, pp. 1205–1213. doi: 10.1002/eat.22771. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28851058/> [viewed 2024-03-23].
 45. BAUMEISTER, R.F. *Identity: cultural change and the struggle for self*. New York: Oxford University Press, 1986. 292 p. ISBN: 978-0195037159.
 46. BELMONT, J. *Soluții-cheie pentru terapeuți: strategii esențiale, idei și instrumente*. București: Editura Trei, 2021. 255 p. ISBN: 978-606-40-1084-1.
 47. BENATAR, L. *Ai încredere în tine! 50 de exerciții practice*. București: Philobia, 2021. 119 p. ISBN: 978-606-9707-44-9.
 48. BERRIDGE, K.C. Liking and wanting food rewards: Brain substrates and roles in eating disorders. In: *Physiology & Behavior.* 2009, nr. 97(5), pp. 537–550. ISSN: 0031-9384. Available from: https://www.researchgate.net/publication/222118958_'Liking'_and_'wanting'_food_rewards_Brain_substrates_and_roles_in_eating_disorders [viewed 2023-01-11].
 49. BONCHIȘ, E.; DRUGAȘ, M.; TRIP, S. & DINDELEGAN, C. *Introducere în psihologia personalității*. Oradea: Editura Universității din Oradea, 2009. 120 p. ISBN: 978-973-759-899-8.
 50. BOONE, L.; CLAES, L. & LUYTEN, P. Too strict or too loose? Perfectionism and impulsivity: the relation with eating disorder symptoms using a person-centered approach. In: *Eat Behav.* 2014, nr. 15(1), pp. 17-23. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.10.013. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24411744/> [viewed 2023-01-13].
 51. BORZEKOWSKI, D.L.G.; SCHENK, S.; WILSON, J.L. & PEEBLES, R. E-Ana and e-Mia: a content analysis of pro-eating disorder web sites. In: *The American Journal of Public Health.* 2010, nr. 100(8), pp. 1526–1534. ISSN: 1541-0048. Available from: https://www.researchgate.net/publication/44683518_e-Ana_and_e-Mia_A_Content_Analysis_of_Pro-Eating_Disorder_Web_Sites [viewed 2023-02-24].
 52. BOUCHER, J.D.; BOURGIN, J.; LASSIAZ, J. et al. The impact of weight and negative body image on the body schema in undergraduate women. In: *Exp Brain Res.* 2024, nr. 242(6), pp. 1373-1385. doi: 10.1007/s00221-024-06827-6. Epub 2024 Apr 2. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00221-024-06827-6> [viewed 2024-07-23].

53. BRAET, C. & VAN STRIEN, T. Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. In: *Behaviour Research and Therapy*. 1997, nr. 35, pp. 863-873. ISSN 0005-7967. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9299807/> [viewed 2022-04-13].
54. BRECARD, F. *Învață să spui NU! 50 de exerciții practice*. București: Philobia, 2021. 152 p. ISBN: 978-606-8560-94-6.
55. BROWN, T.A.; SHOTT, M.E. & FRANK, G.K.W. Body size overestimation in anorexia nervosa: Contributions of cognitive, affective, tactile and visual information. In: *Psychiatry Res.* 2021, nr. 297(113705). doi: 10.1016/j.psychres.2021.113705. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178121000020?via%3Dihub> [viewed 2023-05-23].
56. BRYTEK-MATERA, A. Negative affect and maladaptive eating behavior as a regulation strategy in normal-weight individuals: a narrative review. In: *Sustainability*. 2021, nr. 13(24). doi: 10.3390/su132413704. Available from: <https://www.mdpi.com/2071-1050/13/24/13704> [viewed 2023-05-23].
57. BRYTEK-MATERA, A. *Orthorexia Nervosa. Current Understanding and Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, 2024. 246 p. ISBN: 9781009216418.
58. BUDHIWIANTO, S.; BENNETT, C.J.; BRISTOW, C.A. & DART, J. Global Prevalence of Eating Disorders in Nutrition and Dietetic University Students: A Systematic Scoping Review. In: *Nutrients*. 2023, nr. 15(10):2317. doi: 10.3390/nu15102317. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37242199/> [viewed 2024-07-18].
59. BUFFERD, S.J.; LEVINSON, C.A.; OLINO, T.M. et al. Temperament and psychopathology in early childhood predict body dissatisfaction and eating disorder symptoms in adolescence. In: *Behav Res Ther.* 2022, nr. 151(104039). doi: 10.1016/j.brat.2022.104039. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35139437/> [viewed 2023-11-13].
60. CALABRO, R.S. Integrating Body Schema and Body Image in Neurorehabilitation: Where Do We Stand and What's Next? In: *Brain Sci.* 2025, nr. 15(4):373. doi: 10.3390/brainsci15040373. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-3425/15/4/373> [viewed 2025-06-28].
61. CALESTREME, N. *Incarcă-te cu energie! Ritualuri și jocuri inedite, pentru a te simți în formă*. București: Philobia, 2023. 112 p. ISBN: 978-606-9707-93-7.
62. CALUGI, S.; EL GHOSH, M.; CONTI, M. & DALLE GRAVE, R. Preoccupation with shape or weight, fear of weight gain, feeling fat and treatment outcomes in patients with

- anorexia nervosa: A longitudinal study. In: *Behav Res Ther.* 2018, nr. 105, pp. 63-68. doi: 10.1016/j.brat.2018.04.001. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S000579671830055X> [viewed 2022-07-13].
63. CALVERT, S.; DEMPSEY, R.C. & POVEY, R. A qualitative study investigating food choices and perceived psychosocial influences on eating behaviours in secondary school students. In: *British Food Journal.* 2020, nr. 122, pp. 1027–1039. DOI: 10.1108/BFJ-07-2019-0575. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/bfj-07-2019-0575/full/html> [viewed 2023-10-08].
 64. CALVERT, S.; DEMPSEY, R.C. & POVEY, R. Delivering in-school interventions to improve dietary behaviours amongst 11- to 16-year-olds: a systematic review. In: *Obesity Reviews.* 2019, vol. 20, pp. 543-553. DOI: 10.1111/obr.12797. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30550629/> [viewed 2022-03-10].
 65. CARAMAN, N.; VALACHE, M.; BIVOL, M.; ROTARCIUC, J. & CHIHAI, J. Factorii psihologici și socio-culturali în dezvoltarea tulburărilor de alimentație. În: *Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și performanță*. Chișinău: USMF. 2024. p. 424. ISSN 2345-1467.
 66. CASH, T.F. *Consilier de imagine corporală. Ediția a II-a. Opt pași simpli pentru a-ți îndrăgi înfățișarea*. București: Editura All, 2016. 348 p. ISBN: 978-606-587-363-6.
 67. CASTELLINI, G.; POLITO, C.; BOLOGNESI, E. et al. Looking at my body. Similarities and differences between anorexia nervosa patients and controls in body image visual processing. In: *Eur Psychiatry.* 2013, nr. 28(7), pp. 427-435. doi: 10.1016/j.eurpsy.2012.06.006. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22999437/> [viewed 2021-12-23].
 68. CAVAZOS-REHG, P.A.; FITZSIMMONS-CRAFT, E.E.; KRAUSS, M.J. et al. Examining the self-reported advantages and disadvantages of socially networking about body image and eating disorders. In: *Int J Eat Disord.* 2020, nr. 53, pp. 852-863. doi: 10.1002/eat.23282. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32359127/> [viewed 2023-02-26].
 69. CERNIGLIA, L.; CIMINO, S.; TAFA, M. & MARZILLI, E. Family profiles in eating disorders: Family functioning and psychopathology. In: *Psychology Research and Behavior Management.* 2017, nr. 10. pp. 305-312. ISSN: 1179-1578. Available from: https://www.researchgate.net/publication/320196173_Family_profiles_in_eating_disorders_family_functioning_and_psychopathology [viewed 2024-01-22].

70. CHANG, P.G.; DELGADILLO, J. & WALLER, G. Early response to psychological treatment for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. In: *Clin. Psychol. Rev.* 2021, nr. 86:102032. doi: 10.1016/j.cpr.2021.102032. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735821000751?via%3Dihub>
71. Chestionar de personalitate cu cinci factori (CP5F). In: *Cognitrom. Raport de evaluare*. Cluj-Napoca: PedOnline, 2016, pp. 23-24. Available from: https://www.cognitrom.ro/wp-content/uploads/model_raport_pedonline.pdf [viewed 2021-12-17].
72. Chestionarul multidimensional al relațiilor dintre sine și corp (MBSRQ-AS). În: JANDA, L. *Douăzeci și patru de teste de personalitate (trad. De Oana Munteanu)*. București: Editura Trei, 2012, 221 p. ISBN: 978-973-707-671-7.
73. CHUNG, S.J.; ERSIG, A.L. & MCCARTHY, A.M. The influence of peers on diet and exercise among adolescents: a systematic review. In: *Journal of Pediatric Nursing*, 2017, vol. 36, pp. 44-56. DOI: 10.1016/j.pedn.2017.04.010. Available from: [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(17\)30227-0/abstract](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(17)30227-0/abstract) [viewed 2022-04-03].
74. CLARK, D.A. & BECK, A.T. *Terapia cognitivă a tulburărilor de anxietate. Volumul 1+2*. Cluj-Napoca: ASCR, 2012. 772 p. ISBN: 9786068244495.
75. CLOUZARD, C. *Gestalt terapie practică. 50 de exerciții pentru a trăi clipa prezentă*. București: Philobia, 2023. 112 p. ISBN: 978-606-9707-74-6.
76. CONDREA, V. Influența anxietății asupra comportamentului alimentar. În: *Psihologia aplicativă din perspectiva abordărilor societale contemporane*. Ed. 1, 3 decembrie 2021, Chișinău. Chișinău: FPC „PRIMEX-Com” SRL. 2021. p. 46-53. ISBN 978-9975-159-01-2.
77. CONDREA, V. *Particularități psihologice ale tulburărilor de comportament alimentar la adolescenții cu diabet zaharat tip 1. Teză de doctor în psihologie*. Chișinău: USM. 2025. CZU: 159.922.8:616.89-008.441.42:616.379-008.64(043.3).
78. COUTINHO, B.M.C.; PARIZ, C.G.; KRAHE, T.E. & MOGRABI, D.C. Are you how you eat? Aspects of self-awareness in eating disorders. In: *Personal Neurosci.* 2024, nr. 7:e9. doi: 10.1017/pen.2024.2. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/personality-neuroscience/article/are-you-how-you-eat-aspects-of-selfawareness-in-eating-disorders/FBD6A58299319BE9CBC41AD1CF22E6CC> [viewed 2025-01-22].
79. CRISP, A.H. & BHAT, A.V. Personality and anorexia nervosa — The phobic avoidance stance. In: *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1982, nr. 38, pp. 178-200. ISSN 0033-3190.

Available from: <https://karger.com/pps/article-abstract/38/1-4/178/280776/Personality-and-Anorexia-Nervosa-the-Phobic?redirectedFrom=fulltext> [viewed 2022-09-04].

80. DAFINOIU, I. & VARGHA, J. *Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici*. Iași: Polirom, 2005. 345 p. ISBN: 973-681-777-6.
81. DAHLENBURG, S.C.; GLEAVES, D.H. & HUTCHINSON, A.D. Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. In: *Int J Eat Disord*. 2019, nr. 52(3), pp. 219-229. doi: 10.1002/eat.23009. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30632629/> [viewed 2022-09-12].
82. DALTON, B.; DAVIES M. R.; FLYNN M. et al. Virtually Delivered Guided Self-Help for Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa: Findings From a Service Evaluation. In: *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2024, nr. 52, pp. 211–225. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38263907/> [viewed 2025-01-06].
83. DANIEL, V.D. *Domolește-ți mintea! 50 de exerciții practice pentru a pune capăt fluxului neîntrerupt de gânduri*. București: Philobia, 2021. 112 p. ISBN: 978-606-9707-45-6.
84. DANIEL, V.D. *Gestionează-ți emoțiile! 50 de exerciții practice*. București: Philobia, 2022. 128 p. ISBN: 978-606-9707-42-5.
85. DE MINTEGUA, M.R. *Descoperă psihologia. Comportamentul alimentar. Dincolo de corp și mâncare*. Chișinău: Litera, 2023. 144 p. ISBN: 9786063392382.
86. DEMAREST, J. & ALLEN, R. Body image: gender, ethnic, and age differences. In: *Journal of Social Psychology*. 2000, vol. 140, no. 4, pp. 465–472. ISSN: 0022-4545. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224540009600485?utm_source=researchgate.net&utm_medium=article [viewed 2022-05-08].
87. DEVINE, L.D.; HILL, A.J. & GALLAGHER, A.M. Improving adolescents' dietary behaviours in the school-setting: challenges and opportunities. In: *Proceedings of the Nutrition Society*. 2023, vol. 82(2), pp. 172-185. DOI: 10.1017/S0029665123002197. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/proceedings-of-the-nutrition-society/article/improving-adolescents-dietary-behaviours-in-the-schoolsetting-challenges-and-opportunities/9B9AA73F277D390870362BD9AC7D5D84> [viewed 2024-06-30].
88. DEVOE, D.J.; HAN, A.; ANDERSON, A. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. In: *Int. J. Eat. Disord*. 2022, nr. 56, pp. 5-25. doi: 10.1002/eat.23704. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35384016/> [viewed 2024-02-05].
89. DI GIULIANO, M.; DE LA CRUZ, F.; SCHUMANN, A. et al. Behavioral, neuronal, and physiological facets of multidimensional body image in anorexia nervosa: a scoping review.

- In: *J Eat Disord.* 2025, nr. 13(1):23. doi: 10.1186/s40337-025-01191-4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39930528/> [viewed 2025-05-12].
90. DÍAZ-MARSÁ, M.; CARRASCO, J.L. & SÁIZ, J. A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. In: *J Pers Disord.* 2000, vol.14(4), pp. 352-359. doi: 10.1521/pedi.2000.14.4.352. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11204342/> [viewed 2022-08-01].
 91. DRENOWSKI, A. & DARMON, N. Food choices and diet costs: an economic analysis. In: *The Journal of Nutrition.* 2005, vol. 135(4), pp. 900-904. ISSN 0022-3166. doi: 10.1093/jn/135.4.900. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022316622101574> [viewed 2022-07-21].
 92. DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, American Psychiatric Association, 2017. ISBN: 978-9386217967.
 93. EAGLES, J.M.; JOHNSTON, M.I.; HUNTER, D. et al. Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of northeast Scotland. In: *American Journal of Psychiatry.* 1995, vol. 152, no. 9, pp. 1266-1271. ISSN: 1535-7228. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.152.9.1266> [viewed 2022-05-20].
 94. EL ANSARI, W.; SUOMINEN, S.; SAMARA, A. Eating Habits and Dietary Intake: Is Adherence to Dietary Guidelines Associated with Importance of Healthy Eating among Undergraduate University Students in Finland? In: *Cent Eur J Public Health.* 2015, nr. 4, pp. 306-313. doi: 10.21101/cejph.a4195. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26841143/> [viewed 2022-07-02].
 95. ELLIS, A. *Cum să trăim alături de un "nevrotic" acasă și la locul de muncă.* București: Editura Trei, 2010. 217 p. ISBN: 978-973-707-381-5.
 96. ELLIS, A. *Terapia comportamentului emotiv-rațional: cum să fii fericit, imperturbabil și stăpân pe tine.* București: Antet, 2006. 246 p. ISBN: 978-973-636-510-2.
 97. ELRAN-BARAK, R.; FITZSIMMONS-CRAFT, E.E.; BENYAMINI, Y. et al. Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder in Midlife and Beyond. In: *J Nerv Ment Dis.* 2015, nr. 203(8), pp. 583-590. doi:10.1097/NMD.0000000000000333. Available from: https://journals.lww.com/jonmd/abstract/2015/08000/anorexia_nervosa,_bulimia_nervosa,_and_binge.4.aspx [viewed 2022-06-15].
 98. ENEA, V. & DAFINOIU, I. *Anorexia nervoasă. Teorie, evaluare și tratament.* Iași: Polirom, 2012. 272 p. ISBN: 978-973-46-3281-7.

99. ENEA, V.; MĂIREAN, C. & DAFINOIU, I. *Bulimia nervoasă. Teorie, evaluare și tratament*. Iași: Polirom, 2016. 272 p. ISBN: 978-973-46-6324-8.
100. ENEA, V.; MOLDOVAN, A. & ANTON, R. *Tulburările de comportament alimentar și obezitatea la copii și adolescenți*. Iași: Editura Polirom, 2017. 248 p. ISBN: 9789734664665.
101. ESPOSITO, R.; CIERI, F.; DI GIANNANTONIO, M. & TARTARO, A. The role of body image and self-perception in anorexia nervosa: the neuroimaging perspective. In: *J Neuropsychol*. 2018, nr. 1, pp. 41-52. doi: 10.1111/jnp.12106. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27220759/> [viewed 2022-06-18].
102. ESTÉVEZ, A.; MOMENÉ, J.; MACÍA GUERRERO, L. & IRUARRIZAGA, M.I. The Mediating Effect of Coping Strategies and Emotion Regulation in the Relationship between Impulsivity, Metacognition, and Eating Disorders. In: *Nutrients*. 2024, nr. 16(12), 1884. Available from: https://www.mdpi.com/2072-6643/16/12/1884?utm_source=researchgate.net&utm_medium=article [viewed 2024-09-12].
103. FAIRBURN, C. Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. In: *Eating disorder and obesity: a comprehensive handbook*. 2nd edition. New York: Guilford Press, 2005. pp. 302-307. ISBN: 978-1593852368.
104. FAIRBURN, C.G. *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar*. Cluj-Napoca: ASCR. 2022. 404 p. ISBN: 9786069770726.
105. FAIRBURN, C.G. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press. 2008. p. 324. ISBN: 978-1593857097.
106. FAITH, M.S.; ALLISON, D.B. & GELIEBTER, A. Emotional Eating and Obesity: Theoretical Considerations and Practical Recommendations. In: *S. Dalton, Ed., Obesity and weight control: the health professional's guide to understanding and treatment*. Gaithersburg: Aspen, 1997, pp. 439-465.
107. FENG, B.; HARMS, J.; CHEN, E. et al. Current Discoveries and Future Implications of Eating Disorders. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023, vol. 20(14), pp. 6325. <https://doi.org/10.3390/ijerph20146325>. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/14/6325> [viewed 2024-05-22].
108. FERGUSON, C.J.; MUÑOZ, M.; GARZA, A. & GALINDO, M. Concurrent and prospective analyses of peer, television, and social media influences on body dissatisfaction, eating disorder symptoms and life satisfaction in adolescent girls. In: *J. Youth Adolesc*. 2014, nr. 43, pp. 1–14. doi: 10.1007/s10964-012-9898-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23344652/> [viewed 2022-07-03].

109. FIELD, A.E.; CAMARGO, C.A. Jr.; TAYLOR, C.B. et al. Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. In: *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 1999, vol. 153(11), pp. 1184–1189. ISSN: 1072-4710. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/348127> [viewed 2022-07-02].
110. FIELD, A.E.; AUSTIN, S.B. & TAYLOR, C.B. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. In: *Pediatrics*. 2003, nr. 112, pp. 900–906. doi: 10.1542/peds.112.4.900. ISSN: 0031-4005. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14523184/> [viewed 2022-06-17].
111. FLEMING, C.; HOCKEY, K.; SCHMEID, V. et al. *Food and Me. How adolescents experience nutrition across the world. A Companion Report to The State of the World's Children 2019*. Sydney: Western Sydney University and United Nations Children's Fund (UNICEF). 2020. DOI: <https://doi.org/10.26183/26f6-ec12> [viewed 2022-06-09].
112. FRANCO-PAREDES, K.; DÍAZ-RESÉNDIZ, F.J.; PELÁEZ-FERNÁNDEZ, M.A. & BAUTISTA-DÍAZ, M.L. Variables that explain disordered eating behaviors among women: the mediating role of body dissatisfaction. In: *Eat Weight Disord*. 2024, vol. 29, nr. 4. doi: 10.1007/s40519-023-01626-4. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-023-01626-4> [viewed 2024-04-14].
113. FRANKL, V. *Teoria și terapie nevrozelor: introducere în logoterapie și analiza existențială*. București: Meteor Press, 2020. 302 p. ISBN: 978-973-728-764-9.
114. FUENTES, C.T.; LONGO, M.R. & HAGGARD, P. Body image distortions in healthy adults. In: *Acta Psychol*. 2013, nr. 144, pp. 344-351. doi: 10.1016/j.actpsy.2013.06.012. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23933684/> [viewed 2022-01-14].
115. GADSBY, S. Distorted body representations in anorexia nervosa. In: *Conscious Cogn*. 2017, nr. 51, pp. 17-33. doi: 10.1016/j.concog.2017.02.015. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28284109/> [viewed 2022-04-23].
116. GALMICHE, M.; DECHELOTTE, P.; LAMBERT, G. & TAVOLACCI, M.P. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. In: *Am J Clin Nutr*. 2019, nr. 109(5), pp. 1402-1413. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31051507/> [viewed 2023-01-23].
117. GARFINKEL, P.E. & GARNER, D.M. *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. New York: Brunner/Mazel, 1982. 379 p. ISBN: 9780876302972.
118. GARNER, D.M.; OLMSTED, M.P.; BOHR, Y. & GARFINKEL, P.E. The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates. In: *Psychological Medicine*. 1982, nr.

- 12(4), pp. 871-878. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163> [viewed 2021-11-23].
119. GATLEY, D.; MILLAR-SARAHS, V.; BROWN, A. et al. Understanding Early Treatment Response in Brief CBT for Nonunderweight Eating Disorders: A Mixed Methods Study. In: *Int J Eat Disord*. 2025, nr. 58(3), pp. 518-530. doi: 10.1002/eat.24350. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39668811/> [viewed 2025-05-28].
 120. GIBSON, D.; BENABE, J.; WATTERS, A. et al. Personality characteristics and medical impact of stimulant laxative abuse in eating disorder patients-a pilot study. In: *J Eat Disord*. 2021, nr. 9(146). doi: 10.1186/s40337-021-00502-9. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-021-00502-9> [viewed 2022-02-12].
 121. GRACE, S.A.; LABUSCHAGNE, I.; KAPLAN, R.A. & ROSSELL, S.L. The neurobiology of body dysmorphic disorder: A systematic review and theoretical model. In: *Neurosci. Biobehav. Rev*. 2017, nr. 83, pp. 83-96. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.10.003. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149763417300519?via%3Dihub> [viewed 2022-04-14].
 122. GRENON, R.; SCHWARTZE, D.; HAMMOND N. et al. Group Psychotherapy for Eating Disorders: A Meta-Analysis. In: *International Journal of Eating Disorders*. 2017, vol. 50(9), pp. 997-1013. ISSN: 0276-3478. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28771758/> [viewed 2023-01-03].
 123. GRILO, C.M. *Eating and weight disorders*. New York: Psychology Press. 2006. 256 p. ISBN: 9781315820101.
 124. GRILO, C.M.; SHIFFMAN, S. & WING, R. R. Coping with dietary relapse crises and their aftermath. In: *Addictive Behaviors*. 1993, nr. 18, pp. 89-102. ISSN: 0306-4603. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/030646039390012X?via%3Dihub> [viewed 2022-04-16].
 125. GRUNBAUM, J.A.; KANN, L.; KINCHEN, S. et al. Youth risk behavior surveillance: United States, 2003. In: *Journal of School Health*. 2004, nr. 74(8), pp. 307–324. ISSN:0022-4391. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15152182/> [viewed 2023-05-02].
 126. GRUSZKA, W.; OWCZAREK, A.J.; GLINIANOWICZ, M. et al. Perception of body size and body dissatisfaction in adults. In: *Scientific Reports*. 2022, nr. 12(1):1159. doi: 10.1038/s41598-021-04706-6. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-04706-6> [viewed 2023-02-07].

127. HAMAMOTO, Y.; SUZUKI, S.; MOTOKI, K. et al. Neural mechanisms of perceptual and affective body-image disturbance during own-body and ideal-body estimation. In: *Behav. Brain Res.* 2023, nr. 444:114349. doi: 10.1016/j.bbr.2023.114349. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0166432823000670> [viewed 2023-07-13].
128. HARGREAVES, D.; MATES, E.; MENON, P. et al. Strategies and interventions for healthy adolescent growth, nutrition, and development. In: *Lancet.* 2022, vol. 399, pp. 198–210. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)01593-2. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01593-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01593-2/abstract) [viewed 2022-06-03].
129. HARRIS, L.M.; ROGERS, M.L.; BROSHEK, C.E. et al. Enhancing Motivation to Reduce Restrictive Eating: A Novel Approach. In: *Int J Eat Disord.* 2025, nr. 58(2), pp. 411–426. DOI: 10.1002/eat.24346. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39630981/> [viewed 2025-04-15].
130. HARRISON, K. Ourselves, our bodies: thin-ideal media, self-discrepancies, and eating disorder symptomatology in adolescents. In: *Journal of Social and Clinical Psychology.* 2001, nr. 20(3), pp. 289–323. ISSN: 0736-7236. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/240296518> [viewed 2022-06-23].
131. HARVEY, S. *Kaizen: Metoda japoneză pentru o viață mai bună.* București: Humanitas, 2020. 231 p. ISBN: 978-973-50-69-25-4.
132. HAWKES, L. *Imbunătățește-ți stima de sine. 50 de exerciții practice.* București: Philobia, 2021. 128 p. ISBN: 978-606-9707-34-0.
133. HAY, P.J. Eating disorders: Anorexia nervosa, bulimia nervosa and related syndromes – An overview of assessment and management. In: *Australian Prescriber.* 1998, 21(4), pp. 100–103. ISSN: 1839-3942. Available from: <https://australianprescriber.tg.org.au/articles/eating-disorders-anorexia-nervosa-bulimia-nervosa-and-related-syndromes-an-overview-of-assessment-and-management.html> [viewed 2021-12-03].
134. HERMAN, C.P. & POLIVY, J. Causes of eating disorders. In: *Annu Rev Psychol.* 2002, nr. 53, pp. 187-213. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135103. PMID: 11752484. Available from: http://www.gruberpeplab.com/teaching/psych3303_spring2019/documents/4.1_Polivy.Herman2002.pdf [viewed 2021-12-05].
135. HILBERT, A.; HOEK H.W. & SCHMIDT, R. Evidence-Based Clinical Guidelines for Eating Disorders: International Comparison. In: *Current Opinion in Psychiatry.* 2017, nr.

- 30, pp. 423–437. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28777107/> [viewed 2022-01-13].
136. HILBERT, A.; PIKE, K.M.; GOLDSCHMIDT, A.B. et al. Risk factors across the eating disorders. In: *Psychiatry Res.* 2014, nr. 220, pp. 500–506. doi: 10.1016/j.psychres.2014.05.054. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25103674/> [viewed 2022-02-01].
 137. HILL, A.J. & FRANKLIN, J.A. Mothers, daughters and dieting: investigating the transmission of weight control. In: *British Journal of Clinical Psychology.* 1998, nr. 37(1), pp. 3–13. ISSN:0144-6657 [viewed 2022-04-17].
 138. HILL, L. Temperament impact on eating disorder symptoms and habit formation: a novel model to inform treatment. In: *J Eat Disord.* 2024, nr. 12(1):40. doi: 10.1186/s40337-024-00998-x. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10953227/> [viewed 2024-06-23].
 139. HINOJO-LUCENA, F.J.; AZNAR-DÍAZ, I. & CÁCERES-RECHE, M.P. Problematic Internet Use as a Predictor of Eating Disorders in Students: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. In: *Nutrients.* 2019, nr. 11(9):2151. doi: 10.3390/nu11092151. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31505749/> [viewed 2022-06-12].
 140. HOLDEVICI, I. *Psihoterapii scurte. Să ne rezolvăm problemele de viață rapid și eficient.* București: Editura Ceres, 2002, 199 p. ISBN: 973-40-0474-3.
 141. HOOD, J.; MOOR, T.E. & GARNER, D.M. Locus of control as a measure of ineffectiveness in anorexia nervosa. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1982, nr. 50(1), pp. 3-13. ISSN: 0022-006X. Available from: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.50.1.3> [viewed 2022-05-17].
 142. ICD-11-CM: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Feeding or eating disorders.* 11th revision, World Health Organization, 2019. Available from: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1412387537> [viewed 2021-12-17].
 143. ILUȚ, P. *Sinele și cunoașterea lui: teme actuale de psihosociologie.* Iași: Polirom, 2001. 224 p. ISBN: 973-683-849-8.
 144. IZYDORCZYK, B. A psychological typology of females diagnosed with anorexia nervosa, bulimia nervosa or binge eating disorder. In: *Health Psychology Report.* 2015, nr. 3(4) pp. 312-325. ISSN: 2353-5571. Available from: <https://hpr.termedia.pl/pdf-60255-74146?filename=A-psychological-typology-.pdf> [viewed 2022-06-10].

145. JACKA, F.N.; PASCO, J.A.; MYKLETUN, A. et al. Association of Western and traditional diets with depression and anxiety in women. In: *Am. J. Psychiatry*. 2010, nr. 167, pp. 305–311. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09060881. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20048020/> [viewed 2022-06-12].
146. JACOBI, C.; HAYWARD, C.; DE ZWAAN, M. et al. Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. In: *Psychol Bull*. 2004, nr. 130(1), pp. 19–65. doi: 10.1037/0033-2909.130.1.19. Available from: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19> [viewed 2022-06-06].
147. JAHRAMI, H.; SAIF, Z.; FARIS, M.A. & LEVINE, M.P. The relationship between risk of eating disorders, age, gender and body mass index in medical students: a meta-regression. In: *Eat Weight Disord*. 2019, nr. 24(2), pp. 169-177. doi: 10.1007/s40519-018-0618-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30430465/> [viewed 2022-07-01].
148. JARUGA-SĘKOWSKA, S.; STAŚKIEWICZ-BARTECKA, W. & WOŹNIAK-HOLECKA, J. The Impact of Social Media on Eating Disorder Risk and Self-Esteem Among Adolescents and Young Adults: A Psychosocial Analysis in Individuals Aged 16-25. In: *Nutrients*. 2025, nr. 17(2):219. doi: 10.3390/nu17020219. Diponibil: <https://www.mdpi.com/2072-6643/17/2/219> [viewed 2025-03-08].
149. JENKINS, S.K. & HORNER, S.D. Barriers that Influence Eating Behaviors in Adolescents. In: *Journal of Pediatric Nursing*. 2005, nr. 20(4), pp. 258-267. DOI: 10.1016/j.pedn.2005.02.014. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-020-00353-w> [viewed 2022-05-30].
150. JIMÉNEZ-LIMAS, K.; MIRANDA-BARRERA, V.A.; MUÑOZ-DÍAZ, K.F. et al. Body Dissatisfaction, Distorted Body Image and Disordered Eating Behaviors in University Students: An Analysis from 2017-2022. In: *Int J Environ Res Public Health*. 2022, nr. 19(18):11482. doi: 10.3390/ijerph191811482. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36141756/> [viewed 2022-11-11].
151. JONES, A. & BAMFORD, B. Exploring quality of life for eating-disordered patients. In: *Eur Eat Disord Rev*. 2008, nr. 16(4), pp. 276-286. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.852> [viewed 2022-06-25].
152. JONES, H.; MCINTOSH, V.V.W.; BRITT, E. et al. The effect of temperament and character on body dissatisfaction in women with bulimia nervosa: The role of low self-esteem and depression. In: *Eur Eat Disord Rev*. 2022, nr. 30(4), pp. 388-400. doi: 10.1002/erv.2899. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35368118/> [viewed 2022-08-12].

153. JONES, J.M.; BENNETT, S.; OLMSTED, M.P. et al. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. In: *CMAJ: Canadian Medical Association journal*. 2001, nr. 165(5), pp. 547-552. ISSN: 0820-3946. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC81412/> [viewed 2022-06-13].
154. KARLSSON, J.; BLANDINE, L.; RAMON, M. et al. The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 Is Able to Distinguish among Different Eating Patterns in a General Population. In: *The Journal of Nutrition*. 2004, vol. 134, nr. 9 pp. 2372-2380. <https://doi.org/10.1093/jn/134.9.2372>.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022316623030584?via%3Dihub>
Available from: [viewed 2023-03-10].
155. KEEL, P.K.; BAXTER, M.G.; HEATHERTON, T.F. & JOINER, T.E. A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. In: *J Abnorm Psychol*. 2007, nr. 116, pp. 422-432. doi: 10.1037/0021-843x.116.2.422. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17516772/> [viewed 2021-12-22].
156. KESKI-RAHKONEN, A. & MUSTELIN, L. Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. In: *Curr. Opin. Psychiatry*. 2016, nr. 29, pp. 340-345. doi: 10.1097/YCO.0000000000000278. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27662598/> [viewed 2021-12-13].
157. KILLEN, J.D.; TAYLOR, C.B.; HAYWARD, C. et al. Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. In: *J. Consult. Clin. Psychol*. 1996, nr. 64, pp. 936–940. doi: 10.1037/0022-006X.64.5.936. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8916622/> [viewed 2022-01-18].
158. KLINGENSPOR, B. Gender identity and bulimic eating behavior. In: *Sex Roles. A journal of Research*. 1994, nr. 31(7), pp. 407-431. ISSN 2230-7850. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01544198> [viewed 2022-06-18].
159. KOENIG, L.J. & WASSERMAN, E.L. Body image and dieting failure in college men and women – Examining links between depression and eating problems. In: *Sex Roles, A journal of Research*. 1995, nr. 32, pp. 225-249. ISSN 2230-7850. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01544790> [viewed 2022-06-20].
160. KORNACKA, M.; CZEPCZOR-BERNAT, K.; NAPIERALSKI, P. & BRYTEK-MATERA, A. Rumination, mood, and maladaptive eating behaviors in overweight and healthy populations. In: *Eat. Weight. Disord*. 2021, vol. 26, pp. 273-285. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-020-00857-z#citeas> [viewed 2022-07-30].

161. KUGU, N.; AKYUZ, G.; DOGAN, O. et al. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. In: *Aust N Z J Psychiatry*. 2006, nr. 40(2), pp. 129-135. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01759.x. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16476130/> [viewed 2021-12-23].
162. LAMMERS, M.W.; VROLING, M.S.; OUWENS, M.A. et al. Predictors of outcome for cognitive behaviour therapy in binge eating disorder. In: *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2015, nr. 23, pp. 219–228. doi: 10.1002/erv.2356. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25802175/> [viewed 2023-02-12].
163. LARSON, N.I., NEUMARK-SZTAINER, D. & STORY, M. Weight Control Behaviors and Dietary Intake among Adolescents and Young Adults: Longitudinal Findings from Project EAT. In: *Journal of the American Dietetic Association*. 2009, NR. 109(11), pp. 1869-1877. DOI: 10.1016/j.jada.2009.08.016. Available from: [https://www.jandonline.org/article/S0002-8223\(09\)01433-3/abstract](https://www.jandonline.org/article/S0002-8223(09)01433-3/abstract) [viewed 2022-04-12].
164. LASSALE, C.; BATTY, G.D.; BAGHDADLI, A. et al. Healthy and unhealthy dietary patterns and risk of depression: A meta-analysis. In: *Mol. Psychiatry*. 2019, nr. 24, pp. 965–980. doi: 10.1038/s41380-018-0237-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30254236/> [viewed 2022-06-10].
165. LAWLER, M. & NIXON, E. Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: The effects of body mass, peer appearance, culture, and internalization of appearance ideals. In: *J. Youth Adolesc.* 2011, nr. 40, pp. 59–71. doi: 10.1007/s10964-009-9500-2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20058058/> [viewed 2022-05-27].
166. LAWLESS, M.; SHRIVER, L. H.; WIDEMAN, L. et al. Associations between eating behaviors, diet quality and body mass index among adolescents. In: *Eating Behaviors*. 2020, vol. 36, 101339. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2019.101339. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471015318304227?via%3Dihub> [viewed 2022-06-24].
167. LĂZĂRESCU, M. & NIRIȘTEAN, A. *Tulburările de personalitate*. Iași: Polirom, 2007. 470 p. ISBN: 978-973-46-0760-0.
168. LEAHY, R.L. *Planuri de tratament și intervenții pentru anxietate și depresie*. Ediția a doua. Cluj-Napoca: ASCR, 2022. 464 p. ISBN: 9786069770795.
169. LEAHY, R.L. *Tehnici de terapie cognitivă. Manualul clinicianului*. Cluj-Napoca: ASCR, 2022. 684 p. ISBN: 9786069770825.
170. LEGENBAUER, T.; THIEMANN, P. & VOCKS, S. Body image disturbance in children and adolescents with eating disorders. Current evidence and future directions. In: *Z Kinder*

- Jugendpsychiatr Psychother.* 2014, 42(1), pp. 51-59. doi: 10.1024/1422-4917/a000269. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24365963/> [viewed 2022-06-28].
171. LEVANTE, A.; QUARTA, S.; MASSARO, M. et al. Physical activity habits prevent psychological distress in female academic students: The multiple mediating role of physical and psychosocial parameters. In: *Heliyon*. 2024, nr. 10(4):e26626. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e26626. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38420440/> [viewed 2024-05-12].
 172. LOSÎL, E. & ȘTEFAN, M. Impactul perfecționismului maladaptativ asupra comportamentului alimentar al adolescentelor. În: *Univers Pedagogic*. 2024, nr. 4.(84), pp. 87-92. ISSN 1811-5470. Disponibil: <https://up.upsc.md/wp-content/uploads/2024/12/UP-V84-Nr4-2024-p87-92.pdf> [accesat 2024-12-24].
 173. LOSÎL, E. & ȘTEFAN, M. Self-esteem, anxiety, and their influence on eating behavior in adolescent girls. In: *Journal of Romanian Literary Studies*. 2024, nr. 39, pp. 163-169. ISSN 2248-3004. Disponibil: <https://www.asociatia-alpha.ro/Jrls/039-2024/Jrls-039-020.pdf> [accesat 2024-12-24].
 174. MADANAT, H.N.; LINDSAY, R. & CAMPBELL, T. Young urban women and the nutrition transition in Jordan. In: *Public Health Nutrition*. 2011, nr. 14(4), pp. 599-604. ISSN: 1368-9800. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1368980010002107> [viewed 2023-03-15].
 175. MAHN, H.M. & LORDLY, D. A Review of Eating Disorders and Disordered Eating amongst Nutrition Students and Dietetic Professionals. In: *Can J Diet Pract Res*. 2015, nr. 76(1), pp. 38-43. doi: 10.3148/cjdpr-2014-031. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26067246/> [viewed 2022-05-20].
 176. MALTAIS-LÉVESQUE, C.; LEGENDRE, M. & BÉGIN, C. Examining maladaptive eating behaviors and psychological difficulties among women with compulsive eating and obesity: a latent profile analysis. In: *J Eat Disord*. 2025, nr. 13(36), pp. 1-12. ISSN: 2050-2974. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-025-01193-2> [viewed 2025-03-15].
 177. MANESCHY, I.; MORENO, L.A.; RUPEREZ, A.I. et. al. Eating Behavior Associated with Food Intake in European Adolescents Participating in the HELENA Study. In: *Nutrients*. 2022, nr. 14(15):3033. doi: 10.3390/nu14153033. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9332602/> [viewed 2022-10-25].
 178. MARQUES, A.; NAIA, A.; BRANQUINHO, C. & MATOS, M.G. Adolescents' eating behaviors and its relationship with family meals, body mass index and body weight

- perception. In: *Nutrition Hospitalaria*. 2018, nr. 35 pp. 550-556. ISSN 1699-5198. Available from: <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/1540> [viewed 2023-01-10].
179. MARZOLA, E.; PORLIOD, A.; PANERO, M. et al. Affective temperaments and eating psychopathology in anorexia nervosa: Which role for anxious and depressive traits? In: *J Affect Disord*. 2020, nr. 266, pp. 374-380. doi: 10.1016/j.jad.2020.01.142. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32056902/> [viewed 2023-03-02].
 180. MATTHEWS, G.; DEARY, I.J. & WHITEMAN, M.C. *Psihologia personalității: trăsături, cauze, consecințe*. București: Polirom, 2005. 508 p. ISBN: 973-46-0127-X.
 181. MCADAMS, C.J. & KRAWCZYK, D.C. Who am I? How do I look? Neural differences in self-identity in anorexia nervosa. In: *Soc. Cogn. Affect. Neurosci*. 2014, nr. 9, pp. 12-21. doi: 10.1093/scan/nss093. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22956668/> [viewed 2022-02-13].
 182. MEIKLEJOHN, S.; RYAN, L.; PALERMO, C. et al. A systematic review of the impact of multi-strategy nutrition education programs on health and nutrition of adolescents. In: *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2016, vol. 48, pp. 631–646. Available from: [https://www.jneb.org/article/S1499-4046\(16\)30671-6/abstract](https://www.jneb.org/article/S1499-4046(16)30671-6/abstract) [viewed 2023-02-05].
 183. MENEGUZZO, P.; BUSCAGLIA, F.; PILLAN, A. et al. The Interplay Between Personality and Clinical Syndromes in Eating Disorders: Implications for Personalized Treatment. In: *Clin Psychol Psychother*. 2025, nr. 32(2):e70061. doi: 10.1002/cpp.70061. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40098345/> [viewed 2025-05-06].
 184. MINIATI, M.; CALLARI, A.; MAGLIO, A. & CALUGI, S. Interpersonal Psychotherapy for Eating Disorders: Current Perspectives. In: *Psychology Research and Behavior Management*. 2018, nr. 11, pp. 353-369. 10.2147/PRBM.S120584. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30233263/> [viewed 2023-11-04].
 185. MITCHISON, P.J. & HAY, S. The epidemiology of eating disorders: Genetic, environmental and societal factors. In: *Clin Epidemiol*. 2014, nr. 6, pp. 89-97. ISSN: 1179-1349. Available from: <https://doi.org/10.2147/CLEP.S40841> [viewed 2022-03-16].
 186. MITROFAN, I. *Psihoterapie experiențială*. București: Infomedica, 1999. 360 p. ISBN: 973-9394-20-5.
 187. MITROFAN, I. *Psihoterapie: repere teoretice, metodologice și aplicative*. București: Editura SPER, 2008. 513 p. ISBN: 978-973-8383-38-8.

188. MIZES, S. & HEFFNER-MACERA, M. Practical Resources for the Mental Health Professional. In: *Clinician's Handbook of Child Behavioral Assessment*. Amsterdam: Elsevier. 2006. pp. 437-457. ISBN: 978-0-12-343014-4.
189. MODREA, M. *Imaginea de sine și personalitatea în adolescență. Studii teoretice și experimentale*. Focșani: Aliter, 2006. 222 p. ISBN 973-97931-7-7.
190. MOHR, H.M.; RICKMEYER, C.; HUMMEL, D. et al. Altered visual adaptation to body shape in eating disorders: Implications for body image distortion. In: *Perception*. 2016, nr. 45, pp. 725-738. doi: 10.1177/0301006616633385. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26921409/> [viewed 2022-01-03].
191. MORGAN, J.; LAZAROVA, S.; SCHELHASE, M. & SAEIDI, S. Ten session body image therapy: Efficacy of a manualised body image therapy. In: *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2013, nr. 22, pp. 66-71. doi: 10.1002/erv.2249. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24006359/> [viewed 2023-10-02].
192. MOUNTFORD, V.A.; BROWN, A.; BAMFORD, B. et al. BodyWise: evaluating a pilot body image group for patients with anorexia nervosa. In: *Eur Eat Disord Rev.* 2015, nr. 23(1), pp. 62-67. doi: 10.1002/erv.2332. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25382845/> [viewed 2023-01-06].
193. MULKERRIN, U.; BAMFORD, B. & SERPELL, L. How well does Anorexia Nervosa fit with personal values? An exploratory study. In: *J Eat Disord.* 2016, nr. 4(20). doi:10.1186/s40337-016-0109-z. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-016-0109-z> [viewed 2022-03-16].
194. MUNTEANU, A. *Psihologia copilului și a adolescentului*. Timișoara: Augusta, 1998. 291 p. ISBN: 973-9353-21-5.
195. MURAYAMA, Y.; ITO, H.; HAMADA, M. et al. Examining simultaneous associations of four emotion regulation strategies with abnormal eating behaviors/attitudes in early adolescents. In: *Eat Behav.* 2021, nr. 40:101449. doi: 10.1016/j.eatbeh.2020.101449. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33246836/> [viewed 2022-05-11].
196. MURAYAMA, Y.; ITO, H.; HAMADA, M. et al. Longitudinal associations between response-style strategies and abnormal eating behaviors/attitudes in adolescents: a cross-lagged panel model. In: *J Eat Disord.* 2024, nr. 12(1):33. doi: 10.1186/s40337-024-00991-4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38414032/> [viewed 2024-04-19].
197. MURAYAMA, Y. & OHYA, A. A cross-sectional examination of the simultaneous association of four emotion regulation strategies with abnormal eating behaviours among

- women in Japan. In: *J Eat Disord.* 2021, nr. 9(1):122. doi: 10.1186/s40337-021-00477-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34583776/> [viewed 2022-02-18].
198. MURPHY, R.; STRAEBLER, S.; COOPER, Z. & FAIRBURN, C.G. Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. In: *Psychiatric Clinics of North America.* 2010, nr. 33(3), pp. 611-627. DOI: 10.1016/j.psc.2010.04.004. ISSN 0193-953X. Available from: https://www.researchgate.net/publication/45090260_Cognitive_Behavioral_Therapy_for_Eating_Disorders [viewed 2023-09-23].
 199. NAEIMI, A.F.; HAGHIGHIAN, H.K.; GARGARI, B.P. et al. Eating disorders risk and its relation to self-esteem and body image in Iranian university students of medical sciences. In: *Eat Weight Disord.* 2016, nr. 21(4), pp. 597-605. doi: 10.1007/s40519-016-0283-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27107872/> [viewed 2023-01-11].
 200. NAGL, M.; JACOBI, C.; PAUL, M. et al. Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. In: *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry.* 2016, nr. 25, pp. 903–918. doi: 10.1007/s00787-015-0808-z. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26754944/> [viewed 2021-12-24].
 201. NELSON-JONES, R. *Manual de consiliere: învață ce să spui ca să ajuți!* București: Editura Trei, 2014. 306 p. ISBN: 978-973-707-998-5.
 202. NEUFELD, L.M.; ANDRADE, E.B.; SULEIMAN, A.B. et al. Food choice in transition: adolescent autonomy, agency, and the food environment. In: *Lancet.* 2022, vol. 399, pp. 185-197. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)01687-1. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01687-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01687-1/abstract) [viewed 2023-02-12].
 203. NEUMARK-SZTAINER, D.; EISENBERG, M.E.; FULKERSON, J.A. et al. Family meals and disordered eating in adolescents: longitudinal findings from Project EAT. In: *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.* 2008, nr. 162(1), pp. 17-22. ISSN: 1072-4710. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/378850> [viewed 2023-06-08].
 204. NEUMARK-SZTAINER, D.; PAXTON, S.J.; HANNAN, P.J. et al. Does Body Satisfaction Matter? Five-year Longitudinal Associations between Body Satisfaction and Health Behaviors in Adolescent Females and Males. In: *Journal of Adolescent Health.* 2006, nr. 39(2), pp. 244-251. ISSN: 1054-139X. Available from: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(05\)00541-0](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(05)00541-0) [viewed 2022-10-23].

205. NITSCH, A. & MEHLER, P. Medical maladies in eating disorders - there is still much work to be done. In: *J Eat Disord.* 2023, nr. 11(88). ISSN: 2050-2974. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00790-3> [viewed 2023-12-23].
206. NOWAK, M. The weight-conscious adolescent: Body image, food intake and weight-related behavior. In: *Journal of Adolescent Health.* 1998, nr. 23, pp. 389-398. ISSN:1054-139X. Available from: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(97\)00263-2/abstract](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(97)00263-2/abstract) [viewed 2021-12-18].
207. OKTAVIANTO, E.; MOH, I. M. & SAIFUDIN, Y. Eating behaviors related to nutritional status among adolescents: a cross-sectional study. In: *International Journal of Public Health Science.* 2023, nr. 12(2), pp. 647-653. ISSN: 2252-8806, DOI: 10.11591/ijphs.v12i2.22854. Available from: <https://ijphs.iaescore.com/index.php/IJPHS/article/view/22854> [viewed 2024-01-27].
208. OMIWOLE, M.; RICHARDSON, C.; HUNIEWICZ, P. et al. Review of Mindfulness-Related Interventions to Modify Eating Behaviors in Adolescents. In: *Nutrients.* 2019, nr. 11(12):2917. PMID: 31810307. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/12/2917> [viewed 2023-01-19].
209. ORTEGA-LUYANDO, M.; ALVAREZ-RAYÓN, G.; GARNER, D.M. et al. Systematic review of disordered eating behaviors: methodological considerations for epidemiological research. In: *Rev Mex Trastor Aliment.* 2015, NR. 6, PP. 51-63. doi: 10.1016/j.rmta.2015.06.001. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.06.001> [viewed 2021-12-20].
210. PALASCHA, A.; VAN KLEEF, E.; DE VET, E. & VAN TRIJP, H.C.M. Internally regulated eating style: a comprehensive theoretical framework. In: *British Journal of Nutrition.* 2021, nr. 126(1), pp. 138-150. ISSN: 1475-2662. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0007114520003840> [viewed 2022-05-27].
211. PALASCHA, A.; VAN KLEEF, E.; DE VET, E. & VAN TRIJP, H.C.M. The effect of a brief mindfulness intervention on perception of bodily signals of satiation and hunger. In: *Appetite.* 2021, nr. 164, 105280. ISSN: 1095-8304. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666321001872?via%3Dihub> [viewed 2022-02-23].
212. PELLETIER, G. *Dezvoltarea stimei de sine și a inteligenței emoționale a copilului tău.* Ilfov: Prestige, 2024. 138 p. ISBN: 9786303320373.
213. PLUMMER, F.; MANEA, L.; TREPEL, D. & MCMILLAN, D. Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. In:

- Gen Hosp Psychiatry*. 2016, nr. 39, pp. 24-31. ISSN: 0163-8343. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834315002406?via%3Dihub> [viewed 2021-12-23].
214. POTÂNG, A. & CONDREA, V. Aspecte psihologice ale diabolimiei. În: *Studia Universitatis Moldaviae (Seria Științe ale Educației)*, 2021, nr. 9(149), p. 79-82. ISSN 2345-1025. Disponibil: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5779802> [accesat 2022-09-12].
 215. QIAN, J.; WU, Y. & LIU, F. et al. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. In: *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2022, vol. 27, pp. 415-428. DOI: 10.1007/s40519-021-01162-z. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-021-01162-z> [viewed 2023-03-03].
 216. RACU, Ig. & RACU, Iu. *Psihologia dezvoltării*. Chișinău: CEP USM, 2013. 212 p. ISBN: 978-9975-71-478-5.
 217. RACU, Iu. & **BALAN, R.** Stima de sine la adolescentele cu comportament alimentar distinct. În: *Perspectivile și problemele integrării în spațiul european al cercetării și educației*. Ediția a IX-a. 6 iunie 2024.
 218. RACU, Iu. & **BALAN, R.** Particularitățile autoevaluării imaginii personale la adolescente. În: *Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective*. 21-22 octombrie 2021, Chișinău. Chisinau, Republic of Moldova: Editura „Lexon-Prim”, 2021, Ediția XXXII, pp. 60-65. ISBN 978-9975-50-269-6.
 219. RACU, Iu. & **BALAN, R.** Relația dintre sine și corp la adolescentele cu tendințe alimentare restrictive. În: *Perspectivile și problemele integrării în spațiul european al cercetării și educației*. Ediția a IX-a. 6 iunie 2024.
 220. RACU, Iu. & **BALAN, R.** Dezvoltarea personalității adolescentelor cu comportament alimentar disfuncțional. În: *Psihologie. Revista științifico-practică*. 2025, nr. 1(46), pp. 3-12. ISSN E 2537-6276. Disponibil: <https://key.upsc.md/wp-content/uploads/2025/06/PSPJ-V46-Iss1-2025-p3-12.pdf>
 221. RACU, Iu. & **BALAN, R.** Fortificarea stimei de sine la adolescente. În: *Abordări psihopedagogice, lingvistico-literare, istorice și didactice în științele educației*, Ed. 4, 20 decembrie 2023, Cahul. Cahul: Universitatea de Stat „Bogdan Petriceicu Hasdeu” din Cahul, 2024, Ediția 4, pp. 92-99. ISBN 978-9975-88-120-3.
 222. RADU, N. *Psihologia vârstelor: adolescența – schiță de psihologie istorică*. București: Fundația România de Măine, 1995. 166 p. ISBN: 973-9202-50-0.

223. RAEVUORI, A.; KESKI-RAHKONEN, A. & HOEK, H.W. A review of eating disorders in males. In: *Curr. Opin. Psychiatry*. 2014, nr. 27, pp. 426-430. doi: 10.1097/YCO.0000000000000113. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25226158/> [viewed 2022-03-27].
224. RAPEE, R.; WIGNALL, A.; HUDSON, J. & SCHNIERING, C. *Tratamentul anxietății la copii și adolescenți. O abordare fundamentată științific*. Cluj-Napoca: ASCR, 2020. 206 p. ISBN: 9786069770498.
225. REIVAN ORTIZ, G.G.; RIVERA TAPIA, C.J.; ELIZALDE MARTÍNEZ, B.A. & ICAZA, D. Mediating Mechanisms of Perfectionism: Clinical Comorbidity of OCD and ED. In: *Front Psychiatry*. 2022, nr. 13:908926. doi: 10.3389/fpsyt.2022.908926. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2022.908926/full> [viewed 2022-09-03].
226. ROBU, V.; SANDOVICI, A. & PRUTEANU, L.M. Scala Rosenberg pentru evaluarea stimei de sine: Uni- sau multidimensionalitate? Rezultate ale unui studiu psihometric în populația de adolescenți. În: *Revista de Psihologie*. 2015, nr. 61(3), pp. 203-210. ISSN: 0034-4665. Disponibil: <https://www.researchgate.net/publication/307477083> [accesat 2025-09-03].
227. RODGERS, R.F. & DUBOIS, R.H. Cognitive biases to appearance-related stimuli in body dissatisfaction: A systematic review. In: *Clin. Psychol. Rev*. 2016, nr. 46, pp. 1-11. doi: 10.1016/j.cpr.2016.04.006. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27116714/> [viewed 2022-10-12].
228. ROTELLA, F.; FIORAVANTI, G. & RICCA, V. Temperament and personality in eating disorders. In: *Curr Opin Psychiatry*. 2016, nr. 29(1), pp. 77-83. doi: 10.1097/YCO.0000000000000212. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26575294/> [viewed 2021-12-19].
229. ROTHMAN, A.J.; SHEERAN, P. & WOOD, W. Reflective and automatic processes in the initiation and maintenance of dietary change. In: *Annals of Behavioral Medicine*. 2009, 38, pp. 4-17. ISSN: 0883-6612. Available from: https://academic.oup.com/abm/article-abstract/38/suppl_1/s4/4569644?redirectedFrom=fulltext [viewed 2022-09-09].
230. ROZIN, P. The selection of food by rats, humans and other animals. In: *J. Rosenblatt, R. A. Hinde, C. Beer, & E. Shaw (Eds.), Advances in the Study of Behavior*, Volume 6, 1976. pp. 21-76. New York: Academic Press. ISBN: 9780080582672.

231. ROZIN, P. & SCHULKIN, J. Food selection. In: *E. M. Stricker (ed.), Handbook of Behavioral Neurobiology, vol. 10, Food and water intake*, 1990. pp. 297-328. New York: Plenum Press. ISBN: 978-1-4612-7874-0.
232. RUSSELL, H.; AOUAD, P.; LE, A. et al. Psychotherapies for eating disorders: findings from a rapid review. In: *J Eat Disord.* 2023, nr. 11(1):175. doi: 10.1186/s40337-023-00886-w. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37794513/> [viewed 2023-12-17].
233. SALARI, N.; HEIDARIAN, P.; TARRAHI, M.J. et al. Global prevalence of eating disorders in children: a comprehensive systematic review and meta-analysis. In: *Ital J Pediatr.* 2025, nr. 51:107. ISSN: 1824-7288. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13052-025-01958-0> [viewed 2025-07-04].
234. SALVY, S.J.; HAYE, K.; BOWKER, J.C. et al. Influence of peers and friends on children's and adolescents' eating and activity behaviours. In: *Physiology & Behavior.* 2012, vol. 106, pp. 369-378. DOI: 10.1016/j.physbeh.2012.03.022. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031938412001278?via%3Dihub> [viewed 2023-04-16].
235. SAMRA, A. & DRYER, R. Problematic social media use and psychological distress in pregnancy: The mediating role of social comparisons and body dissatisfaction. In: *J Affect Disord.* 2024, nr. 361, pp. 702-711. doi: 10.1016/j.jad.2024.06.057. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38897304/> [viewed 2024-11-07].
236. SARRAJ, S.; BERRY, S.L. & BURTON, A.L. A Scoping Review of Eating Disorder Prevention and Body Image Programs Delivered in Australian Schools. In: *Nutrients.* 2025, 17(13):2118. doi: 10.3390/nu17132118. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40647223/> [viewed 2025-08-02].
237. SAVAGE, J.S.; FISHER, J.O. & BIRCH, L.L. Parental influence on eating behavior: Conception to adolescence. In: *J Law Med Ethics. Spring.* 2007, vol. 35(1), pp. 22-34. doi: 10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2531152/> [viewed 2024-11-07].
238. SAYERS, S.L.; FIVECOAT, H.C.; MAVANDADI, S. et al. The Family Climate Questionnaire: A general measure of autonomy support from family members. In: *Fam Syst Health.* 2024, nr. 42(3), pp. 427-437. doi: 10.1037/fsh0000916. ISSN: 1091-7527. Available from: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ffsh0000916> [viewed 2024-10-03].
239. SCHIRALDI, G.R. *Manualul stimei de sine.* Ed. a 2-a reviz. și adăug. București: Curtea Veche Publishing, 2019. 331 p. ISBN: 978-606-44-0251-6.

240. SCHLEIDER, J.L.; SMITH, A.C. & AHUVIA, I. Realizing the Untapped Promise of Single-Session Interventions for Eating Disorders. In: *International Journal of Eating Disorders*. 2023, nr. 56(5), pp. 853–863. ISSN: 0276-3478. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36815724/> [viewed 2024-02-19].
241. SCHMIDT, U.; BROWN, A. & MCCLELLAND, J. Will a Comprehensive, Person-Centered, Team-Based Early Intervention Approach to First Episode Illness Improve Outcomes in Eating Disorders? In: *International Journal of Eating Disorders*. 2016, nr. 49(4), pp. 374-377. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27084796/> [viewed 2022-04-26].
242. SCHMIDT, U.; ADAN, R.; BOHM, I. et al. Eating disorders: the big issue. In: *Lancet Psychiatry*. 2016, nr. 3(4), pp. 313-315. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27063378/> [viewed 2022-06-17].
243. SEMENIK, D. *Depășirea emoțiilor negative*. București: Sophia, 2021. 160 p. ISBN: 978-973-136-772-9.
244. SHATERI, L., ARANI, A.M. & SHAMSIPOUR, H. The Relationship between Emotion Regulation and Intuitive Eating in Young Women. In: *World Family Medicine Journal/ Middle East Journal of Family Medicine. Medi + World International*, 2018. pp. 179-186. doi: 10.5742/MEWFM.2018.93259. Available from: https://www.academia.edu/104000304/The_Relationship_between_Emotion_Regulation_and_Intuitive_Eating_in_Young_Women [viewed 2023-01-19].
245. SILÉN, Y. & KESKI-RAHKONEN, A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. In: *Current Opinion in Psychiatry*. 2022, nr. 35(6), pp. 362-371. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000818. ISSN 0951-7367. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36125216/> [viewed 2023-07-02].
246. SIMPSON, S.; AZAM, F.; BROWN, S. et al. The impact of personality disorders and personality traits on psychotherapy treatment outcome of eating disorders: A systematic review. In: *Personal Ment Health*. 2022, nr. 16(3), pp. 217-234. doi: 10.1002/pmh.1533. Epub 2021 Dec 5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34866357/> [viewed 2022-11-29].
247. SLOF-OP'T LANDT, M.C.; CLAES, L. & VAN FURTH, E.F. Classifying eating disorders based on "healthy" and "unhealthy" perfectionism and impulsivity. In: *Int J Eat Disord*. 2016, nr. 49(7), pp. 673-680. doi: 10.1002/eat.22557. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27203681/> [viewed 2022-06-28].

248. SMOLAK, L. Body image in children and adolescents: where do we go from here? In: *Body Image*. 2004, nr. 1, pp. 15-28. ISSN: 1740-1445. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1740144503000081> [viewed 2022-05-25].
249. SNOEK, H.M.; VAN STRIEN, T.; JANSSENS, J.M.A.M. & ENGELS, R.C.M.E. Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents. In: *Scandinavian Journal of Psychology*. 2007, nr. 48, pp. 23–32. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2006.00568.x. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9450.2006.00568.x> [viewed 2022-01-09].
250. SOIDLA, K. & AKKERMANN, K. Perfectionism and impulsivity based risk profiles in eating disorders. In: *Int J Eat Disord*. 2020, nr. 53(7), pp. 1108-1119. doi: 10.1002/eat.23285. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32378245/> [viewed 2022-07-12].
251. SONNEVILLE, K.R.; CALZO, J.P.; HORTON, N.J. et al. Body satisfaction, weight gain, and binge eating among overweight adolescent girls. In: *Int. J. Obes*. 2012, nr. 36, pp. 944-949. doi: 10.1038/ijo.2012.68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22565419/> [viewed 2023-01-03].
252. SPITZER, R.L.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J.B. & LÖWE, B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. In: *Arch Intern Med*. 2006, nr. 166, pp. 1092-1097. ISSN: 1538-3679. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410326> [viewed 2021-12-08].
253. STAHL, S. *Vindecarea copilului interior. Ghid practic pentru o mai mare încredere în sine*. București: Litera, 2024. 126 p. ISBN: 978-630-342-239-8.
254. STEVENSON, C.; DOHERTY, G.; BARNETT, J. et. al. Adolescents' Views of Food and Eating: Identifying Barriers to Healthy Eating. In: *Journal of Adolescence*. 2007, nr. 30(3), pp. 417-434. DOI: 10.1016/j.adolescence.2006.04.005. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/7053109> [viewed 2022-10-25].
255. STEWART, C.S.; BAUDINET, J.; MUNUVE, A. et al. From efficacy to effectiveness: child and adolescent eating disorder treatments in the real world (Part 2): 7-year follow-up. In: *J Eat Disord*. 2022, nr. 10:14. PMID: 35123587. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-022-00535-8> [viewed 2022-05-12].
256. STICE, E. & DESJARDINS, C.D. Interactions between risk factors in the prediction of onset of eating disorders: Exploratory hypothesis generating analyses. In: *Behav Res Ther*. 2018,

- nr. 105, pp. 52-62. doi: 10.1016/j.brat.2018.03.005. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29653254/> [viewed 2022-07-23].
257. STICE, E.; GAU, J.M.; ROHDE, P. & SHAW, H. Risk factors that predict future onset of each DSM–5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. In: *J. Abnormal Psychol.* 2017, nr. 126, pp. 38-51. doi: 10.1037/abn0000219. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27709979/> [viewed 2023-02-27].
 258. STOBER, J. The Frost Multidimensional Perfectionism Scale: More perfect with four (instead of six) dimensions. In: *Personality and Individual Differences*. 1998, nr. 24(4), pp. 481-491. ISSN: 0191-8869. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886997002079> [viewed 2021-12-19].
 259. STONAWSKI, V.; STEHBACH, C.; BAUER, M. et al. Early intervention for adolescents with anorexia nervosa: Pilot evaluation of an outpatient group therapy prior to inpatient treatment. In: *Eur Eat Disord Rev.* 2025, nr. 33(1), pp. 95-105. doi: 10.1002/erv.3128. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39136167/> [viewed 2025-04-16].
 260. STORY, M.; NEUMARK-SZTAINER, D. & FRENCH, S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. In: *Journal of the American Dietetic Association*. 2002, vol. 102, nr. 3, pp. 40-51. ISSN: 2212-2672. Available from: [https://www.jandonline.org/article/S0002-8223\(02\)90421-9/abstract](https://www.jandonline.org/article/S0002-8223(02)90421-9/abstract) [viewed 2022-02-01].
 261. STYK, W.; SAMARDAKIEWICZ, M. & ZMORZYNSKI, S. Weight biases, body image and obesity risk knowledge in the groups of nursing students from Poland and Nigeria. In: *Sci Rep.* 2024, nr. 14(1):4383. doi: 10.1038/s41598-024-54904-1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38388835/> [viewed 2024-06-12].
 262. SUWALSKA, J.; KOLASIŃSKA, K.; ŁOJKO, D. & BOGDAŃSKI, P. Eating Behaviors, Depressive Symptoms and Lifestyle in University Students in Poland. In: *Nutrients*. 2022, nr. 14(5):1106. doi: 10.3390/nu14051106. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35268081/> [viewed 2022-05-19].
 263. SUWALSKA, J.; ŁUKASIK, S.; CYMERYYS, M. et al. Determinants of Weight Status and Body, Health and Life Satisfaction in Young Adults. In: *Nutrients*. 2024, nr. 16(10):1484. doi: 10.3390/nu16101484. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38794722/> [viewed 2024-07-24].
 264. ȘTEFAN, M. Particularități psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente. Teză de doctor în psihologie. Chișinău: UPSC. 2026. C.Z.U: 159.922.8:613.2(043.3).

265. TAFUNI, O.; CERNELEV, O.; ZEPCA, V. et. al. Ghidul formatorului: Modelarea stilului sănătos de viață prin alimentație echilibrată și practicare zilnică a activității fizice în rândul adolescenților și tinerilor. [AO] Principii Sănătoase. Chișinău: Print-Caro. 2023. 100 p. ISBN 978-9975-175-42-5.
266. TARNOVSCHI, A. & MUTRUC, A. Diminuarea tulburărilor comportamentului alimentar din perspectiva psihologică. În: *Psihologia aplicativă din perspectiva abordărilor societale contemporane. Materialele conferinței științifice naționale cu participare internațională*. Chișinău: FPC „PRIMEX-Com” SRL. 2021. p. 262-268. ISBN: 978-9975-159-01-2.
267. TRIBOLE, E. & RESCH, E. *Intuitive Eating: A Revolutionary Program That Works*. 3rd Edition. New York: St. Martin's Griffin, 2012. 368 p. ISBN: 978-1250004048.
268. TURNER, B.J.; CLAES, L.; WILDERJANS, T.F. et al. Personality profiles in Eating Disorders: further evidence of the clinical utility of examining subtypes based on temperament. In: *Psychiatry Res.* 2014, nr. 219(1), pp. 157-165. doi: 10.1016/j.psychres.2014.04.036. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24878298/> [viewed 2022-03-24].
269. UEHARA, M. & SAKAKIBARA, H. Prevalence of eating disorders assessed using Eating Attitudes Test-26 and their relevant factors in Japanese working women. In: *Jpn J Hyg.* 2015, nr. 70, pp. 54-61. doi: 10.1265/jjh.70.54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25744793/> [viewed 2021-11-30].
270. VALLAR, G. Body schema and body image as internal representations of the body, and their disorders. An historical review. In: *J Neuropsychol.* 2025, nr. 19, pp. 8-25. Available from: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnp.12389> [viewed 2025-06-17].
271. VAN DEN BERG, P.; PAXTON, S.J.; KEERY, H. et al. Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. In: *Body Image.* 2007, nr. 4, pp. 257-268. doi: 10.1016/j.bodyim.2007.04.003. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18089272/> [viewed 2022-07-21].
272. VAN EEDEN, A.E.; VAN HOEKEN, D. & HOEK, H.W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: *Curr. Opin. Psychiatry.* 2021, nr. 34, pp. 515-524. doi: 10.1097/YCO.0000000000000739. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34419970/> [viewed 2022-01-28].
273. VAN STRIEN, T.; FRIJTERS, J.E.R.; BERGERS, G.P.A. & DEFARES, P.B. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating Behavior. In: *International Journal of Eating Disorders.* 1986, nr. 5, pp.

- 295-315. ISSN: 0276-3478. Available from: [https://www.academia.edu/37777344/Van Strien et al 1986 DEBQ](https://www.academia.edu/37777344/Van_Strien_et_al_1986_DEBQ) [viewed 2021-12-12].
274. VAN STRIEN, T.; HERMAN, C.P. & VERHEIJDEN, M.W. Eating style, overeating and weight gain. A prospective 2-year follow-up study in a representative Dutch sample. In: *Appetite*. vol. 59(3), pp. 782-789. 2012. DOI: 10.1016/j.appet.2012.08.009. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22918175/> [viewed 2022-01-19].
275. VELKOFF, E.A.; RUBINO, L.G.; LIU, J. et al. Early reduction in anxiety sensitivity predicts greater reduction in disordered eating and trait anxiety during treatment for bulimia nervosa. In: *Int J Eat Disord*. 2024, nr. 57(8), pp. 1791-1796. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.24207> [viewed 2024-10-23].
276. VIDAL BLANCO, R.; RIVERA-NAVARRO, J.; GRAVINA, L.; DIEZ, J. Correlates of eating behaviors in adolescence: a systematic review of qualitative studies. In: *Nutrition Reviews*. 2024, nr. 82(6), pp. 749-776. Available from: <https://academic.oup.com/nutritionreviews/article-abstract/82/6/749/7222721> [viewed 2024-09-03].
277. VIGNEMONT, F. Body schema and body image-pros and cons. In: *Neuropsychologia*. 2010, nr. 48(3), pp. 669-680. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2009.09.022. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19786038/> [viewed 2022-03-29].
278. VIJAYALAKSHMI, P.; THIMMAIAH, R.; NIKHIL REDDY, S.S. et al. Gender Differences in Body Mass Index, Body Weight Perception, weight satisfaction, disordered eating and Weight control strategies among Indian Medical and Nursing Undergraduates. In: *Invest Educ Enferm*. 2017, nr. 35(3), pp. 276-268. doi: 10.17533/udea.iee.v35n3a04. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29767908/> [viewed 2022-06-26].
279. VOCKS, S.; LEGENBAUER, T.; WÄCHTER, A. et al. What happens in the course of body exposure? Emotional, cognitive, and physiological reactions to mirror confrontation in eating disorders. In: *J. Psychosom. Res*. 2007, nr. 62m pp. 231-239. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.08.007. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17270582/> [viewed 2022-10-18].
280. WADE, T.D.; GHAN, C. & WALLER, G. A Randomized Controlled Trial of Two 10-Session Cognitive Behaviour Therapies for Eating Disorders: An Exploratory Investigation of Which Approach Works Best for Whom. In: *Behaviour Research and Therapy*. 2021, nr. 146:103962. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34534858/> [viewed 2023-01-04].

281. WAGNER, A.F. & VITOUSEK, K.M. Personality Variables and Eating Pathology. In: *Psychiatr Clin North Am.* 2019, nr. 42(1), pp. 105-119. doi: 10.1016/j.psc.2018.10.012. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30704632/> [viewed 2022-03-03].
282. WALLER, G.; TATHAM, M.; TURNER, H. et al. A 10-session cognitive-behavioral therapy (CBT-T) for eating disorders: Outcomes from a case series of nonunderweight adult patients. In: *Int J Eat Disord.* 2018 Mar, 51(3):262-269. doi: 10.1002/eat.22837. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29417603/> [viewed 2022-11-09].
283. WANSINK, B.; PAINTER, J.E. & NORTH, J. Bottomless bowls: why visual cues of portion size may influence intake. In: *Obes Res.* 2005, nr. 13(1), pp. 93-100. doi: 10.1038/oby.2005.12. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2005.12> [viewed 2022-08-07].
284. WASIF, S.; SOHAIL, M. & ZAHEER, M. Eating behaviors as predictors of satisfaction with food related life. In: *Journal of the Pakistan Medical Association.* 2020, nr. 71, pp. 1-11. DOI: 10.47391/JPMA.751. Available from: <https://doi.org/10.47391/JPMA.751> [viewed 2022-06-19].
285. WESTENHOFER, J. Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997. In: *International Journal of Eating Disorders.* 2001, nr. 29(4), pp. 477-81. ISSN: 0276-3478. Available from: https://www.researchgate.net/publication/12047400_Prevalence_of_eating_disorders_and_weight_control_practices_in_Germany_in_1990_and_1997 [viewed 2023-02-05].
286. WILLIAMS, B.M. & LEVINSON, C.A. Intolerance of uncertainty and maladaptive perfectionism as maintenance factors for eating disorders and obsessive-compulsive disorder symptoms. In: *Eur Eat Disord Rev.* 2021, nr. 29(1), pp. 101-111. doi: 10.1002/erv.2807. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33220014/> [viewed 2021-12-05].
287. WINPENNY, E.M.; SMITH, M.; PENNEY, T. et al. Changes in physical activity, diet, and body weight across the education and employment transitions of early adulthood: A systematic review and meta-analysis. In: *Obes Rev.* 2020, nr. 21(4):e12962. doi: 10.1111/obr.12962. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31955496/> [viewed 2022-06-21].
288. WONDERLICH, S.S. Personality and eating disorders. In: *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook.* 2nd edition. New York: Guilford Press, 2002. pp. 204-209. ISBN: 978-1593852368.
289. WONG, R.S.; CHAN, B.N.K.; LAI, S.I. & TUNG, K.T.S. School-based eating disorder prevention programmes and their impact on adolescent mental health: systematic review. In:

- BJPsych Open*. 2024, nr. 10(6):e196. doi: 10.1192/bjo.2024.795. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39501830/> [viewed 2024-12-23].
290. WRZECIONKOWSKA, D. & RIVERA ARAGÓN, S. Three-Factor Eating Questionnaire-R18 (TFEQ-R18) Spanish Version: Factor Structure Analysis Among Normal Weight and Overweight Adults. In: *Acta de investigación psicol.* 2021, nr. 11(1), pp. 84-94. ISSN 2007-4832. DOI: 10.22201/fpsi.20074719e.2021.1.376. Available from: https://revista-psicologia.unam.mx/revista_aip/index.php/aip/article/view/376 [viewed 2022-01-12].
 291. YAGER, Z. & O'DEA, J.A. Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions. In: *Health Promot Int.* 2008, nr. 23(2), pp. 173-189. doi: 10.1093/heapro/dan004. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18263883/> [viewed 2022-08-13].
 292. YAHIA, N.; WANG, D.; RAPLEY, M. & DEY, R. Assessment of weight status, dietary habits and beliefs, physical activity, and nutritional knowledge among university students. In: *Perspect Public Health*. 2016, nr. 136(4), pp. 231-244. doi: 10.1177/1757913915609945. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26475773/> [viewed 2022-06-28].
 293. YAMAMIYA, Y. & STICE, E. Risk Factors That Predict Future Onset of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, and Purging Disorder in Adolescent Girls. In: *Behav Ther.* 2024, nr. 55(4), pp. 712-723. doi: 10.1016/j.beth.2023.10.002. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38937045/> [viewed 2024-10-04].
 294. YE, C. The influences of social media on eating disorder risk. In: *J. Educ. Human. Social Sci.* 2023, nr. 22, pp. 710-715. doi: 10.54097/ehss.v22i.13340. Available from: <https://doi.org/10.54097/ehss.v22i.13340> [viewed 2023-12-08].
 295. YOUNG, J.E.; KLOSKO, J.S. & WEISHAAR, M.E. *Terapia centrată pe scheme cognitive. Manualul practicianului*. Cluj-Napoca: ASCR, 2017. 470 p. ISBN: 9786068244921.
 296. YU, Z. & TAN, M. Disordered Eating Behaviors and Food Addiction among Nutrition Major College Students. In: *Nutrients*. 2016, nr. 8(11):673. doi: 10.3390/nu8110673. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27792162/> [viewed 2021-12-28].
 297. YU, Z.; INDELICATO, N.A.; FUGLESTAD, P.; TAN, M.; BANE, L. & STICE, C. Sex differences in disordered eating and food addiction among college students. In: *Appetite*. 2018, nr. 129, pp. 12-18. doi: 10.1016/j.appet.2018.06.028. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29935291/> [viewed 2022-04-03].
 298. ZANCU, A.S. *Imaginea corporală și comportamentul alimentar în domenii centrate pe forma fizică. Abordări teoretice și aplicative*. Iași: Editura Universității "Alexandru Ion Cuza" din Iași, 2024. 272 p. ISBN: 978-606-714-880-0.

299. ZANETTI, T.; SANTONASTASO, P.; SGARAVATTI, E. et al. Clinical and temperamental correlates of body image disturbance in eating disorders. In: *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2013, nr. 21, pp. 32-37. doi: 10.1002/erv.2190. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22807118/> [viewed 2022-08-15].
300. ZHANG, Z.; ROBINSON, L.M.; JIA, T. et al. Development of disordered eating behaviors and comorbid depressive symptoms in adolescence: Neural and psychopathological predictors. In: *Biol. Psychiatry.* 2021, nr. 90, pp. 853-862. doi: 10.1016/j.biopsych.2020.06.003. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32778392/> [viewed 2022-07-08].
301. ZIEGLER, A.M.; KASPRZAK, C.M.; MANSOURI, T.H. et al. An ecological perspective of food choice and eating autonomy among adolescents. In: *Frontiers in Psychology.* 2021, nr. 12:654139. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.654139. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.654139/full> [viewed 2022-06-22].
302. ZLATE, M. *Eul și personalitatea*. București: Editura Trei, 1997. 255 p. ISBN: 9739803431.
303. АДЭСКЭЛИЦЭ, В. & КИСАКОВ, Р. Факторы психологической безопасности в образовательном учреждении. În: *Aspecte psihosociale ale securității psihologice și manifestările ei în plan social la copii. Materialele conferinței științifice naționale cu participare internațională*. Chișinău: UPSC. 2021. p. 201 – 210. ISBN 978-9975-46-564-9.
304. МАЛКИНА-ПЫХ, И.Г. *Терапия пищевого поведения*. Москва: Эксмо, 2007. с. 683. ISBN: 978-5-699-20742-8.
305. МАРИЛОВ, В.В. *Частная психопатология. Учебное пособие*. Москва: Academia. 2004. с. 400. ISBN 5-7695-1541-4.
306. МЕНДЕЛЕВИЧ, В.Д. *Клиническая и медицинская психология*. Москва: МедПресс-информ. 2005. с. 432. ISBN 5-98322-087-Х.
307. МЕНДЕЛЕВИЧ, В.Д. & САДЫКОВА, Р.Г. *Психология зависимой личности, или Подросток в окружении соблазнов*. Казань: Марево. 2002. с. 240. ISBN: 5902311020.
308. СКУГАРЕВСКИЙ, О.А. *Нарушения пищевого поведения*. Минск: БГМУ. 2007. 340 с. ISBN 978-985-462-756-4.
309. ФРЭНКИН, Р.Е. *Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты*. 5-е изд. Санкт Петербург: Питер. 2003. с. 651. ISBN: 5-94723-052-6.
310. ХЬЕЛЛ, Л. & ЗИГЛЕР, Д. *Теории личности. Основные положения, исследования и применение*. Перевод С.Меленевской и Д. Викторовой. Санкт Петербург: Питер Пресс. 1997. с. 606. ISBN: 5-88782-044-6.

Anexa 1. Factori asociați dezvoltării comportamentelor alimentare dezadaptative și tulburărilor de alimentație

Tabelul A. 1.1. Factori asociați dezvoltării comportamentelor alimentare dezadaptative și tulburărilor de alimentație

Categoria de factori	Subfactori / dimensiuni	Mecanisme psihologice și explicative
Factori biologici	Predispoziții genetice și particularități neurobiologice	Dereglări în nivelul de serotonină, dopamină, noradrenalină; disfuncții ale hipotalamusului și cortexului orbitofrontal; vulnerabilitate neurobiologică;
	Transformări fizice asociate pubertății	Creștere în masă grasă la fete; sensibilitate crescută față de imaginea corporală; discrepanță față de idealul feminin de subțirime;
	Influențe hormonale	Nivelul scăzut de testosteron asociat cu vulnerabilitate crescută față de internalizarea idealului de subțirime, cu accentuarea perfecționismului maladaptativ și cu o reglare emoțională deficitară;
Factori individuali	Vârstă	Creștere grăbită a nevoilor nutriționale, concomitentă cu o capacitate limitată de autoreglare și de anticipare a consecințelor pe termen lung; decizii alimentare impulsive;
	Gen	Diferențe de gen în conturarea idealului corporal; tipul și intensitatea presiunilor la care sunt expuse adolescențele; orientare mai accentuată spre evaluarea externă și autocritică;
	Nivel de educație	Nivel scăzut de alfabetizare alimentară; educație alimentară precară în familie și la școală;
Factori sociali	Presiuni sociale	Promovarea de standarde corporale rigide, restrictive și dificil de atins; asocierea valorii personale cu aspectul fizic, greutatea sau corespunderea cu idealul fizic impus;
	Influență mass-media	Transmiterea de mesaje unilaterale și idealizate despre corp; expunerea repetată la imagini corporale nerealiste, intens editate și asociate cu recunoaștere socială;
	Relații familiale disfuncționale	Climatul familial caracterizat prin critică, control excesiv, lipsă de suport afectiv, comunicare deficitară; impunerea unor standarde excesive;
	Influența semenilor	Normalizarea dietelor restrictive, criticilor corporale sau comparațiilor constante; discuții frecvente despre greutate, calorii și nemulțumirea față de corp; presiunea de conformare și teama de excludere socială;
Factori psihologici	Autoeficacitate și autocontrol reduce	Sentiment de ineficacitate personală; oscilare între control excesiv și pierderea controlului;
	Combinații vulnerabile de trăsături de personalitate	Diverse combinații ale trăsăturilor de personalitate (nevrotism, conștiinciozitate, amabilitate, introversiune, deschidere) care influențează modul adolescenței de a percepe corpul, de a gestiona emoțiile și de a răspunde la presiunile interne și externe;

	Nivel ridicat de anxietate	Niveluri crescute de anxietate și disconfort în fața schimbării; reacții emoționale intense; teama de pierdere a controlului;
	Reglare emoțională slabă	Utilizarea alimentelor pentru reducerea stresului; risc crescut de comportamente compulsive; dificultăți în gestionarea impulsurilor;
	Stimă de sine scăzută	Autoevaluare negativă; dependență de validarea externă; vulnerabilitate la presiuni corporale;
	Perfecționism disfuncțional	Standarde personale rigide; teamă de eșec; autocritică exagerată; menținerea ciclului control-vinovăție;
	Imagine corporală negativă	Corpul ca element central al identității; conflict sine–corp; supraevaluarea dimensiunilor corporale; evitare și verificare compulsivă.

Anexa 2. Statistica descriptivă a eșantionului cercetării

Tabelul A.2.1. Statistica descriptivă a eșantionului cercetării

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Dezirabilitate socială	250	31,23	72,63	51,8238	8,55327
Extraversiune & Intraversiune	250	8,17	77,82	44,4690	10,60005
Conștiinciozitate	250	30,03	70,42	51,2835	8,04420
Amabilitate	250	24,63	75,30	51,2066	9,99228
Stabilitate emoțională	250	15,63	83,59	48,0778	10,68235
Autonomie	250	24,29	80,39	50,9770	10,21682
DEBQ	250	4,17	14,07	7,8768	1,73644
CAR	250	1,00	5,00	2,6068	1,12160
CAEm	250	1,00	4,84	2,2690	,89325
CAEx	250	1,40	4,80	3,0076	,69287
Stimă de sine	250	14	38	27,99	5,747
Modificare Kg	250	0	30	4,22	4,254
TCA total	250	1	55	15,88	11,639
EAT Dietă	250	0	44	8,88	8,120
EAT Bulimie	250	0	14	2,18	3,054
EAT Control Oral	250	0	17	4,94	3,977
Constrângere Restricționare alimentară	250	,00	88,89	41,5561	22,30651
Mâncat necontrolat	250	,00	140,74	36,2808	20,48976
Mâncat emoțional	250	-11,11	100,00	28,9769	24,77171
Evaluarea aspectului	250	1,14	5,00	3,5225	,84364
Orientarea spre aspect	250	1,83	5,00	3,9204	,56618
Evaluarea formei fizice	250	1,67	5,00	3,5299	,72569
Orientarea spre forma fizică	250	1,85	4,92	3,2451	,67091
Greutate subiectivă	250	1,00	5,00	2,9552	,68000
Satisfacție față de zonele corporale	250	1,11	5,00	3,5669	,84264
Perfecționism total	250	43	141	90,73	17,481
Greșeli și îndoeli în acțiune	250	15	62	37,92	9,964
Așteptări și evaluarea părinților	250	9	45	27,54	7,258
Standarde personale	250	15	35	25,36	4,379
Precizie, ordine, organizare	250	14	35	25,78	3,746
Anxietate	250	0	21	9,50	5,712
Climat Familial pozitiv mama	250	10	42	33,14	6,787
Climat Familial pozitiv tata	250	10	40	28,73	8,597
Climat Familial pozitiv total	250	26	80	61,91	12,742
Climat Familial negativ mama	250	8	34	17,18	5,253
Climat Familial negativ tata	250	8	37	18,05	5,620
Climat Familial negativ total	250	16	64	35,14	9,476
Climat Familial General pozitiv	250	4	20	11,97	3,034
Climat Familial General negativ	250	4	16	7,20	2,680
Diferența Climat Familial General pozitiv și negativ	250	-10	16	4,76	5,164
Valid N (listwise)	250				

Tabelul A.2.2. Testul de normalitate a distribuției datelor

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Dezirabilitate socială	,084	250	,000	,990	250	,070
Extraversiune & Intraversiune	,050	250	,200*	,989	250	,051
Conștiinciozitate	,073	250	,003	,981	250	,002
Amabilitate	,049	250	,200*	,991	250	,124
Stabilitate emoțională	,054	250	,078	,987	250	,027
Autonomie	,063	250	,017	,991	250	,114
DEBQ	,070	250	,005	,986	250	,018
CAR	,100	250	,000	,947	250	,000
CAEm	,116	250	,000	,951	250	,000
CAEx	,085	250	,000	,979	250	,001
Stimă de sine	,094	250	,000	,959	250	,000
Modificare Kg	,160	250	,000	,839	250	,000
TCA total	,134	250	,000	,910	250	,000
EAT Dietă	,152	250	,000	,879	250	,000
EAT Bulimie	,242	250	,000	,741	250	,000
EAT Control Oral	,182	250	,000	,913	250	,000

Constrângere/ Restricționare alimentară	,102	250	,000	,968	250	,000
Mâncat necontrolat	,085	250	,000	,952	250	,000
Mâncat emoțional	,141	250	,000	,922	250	,000
Evaluarea aspectului	,059	250	,037	,983	250	,004
Orientarea spre aspect	,093	250	,000	,966	250	,000
Evaluarea formei fizice	,128	250	,000	,967	250	,000
Orientarea spre forma fizică	,072	250	,003	,974	250	,000
Greutate subiectivă	,253	250	,000	,905	250	,000
Satisfacție față de zonele corporale	,064	250	,016	,975	250	,000
Perfecționism total	,074	250	,002	,990	250	,080
Greșeli și îndoieli în acțiune	,069	250	,006	,987	250	,029
Așteptări și evaluarea părinților	,068	250	,008	,988	250	,030
Standarde personale	,068	250	,007	,987	250	,027
Precizie, ordine, organizare	,134	250	,000	,929	250	,000
Anxietate	,123	250	,000	,953	250	,000
Climat Familial pozitiv mama	,151	250	,000	,878	250	,000
Climat Familial pozitiv tata	,111	250	,000	,934	250	,000
Climat Familial pozitiv total	,078	250	,001	,958	250	,000
Climat Familial negativ mama	,146	250	,000	,920	250	,000
Climat Familial negativ tata	,094	250	,000	,957	250	,000
Climat Familial negativ total	,091	250	,000	,973	250	,000
Climat Familial General pozitiv	,130	250	,000	,962	250	,000
Climat Familial General negativ	,156	250	,000	,910	250	,000
Diferența Climat Familial General pozitiv și negativ	,111	250	,000	,960	250	,000

*, This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

	Vârsta subiectului	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
DEBQ	14-15 ani	,083	84	,200*	,977	84	,147
	16-17 ani	,118	83	,006	,969	83	,041
	18-19 ani	,082	83	,200*	,988	83	,652
CAR	14-15 ani	,086	84	,181	,953	84	,004
	16-17 ani	,109	83	,016	,942	83	,001
	18-19 ani	,140	83	,000	,932	83	,000
CAEm	14-15 ani	,115	84	,008	,939	84	,001
	16-17 ani	,133	83	,001	,946	83	,002
	18-19 ani	,112	83	,012	,947	83	,002
CAEx	14-15 ani	,086	84	,189	,972	84	,067
	16-17 ani	,114	83	,009	,957	83	,007
	18-19 ani	,067	83	,200*	,985	83	,468
TCA total	14-15 ani	,153	84	,000	,908	84	,000
	16-17 ani	,146	83	,000	,875	83	,000
	18-19 ani	,150	83	,000	,927	83	,000
EAT Dietă	14-15 ani	,197	84	,000	,886	84	,000
	16-17 ani	,176	83	,000	,869	83	,000
	18-19 ani	,181	83	,000	,871	83	,000
EAT Bulimie	14-15 ani	,247	84	,000	,767	84	,000
	16-17 ani	,255	83	,000	,700	83	,000
	18-19 ani	,232	83	,000	,759	83	,000
EAT Control Oral	14-15 ani	,157	84	,000	,912	84	,000
	16-17 ani	,183	83	,000	,910	83	,000
	18-19 ani	,206	83	,000	,904	83	,000
Stimă de sine	14-15 ani	,098	84	,044	,977	84	,133
	16-17 ani	,130	83	,001	,947	83	,002
	18-19 ani	,142	83	,000	,927	83	,000
Perfecționism total	14-15 ani	,105	84	,023	,984	84	,373
	16-17 ani	,076	83	,200*	,982	83	,310
	18-19 ani	,082	83	,200*	,978	83	,166
Anxietate	14-15 ani	,098	84	,044	,959	84	,009
	16-17 ani	,124	83	,003	,936	83	,000
	18-19 ani	,177	83	,000	,944	83	,001

*, This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Anexa 3. Rezultatele statistice obținute în experimentul de constatare

Tabelul A.3.1. Corelații între diferite tipuri de CA

		DEBQ	CAR	CAEm	CAEx	TCA total	Modificare Kg	EAT Dietă	EAT Bulimie	EAT Control Oral	Constr. alimentară	Mâncat necontr	Mâncat emoț
DEBQ	Correlation Coefficient	1	,424**	,343**	,535**	,510**	,270**	,456**	,554**	,117	,478**	,482**	,486**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,065	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250
CAR	Correlation Coefficient	,424**	1	,085	-,151*	,616**	,381**	,699**	,369**	,050	,625**	,002	,155*
	Sig. (2-tailed)	,000		,179	,017	,000	,000	,000	,000	,427	,000	,973	,014
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250
CAEm	Correlation Coefficient	,343**	,085	1	,453**	,194**	,083	,068	,395**	,096	,061	,488**	,685**
	Sig. (2-tailed)	,000	,179		,000	,002	,191	,281	,000	,129	,339	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250
CAEx	Correlation Coefficient	,535**	-,151*	,453**	1	,025	-,056	-,075	,280**	,056	-,196**	,564**	,352**
	Sig. (2-tailed)	,000	,017	,000		,696	,375	,235	,000	,378	,002	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250
TCA total	Correlation Coefficient	,510**	,616**	,194**	,025	1	,318**	,550**	,748**	,585**	,564**	,184**	,298**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,002	,696		,000	,000	,000	,000	,000	,003	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250
Modificare Kg	Correlation Coefficient	,270**	,381**	,083	-,056	,318**	1	,340**	,246**	,049	,296**	,159*	,145*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,191	,375	,000		,000	,000	,440	,000	,012	,022
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250
EAT Dietă	Correlation Coefficient	,456**	,699**	,068	-,075	,550**	,340**	1	,528**	,218**	,645**	,099	,223**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,281	,235	,000	,000		,000	,001	,000	,119	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250
EAT Bulimie	Correlation Coefficient	,554**	,369**	,395**	,280**	,748**	,246**	,528**	1	,315**	,298**	,358**	,463**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250
EAT Control Oral	Correlation Coefficient	,117	,050	,096	,056	,585**	,049	,218**	,315**	1	,063	,057	,029
	Sig. (2-tailed)	,065	,427	,129	,378	,000	,440	,001	,000		,321	,370	,650
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250
Constr. alimentară	Correlation Coefficient	,478**	,625**	,061	-,196**	,564**	,296**	,645**	,298**	,063	1	-,002	,155*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,339	,002	,000	,000	,000	,000	,321		,980	,014
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250
Mâncat necontr	Correlation Coefficient	,482**	,002	,488**	,564**	,184**	,159*	,099	,358**	,057	-,002	1	,529**
	Sig. (2-tailed)	,000	,973	,000	,000	,003	,012	,119	,000	,370	,980		,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250
Mâncat emoț	Correlation Coefficient	,486**	,155*	,685**	,352**	,298**	,145*	,223**	,463**	,029	,155*	,529**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,014	,000	,000	,000	,022	,000	,000	,650	,014	,000	
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabelul A.3.2. Corelații între DEBQ și Personalitate

		Dezirabilitate socială	Extraversiune & Intraversiune	Conștiin ciozitate	Amabilitate	Stabilitate emoțională	Autonomie
DEBQ	Correlation Coefficient	,036	-,053	-,016	,027	-,368**	,090
	Sig. (2-tailed)	,572	,404	,804	,669	,000	,155

	N	250	250	250	250	250	250
CAR	Correlation Coefficient	,154*	-,020	,530**	,108	-,008	,132*
	Sig. (2-tailed)	,015	,753	,000	,090	,903	,036
	N	250	250	250	250	250	250
CAEm	Correlation Coefficient	,009	-,072	,410**	-,031	-,525**	,005
	Sig. (2-tailed)	,884	,256	,000	,629	,000	,937
	N	250	250	250	250	250	250
CAEx	Correlation Coefficient	-,193**	-,019	,334**	-,090	-,456**	-,021
	Sig. (2-tailed)	,002	,769	,000	,156	,000	,746
	N	250	250	250	250	250	250

Tabelul A.3.3. Corelații între DEBQ și stima de sine/ perfecționism/ anxietate

		Stimă de sine	Perfecționism total	Greșeli și îndoieli în acțiune	Așteptări și evaluarea părinților	Standarde personale	Precizie, ordine, organizare	Anxietate
DEBQ	Correlation Coefficient	-,403**	,582**	,457**	,468**	,336**	-,021	,487**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,740	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250
CAR	Correlation Coefficient	-,423**	,459**	,312**	,518**	,447**	,179	,510**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,216	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250
CAEm	Correlation Coefficient	-,393**	,364**	,256**	,191**	,427**	-,051	,470**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,002	,000	,420	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250
CAEx	Correlation Coefficient	-,434**	,288**	,315**	,345**	,381**	-,107	,523**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,091	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250

Tabelul A.3.4. Corelații între DEBQ și relațiile sine-corp

		Evaluarea aspectului	Orientarea spre aspect	Evaluarea formei fizice	Orientarea spre forma fizică	Greutate subiectivă	Satisfacție față de zonele corporale
DEBQ	Correlation Coefficient	-,459**	,406**	-,302**	,259**	,247**	-,452**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250
CAR	Correlation Coefficient	-,524**	,418**	-,439**	,475**	,382**	-,595**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250
CAEm	Correlation Coefficient	-,361**	,294**	-,320**	,187**	,239**	-,316**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,003	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250
CAEx	Correlation Coefficient	,219**	,130*	-,248**	,271**	-,089	-,291**
	Sig. (2-tailed)	,000	,041	,000	,000	,160	,000
	N	250	250	250	250	250	250

Tabelul A.3.5. Corelații între DEBQ și climatul familial

		CF + mama	CF + tata	CF + total	CF - mama	CF - tata	CF - total	CF General +	CF General -
DEBQ	Correlation Coefficient	-,453**	-,305**	-,347**	,148*	,077	,122	-,453**	,372**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,019	,226	,054	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250
CAR	Correlation Coefficient	-,594**	-,397**	-,418**	,350**	,221	,020	-,519**	,386**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,754	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250

CAEm	Correlation Coefficient	-,343**	-,095	-,193*	,271**	,023	,073	-,372**	,234**
	Sig. (2-tailed)	,000	,132	,016	,000	,722	,247	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250
CAEx	Correlation Coefficient	-,329**	-,236**	-,256**	,144*	,144*	,160*	-,247**	,330**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,023	,023	,011	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250

Tabelul A.3.6. Corelații între scalele EAT-26 și trăsăturile de personalitate

		Dezirabilitate socială	Extravers & Intravers	Conștiințiozitate	Amabilitate	Stabilitate emoțională	Autonomie
Modificare Kg	Correlation Coefficient	,017	-,134*	,025	,004	-,096	,059
	Sig. (2-tailed)	,783	,034	,693	,947	,130	,352
	N	250	250	250	250	250	250
TCA total	Correlation Coefficient	,318**	-,114	,433**	,132*	-,487**	,041
	Sig. (2-tailed)	,000	,071	,000	,036	,000	,515
	N	250	250	250	250	250	250
EAT Dietă	Correlation Coefficient	,092	-,030	,547**	,092	-,450**	,081
	Sig. (2-tailed)	,147	,632	,000	,147	,000	,201
	N	250	250	250	250	250	250
EAT Bulimie	Correlation Coefficient	-,021	-,119	,490**	,058	-,479**	-,063
	Sig. (2-tailed)	,741	,060	,000	,363	,000	,325
	N	250	250	250	250	250	250
EAT Control Oral	Correlation Coefficient	,154*	-,179**	,386**	,166**	-,552**	,004
	Sig. (2-tailed)	,015	,004	,000	,008	,000	,944
	N	250	250	250	250	250	250

Tabelul A.3.7. Corelații între scalele EAT-26 și stima de sine/ perfecționism/ anxietate

		Stimă de sine	Perfecționism total	Greșeli și îndoieli în acțiune	Așteptări și eval părinților	Standarde personale	Precizie, ordine, organizare	Anxietate
Modificare Kg	Correlation Coefficient	-,277**	,318**	,146*	,042	,045	,248**	,387**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,021	,510	,482	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250
TCA total	Correlation Coefficient	-,476**	,561**	,574**	,413**	,472**	,304**	,529**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250
EAT Dietă	Correlation Coefficient	-,407**	,495**	,359**	,178**	,567**	,252**	,465**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,005	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250
EAT Bulimie	Correlation Coefficient	-,574**	,566**	,353**	,302**	,445**	,289**	,617**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250
EAT Control Oral	Correlation Coefficient	-,364**	,415**	,494**	,366**	,425**	,326**	,401**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250

Tabelul A.3.8. Corelații între scalele EAT-26 și relația sine-corp

		Evaluarea aspectului	Orientarea spre aspect	Evaluarea formei fizice	Orientarea spre forma fizică	Greutate subiectivă	Satisfacție față de zonele corporale
Modificare Kg	Correlation Coefficient	-,424**	,256**	-,582**	,311**	,310**	-,591**

	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250
TCA total	Correlation Coefficient	-,499**	,434**	-,324**	,433**	,267**	-,559**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250
EAT Dietă	Correlation Coefficient	-,548**	,293**	-,355**	,346**	,490**	-,618**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250
EAT Bulimie	Correlation Coefficient	-,439**	,286**	-,342**	,299**	,091	-,502**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,153	,000
	N	250	250	250	250	250	250
EAT Control Oral	Correlation Coefficient	-,346**	,112	,290*	,253*	-,201**	-,437**
	Sig. (2-tailed)	,000	,076	,000	,000	,001	,000
	N	250	250	250	250	250	250

Tabelul A.3.9. Corelații între scalele EAT-26 și climatul familial

		CF + mama	CF + tata	CF + total	CF - mama	CF - tata	CF - total	CF General +	CF General -
Modificare Kg	Correlation Coefficient	-,296**	-,257**	-,272**	,273**	,238**	,247**	-,253**	,207**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001
	N	250	250	250	250	250	250	250	250
TCA total	Correlation Coefficient	-,483**	-,270**	-,390**	,396**	,329**	,352**	-,399**	,338**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250
EAT Dietă	Correlation Coefficient	-,356**	-,253**	,298**	,372**	,318**	,312**	-,495**	,375**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250
EAT Bulimie	Correlation Coefficient	-,465**	-,319**	-,394**	,407**	,393**	,411**	-,391**	,326**
	Sig. (2-tailed)	,000	,060	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250
EAT Control Oral	Correlation Coefficient	-,279**	-,228**	-,236**	,254**	,232**	,247**	-,317**	,345**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250

Tabelul A.3.10. Corelații între TFEQ și trăsăturile de personalitate

		Dezirab socială	Extravers & Intravers	Conștiinciozitate	Amabilitate	Stabilitate emoțională	Autonomie
Constrângere/ Restricționare alimentară	Correlation Coefficient	,103	-,087	,343**	,052	-,249**	,112
	Sig. (2-tailed)	,103	,171	,000	,414	,000	,078
	N	250	250	250	250	250	250
Mâncat necontrolat	Correlation Coefficient	-,150*	-,015	-,134*	-,090	-,376**	,041
	Sig. (2-tailed)	,018	,811	,034	,156	,000	,514
	N	250	250	250	250	250	250
Mâncat emoțional	Correlation Coefficient	-,027	,046	-,091	-,036	-,351**	,104
	Sig. (2-tailed)	,675	,470	,151	,569	,000	,099
	N	250	250	250	250	250	250

Tabelul A.3.11. Corelații între TFEQ și stima de sine/ perfectionism/ anxietate

	Stimă de sine	Perfecționism total	Greșeli și îndoilei în acțiune	Așteptări și eval părinților	Standarde personale	Precizie, ordine, organiz	Anxietate
Correlation Coefficient	-,473**	,568**	,405**	,493**	,538**	,094	,445**

Constrângere/ Restricționare alimentară	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,138	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250
Mâncat necontrolat	Correlation Coefficient	-,408**	,389**	,442**	,341**	,263**	-,195**	,365**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,002	,000
Mâncat emoțional	N	250	250	250	250	250	250	250
	Correlation Coefficient	-,347**	,272**	,216**	,261**	,157*	-,116	,435**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,000	,013	,066	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250

Tabelul A.3.12. Corelații între TFEQ și relația sine-corp

		Evaluarea aspectului	Orientarea spre aspect	Evaluarea forme fizice	Orientarea spre forma fizică	Greutate subiectivă	Satisfacție față de zonele corporale
Constrângere/ Restricționare alimentară	Correlation Coefficient	-,389**	,391**	-,336**	,488**	,471**	-,587**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250
Mâncat necontrolat	Correlation Coefficient	-,173**	-,020	-,266**	-,062	,255**	-,296**
	Sig. (2-tailed)	,006	,749	,00-	,325	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250
Mâncat emoțional	Correlation Coefficient	-,108	,100	-,025	,182**	,267**	-,273**
	Sig. (2-tailed)	,087	,116	,695	,004	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250

Tabelul A.3.13. Corelații între TFEQ și climatul familial

		CF + mama	CF + tata	CF + total	CF - mama	CF - tata	CF - total	CF General +	CF General -
Constrângere/ Restricționare alimentară	Correlation Coefficient	-,371**	-,241**	-,302**	,460**	,277**	,382**	-,421**	,565**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250
Mâncat necontrolat	Correlation Coefficient	-,344**	-,236**	-,317**	,433**	,262**	,314**	-,443**	,421**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250
Mâncat emoțional	Correlation Coefficient	-,392**	-,262**	-,337**	,386**	,257**	,328**	-,483**	,334**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250

Anexa 4. Diferențele pentru comportamentele alimentare dezadaptative în funcție de vârstă în demersul constativ

Tabelul A.4.1. Semnificațiile diferențelor de vârstă pentru comportamentul alimentar dezadaptativ în demersul constativ după testul U Mann-Whitney (14-15 ani și 16-17 ani)

	Vârsta subiectului	N	Mean Rank	Sum of Ranks
DEBQ	14-15 ani	84	88,63	7445,00
	16-17 ani	83	79,31	6583,00
	Total	167		
CAR	14-15 ani	84	86,95	7304,00
	16-17 ani	83	81,01	6724,00
	Total	167		
CAEm	14-15 ani	84	85,60	7190,50
	16-17 ani	83	82,38	6837,50
	Total	167		
CAEx	14-15 ani	84	89,89	7551,00
	16-17 ani	83	78,04	6477,00
	Total	167		
TCA total	14-15 ani	84	86,33	7251,50
	16-17 ani	83	81,64	6776,50
	Total	167		
EAT Dietă	14-15 ani	84	86,30	7249,00
	16-17 ani	83	81,67	6779,00
	Total	167		
EAT Bulimie	14-15 ani	84	84,72	7116,50
	16-17 ani	83	83,27	6911,50
	Total	167		
EAT Control Oral	14-15 ani	84	85,13	7151,00
	16-17 ani	83	82,86	6877,00
	Total	167		
Constrângere/ Restricționare alimentară	14-15 ani	84	88,63	7444,50
	16-17 ani	83	79,32	6583,50
	Total	167		
Mâncat necontrolat	14-15 ani	84	83,24	6992,00
	16-17 ani	83	84,77	7036,00
	Total	167		
Mâncat emoțional	14-15 ani	84	80,64	6774,00
	16-17 ani	83	87,40	7254,00
	Total	167		

	DEBQ	CAR	CAEm	CAEx	TCA total	EAT Dietă	EAT Bulimie	EAT Control Oral	Constrângere/ Restricționare alimentară	Mâncat necontrolat	Mâncat emoțional
Mann-Whitney U	3097,000	3238,000	3351,500	2991,000	3290,500	3293,000	3425,500	3391,000	3097,500	3422,000	3204,000
Wilcoxon W	6583,000	6724,000	6837,500	6477,000	6776,500	6779,000	6911,500	6877,000	6583,500	6992,000	6774,000
Z	-1,245	-,794	-,431	-1,587	-,626	-,619	-,205	-,306	-1,248	-,205	-,914
Asymp. Sig. (2-tailed)	,213	,427	,667	,113	,531	,536	,838	,760	,212	,837	,360

a. Grouping Variable: Vârsta subiectului

Tabelul A.4.2. Semnificațiile diferențelor de vârstă pentru comportamentul alimentar dezadaptativ în demersul constativ după testul U Mann-Whitney (14-15 ani și 18-19 ani)

	Vârsta subiectului	N	Mean Rank	Sum of Ranks
DEBQ	14-15 ani	84	91,54	7689,50
	18-19 ani	83	76,37	6338,50
	Total	167		
CAR	14-15 ani	84	90,24	7580,50

	18-19 ani	83	77,68	6447,50
	Total	167		
CAEm	14-15 ani	84	86,58	7272,50
	18-19 ani	83	81,39	6755,50
	Total	167		
CAEx	14-15 ani	84	90,63	7613,00
	18-19 ani	83	77,29	6415,00
	Total	167		
TCA total	14-15 ani	84	79,48	6676,50
	18-19 ani	83	88,57	7351,50
	Total	167		
EAT Dietă	14-15 ani	84	81,52	6847,50
	18-19 ani	83	86,51	7180,50
	Total	167		
EAT Bulimie	14-15 ani	84	83,16	6985,50
	18-19 ani	83	84,85	7042,50
	Total	167		
EAT Control Oral	14-15 ani	84	80,78	6785,50
	18-19 ani	83	87,26	7242,50
	Total	167		
Constrângere/ Restricționare alimentară	14-15 ani	84	89,88	7550,00
	18-19 ani	83	78,05	6478,00
	Total	167		
Mâncat necontrolat	14-15 ani	84	83,01	6973,00
	18-19 ani	83	85,00	7055,00
	Total	167		
Mâncat emoțional	14-15 ani	84	80,42	6755,00
	18-19 ani	83	87,63	7273,00
	Total	167		

	DEBQ	CAR	CAEm	CAEx	TCA total	EAT Dietă	EAT Bulimie	EAT Control Oral	Constrângere/ Restricționare alimentară	Mâncat necontrolat	Mâncat emoțional
Mann-Whitney U	2852,500	2961,500	3269,500	2929,000	3106,500	3277,500	3415,500	3215,500	2992,000	3403,000	3185,000
Wilcoxon W	6338,500	6447,500	6755,500	6415,000	6676,500	6847,500	6985,500	6785,500	6478,000	6973,000	6755,000
Z	-2,028	-1,680	-,693	-1,785	-1,216	-,669	-,238	-,870	-1,586	-,266	-,978
Asymp. Sig. (2-tailed)	,043	,093	,488	,074	,224	,504	,812	,384	,113	,790	,328

a. Grouping Variable: Vârsta subiectului

Tabelul A.4.3. Semnificațiile diferențelor de vârstă pentru comportamentul alimentar dezadaptativ în demersul constativ după testul U Mann-Whitney (16-17 ani și 18-19 ani)

	Vârsta subiectului	N	Mean Rank	Sum of Ranks
DEBQ	16-17 ani	83	86,42	7173,00
	18-19 ani	83	80,58	6688,00
	Total	166		
CAR	16-17 ani	83	86,64	7191,00
	18-19 ani	83	80,36	6670,00
	Total	166		
CAEm	16-17 ani	83	85,18	7070,00
	18-19 ani	83	81,82	6791,00
	Total	166		
CAEx	16-17 ani	83	84,25	6993,00
	18-19 ani	83	82,75	6868,00
	Total	166		
TCA total	16-17 ani	83	77,33	6418,00
	18-19 ani	83	89,67	7443,00
	Total	166		
EAT Dietă	16-17 ani	83	79,19	6572,50

	18-19 ani	83	87,81	7288,50
	Total	166		
EAT Bulimie	16-17 ani	83	81,92	6799,50
	18-19 ani	83	85,08	7061,50
	Total	166		
EAT Control Oral	16-17 ani	83	79,45	6594,50
	18-19 ani	83	87,55	7266,50
	Total	166		
Constrângere/ Restricționare alimentară	16-17 ani	83	85,02	7057,00
	18-19 ani	83	81,98	6804,00
	Total	166		
Mâncat necontrolat	16-17 ani	83	83,68	6945,50
	18-19 ani	83	83,32	6915,50
	Total	166		
Mâncat emoțional	16-17 ani	83	82,81	6873,00
	18-19 ani	83	84,19	6988,00
	Total	166		

	DEBQ	CAR	CAEm	CAEx	TCA total	EAT Dietă	EAT Bulimie	EAT Control Oral	Constrângere/ Restricționare alimentară	Mâncat necontrolat	Mâncat emoțional
Mann-Whitney U	3202,000	3184,000	3305,000	3382,000	2932,000	3086,500	3313,500	3108,500	3318,000	3429,500	3387,000
Wilcoxon W	6688,000	6670,000	6791,000	6868,000	6418,000	6572,500	6799,500	6594,500	6804,000	6915,500	6873,000
Z	-,783	-,842	-,451	-,202	-,1657	-,1158	-,446	-,1092	-,410	-,049	-,188
Asymp. Sig. (2-tailed)	,433	,400	,652	,840	,098	,247	,656	,275	,682	,961	,851

a. Grouping Variable: Vârsta subiectului

Anexa 5. Rezultatele statistice obținute în experimentul formativ

Tabelul A.5.1. Omogenitate GE test și GC test

	Subiect	N	Mean Rank	Sum of Ranks
DEBQ total	Grup Experimental	12	10,96	131,50
	Grup de Control	12	14,04	168,50
	Total	24		
CAR	Grup Experimental	12	10,21	122,50
	Grup de Control	12	14,79	177,50
	Total	24		
CAEm	Grup Experimental	12	12,54	150,50
	Grup de Control	12	12,46	149,50
	Total	24		
CAEx	Grup Experimental	12	12,63	151,50
	Grup de Control	12	12,38	148,50
	Total	24		
TCA	Grup Experimental	12	10,79	129,50
	Grup de Control	12	14,21	170,50
	Total	24		
Dietă	Grup Experimental	12	11,42	137,00
	Grup de Control	12	13,58	163,00
	Total	24		
Bulimie	Grup Experimental	12	12,29	147,50
	Grup de Control	12	12,71	152,50
	Total	24		
ControlOral	Grup Experimental	12	10,08	121,00
	Grup de Control	12	14,92	179,00
	Total	24		
Constrângere Cognitivă	Grup Experimental	12	13,88	166,50
	Grup de Control	12	11,13	133,50
	Total	24		
Mâncat Necontrolat	Grup Experimental	12	13,29	159,50
	Grup de Control	12	11,71	140,50
	Total	24		
Mâncat Emoțional	Grup Experimental	12	13,04	156,50
	Grup de Control	12	11,96	143,50
	Total	24		

	DEBQ total	CAR	CAEm	CAEx	TCA	Dietă	Bulimie	ControlOral	Constrângere Cognitivă	Mâncat Necontrolat	Mâncat Emoțional
Mann-Whitney U	53,500	44,500	71,500	70,500	51,500	59,000	69,500	43,000	55,500	62,500	65,500
Wilcoxon W	131,500	122,500	149,500	148,500	129,500	137,000	147,500	121,000	133,500	140,500	143,500
Z	-1,069	-1,592	-,029	-,087	-1,189	-,754	-,146	-1,682	-,963	-,550	-,378
Asymp. Sig. (2-tailed)	,285	,111	,977	,931	,234	,451	,884	,092	,336	,582	,705
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,291 ^b	,114 ^b	,977 ^b	,932 ^b	,242 ^b	,478 ^b	,887 ^b	,101 ^b	,347 ^b	,590 ^b	,713 ^b

a. Grouping Variable: Subiect

b. Not corrected for ties.

Tabelul A.5.2. Diferențe GE test și GE retest pentru CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx)

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
DEBQ total retest - DEBQ total	Negative Ranks	12 ^a	6,50	78,00
	Positive Ranks	0 ^b	,00	,00
	Ties	0 ^c		
	Total	12		
CAR retest - CAR	Negative Ranks	11 ^d	6,91	76,00
	Positive Ranks	1 ^e	2,00	2,00

CAEm retest - CAEm	Ties	0 ^f		
	Total	12		
	Negative Ranks	10 ^g	5,50	55,00
	Positive Ranks	0 ^h	,00	,00
	Ties	2 ⁱ		
CAEx retest - CAEx	Total	12		
	Negative Ranks	12 ^j	6,50	78,00
	Positive Ranks	0 ^k	,00	,00
	Ties	0 ^l		
	Total	12		

a. DEBQ total retest < DEBQ total

b. DEBQ total retest > DEBQ total

c. DEBQ total retest = DEBQ total

d. CAR retest < CAR

e. CAR retest > CAR

f. CAR retest = CAR

g. CAEm retest < CAEm

h. CAEm retest > CAEm

i. CAEm retest = CAEm

j. CAEx retest < CAEx

k. CAEx retest > CAEx

l. CAEx retest = CAEx

	DEBQ total retest - DEBQ total	CAR retest - CAR	CAEm retest - CAEm	CAEx retest - CAEx
Z	-3,059 ^b	-2,913 ^b	-2,803 ^b	-3,061 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002	,004	,005	,002

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Tabelul A.5.3. Diferențe GE test și GE retest pentru CC, MN și MEm

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Constrângere Cognitivă retest - Constrângere Cognitivă	Negative Ranks	11 ^a	6,00	66,00
	Positive Ranks	0 ^b	,00	,00
	Ties	1 ^c		
	Total	12		
Mâncat Necontrolat retest - Mâncat Necontrolat	Negative Ranks	12 ^d	6,50	78,00
	Positive Ranks	0 ^e	,00	,00
	Ties	0 ^f		
	Total	12		
Mâncat Emoțional retest - Mâncat Emoțional	Negative Ranks	9 ^g	5,83	52,50
	Positive Ranks	1 ^h	2,50	2,50
	Ties	2 ⁱ		
	Total	12		

a. Constrângere Cognitivă retest < Constrângere Cognitivă

b. Constrângere Cognitivă retest > Constrângere Cognitivă

c. Constrângere Cognitivă retest = Constrângere Cognitivă

d. Mâncat Necontrolat retest < Mâncat Necontrolat

e. Mâncat Necontrolat retest > Mâncat Necontrolat

f. Mâncat Necontrolat retest = Mâncat Necontrolat

g. Mâncat Emoțional retest < Mâncat Emoțional

h. Mâncat Emoțional retest > Mâncat Emoțional

i. Mâncat Emoțional retest = Mâncat Emoțional

	Constrângere Cognitivă retest - Constrângere Cognitivă	Mâncat Necontrolat retest - Mâncat Necontrolat	Mâncat Emoțional retest - Mâncat Emoțional
Z	-2,953 ^b	-3,088 ^b	-2,584 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003	,002	,010

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Tabelul A.5.4. Diferențe GE test și GE retest pentru Posibilitatea TCA

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
TCA retest - TCA	Negative Ranks	12 ^a	6,50	78,00
	Positive Ranks	0 ^b	,00	,00
	Ties	0 ^c		

Dietă retest - Dietă	Total	12		
	Negative Ranks	11 ^d	6,00	66,00
	Positive Ranks	0 ^e	,00	,00
	Ties	1 ^f		
Bulimie retest - Bulimie	Total	12		
	Negative Ranks	9 ^g	5,94	53,50
	Positive Ranks	1 ^h	1,50	1,50
	Ties	2 ⁱ		
ControlOral retest - ControlOral	Total	12		
	Negative Ranks	11 ^j	6,00	66,00
	Positive Ranks	0 ^k	,00	,00
	Ties	1 ^l		
	Total	12		

- a. TCA retest < TCA
b. TCA retest > TCA
c. TCA retest = TCA
d. Dietă retest < Dietă
e. Dietă retest > Dietă
f. Dietă retest = Dietă
g. Bulimie retest < Bulimie
h. Bulimie retest > Bulimie
i. Bulimie retest = Bulimie
j. ControlOral retest < ControlOral
k. ControlOral retest > ControlOral
l. ControlOral retest = ControlOral

	TCA retest - TCA	Dietă retest - Dietă	Bulimie retest - Bulimie	ControlOral retest - ControlOral
Z	-3,077 ^b	-2,965 ^b	-2,671 ^b	-2,992 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002	,003	,008	,003

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. Based on positive ranks.

Tabelul A.5.5. Diferențe GE test și GE retest pentru trăsăturile de personalitate

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dezirabilitate socială retest - Dezirabilitate socială test	Negative Ranks	6 ^a	6,42	38,50
	Positive Ranks	3 ^b	2,17	6,50
	Ties	3 ^c		
	Total	12		
Extraversiune retest - Extraversiune test	Negative Ranks	3 ^d	3,67	11,00
	Positive Ranks	7 ^e	6,29	44,00
	Ties	2 ^f		
	Total	12		
Conștiinciozitate retest - Conștiinciozitate test	Negative Ranks	2 ^g	2,25	4,50
	Positive Ranks	9 ^h	6,83	61,50
	Ties	1 ⁱ		
	Total	12		
Amabilitate retest - Amabilitate test	Negative Ranks	1 ^j	4,00	4,00
	Positive Ranks	10 ^k	6,20	62,00
	Ties	1 ^l		
	Total	12		
Stabilitate emoțională retest - Stabilitate emoțională test	Negative Ranks	1 ^m	1,50	1,50
	Positive Ranks	11 ⁿ	6,95	76,50
	Ties	0 ^o		
	Total	12		
Autonomie retest - Autonomie test	Negative Ranks	0 ^p	,00	,00
	Positive Ranks	12 ^q	6,50	78,00
	Ties	0 ^r		
	Total	12		

- a. Dezirabilitate socială retest < Dezirabilitate socială test
b. Dezirabilitate socială retest > Dezirabilitate socială test
c. Dezirabilitate socială retest = Dezirabilitate socială test
d. Extraversiune retest < Extraversiune test
e. Extraversiune retest > Extraversiune test
f. Extraversiune retest = Extraversiune test
g. Conștiinciozitate retest < Conștiinciozitate test
h. Conștiinciozitate retest > Conștiinciozitate test
i. Conștiinciozitate retest = Conștiinciozitate test
j. Amabilitate retest < Amabilitate test

- k. Amabilitate retest > Amabilitate test
 l. Amabilitate retest = Amabilitate test
 m. Stabilitate emoțională retest < Stabilitate emoțională test
 n. Stabilitate emoțională retest > Stabilitate emoțională test
 o. Stabilitate emoțională retest = Stabilitate emoțională test
 p. Autonomie retest < Autonomie test
 q. Autonomie retest > Autonomie test
 r. Autonomie retest = Autonomie test

	Dezirabilitate socială retest - Dezirabilitate socială test	Extraversiune retest - Extraversiune test	Conștiinciozita te retest - Conștiinciozita te test	Amabilitate retest - Amabilitate test	Stabilitate emoțională retest - Stabilitate emoțională test	Autonomie retest - Autonomie test
Z	-2,003 ^b	-1,684 ^c	-1,847 ^c	-1,684 ^c	-1,945 ^c	-3,061 ^c
Asymp. Sig. (2-tailed)	,021	,092	,061	,075	,083	,002

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

c. Based on negative ranks.

Tabelul A.5.6. Diferențe GE test și GE retest pentru Perfecționism, Anxietate, Stima de sine

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Stima de sine retest - Stima de sine test	Negative Ranks	1 ^a	2,00	2,00
	Positive Ranks	11 ^b	6,91	76,00
	Ties	0 ^c		
	Total	12		
Anxietate retest - Anxietate test	Negative Ranks	8 ^d	5,44	43,50
	Positive Ranks	2 ^e	5,75	11,50
	Ties	2 ^f		
	Total	12		
Perfecționism retest - Perfecționism test	Negative Ranks	12 ^g	6,50	78,00
	Positive Ranks	0 ^h	,00	,00
	Ties	0 ⁱ		
	Total	12		
Climat familial general pozitiv retest - Climat familial general pozitiv test	Negative Ranks	3 ^j	3,00	9,00
	Positive Ranks	7 ^k	6,57	46,00
	Ties	2 ^l		
	Total	12		
Climat familial general negativ retest - Climat familial general negativ test	Negative Ranks	7 ^m	5,29	37,00
	Positive Ranks	2 ⁿ	4,00	8,00
	Ties	3 ^o		
	Total	12		

a. Stima de sine retest < Stima de sine test

b. Stima de sine retest > Stima de sine test

c. Stima de sine retest = Stima de sine test

d. Anxietate retest < Anxietate test

e. Anxietate retest > Anxietate test

f. Anxietate retest = Anxietate test

g. Perfecționism retest < Perfecționism test

h. Perfecționism retest > Perfecționism test

i. Perfecționism retest = Perfecționism test

j. Climat familial general pozitiv retest < Climat familial general pozitiv test

k. Climat familial general pozitiv retest > Climat familial general pozitiv test

l. Climat familial general pozitiv retest = Climat familial general pozitiv test

m. Climat familial general negativ retest < Climat familial general negativ test

n. Climat familial general negativ retest > Climat familial general negativ test

o. Climat familial general negativ retest = Climat familial general negativ test

	Stima de sine retest - Stima de sine test	Anxietate retest - Anxietate test	Perfecționism retest - Perfecționism test	Climat familial general pozitiv retest - Climat familial general pozitiv test	Climat familial general negativ retest - Climat familial general negativ test
Z	-2,917 ^b	-1,674 ^c	-3,068 ^c	-1,924 ^b	-1,809 ^c
Asymp. Sig. (2-tailed)	,004	,094	,002	,054	,070

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. Based on positive ranks.

Tabelul A.5.7. Diferențe GE test și GE retest pentru relația sine corp

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Evaluarea aspectului retest - Evaluarea aspectului test	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	11 ^b	6,00	66,00
	Ties	1 ^c		
	Total	12		
Orientarea spre aspect retest - Orientarea spre aspect test	Negative Ranks	11 ^d	7,00	77,00
	Positive Ranks	1 ^e	1,00	1,00
	Ties	0 ^f		
	Total	12		
Evaluarea formei fizice retest - Evaluarea formei fizice test	Negative Ranks	0 ^g	,00	,00
	Positive Ranks	11 ^h	6,00	66,00
	Ties	1 ⁱ		
	Total	12		
Orientarea spre forma fizică retest - Orientarea spre forma fizică test	Negative Ranks	10 ^j	6,50	65,00
	Positive Ranks	1 ^k	1,00	1,00
	Ties	1 ^l		
	Total	12		
Greutatea subiectivă retest - Greutatea subiectivă test	Negative Ranks	11 ^m	6,00	66,00
	Positive Ranks	0 ⁿ	,00	,00
	Ties	1 ^o		
	Total	12		
Satisfacția față de zonele corporale retest - Satisfacția față de zonele corporale test	Negative Ranks	1 ^p	5,50	5,50
	Positive Ranks	9 ^q	5,50	49,50
	Ties	2 ^r		
	Total	12		

- a. Evaluarea aspectului retest < Evaluarea aspectului test
b. Evaluarea aspectului retest > Evaluarea aspectului test
c. Evaluarea aspectului retest = Evaluarea aspectului test
d. Orientarea spre aspect retest < Orientarea spre aspect test
e. Orientarea spre aspect retest > Orientarea spre aspect test
f. Orientarea spre aspect retest = Orientarea spre aspect test
g. Evaluarea formei fizice retest < Evaluarea formei fizice test
h. Evaluarea formei fizice retest > Evaluarea formei fizice test
i. Evaluarea formei fizice retest = Evaluarea formei fizice test
j. Orientarea spre forma fizică retest < Orientarea spre forma fizică test
k. Orientarea spre forma fizică retest > Orientarea spre forma fizică test
l. Orientarea spre forma fizică retest = Orientarea spre forma fizică test
m. Greutatea subiectivă retest < Greutatea subiectivă test
n. Greutatea subiectivă retest > Greutatea subiectivă test
o. Greutatea subiectivă retest = Greutatea subiectivă test
p. Satisfacția față de zonele corporale retest < Satisfacția față de zonele corporale test
q. Satisfacția față de zonele corporale retest > Satisfacția față de zonele corporale test
r. Satisfacția față de zonele corporale retest = Satisfacția față de zonele corporale test

	Evaluarea aspectului retest - Evaluarea aspectului test	Orientarea spre aspect retest - Orientarea spre aspect test	Evaluarea formei fizice retest - Evaluarea formei fizice test	Orientarea spre forma fizică retest - Orientarea spre forma fizică test	Greutatea subiectivă retest - Greutatea subiectivă test	Satisfacția față de zonele corporale retest - Satisfacția față de zonele corporale test
Z	-2,952 ^b	-2,982 ^c	-2,986 ^b	-2,848 ^c	-2,936 ^c	-2,260 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003	,003	,003	,004	,003	,024

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. Based on negative ranks.
c. Based on positive ranks.

Tabelul A.5.8. Diferențe GC test și GC retest pentru CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx)

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
DEBQ total retest - DEBQ total	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	12 ^b	6,50	78,00
	Ties	0 ^c		
	Total	12		
CAR retest - CAR	Negative Ranks	3 ^d	3,00	9,00
	Positive Ranks	9 ^e	7,67	69,00
	Ties	0 ^f		

	Total	12		
CAEm retest - CAEm	Negative Ranks	1 ^g	2,00	2,00
	Positive Ranks	11 ^h	6,91	76,00
	Ties	0 ⁱ		
	Total	12		
CAEx retest - CAEx	Negative Ranks	5 ^j	3,80	19,00
	Positive Ranks	6 ^k	7,83	47,00
	Ties	1 ^l		
	Total	12		

a. DEBQ total retest < DEBQ total

b. DEBQ total retest > DEBQ total

c. DEBQ total retest = DEBQ total

d. CAR retest < CAR

e. CAR retest > CAR

f. CAR retest = CAR

g. CAEm retest < CAEm

h. CAEm retest > CAEm

i. CAEm retest = CAEm

j. CAEx retest < CAEx

k. CAEx retest > CAEx

l. CAEx retest = CAEx

	DEBQ total retest - DEBQ total	CAR retest - CAR	CAEm retest - CAEm	CAEx retest - CAEx
Z	-1,059 ^b	-1,363 ^b	-1,903 ^b	-1,247 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,132	,218	,064	,212

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Tabelul A.5.9. Diferențe GC test și GC retest pentru CC, MN și MEm

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Constrângere Cognitivă retest - Constrângere Cognitivă	Negative Ranks	3 ^a	6,00	18,00
	Positive Ranks	8 ^b	6,00	48,00
	Ties	1 ^c		
	Total	12		
Mâncat Necontrolat retest - Mâncat Necontrolat	Negative Ranks	6 ^d	4,42	26,50
	Positive Ranks	3 ^e	6,17	18,50
	Ties	3 ^f		
	Total	12		
Mâncat Emoțional retest - Mâncat Emoțional	Negative Ranks	4 ^g	5,88	23,50
	Positive Ranks	7 ^h	6,07	42,50
	Ties	1 ⁱ		
	Total	12		

a. Constrângere Cognitivă retest < Constrângere Cognitivă

b. Constrângere Cognitivă retest > Constrângere Cognitivă

c. Constrângere Cognitivă retest = Constrângere Cognitivă

d. Mâncat Necontrolat retest < Mâncat Necontrolat

e. Mâncat Necontrolat retest > Mâncat Necontrolat

f. Mâncat Necontrolat retest = Mâncat Necontrolat

g. Mâncat Emoțional retest < Mâncat Emoțional

h. Mâncat Emoțional retest > Mâncat Emoțional

i. Mâncat Emoțional retest = Mâncat Emoțional

	Constrângere Cognitivă retest - Constrângere Cognitivă	Mâncat Necontrolat retest - Mâncat Necontrolat	Mâncat Emoțional retest - Mâncat Emoțional
Z	-1,353 ^b	-,483 ^c	-,857 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,176	,629	,391

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. Based on positive ranks.

Tabelul A.5.10. Diferențe GC test și GC retest pentru Posibilitatea TCA

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
TCA retest - TCA	Negative Ranks	3 ^a	4,17	12,50
	Positive Ranks	7 ^b	6,07	42,50

	Ties	2 ^c		
	Total	12		
Dietă retest - Dietă	Negative Ranks	5 ^d	3,40	17,00
	Positive Ranks	7 ^e	8,71	61,00
	Ties	0 ^f		
	Total	12		
Bulimie retest - Bulimie	Negative Ranks	4 ^g	5,00	20,00
	Positive Ranks	5 ^h	5,00	25,00
	Ties	3 ⁱ		
	Total	12		
ControlOral retest - ControlOral	Negative Ranks	6 ^j	5,33	32,00
	Positive Ranks	6 ^k	7,67	46,00
	Ties	0 ^l		
	Total	12		

- a. TCA retest < TCA
b. TCA retest > TCA
c. TCA retest = TCA
d. Dietă retest < Dietă
e. Dietă retest > Dietă
f. Dietă retest = Dietă
g. Bulimie retest < Bulimie
h. Bulimie retest > Bulimie
i. Bulimie retest = Bulimie
j. ControlOral retest < ControlOral
k. ControlOral retest > ControlOral
l. ControlOral retest = ControlOral

	TCA retest - TCA	Dietă retest - Dietă	Bulimie retest - Bulimie	ControlOral retest - ControlOral
Z	-1,535 ^b	-1,737 ^b	-,303 ^b	-,562 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,125	,082	,762	,574

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. Based on negative ranks.

Tabelul A.5.11. Diferențe GC test și GC retest pentru trăsăturile de personalitate

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dezirabilitate socială retest - Dezirabilitate socială	Negative Ranks	4 ^a	3,63	14,50
	Positive Ranks	7 ^b	7,36	51,50
	Ties	1 ^c		
	Total	12		
Extraversiune & Intraversiune retest - Extraversiune & Intraversiune	Negative Ranks	5 ^d	7,00	35,00
	Positive Ranks	7 ^e	6,14	43,00
	Ties	0 ^f		
	Total	12		
Conștiinciozitate retest - Conștiinciozitate	Negative Ranks	5 ^g	6,60	33,00
	Positive Ranks	6 ^h	5,50	33,00
	Ties	1 ⁱ		
	Total	12		
Amabilitate retest - Amabilitate	Negative Ranks	4 ^j	6,88	27,50
	Positive Ranks	7 ^k	5,50	38,50
	Ties	1 ^l		
	Total	12		
Stabilitate emoțională retest - Stabilitate emoțională	Negative Ranks	5 ^m	6,00	30,00
	Positive Ranks	7 ⁿ	6,86	48,00
	Ties	0 ^o		
	Total	12		
Autonomie retest - Autonomie	Negative Ranks	6 ^p	5,42	32,50
	Positive Ranks	5 ^q	6,70	33,50
	Ties	1 ^r		
	Total	12		

- a. Dezirabilitate socială retest < Dezirabilitate socială
b. Dezirabilitate socială retest > Dezirabilitate socială
c. Dezirabilitate socială retest = Dezirabilitate socială
d. Extraversiune & Intraversiune retest < Extraversiune & Intraversiune
e. Extraversiune & Intraversiune retest > Extraversiune & Intraversiune
f. Extraversiune & Intraversiune retest = Extraversiune & Intraversiune
g. Conștiinciozitate retest < Conștiinciozitate
h. Conștiinciozitate retest > Conștiinciozitate
i. Conștiinciozitate retest = Conștiinciozitate

- j. Amabilitate retest < Amabilitate
k. Amabilitate retest > Amabilitate
l. Amabilitate retest = Amabilitate
m. Stabilitate emoțională retest < Stabilitate emoțională
n. Stabilitate emoțională retest > Stabilitate emoțională
o. Stabilitate emoțională retest = Stabilitate emoțională
p. Autonomie retest < Autonomie
q. Autonomie retest > Autonomie
r. Autonomie retest = Autonomie

	Dezirabilitate socială retest - Dezirabilitate socială	Extraversiune & Intraversiune retest - Extraversiune & Intraversiune	Conștiinciozitate retest - Conștiinciozitate	Amabilitate retest - Amabilitate	Stabilitate emoțională retest - Stabilitate emoțională	Autonomie retest - Autonomie
Z	-1,675 ^b	-,315 ^b	,000 ^c	-,489 ^b	-,714 ^b	-,045 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,094	,753	1,000	,624	,475	,964

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

Tabelul A.5.12. Diferențe GC test și GC retest pentru perfecționism, anxietate, wtima de sine

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Perfecționism total retest - Perfecționism total	Negative Ranks	2 ^a	2,00	4,00
	Positive Ranks	9 ^b	6,89	62,00
	Ties	1 ^c		
	Total	12		
Stimă de sine retest - Stimă de sine	Negative Ranks	3 ^d	5,50	16,50
	Positive Ranks	7 ^e	5,50	38,50
	Ties	2 ^f		
	Total	12		
Anxietate retest - Anxietate	Negative Ranks	4 ^g	5,38	21,50
	Positive Ranks	6 ^h	5,58	33,50
	Ties	2 ⁱ		
	Total	12		

a. Perfecționism total retest < Perfecționism total

b. Perfecționism total retest > Perfecționism total

c. Perfecționism total retest = Perfecționism total

d. Stimă de sine retest < Stimă de sine

e. Stimă de sine retest > Stimă de sine

f. Stimă de sine retest = Stimă de sine

g. Anxietate retest < Anxietate

h. Anxietate retest > Anxietate

i. Anxietate retest = Anxietate

	Perfecționism total retest - Perfecționism total	Stimă de sine retest - Stimă de sine	Anxietate retest - Anxietate
Z	-2,610 ^b	-1,144 ^b	-,622 ^b
Asymp. Sig. (2- tailed)	,009	,253	,534

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. Based on positive ranks.

Tabelul A.5.13. Diferențe GC test și GC retest pentru relația sine corp

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Evaluarea aspectului retest - Evaluarea aspectului	Negative Ranks	6 ^a	4,25	25,50
	Positive Ranks	2 ^b	5,25	10,50
	Ties	4 ^c		
	Total	12		
Orientarea spre aspect retest - Orientarea spre aspect	Negative Ranks	1 ^d	1,00	1,00
	Positive Ranks	9 ^e	6,00	54,00
	Ties	2 ^f		
	Total	12		
	Negative Ranks	8 ^g	4,50	36,00

Evaluarea formei fizice retest - Evaluarea formei fizice	Positive Ranks	0 ^h	,00	,00
	Ties	4 ⁱ		
	Total	12		
Orientarea spre forma fizică retest - Orientarea spre forma fizică	Negative Ranks	1 ^j	7,00	7,00
	Positive Ranks	9 ^k	5,33	48,00
	Ties	2 ^l		
	Total	12		
Greutate subiectivă retest - Greutate subiectivă	Negative Ranks	1 ^m	3,50	3,50
	Positive Ranks	8 ⁿ	5,19	41,50
	Ties	3 ^o		
	Total	12		
Satisfacție față de zonele corporale retest - Satisfacție față de zonele corporale	Negative Ranks	8 ^p	6,06	48,50
	Positive Ranks	2 ^q	3,25	6,50
	Ties	2 ^r		
	Total	12		

- a. Evaluarea aspectului retest < Evaluarea aspectului
b. Evaluarea aspectului retest > Evaluarea aspectului
c. Evaluarea aspectului retest = Evaluarea aspectului
d. Orientarea spre aspect retest < Orientarea spre aspect
e. Orientarea spre aspect retest > Orientarea spre aspect
f. Orientarea spre aspect retest = Orientarea spre aspect
g. Evaluarea formei fizice retest < Evaluarea formei fizice
h. Evaluarea formei fizice retest > Evaluarea formei fizice
i. Evaluarea formei fizice retest = Evaluarea formei fizice
j. Orientarea spre forma fizică retest < Orientarea spre forma fizică
k. Orientarea spre forma fizică retest > Orientarea spre forma fizică
l. Orientarea spre forma fizică retest = Orientarea spre forma fizică
m. Greutate subiectivă retest < Greutate subiectivă
n. Greutate subiectivă retest > Greutate subiectivă
o. Greutate subiectivă retest = Greutate subiectivă
p. Satisfacție față de zonele corporale retest < Satisfacție față de zonele corporale
q. Satisfacție față de zonele corporale retest > Satisfacție față de zonele corporale
r. Satisfacție față de zonele corporale retest = Satisfacție față de zonele corporale

	Evaluarea aspectului retest - Evaluarea aspectului	Orientarea spre aspect retest - Orientarea spre aspect	Evaluarea formei fizice retest - Evaluarea formei fizice	Orientarea spre forma fizică retest - Orientarea spre forma fizică	Greutate subiectivă retest - Greutate subiectivă	Satisfacție față de zonele corporale retest - Satisfacție față de zonele corporale
Z	-1,057 ^b	-1,703 ^c	-1,539 ^b	-1,091 ^c	-1,332 ^c	-2,149 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,291	,307	,291	,187	,299	,062

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. Based on positive ranks.
c. Based on negative ranks.

Tabelul A.5.14. Diferențe GE retest și GC retest pentru CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx), CC, MN și MEm, Posibilitatea TCA

	Subiect	N	Mean Rank	Sum of Ranks
DEBQ total retest	Grup Experimental	12	7,92	95,00
	Grup de Control	12	17,08	205,00
	Total	24		
CAR retest	Grup Experimental	12	8,21	98,50
	Grup de Control	12	16,79	201,50
	Total	24		
CAEm retest	Grup Experimental	12	8,79	105,50
	Grup de Control	12	16,21	194,50
	Total	24		
CAEx retest	Grup Experimental	12	10,00	120,00
	Grup de Control	12	15,00	180,00
	Total	24		
TCA retest	Grup Experimental	12	6,50	78,00
	Grup de Control	12	18,50	222,00
	Total	24		
Dietă retest	Grup Experimental	12	7,42	89,00
	Grup de Control	12	17,58	211,00
	Total	24		

Bulimie retest	Grup Experimental	12	7,83	94,00
	Grup de Control	12	17,17	206,00
	Total	24		
Control Oral retest	Grup Experimental	12	7,63	91,50
	Grup de Control	12	17,38	208,50
	Total	24		
Constrângere Cognitivă retest	Grup Experimental	12	9,17	110,00
	Grup de Control	12	15,83	190,00
	Total	24		
Mâncat Necontrolat retest	Grup Experimental	12	10,08	121,00
	Grup de Control	12	14,92	179,00
	Total	24		
Mâncat Emoțional retest	Grup Experimental	12	10,63	127,50
	Grup de Control	12	14,38	172,50
	Total	24		

	DEBQ total retest	CAR retest	CAEm retest	CAEx retest	TCA retest	Dietă retest	Bulimie retest	Control Oral retest	Constrângere Cognitivă retest	Mâncat Necontrolat retest	Mâncat Emoțional retest
Mann-Whitney U	17,000	20,500	27,500	42,000	,000	11,000	16,000	13,500	32,000	43,000	49,500
Wilcoxon W	95,000	98,500	105,500	120,000	78,000	89,000	94,000	91,500	110,000	121,000	127,500
Z	-3,175	-2,977	-2,571	-1,733	-4,176	-3,533	-3,268	-3,406	-2,319	-1,679	-1,328
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001	,003	,010	,083	,000	,000	,001	,001	,020	,093	,184
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,001 ^b	,002 ^b	,008 ^b	,089 ^b	,000 ^b	,000 ^b	,001 ^b	,000 ^b	,020 ^b	,101 ^b	,198 ^b

a. Grouping Variable: Subject

b. Not corrected for ties.

Tabelul A.5.15. Diferențe GE retest și GC retest pentru trăsăturile de personalitate

	Subiect	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dezirabilitate socială retest	Grup Experimental	12	9,17	110,00
	Grup de Control	12	15,83	190,00
	Total	24		
Extraversiune & Intraversiune retest	Grup Experimental	12	13,21	158,50
	Grup de Control	12	11,79	141,50
	Total	24		
Conștiinciozitate retest	Grup Experimental	12	11,83	142,00
	Grup de Control	12	13,17	158,00
	Total	24		
Amabilitate retest	Grup Experimental	12	11,63	139,50
	Grup de Control	12	13,38	160,50
	Total	24		
Stabilitate emoțională retest	Grup Experimental	12	14,96	179,50
	Grup de Control	12	10,04	120,50
	Total	24		
Autonomie retest	Grup Experimental	12	16,29	195,50
	Grup de Control	12	8,71	104,50
	Total	24		

	Dezirabilitate socială retest	Extraversiune & Intraversiune retest	Conștiinciozitate retest	Amabilitate retest	Stabilitate emoțională retest	Autonomie retest
Mann-Whitney U	32,000	63,500	64,000	61,500	42,500	26,500
Wilcoxon W	110,000	141,500	142,000	139,500	120,500	104,500
Z	-2,312	-,491	-,462	-,607	-1,707	-2,633
Asymp. Sig. (2-tailed)	,021	,623	,644	,544	,088	,008
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,020 ^b	,630 ^b	,671 ^b	,551 ^b	,089 ^b	,007 ^b

a. Grouping Variable: Subject

b. Not corrected for ties.

Tabelul A.5.16. Diferențe GE retest și GC retest pentru perfecționism, anxietate, stima de sine

	Subiect	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Perfecționism total retest	Grup Experimental	12	7,88	94,50
	Grup de Control	12	17,13	205,50
	Total	24		
Greșeli și îndoieli în acțiune retest	Grup Experimental	12	8,42	101,00
	Grup de Control	12	16,58	199,00
	Total	24		
Așteptări și evaluarea părinților retest	Grup Experimental	12	9,08	109,00
	Grup de Control	12	15,92	191,00
	Total	24		
Standarde personale retest	Grup Experimental	12	8,04	96,50
	Grup de Control	12	16,96	203,50
	Total	24		
Precizie, ordine, organizare retest	Grup Experimental	12	10,50	126,00
	Grup de Control	12	14,50	174,00
	Total	24		

	Perfecționism total retest	Greșeli și îndoieli în acțiune retest	Așteptări și evaluarea părinților retest	Standarde personale retest	Precizie, ordine, organizare retest
Mann-Whitney U	16,500	23,000	31,000	18,500	48,000
Wilcoxon W	94,500	101,000	109,000	96,500	126,000
Z	-3,206	-2,839	-2,379	-3,104	-1,393
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001	,005	,017	,002	,164
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,001 ^b	,004 ^b	,017 ^b	,001 ^b	,178 ^b

a. Grouping Variable: Subiect

b. Not corrected for ties.

	Subiect	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Stimă de sine retest	Grup Experimental	12	17,46	209,50
	Grup de Control	12	7,54	90,50
	Total	24		
Anxietate retest	Grup Experimental	12	9,33	112,00
	Grup de Control	12	15,67	188,00
	Total	24		

	Stimă de sine retest	Anxietate retest
Mann-Whitney U	12,500	34,000
Wilcoxon W	90,500	112,000
Z	-3,467	-2,205
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001	,027
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,000 ^b	,028 ^b

a. Grouping Variable: Subiect

b. Not corrected for ties.

Tabelul A.5.17. Diferențe GE retest și GC retest pentru relația sine corp

	Subiect	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Evaluarea aspectului retest	Grup Experimental	12	15,00	180,00
	Grup de Control	12	10,00	120,00
	Total	24		
Orientarea spre aspect retest	Grup Experimental	12	9,67	116,00
	Grup de Control	12	15,33	184,00
	Total	24		
Evaluarea formei fizice retest	Grup Experimental	12	12,13	145,50
	Grup de Control	12	12,88	154,50
	Total	24		
Orientarea spre forma fizică retest	Grup Experimental	12	9,46	113,50
	Grup de Control	12	15,54	186,50
	Total	24		
Greutate subiectivă retest	Grup Experimental	12	7,54	90,50
	Grup de Control	12	17,46	209,50
	Total	24		
Satisfacție față de zonele corporale retest	Grup Experimental	12	14,21	170,50
	Grup de Control	12	10,79	129,50
	Total	24		

	Evaluarea aspectului retest	Orientarea spre aspect retest	Evaluarea formei fizice retest	Orientarea spre forma fizică retest	Greutate subiectivă retest	Satisfacție față de zonele corporale retest
Mann-Whitney U	42,000	38,000	67,500	35,500	12,500	51,500
Wilcoxon W	120,000	116,000	145,500	113,500	90,500	129,500
Z	-1,737	-1,969	-,263	-2,120	-3,455	-1,191
Asymp. Sig. (2-tailed)	,082	,049	,793	,034	,001	,234
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,089 ^b	,052 ^b	,799 ^b	,033 ^b	,000 ^b	,242 ^b

a. Grouping Variable: Subiect

b. Not corrected for ties.

Tabelul A.5.18. Diferențe GE retest și GE retest 2 pentru CA dezadaptative (CAR, CAEm și CAEx)

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
DEBQ total retest 2 - DEBQ total	Negative Ranks	12 ^a	6,50	78,00
	Positive Ranks	0 ^b	,00	,00
	Ties	0 ^c		
	Total	12		
CAR retest 2 - CAR	Negative Ranks	12 ^d	6,50	78,00
	Positive Ranks	0 ^e	,00	,00
	Ties	0 ^f		
	Total	12		
CAEm retest 2 - CAEm	Negative Ranks	10 ^g	5,50	55,00
	Positive Ranks	0 ^h	,00	,00
	Ties	2 ⁱ		
	Total	12		
CAEx retest 2 - CAEx	Negative Ranks	12 ^j	6,50	78,00
	Positive Ranks	0 ^k	,00	,00
	Ties	0 ^l		
	Total	12		

a. DEBQ total retest 2 < DEBQ total

b. DEBQ total retest 2 > DEBQ total

c. DEBQ total retest 2 = DEBQ total

d. CAR retest 2 < CAR

e. CAR retest 2 > CAR

f. CAR retest 2 = CAR

g. CAEm retest 2 < CAEm

h. CAEm retest 2 > CAEm

i. CAEm retest 2 = CAEm

j. CAEx retest 2 < CAEx

k. CAEx retest 2 > CAEx

l. CAEx retest 2 = CAEx

	DEBQ total retest 2 - DEBQ total	CAR retest 2 - CAR	CAEm retest 2 - CAEm	CAEx retest 2 - CAEx
Z	-3,059 ^b	-3,063 ^b	-2,805 ^b	-3,066 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002	,002	,005	,002

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Tabelul A.5.19. Diferențe GE retest și GE retest 2 pentru CC, MN și MEM

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Constrângere Cognitivă retest 2 - Constrângere Cognitivă	Negative Ranks	12 ^a	6,50	78,00
	Positive Ranks	0 ^b	,00	,00
	Ties	0 ^c		
	Total	12		
Mâncat Necontrolat retest 2 - Mâncat Necontrolat	Negative Ranks	12 ^d	6,50	78,00
	Positive Ranks	0 ^e	,00	,00
	Ties	0 ^f		
	Total	12		
Mâncat Emoțional retest 2 - Mâncat Emoțional	Negative Ranks	10 ^g	5,50	55,00
	Positive Ranks	0 ^h	,00	,00
	Ties	2 ⁱ		
	Total	12		

a. Constrângere Cognitivă retest 2 < Constrângere Cognitivă

b. Constrângere Cognitivă retest 2 > Constrângere Cognitivă

c. Constrângere Cognitivă retest 2 = Constrângere Cognitivă

d. Mâncat Necontrolat retest 2 < Mâncat Necontrolat

e. Mâncat Necontrolat retest 2 > Mâncat Necontrolat

f. Mâncat Necontrolat retest 2 = Mâncat Necontrolat

g. Mâncat Emoțional retest 2 < Mâncat Emoțional

h. Mâncat Emoțional retest 2 > Mâncat Emoțional

i. Mâncat Emoțional retest 2 = Mâncat Emoțional

	Constrângere Cognitivă retest 2 - Constrângere Cognitivă	Mâncat Necontrolat retest 2 - Mâncat Necontrolat	Mâncat Emoțional retest 2 - Mâncat Emoțional
Z	-3,071 ^b	-3,077 ^b	-2,842 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002	,002	,004

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Tabelul A.5.20. Diferențe GE retest și GE retest 2 pentru posibilitatea TCA

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
TCA retest 2 - TCA	Negative Ranks	12 ^a	6,50	78,00
	Positive Ranks	0 ^b	,00	,00
	Ties	0 ^c		
	Total	12		
Dietă retest 2 - Dietă	Negative Ranks	11 ^d	6,00	66,00
	Positive Ranks	0 ^e	,00	,00
	Ties	1 ^f		
	Total	12		
Bulimie retest 2 - Bulimie	Negative Ranks	9 ^g	5,94	53,50
	Positive Ranks	1 ^h	1,50	1,50
	Ties	2 ⁱ		
	Total	12		
Control Oral retest 2 - Control Oral	Negative Ranks	11 ^j	6,00	66,00
	Positive Ranks	0 ^k	,00	,00
	Ties	1 ^l		
	Total	12		

a. TCA retest 2 < TCA

b. TCA retest 2 > TCA

c. TCA retest 2 = TCA

d. Dietă retest 2 < Dietă

e. Dietă retest 2 > Dietă

f. Dietă retest 2 = Dietă

- g. Bulimie retest 2 < Bulimie
h. Bulimie retest 2 > Bulimie
i. Bulimie retest 2 = Bulimie
j. Control Oral retest 2 < ControlOral
k. Control Oral retest 2 > ControlOral
l. Control Oral retest 2 = ControlOral

	TCA retest 2 - TCA	Dietă retest 2 - Dietă	Bulimie retest 2 - Bulimie	Control Oral retest 2 - ControlOral
Z	-3,065 ^b	-2,938 ^b	-2,671 ^b	-2,969 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002	,003	,008	,003

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Tabelul A.5.21. Diferențe GE retest și GE retest 2 pentru trăsăturile de personalitate

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dezirabilitate socială retest 2 - Dezirabilitate socială test	Negative Ranks	8 ^a	6,13	49,00
	Positive Ranks	2 ^b	3,00	6,00
	Ties	2 ^c		
	Total	12		
Extraversiune retest 2 - Extraversiune test	Negative Ranks	3 ^d	3,00	9,00
	Positive Ranks	8 ^e	7,13	57,00
	Ties	1 ^f		
	Total	12		
Conștiinciozitate retest 2 - Conștiinciozitate test	Negative Ranks	3 ^g	5,83	17,50
	Positive Ranks	9 ^h	6,72	60,50
	Ties	0 ⁱ		
	Total	12		
Amabilitate retest 2 - Amabilitate test	Negative Ranks	3 ^j	4,50	13,50
	Positive Ranks	7 ^k	5,93	41,50
	Ties	2 ^l		
	Total	12		
Stabilitate emoțională retest 2 - Stabilitate emoțională test	Negative Ranks	1 ^m	1,00	1,00
	Positive Ranks	11 ⁿ	7,00	77,00
	Ties	0 ^o		
	Total	12		
Autonomie retest 2 - Autonomie test	Negative Ranks	0 ^p	,00	,00
	Positive Ranks	12 ^q	6,50	78,00
	Ties	0 ^r		
	Total	12		

a. Dezirabilitate socială retest 2 < Dezirabilitate socială test

b. Dezirabilitate socială retest 2 > Dezirabilitate socială test

c. Dezirabilitate socială retest 2 = Dezirabilitate socială test

d. Extraversiune retest 2 < Extraversiune test

e. Extraversiune retest 2 > Extraversiune test

f. Extraversiune retest 2 = Extraversiune test

g. Conștiinciozitate retest 2 < Conștiinciozitate test

h. Conștiinciozitate retest 2 > Conștiinciozitate test

i. Conștiinciozitate retest 2 = Conștiinciozitate test

j. Amabilitate retest 2 < Amabilitate test

k. Amabilitate retest 2 > Amabilitate test

l. Amabilitate retest 2 = Amabilitate test

m. Stabilitate emoțională retest 2 < Stabilitate emoțională test

n. Stabilitate emoțională retest 2 > Stabilitate emoțională test

o. Stabilitate emoțională retest 2 = Stabilitate emoțională test

p. Autonomie retest 2 < Autonomie test

q. Autonomie retest 2 > Autonomie test

r. Autonomie retest 2 = Autonomie test

	Dezirabilitate socială retest 2 - Dezirabilitate socială test	Extraversiune retest 2 - Extraversiune test	Conștiinciozitate retest 2 - Conștiinciozitate test	Amabilitate retest 2 - Amabilitate test	Stabilitate emoțională retest 2 - Stabilitate emoțională test	Autonomie retest 2 - Autonomie test
Z	-2,194 ^b	-2,138 ^c	-1,693 ^c	-1,430 ^c	-2,986 ^c	-3,063 ^c
Asymp. Sig. (2-tailed)	,028	,033	,090	,153	,003	,002

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

c. Based on negative ranks.

Tabelul A.5.22. Diferențe GE retest și GE retest 2 pentru perfecționism, anxietate, stima de sine

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Stima de sine retest 2 - Stima de sine test	Negative Ranks	1 ^a	1,50	1,50
	Positive Ranks	11 ^b	6,95	76,50
	Ties	0 ^c		
	Total	12		
Anxietate retest 2 - Anxietate test	Negative Ranks	9 ^d	5,50	49,50
	Positive Ranks	1 ^e	5,50	5,50
	Ties	2 ^f		
	Total	12		
Perfecționism retest 2 - Perfecționism test	Negative Ranks	12 ^g	6,50	78,00
	Positive Ranks	0 ^h	,00	,00
	Ties	0 ⁱ		
	Total	12		

a. Stima de sine retest 2 < Stima de sine test

b. Stima de sine retest 2 > Stima de sine test

c. Stima de sine retest 2 = Stima de sine test

d. Anxietate retest 2 < Anxietate test

e. Anxietate retest 2 > Anxietate test

f. Anxietate retest 2 = Anxietate test

g. Perfecționism retest 2 < Perfecționism test

h. Perfecționism retest 2 > Perfecționism test

i. Perfecționism retest 2 = Perfecționism test

	Stima de sine retest 2 - Stima de sine test	Anxietate retest 2 - Anxietate test	Perfecționism retest 2 - Perfecționism test
Z	-2,950 ^b	-2,260 ^c	-3,065 ^c
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003	,024	,002

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. Based on positive ranks.

Tabelul A.5.23. Diferențe GE retest și GE retest 2 pentru relația sine corp

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Evaluarea aspectului retest 2 - Evaluarea aspectului test	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	11 ^b	6,00	66,00
	Ties	1 ^c		
	Total	12		
Orientarea spre aspect retest 2 - Orientarea spre aspect test	Negative Ranks	12 ^d	6,50	78,00
	Positive Ranks	0 ^e	,00	,00
	Ties	0 ^f		
	Total	12		
Evaluarea formei fizice retest 2 - Evaluarea formei fizice test	Negative Ranks	0 ^g	,00	,00
	Positive Ranks	11 ^h	6,00	66,00
	Ties	1 ⁱ		
	Total	12		
Orientarea spre forma fizică retest 2 - Orientarea spre forma fizică test	Negative Ranks	11 ^j	6,00	66,00
	Positive Ranks	0 ^k	,00	,00
	Ties	1 ^l		
	Total	12		
Greutatea subiectivă retest 2 - Greutatea subiectivă test	Negative Ranks	10 ^m	5,50	55,00
	Positive Ranks	0 ⁿ	,00	,00
	Ties	2 ^o		
	Total	12		
Satisfacția față de zonele corporale retest 2 - Satisfacția față de zonele corporale test	Negative Ranks	0 ^p	,00	,00
	Positive Ranks	10 ^q	5,50	55,00
	Ties	2 ^r		
	Total	12		

a. Evaluarea aspectului retest 2 < Evaluarea aspectului test

b. Evaluarea aspectului retest 2 > Evaluarea aspectului test

c. Evaluarea aspectului retest 2 = Evaluarea aspectului test

d. Orientarea spre aspect retest 2 < Orientarea spre aspect test

e. Orientarea spre aspect retest 2 > Orientarea spre aspect test

f. Orientarea spre aspect retest 2 = Orientarea spre aspect test

g. Evaluarea formei fizice retest 2 < Evaluarea formei fizice test

- h. Evaluarea formei fizice retest 2 > Evaluarea formei fizice test
i. Evaluarea formei fizice retest 2 = Evaluarea formei fizice test
j. Orientarea spre forma fizică retest 2 < Orientarea spre forma fizică test
k. Orientarea spre forma fizică retest 2 > Orientarea spre forma fizică test
l. Orientarea spre forma fizică retest 2 = Orientarea spre forma fizică test
m. Greutatea subiectivă retest 2 < Greutatea subiectivă test
n. Greutatea subiectivă retest 2 > Greutatea subiectivă test
o. Greutatea subiectivă retest 2 = Greutatea subiectivă test
p. Satisfacția față de zonele corporale retest 2 < Satisfacția față de zonele corporale test
q. Satisfacția față de zonele corporale retest 2 > Satisfacția față de zonele corporale test
r. Satisfacția față de zonele corporale retest 2 = Satisfacția față de zonele corporale test

	Evaluarea aspectului retest 2 - Evaluarea aspectului test	Orientarea spre aspect retest 2 - Orientarea spre aspect test	Evaluarea formei fizice retest 2 - Evaluarea formei fizice test	Orientarea spre forma fizică retest 2 - Orientarea spre forma fizică test	Greutatea subiectivă retest 2 - Greutatea subiectivă test	Satisfacția față de zonele corporale retest 2 - Satisfacția față de zonele corporale test
Z	-2,950 ^b	-3,059 ^c	-2,949 ^b	-2,936 ^c	-2,818 ^c	-2,809 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003	,002	,003	,003	,005	,005

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. Based on positive ranks.

Anexa 6. Programul de intervenții psihologice și sesiunile cu părinții

Sesiunea 1. Intercunoaștere și principii de lucru în grup

Activitatea 1: Cercul cu nume, caracteristică, mișcare.

Scop: facilitarea cunoașterii inițiale și crearea unei atmosfere ludice

Materiale necesare: fără materiale

Descriere: Participantele formează un cerc. Fiecare își spune prenumele, adaugă o caracteristică personală care începe cu aceeași literă (ex: „Sunt Sorina și sunt sensibilă”) și efectuează o mișcare corporală reprezentativă. Următoarea participantă reia tot ce s-a spus anterior și adaugă propria prezentare. Activitatea favorizează conexiunea între membrele grupului, implicarea corporală și susține o atmosferă caldă și relaxată.

Activitatea 2: Numele meu, numele celorlalți.

Scop: familiarizarea cu numele și inițierea interacțiunii.

Materiale necesare: foi albe, markere

Descriere: Fiecare participantă scrie numele propriu pe o coală și îl decorează simbolic. În perechi, își povestesc despre semnificația numelui lor, originea acestuia și ce emoții le trezește. Apoi, în plen, participantele prezintă ce au aflat despre colega lor. Se creează o „hartă a numelor” care rămâne vizibilă pe parcursul programului, încurajând sentimentul de apartenență.

Activitatea 3: CV-ul meu

Scop: autocunoaștere, exprimare creativă, cunoaștere interpersonală

Materiale necesare: foi A3, carioci, creioane colorate, decupaje simbolice

Descriere: Participantele completează un „CV simbolic” împărțit în 7 secțiuni: Personal, Motto, Lucruri importante, Realizări, Aspirații, Frici, Superputeri. Fiecare secțiune este completată în 5 minute. După fiecare etapă, se schimbă partenerul și se formulează întrebări reflexive pentru aprofundare. Se finalizează cu o expoziție a lucrărilor și împărtășire voluntară. Activitatea susține exprimarea simbolică și empatică, punând bazele unei relaționări autentice în grup.

Activitatea 4: Explorarea așteptărilor și setarea principiilor de lucru în grup

Scop: stabilirea scopurilor personale și colective; crearea cadrului de siguranță psihologică

Materiale necesare: foi mari, post-it-uri, markere

Descriere: Facilitatorul prezintă programul general. Apoi participantele notează pe post-it așteptările lor de la program și contribuția personală. Se realizează o discuție în cerc și un afiș comun cu regulile de grup: confidențialitate, ascultare activă, punctualitate, respect reciproc. Afișul rămâne vizibil în fiecare sesiune, simbolizând angajamentul comun față de procesul de grup.

Temă pentru acasă:

Jurnalul zilnic

Scop: dezvoltarea abilității de gestionare a gândurilor și sentimentelor copleșitoare

Descriere: Facilitatorul comunică participantelor că, atunci când sunt stresate sau se simt triste, gândurile și emoțiile se pot aduna în minte și pot deveni greu de gestionat. Înșirarea lor pe hârtie ajută la organizarea acestora și la clarificarea situației pentru sine. Se explică faptul că Jurnalul Zilnic poate fi completat în aproximativ 15 minute, de preferat imediat după un eveniment supărător sau mai târziu în aceeași zi, după ce emoțiile au mai scăzut din intensitate.

Participantele vor începe prin descrierea faptelor. Vor nota un eveniment care le-a supărat și emoțiile simțite, precum tristețea, anxietatea, vina sau frustrarea. Apoi vor evalua intensitatea acestor emoții de la 1 la 10, unde 10 înseamnă foarte intens. Facilitatorul subliniază că observarea și analizarea emoțiilor neplăcute ajută la reducerea controlului acestora asupra persoanei.

În etapa de analiză a gândurilor, participantele vor nota în prima coloană gândurile automate apărute în situația respectivă și vor evalua de la 1 la 10 cât de mult cred în fiecare dintre ele, unde 10 înseamnă că gândul pare complet adevărat. În a doua coloană, ele vor identifica eventualele distorsiuni ale gândirii, menționând că unele gânduri pot fi și realiste. În a treia coloană, participantele vor formula un răspuns sau un contraargument pentru fiecare gând automat. Facilitatorul le comunică că primul gând nu

este singura variantă posibilă și le încurajează să se gândească ce ar spune unui prieten aflat într-o situație similară sau cum ar vedea lucrurile într-o zi mai bună. Participantele își pun întrebarea: „Care este dovada pentru acest gând mai rezonabil?” și evaluează apoi cât de mult cred în acest nou răspuns.

La final participantele vor reveni asupra gândurilor inițiale și le vor reevalua, iar apoi vor reevalua intensitatea emoțiilor notate la început. Facilitatorul explică faptul că, dacă se observă chiar și o mică scădere a emoțiilor neplăcute, exercițiul poate fi considerat eficient. Evenimentele pot rămâne neplăcute, dar vor deveni mai ușor de gestionat.

Facilitatorul încurajează participantele să noteze gândurile pe hârtie, deoarece exercițiul este dificil de realizat doar în gând. Adolescențele sunt îndemnate să fie îngăduitoare cu ele însele, deoarece această abilitate se dezvoltă în timp, de obicei în câteva săptămâni. În fiecare zi, timp de două luni, participantele vor alege un eveniment supărător și vor completa jurnalul.

Fișă de lucru. Exemplu Jurnal zilnic

Eveniment (Describe evenimentul neplăcut/ stresant pentru tine)	Impactul evenimentului (Describe emoțiile ce le-ai trăit în timpul evenimentului sau după acesta)	Intensitate (Evaluează intensitatea emoțiilor trăite de la 1 la 10)

Răspunsurile inițiale (1. Describe conversația interioară pe care o ai. 2. Apreciază, de la 1 la 10, cât de credibilă este fiecare)	Iraționalitatea gândurilor (Identifică gândurile distorsionate)	Reformulări rezonabile (1. Dă o replică! Înlocuiește gândurile distorsionate cu gânduri mai rezonabile. 2. Apreciază, de la 1 la 10, cât de credibil sună pentru tine fiecare gând reformulat)

Sesiunea 2. Intercunoaștere și reprezentarea eului

Activitatea 1: Ne cunoaștem?

Scop: facilitarea autoexprimării și a empatiei prin întrebări personale

Materiale necesare: set de cărți cu întrebări

Descriere: Fiecare participantă extrage o carte cu o întrebare (ex: „Ce te face fericită?”). După răspunsul oferit, alte participante pot alege să răspundă la aceeași întrebare. Activitatea stimulează reflecția și conexiunea interumană.

Activitatea 2: Obiectul care mă reprezintă

Scop: exprimarea simbolică a identității personale

Materiale necesare: obiecte variate plasate în sală (pietre, simboluri, jucării mici etc.)

Descriere: Participantele aleg un obiect care le reprezintă în acel moment și explică de ce l-au ales. Exercițiul este non-invaziv și sprijină exprimarea indirectă a trăirilor personale.

Activitatea 3: Trei reprezentări ale eului

Scop: explorarea identității personale din trei perspective

Materiale necesare: foi, materiale de desen

Descriere: Participantele sunt invitate să creeze trei reprezentări ale eului: cum se văd ele însele, cum cred că sunt văzute de ceilalți și cum își doresc să devină. Formele de exprimare sunt libere (desen, simbol, mișcare etc.). După prezentare, se deschide o sesiune de întrebări-reflecție și se discută despre distorsiunile în percepția de sine.

Activitatea 4: Conturarea unei imagini a întregii personalități

Scop: recunoașterea valorii sinelui esențial mai realist și sincer

Materiale necesare: fișe de lucru

Descriere: Activitatea este structurată în trei părți. În prima parte sunt prezentate mai multe trăsături de personalitate. A doua parte le oferă participantelor ocazia să exploreze acele trăsături care sunt mai importante pentru ele. A treia parte le va ajuta să înțeleagă cum răspunsurile lor, prin felul în care diferă, reflectă valoarea personală a fiecăreia.

În **partea I** participantele vor evalua fiecare trăsătură de personalitate pe o scară de la 0 la 10. 0 înseamnă că trăsătura nu este prezentă deloc, iar 10 înseamnă că trăsătura este foarte bine dezvoltată și este exprimată la cel mai bun nivel posibil. Adolescențele sunt încurajate să fie cât mai corecte și sincere în evaluare, fără să exagereze și fără să se subaprecieze. Facilitatorul subliniază că este normal ca unele trăsături să primească note mai mari, iar altele mai mici. Activitatea nu este o competiție între participante, iar notele obținute nu reflectă valoarea personală. Participanților li se reamintește că valoarea fiecărei persoane există deja și este egală pentru toți, iar exercițiul urmărește doar să observe modurile diferite și unice în care această valoare se manifestă. Participantele sunt îndemnate să fie cât mai obiective, deoarece acest lucru le va ajuta să beneficieze mai mult de activitate. Facilitatorul le recomandă să evite gândirea de tip „*totul sau nimic*” și generalizările exagerate atunci când își evaluează trăsăturile.

Partea a II-a a activității este dedicată identificării unor trăsături de personalitate suplimentare. Participantele vor nota cinci trăsături care descriu modul în care ele contribuie la propria stare de bine și/sau la binele celor din jur. Facilitatorul explică faptul că această sarcină este mai ușoară dacă adolescențele se gândesc la diferite calități umane cunoscute. Li se pot oferi exemple, precum virtuți generale sau trăsături care țin de felul de a fi al unei persoane, cum ar fi sinceritatea, hărnicia, calmul, sensibilitatea, grija față de ceilalți, organizarea, căldura sufletească, spiritul vesel sau maturitatea emoțională. Participantele sunt încurajate să aleagă trăsături pe care simt că le reprezintă. Facilitatorul subliniază că nu se urmărește perfecțiunea acestor trăsături, ci doar recunoașterea lor. Adolescențele vor stabili în ce măsură consideră că le au și apoi vor evalua nivelul de dezvoltare al fiecărei trăsături, folosind aceeași scară ca în Partea I.

Partea a III-a este dedicată interpretării rezultatelor. Facilitatorul explică faptul că fiecare persoană este diferită și complexă, iar modul în care fiecare a completat exercițiul este unic. Participantele vor observa că au obținut scoruri mai mari la unele trăsături și mai mici la altele. De asemenea, este posibil să remarce că notele 0 sau 10 lipsesc sau apar foarte rar, deoarece aceste extreme sunt întâlnite rar în viața reală. Facilitatorul le explică adolescenților că această evaluare conturează un autoportret personal, format din trăsături aflate la niveluri diferite de dezvoltare. Exercițiul le ajută să își înțeleagă mai bine valoarea personală. Scorurile nu sunt folosite pentru comparații cu alte persoane, ci pentru a oferi o imagine de ansamblu asupra propriei personalități. Participantele sunt încurajate să vadă rezultatul ca pe un întreg, asemănător unei imagini formate din părți diferite. Unele trăsături sunt mai bine dezvoltate, altele mai puțin, iar toate contribuie la ceea ce sunt ele ca persoane. Se discută și despre trăsăturile cu scoruri mai mici și se explică faptul că acestea pot fi abordate în două moduri. Adolescențele pot alege să se accepte și să se

aprecieze așa cum sunt, cu tot cu imperfecțiuni, sau pot privi aceste trăsături ca pe oportunități de dezvoltare și să le abordeze ca pe provocări.

Fișă de lucru. Partea I: Trăsături de personalitate (scală 0–10)

Încercuiește valoarea cea mai apropiată:

Inteligență/IQ	Lipsește total	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dezvoltată complet
Caracter (etică, onestitate, moralitate, corectitudine etc.)	Lipsește total	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dezvoltată complet
Creativitate/ Rezolvarea problemelor	Lipsește total	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dezvoltată complet
Judecată/ Înțelepciune	Lipsește total	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dezvoltată complet
Bunățate/ Compasiune	Lipsește total	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dezvoltată complet
Umor (a avea sau a aprecia)	Lipsește total	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dezvoltată complet
Respect/Grijă pentru ceilalți	Lipsește total	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dezvoltată complet
Grijă pentru sine	Lipsește total	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dezvoltată complet
Potențial pentru dezvoltare, îmbunătățire, schimbare	Lipsește total	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dezvoltată complet

Fișă de lucru. Partea II: Trăsături de personalitate suplimentare (scală 0–10)

A. _____

Lipsește total Dezvoltată complet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B. _____

Lipsește total Dezvoltată complet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C. _____

Lipsește total Dezvoltată complet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D. _____

Lipsește total Dezvoltată complet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E. _____

Lipsește total Dezvoltată complet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fișă de lucru. Partea III: Interpretarea rezultatelor

Răspunde la întrebările de mai jos:

A. Gândindu-te la răspunsurile din Partea I și a II-a, ce trăsături te fac să te simți cel mai bine cu tine?

B. Calitățile de care sunt mândră sunt _____, pentru că...

C. Imaginează-ți că ești ca un tablou. Dacă cineva s-ar uita la tine în ansamblu, ce părți ar ieși cel mai mult în evidență? Ce anume ar fi cel mai apreciat sau plăcut la tine așa cum ești acum?

D. În cadrul acestei activități am învățat că...

Temă pentru acasă:

Eu în diferite contexte

Pentru a facilita dezvoltarea unei reprezentări mai clare, coerente și acceptante a propriei persoane, se încurajează realizarea unui exercițiu zilnic, timp de minimum 7 zile. Exercițiul constă în observarea conștientă a propriului „eu” în diferite contexte și momente ale zilei (acasă, la școală, în interacțiuni sociale sau în singurătate), de cel puțin cinci ori pe parcursul unei zile. De fiecare dată, participantele sunt încurajate să identifice și să noteze în scris un aspect al propriei persoane care le definește în acel moment: un gând, o emoție, un comportament, o reacție sau o valoare personală care s-a manifestat.

Participantele sunt încurajate să reflecteze asupra întrebărilor: „*Cine sunt eu în acest moment?*”, „*Ce simt și ce spune acest lucru despre mine?*”, „*Ce este important pentru mine în această situație?*”. Prin acest proces se urmărește conștientizarea faptului că eul nu este static, ci dinamic și contextual, fiind influențat de experiențele zilnice și de interacțiunile cu ceilalți.

De asemenea, pentru realizarea unei reflecții mai ample asupra propriei persoane, se încurajează folosirea jurnalului personal. În cadrul acestuia, participantele pot descrie trei aspecte care le caracterizează (de exemplu: o calitate personală, o dificultate și o resursă internă), precum și modul în care acestea s-au manifestat pe parcursul zilei. Acest exercițiu contribuie la dezvoltarea unei imagini de sine mai integrate, la creșterea nivelului de autocunoaștere și la formarea unei relații mai autentice și mai acceptante cu propriul eu.

Sesiunea 3. Imaginea de sine și oglinda socială

Activitatea 1: Prin ce ne asemănăm?

Scop: dezvoltarea coeziunii grupului și recunoașterea diversității

Materiale necesare: foi A4, instrumente de scris

Descriere: Participantele sunt împărțite în grupuri mici, care caută răspunsuri comune la întrebări precum: „*Ce ne unește?*”, „*Ce ne diferențiază?*”, „*Ce am vrea să schimbăm în lume?*”. Fiecare grup își prezintă posterul final. Activitatea promovează empatia, respectul și colaborarea.

Activitatea 2: 10 vs 10 calități

Scop: explorarea diferențelor dintre autoevaluare și evaluarea socială

Materiale necesare: foi, instrumente de scris

Descriere: Participantele scriu două liste: 10 calități pe care și le atribuie și 10 pe care le-au auzit din partea altora. Ulterior, exprimă aceste calități prin verbe, iar colegii ghicesc trăsăturile. Activitatea scoate la iveală discrepanțele între cum ne percepem și cum suntem percepuți.

Activitatea 3: Fereastra lui Johari

Scop: încurajarea reflecției asupra propriei imagini și a modului în care suntem percepuți

Materiale necesare: foi, pixuri, explicația modelului Johari

Descriere: Participantele scriu câte 10 trăsături pozitive și 10 negative. Apoi, în perechi, realizează o listă comună și discută care trăsături sunt comune. Facilitatorul explică modelul Johari și participantele completează „Arena” și „Fațada” pe baza trăsăturilor împărtășite. Se finalizează cu o reflecție asupra trăsăturilor ascunse sau inconștiente.

Activitatea 4: Analiza convingerilor care sabotează

Scop: dobândirea capacității de a recunoaște și de a înlocui convingerile care autosabotează și a convingerilor adânc înrădăcinate

Descriere: Facilitatorul oferă o listă de convingeri adânc înrădăcinate des întâlnite, însă neproductive. Participantele încercuiesc acele convingeri care cred că li se potrivesc, în care se regăsesc sau pe care cred că le au și ele. Pe urmă se încearcă confruntarea cu acestea. Adolescențele vor discuta în perechi despre cât de productive și eficiente sunt aceste convingeri.

Convingeri care autosabotează:

- 1) *Este cel puțin straniu să am o părere bună despre mine.*

- 2) *Pot fi fericită doar în cazul în care am lucruri precum: succes, bani, dragoste, aprobare sau perfecțiune.*
- 3) *Mă pot simți valoroasă doar atunci când realizez ceva sau corespund anumitor condiții/standarde.*
- 4) *Merit fericire, succes, bunăstare, stimă de sine, plăcere sau dragoste fără să depun vreun efort pentru ele.*
- 5) *Abia când voi reuși, voi avea prieteni și mă voi simți bine în pielea mea.*
- 6) *Munca trebuie să fie grea și adesea chiar neplăcută. Doar așa poți obține ceva în viață.*
- 7) *Bucuria poate veni doar după muncă dificilă.*
- 8) *Nu sunt o persoană capabilă.*
- 9) *Îngrijorarea mă ajută să previn problemele și să le rezolv, astfel, dacă mă îngrijorez mai mult, lucrurile vor merge mai bine.*
- 10) *Viața ar trebui să fie ușoară. Nu mă pot bucura de ea dacă apar probleme.*
- 11) *Trecutul meu mă face nefericită și nu pot schimba nimic.*
- 12) *Pentru orice problemă există o soluție ideală și eu trebuie neapărat să o găsesc.*
- 13) *Dacă oamenii mă critică sau mă resping, înseamnă că nu sunt destul de bună.*
- 14) *Valoarea mea depinde de cât de bine muncesc; dacă nu am rezultate bune, nu sunt o persoană valoroasă.*
- 15) *Dacă depun destul efort în acest sens, toți oamenii mă vor plăcea.*
- 16) *Dacă încerc suficient, în viitor voi fi fericită și fără griji.*
- 17) *În viață nu trebuie să existe nedreptate.*

Activitatea 5. Cercul cu daruri

Scop: dezvoltarea unei perspective realiste și pozitive asupra sinelui și corectarea gândirii autodistructive
Materiale necesare: foi, pixuri

Descriere: Facilitatorul comunică că cuvintele aprobatoare și apreciative din partea celorlalți nu echivalează cu stima de sine. Totuși, acceptarea unor opinii pozitive din partea celorlalți și examinarea acestora ne pot ajuta să deschidem bine ochii și să aflăm adevărul. Acest lucru poate conduce la formarea unui punct de vedere realist, apreciativ cu privire la sine și la recunoașterea propriilor înzestrări.

Fiecare participantă va avea un creion sau un stilou și o foaie de hârtie. Facilitatorul le explică faptul că fiecare persoană își va scrie numele cu litere mari în partea de sus a foii. La semnalul „Dați”, participantele vor da foaia persoanei din dreapta lor. Participanta care primește foaia va scrie trei lucruri pe care le apreciază la persoana al cărei nume apare pe foaie. Acestea pot fi calități, puncte forte, trăsături sau lucruri pe care acea persoană le oferă celorlalți. Facilitatorul oferă exemple simple, precum aprecierea zâmbetului, a felului de a vorbi, a modului de a aduce o stare bună sau de a exprima recunoștința. Participantele sunt încurajate să scrie în locuri diferite pe foaie, pentru ca mesajele să nu poată fi recunoscute ca fiind ale unei anumite persoane. După ce toate participantele au scris cele trei aprecieri, facilitatorul dă semnalul „Gata, dați”, iar foile sunt din nou transmise către dreapta. Fiecare participantă repetă același pas, scriind alte aprecieri. Activitatea continuă până când fiecare foaie ajunge la persoana din stânga celei al cărei nume este scris pe foaie și este completată. La final, fiecare participantă va asculta comentariile citite despre persoana din dreapta sa. Facilitatorul le oferă indicații clare pentru acest moment. Participantele sunt încurajate să se relaxeze, să asculte cu atenție și să se bucure de ceea ce aud. Ele sunt îndemnate să le mulțumească celorlalți pentru cuvintele frumoase scrise.

Facilitatorul atrage atenția ca participantele să nu minimalizeze complimentele și să nu le respingă prin gânduri negative despre ele însele. Dacă apar astfel de gânduri, participantele sunt încurajate să își spună în minte „Stop” și să accepte ideea că aceste aprecieri pot conține adevăr și pot fi primite ca un lucru bun și sănătos.

Adolescentele sunt încurajate să-și păstreze foaia de hârtie și să apeleze la ea când au nevoie de o ridicare a moralului sau ca să-și amintească punctele lor forte.

Temă pentru acasă:

Calitățile mele pozitive

Pentru a sprijini dezvoltarea unei imagini de sine mai echilibrate și mai pozitive, participantele sunt încurajate să realizeze un exercițiu de autoobservare pe parcursul a șapte zile consecutive. În fiecare zi acestea sunt invitate să reflecteze asupra propriului comportament, gânduri sau reacții din ziua respectivă și să identifice și să-și noteze un aspect pozitiv al personalității lor. Participantele sunt încurajate să

formuleze aceste observații în mod concret, de exemplu: „*am fost răbdătoare într-o situație dificilă*”, „*am avut curajul să îmi exprim opinia*” sau „*am oferit sprijin unei persoane*”. Este important ca fiecare calitate identificată să fie legată de o situație reală. La finalul fiecărei zile, participantele sunt încurajate să recitească ceea ce au notat și să observe diversitatea calităților descoperite. Exercițiul are rolul de a orienta atenția către resursele personale și de a contribui la consolidarea unei percepții de sine mai realiste și mai valorizante.

Sesiunea 4. Imagine corporală și influențele sociale

Activitatea 1: Cum TREBUIE să arate corpul perfect

Scop: identificarea presiunilor interne legate de perfecțiune și aspect fizic

Materiale necesare: reviste, foarfecă, lipici, coli A3

Descriere: Participantele creează un colaj cu imagini și cuvinte care simbolizează standardele nerealiste la care simt că trebuie să se conformeze. Apoi se discută în cerc:

— *De unde vin aceste standarde? Sunt ele realiste?*

— *Ce consecințe au asupra stimei de sine și alimentației?*

Exercițiul favorizează demascarea idealurilor toxice și încurajează acceptarea imperfecțiunilor.

Activitatea 2: Linia vieții corpului meu

Scop: identificarea momentelor-cheie care au influențat percepția despre corp

Materiale necesare: coli, creioane colorate, markere

Descriere: Fiecare participantă desenează o linie a vieții care reflectă modul în care și-a perceput corpul de-a lungul timpului. Sunt marcate momente de acceptare, respingere, mândrie sau rușine. Se pot adăuga desene, simboluri sau cuvinte. Activitatea sprijină integrarea narativă a propriei istorii corporale și facilitează reflecția asupra transformării personale.

Activitatea 3: ACC-ul imaginii corporale

Scop: creșterea insight-ului personal, consolidarea abilităților de autoobservare și autoanaliză, pregătirea participantelor pentru etapele ulterioare ale intervenției

Materiale necesare: fișa de lucru, pix

Descriere: Facilitatorul încurajează participantele să reflecteze timp de 5 minute, pentru a-și aminti câteva situații neplăcute recente cu referire la imaginea lor corporală. Se sugerează focusarea memoriei anume asupra situațiilor care s-ar putea întâmpla repetat. Se va lucra asupra identificării a trei elemente-cheie pentru fiecare episod, pe care participantelor le vor nota în fișele primite (care vor fi ulterior lipite în jurnalul lor de lucru). Facilitatorul le vorbește despre cele trei elemente ACC, model care descrie trăirile participantelor cu referire la imaginea corporală aici și acum:

- I. **A – Activatori:** Ce eveniment, situație a declanșat sentimentele față de propriul aspect fizic? Se va descrie pe scurt, obiectiv și cu exactitate situația și ceea ce s-a întâmplat.
- II. **C – Convingeri:** Gândurile și interpretările evenimentelor declanșatoare care au trecut prin minte în timpul situației descrise. Se încurajează reamintirea conversației mentale cu sine din acel moment. Cum vedea situația? Ce își spunea? Extragerea gândurilor din contextul integral nu este ușoară, însă este important ca participantele să-și amintească și să completeze: „*Mă gândeam la _____*” sau „*Posibil mă gândeam că _____*”.
- III. **C – Consecințe** ale propriilor gânduri și convingeri: Care a fost reacția emoțională? Care a fost reacția comportamentală? Adolescente sunt încurajate să descrie consecințele urmând acronimul TIDE. Acesta le va fi de mare ajutor în analiza a 4 aspecte cheie ale consecințelor apărute:
 - 1) **T - Tipul de emoție trăită:** anxietate/ rușine/ deznădăjduit/ furie/ deprimare/ invidie etc.
 - 2) **I - Intensitatea emoției:** evaluarea intensității emoției în punctul maxim, de la 0 pentru „lipsă” la 10 pentru „intensitate maximă”.
 - 3) **D - Durata situației:** cât a durat momentul sau perioada de suferință? Aproximativ câte minute sau ore au trecut până când s-a simțit semnificativ mai bine.
 - 4) **E - Efectele situației asupra comportamentului:** acțiunile participantei în această etapă sunt de obicei eforturi reflexive de a depăși situația sau de a se apăra de emoțiile negative (exemple: am devenit rezervată/ retrasă; am încercat să repar sau să ascund acea trăsătură fizică care a fost vizată; am răbufnit asupra altor persoane din cauza sentimentelor mele). Cu cât

participanta simte mai multe tipuri de emoții la intensitate sporită pentru o durată lungă de timp și cu multe efecte comportamentale, cu atât episodul este mai semnificativ.

Fișă de lucru. ACC-ul imaginii corporale

Data	Situație	
Activatori		
Convingeri		
Consecințe (TIDE)	1) Tipuri de emoții	
	2) Intensitatea emoției	
	3) Durata situației	
	4) Efectele situației asupra comportamentului meu	

Activitatea 4: Exercițiu meditativ: „Prin ochii iubirii“

Scop: activarea sentimentului de iubire necondiționată, autoreglare și liniștire interioară, precum și reducerea autojudecății și a durității față de propria persoană

Materiale necesare: -

Descriere: Facilitatorul comunică participantelor că acest exercițiu este o metodă plăcută de a le ajuta să se privească pe sine însuși cu apreciere. Participantele își vor alege un loc liniștit în care să se simtă relaxate, fie stând întinse, fie așezate comod pe scaune, pentru următoarele 10 minute. După ce s-au poziționat comod, sunt încurajate să-și imagineze că se află în prezența unei ființe foarte iubitoare și în care au mare încredere, aceasta poate fi un prieten apropiat, o rudă dragă, Dumnezeu sau chiar o ființă imaginară. Această persoană/ ființă o vede într-un mod realist și afectuos. Participantele sunt încurajate să-și imagineze că se pot vedea și ele prin ochii acestei persoane, cu ochi iubiri și să observe ce este de apreciat. Li se sugerează să privească cu atenție până și cel mai mic detaliu.

- Este ceva atrăgător sau plăcut în aspectul fizic?
- Menționează toate trăsăturile de personalitate sau de caracter care sunt plăcute, precum perseverența, inteligența, atenția la detalii, istețimea, simțul umorului, corectitudinea, firea liniștită, simț al frumosului dezvoltat;
- Observă la ce este pricepută: ce abilități și talente are;
- Analizează înfățișarea depășind calitățile fizice: expresia facială, privirea, zâmbetul.

Se privesc pe sine cu ochi iubiri și apreciere, se bucură de experiența plăcută pentru câteva momente. Apoi revin în corpul lor. Se încurajează experimentarea tuturor acelor sentimente de iubire, afecțiune și apreciere de la acea ființă afectuoasă, se pot simți învăluite de căldură, bucurăse, în siguranță. Facilitatorul le sugerează să-și spună sie însăși încet: „Merit să fiu iubită și apreciată pentru cine sunt“ și să simtă acele sentimente de iubire și apreciere sporind în interiorul lor.

Temă pentru acasă:

Autoapreciere și iubire de sine

Scop: identificarea situațiilor care afectează stima de sine și exersarea autoaprecierii prin afirmații pozitive conștiente

Descriere: Pe parcursul următoarei săptămâni, alege în mod conștient trei situații sau evenimente care au potențialul de a afecta negativ stima de sine. Acestea pot include, de exemplu, observarea unor semne de oboseală atunci când te privești în oglindă, primirea unei critici sau a unui comentariu neplăcut din partea

cuiva, o performanță sub nivelul așteptărilor, ori amintirea faptului că sentimentele tale față de o persoană nu sunt împărtășite în aceeași măsură.

Pentru fiecare dintre aceste situații, formulează o afirmație de tipul „***Chiar dacă... totuși...***”, care să reflecte iubire de sine, acceptare și apreciere. Ulterior, notează pe o fișă de lucru distinctă descrierea evenimentului sau a situației, afirmația aleasă și efectul pe care l-a avut asupra ta utilizarea și repetarea acestei afirmații. Menținerea unui jurnal scris contribuie la consolidarea acestei abilități și la internalizarea mesajelor de autoacceptare.

Acest exercițiu are rolul de a te sprijini în a traversa experiențele dificile cu o atitudine de iubire sinceră și necondiționată față de tine. Iubirea este trăită ca un sentiment autentic, de aceea este important să rostești fiecare afirmație cu implicare emoțională. În același timp, poți susține acest proces prin ajustarea posturii corporale: îndreaptă-ți spatele, ridică ușor bărbia și permite feței tale să exprime o stare de deschidere și blândețe.

Reține că iubirea este, simultan, un sentiment și o atitudine orientată către bunăstarea unei persoane, manifestată în fiecare moment. Totodată, iubirea reprezintă o decizie asumată zilnic, în mod conștient și intenționat. Această alegere constantă constituie angajamentul față de sine, iar angajamentul este, prin definiție, un act deliberat și susținut.

Fișă de lucru. Protecția stimei de sine

Data	Situație	Afirmația folosită	Efectul

Sesiunea 5. Relația cu propriul corp și restructurare cognitivă

Activitatea 1: Tehnica săgeții verticale

Scop: identificarea convingerilor disfuncționale despre corp și restructurarea cognitivă

Materiale necesare: flipchart, coli, pixuri

Descriere: În perechi, participantele pornesc de la un gând negativ frecvent (ex: „Nu arăt suficient de bine”) și, prin întrebări succesive („Ce înseamnă pentru mine dacă e adevărat?”), ajung la o convingere de bază. Aceasta este apoi analizată critic: Este realistă? Mă ajută sau mă limitează? În final, fiecare formulează o alternativă rațională și o convingere nouă de susținere personală.

Activitatea 2: Corectarea distorsionărilor de tipul alb-negru

Scop: identificarea și corectarea distorsiunilor cognitive de tip alb-negru legate de imaginea corporală, prin dezvoltarea unei gândiri mai nuanțate, obiective și echilibrate

Materiale necesare: fișa de lucru, pix

Descriere: Facilitatorul comunică participantelor despre modul de gândire alb-negru, venind cu exemple: „Fie sunt atractivă, fie sunt ordinară”, „Fie slăbesc, fie sunt grasă”, „Unii oameni sunt frumoși, iar alții nu sunt. Eu nu sunt frumoasă.” Facilitatorul propune câteva strategii de a contesta aceste distorsiuni, aceste gânduri alb-negru:

- 1) Se sugerează gândirea echilibrată referitor la aspectul celor din jur. „*Îți judec pe cei din jur în termeni extremi sau îi văd în ansamblu, drept un tot întreg?*” Dacă a doua variantă se aplică, atunci urmează întrebarea „*De ce aleg să îi percep pe cei din jur mai corect, iar pe mine mă judec în termeni de alb-negru?*”. Adolescente le vor răspunde la aceste întrebări. Se discută în grup.
- 2) Se încurajează eliminarea expresiilor aspre din propriile gânduri, în încercarea de a fi mai obiectivă. Astfel este de ajutor înlocuirea expresiilor de tipul „*Am cap de cal*” cu „*Am un nas lung, proeminent*”. „*Pielea mea e dezgustătoare*” poate fi exprimat într-un mod mai obiectiv: „*Sufăr de acnee*” sau „*Pielea mea nu este netedă*”. În loc de a spune despre tine „*Arăt ca o scândură*”, poți opta pentru varianta „*Am o siluetă subțire*”. Expresia „*Șolduri de balenă*” ar putea fi înlocuit „*șolduri rotunjite*”. Șirul ar putea continua. Adolescente le își amintesc expresii pe care le folosesc ele în adresa lor sau le-au auzit de la alții și le reformulează într-un stil obiectiv. Se discută în grup.
- 3) Se propune adresarea sie însăși a următoarei întrebări: „*În mod obiectiv, ce dovadă există, cu excepția propriei mele judecăți aspre, că sunt o persoană absolut neatractivă?*”. Ulterior participantele se întreabă „*Care este dovada care infirmă această idee?*”. Aici adolescente se pot gândi la mesaje pozitive pe care le primesc. De asemenea, își pot aminti momente în care au simțit mulțumire în raport cu o anumită trăsătură fizică. Adolescente vor discuta în perechi răspunsurile pe care le-au dat la cele două întrebări. Ulterior se reflectează în grupul mare.

Fișă de lucru. Corectarea distorsiunilor cognitive

Situația declanșatoare cu care mă confrunt adesea:
Conversația distorsionată pe care o am adesea cu mine în raport cu propriul corp:
Noua mea voce interioară mai blândă ar înlocui gândul distorsionat de tipul alb-negru cu:

Activitatea 3: Corpul meu – dincolo de aparențe

Scop: conștientizarea relației actuale cu propriul corp și reformularea percepției corporale într-o direcție pozitivă și grijulie

Materiale necesare: coli mari (A3), siluete pretipărite (sau contururi desenate), creioane colorate, pixuri, post-it-uri, markere

Descriere: Facilitatorul începe cu un scurt mesaj introductiv: „*Relația cu propriul corp nu se reduce la cum arătăm. Este vorba despre cum ne simțim în corpul nostru, cum îl tratăm, cât de mult îl ascultăm și îl respectăm. Corpul tău nu este un obiect de evaluat – este casa ta, aliatul tău, vehiculul prin care experimentezi viața.*” Participantele primesc câte o fișă cu silueta unui corp (sau își pot trasa singure conturul palmei sau al siluetei pe coli mari). Apoi urmează ghidajul în trei pași:

Etapa 1. Explorare sinceră (20 minute). Li se cere participanților să marcheze vizual (prin simboluri, culori sau cuvinte-cheie) răspunsurile la următoarele întrebări, direct pe siluetă:

Ce părți ale corpului meu critic cel mai des?

Ce zone simt că ascund sau evit?

Ce parte a corpului meu îmi place sau o consider puternică?

Care parte a corpului meu are nevoie de mai multă grijă și blândețe?

Etapa 2. Reflecție ghidată & restructurare cognitivă (20 minute). După ce termină, fiecare este invitată să se uite cu atenție la „harta” sa și să răspundă, în scris, pe un post-it:

Ce gând negativ am în legătură cu corpul meu și cum aș putea să-l reformulez într-un mod mai realist și grijuliu?

Ce merită să-i spun corpului meu astăzi?

Facilitatorul oferă exemple de restructurare cognitivă:

- Din „Sunt urâtă” în „Am zile în care nu mă simt bine în pielea mea, dar asta nu definește valoarea mea.”
- Din „Nu sunt suficient de slabă” în „Corpul meu are nevoi reale și merită hrană, mișcare și respect.”

Etapa 3. Împărtășire și ritual de valorizare (20 minute). Cine dorește, citește mesajul scris corpului său. Apoi, participantele lipesc post-it-ul într-un colț decorativ al colii, sub titlul „*Mesaj de blândețe pentru mine*”. Pentru încheiere, facilitatorul poate oferi fiecărei participante un autocolant simbolic (ex: inimă, fluture, floare), cu îndemnul: „*Ia-l cu tine ca simbol al angajamentului de a-ți vorbi cu mai multă blândețe.*”

Activitatea 4. Discuție despre aprecierea corpului

Scop: dezvoltarea unei relații mai blânde și pozitive cu propriul corp, precum și antrenarea unei percepții corporale sănătoase, bazate pe conștientizare și apreciere

Materiale necesare: ---

Descriere: Facilitatorul inițiază și conduce o discuție ghidată cu participantele, având ca temă relația dintre modul în care ne percepem corpul și felul în care ne raportăm la sinele nostru esențial. Este subliniat faptul că imaginea corporală influențează direct gândurile despre sine, stima de sine și starea emoțională generală. Atunci când atenția este concentrată predominant asupra aspectelor negative ale corpului, acest mod de raportare reprezintă o distorsiune cognitivă, care favorizează apariția și menținerea gândurilor negative. Ca urmare, dispoziția afectivă tinde să devină, în ansamblu, negativă.

În mod similar, această tendință de focalizare selectivă se poate manifesta printr-o concentrare excesivă asupra celor mai puțin apreciate părți ale corpului. De exemplu, o persoană se poate privi în oglindă și își poate îndrepta atenția exclusiv asupra defectelor percepute sau asupra trăsăturilor considerate mai puțin atractive. De asemenea, focalizarea poate viza senzații de oboseală, stări de boală sau anumite părți ale corpului care nu funcționează la parametri optimi. Este important de precizat că această perspectivă nu presupune ignorarea oboselii, a bolii sau a durerii, ci face referire la modul general în care corpul este

perceput și evaluat. Dacă acest tip de atenție negativă nu este conștientizat și corectat, există riscul ca, treptat, întregul corp să fie perceput într-o manieră global negativă.

Activitatea 5: Scanare corporală

Scop: experimentarea conștientă, aici și acum, a tuturor senzațiilor care apar; învățarea acceptării oricărei experiențe, fără a judeca.

Materiale necesare:

Descriere: Facilitatorul începe discuția despre atitudinea pe care o au oamenii față de propriul corp: Adesea ne percepem corpul drept un obiect estetic, un lucru care poate fi văzut doar din exterior. Facilitatorul încurajează participantele să încerce să-și perceapă corpul cu mai multă atenție anume din interior. Facilitatorul se asigură că participantele nu vor fi distrase de telefon, lumină puternică sau alți factori externi. Covorașele de yoga sunt plasate în sală.

Sunt verbalizate instrucțiunile:

1. **Alege un loc liniștit, retras și confortabil, unde te poți întinde. Întinde-te pe spate și închide încet ochii.**
2. **Urmărește-ți respirația în timp ce respiri: inspiră și expiră încet. Observă cum stomacul tău se ridică cu fiecare inspirație, apoi coboară cu fiecare respirație.**
3. **Urmărește cu atenție senzațiile percepute de corpul tău ca un tot întreg. Observă cum se simte corpul. Observă cum pielea ta percepe atingerea hainelor.**
4. **Concentrează-te asupra degetelor de la piciorul drept. Observă ce senzații simți în ele. În timp ce le observi, transferă-ți experiența respirației către degete, ca și cum ai respira în și prin acestea. Simte-ți respirația coborând de la nas către burtă, iar apoi spre degetele de la picioare. Concentrează-te numai pe senzația respirației la nivelul degetelor. Trăiește această experiență aici și acum. Dacă nu-ți reușește, atunci doar realizează și acceptă cu liniște că aceasta nu este experiența ta. Este ok. A nu simți aceste senzații este adevărata ta experiență. Nu este nimic de judecat în asta.**
5. **Mișcă-te încet, pentru a transfera experiența de a respira într-o altă zonă a corpului tău, apoi o altă zonă, și apoi alta, în timp ce îți transferi fluxul respirației și atenția către anumite părți ale propriului corp.**

Temă pentru acasă:

Observarea corpului

Pentru a facilita dezvoltarea unei atitudini mai echilibrate și mai apreciative față de propriul corp, se recomandă practicarea unui exercițiu zilnic, timp de minimum patru zile. Exercițiul constă în observarea corpului, direct sau în fața oglinzii, de cel puțin șase ori pe parcursul unei zile, cu scopul de a identifica și aprecia, de fiecare dată, un aspect care este în regulă sau care funcționează bine. Participantele sunt încurajate să reflecteze asupra proceselor și „miracolelor” care au loc în interiorul corpului lor și să își redefinească ancorarea senzorială, orientându-și atenția către piele, organe interne, mușchi, oase, mâini, degete sau către orice trăsătură corporală percepută ca fiind atractivă. Accentul este pus pe observarea conștientă și apreciativă a ceea ce funcționează, ca bază pentru construirea unei relații mai blânde și mai acceptante cu propriul corp.

De asemenea, se recomandă repetarea exercițiului de scanare totală sau parțială a corpului timp de 20 sau 30 de minute pe zi, pentru o perioadă de cel puțin două săptămâni. Aceasta va spori capacitatea de concentrare, fapt ce poate contribui la acceptarea corpului „din exterior”.

Sesiunea 6. Perfecționismul sănătos și cel dezadaptativ

Activitatea 1: Dreptul de a fi imperfectă

Scop: normalizarea greșelii și reducerea anxietății de performanță

Materiale necesare: foi, pixuri

Descriere: Participantele scriu pe o foaie o greșeală semnificativă pe care au făcut-o, dar care le-a învățat ceva valoros. Împărtășesc în perechi (opțional). În grupul mare discutăm: *De ce ne e atât de greu să*

acceptăm greșeala? Ce mituri despre perfecțiune am învățat în copilărie? Încheiem cu formularea unui angajament personal: „Îmi dau voie să greșesc pentru a crește.”

Activitatea 2: Scara perfecționismului – între motivație și autocritică

Scop: înțelegerea diferenței dintre perfecționismul sănătos (constructiv) și cel dezadaptativ (destructiv); reconectarea cu valoarea personală dincolo de reușite sau standarde excesive

Materiale necesare: flipchart, fișe de lucru individuale (cu grile de autoanaliză), pixuri, markere

Descriere: Facilitatorul introduce tema activității printr-o scurtă metaforă: „Perfecționismul e ca o scară. Poate fi o motivație pentru a urca și a progresa, dar poate deveni și o capcană – dacă fiecare treaptă aduce doar autojudecată și frică de eșec. Astăzi vom învăța să distingem între aceste două forme și să găsim un echilibru care ne ajută să creștem cu blândete.”

Etapa 1. Explorarea personală: unde mă aflu pe scara perfecționismului? (30 min). Participantele completează o fișă de lucru cu afirmații de autoevaluare, marcând pe o scală de la 1 la 5 cât de des se regăsesc în ele. La final, participantele analizează ce tip de perfecționism reflectă răspunsurile lor: adaptativ (motivațional, realist) sau dezadaptativ (rigid, autocritic).

„Simt că valoarea mea depinde de cât de bine performez.”

„Îmi este greu să încep ceva dacă nu sunt sigură că va ieși perfect.”

„Mă simt vinovată când iau o pauză.”

„Accept că greșelile fac parte din procesul de învățare.”

„Mă compar des cu alții și simt că nu sunt suficientă.”

Etapa 2. Studiu de caz comparativ: Două voci interioare (20 min). Facilitatorul citește două mini-scenarii despre două adolescente:

- 1) *Irina, care își propune să ia o notă bună la un test pentru că vrea să învețe și să se dezvolte. Când greșește, se simte dezamăgită, dar extrage o lecție și își revizuieste strategia.*
- 2) *Mara, care se teme de orice greșeală și simte că dacă nu e prima, nu valorează nimic. Învăță compulsiv, dar simte permanent anxietate și frică de eșec.*

Participantele discută în grupuri mici: *Ce diferențe observi între Irina și Mara? Care voce îți este mai familiară? Ce tip de perfecționism e mai aproape de tine? Cum te simți când te judeci? Dar când te încurajezi?*

Etapa 3. Ancorarea valorii personale (20 min). În încheiere, fiecare participantă primește o fișă cu întrebarea: „Ce mă face valoroasă dincolo de performanțe?” Fetele scriu 3–5 calități, trăsături de caracter sau gesturi care le reflectă valoarea umană (ex. „sunt empatică”, „am grijă de prieteni”, „mă străduiesc să învăț din greșeli”). Fiecare decupează răspunsul și îl lipește pe un panou comun intitulat „Valoarea mea nu are nevoie de perfecțiune”.

Activitatea 3: ”Deși nu sunt perfectă, totuși...”

Scop: dezvoltarea unei atitudini de creștere și autoacceptare, prin învățarea modului de a răspunde constructiv la critică, imperfecțiune și autoevaluare negativă

Materiale necesare: lista cu expresii

Descriere: Facilitatorul le comunică adolescentelor că dezvoltarea este asemeni urcatului pe munte. Dacă ai la tine bețe solide de susținere, atunci te poți avânta cu încredere înainte și procesul este unul distractiv. Când îți propui să crești, să te dezvolti și să te bucuri de acest parcurs, s-ar putea găsi oameni care „să-ți pună bețe în roate”, reamintindu-ți în diverse moduri că tu sau eforturile tale nu sunteți perfecte. Abordarea care urmează a fi explorată „Deși..., totuși” are forma următoare: **Deși nu sunt perfectă, totuși _____** (o afirmație legată de evoluție).

Facilitatorul oferă un exemplu: când cineva îți spune că nu poți să faci nimic bine, un când constructiv ar fi „Deși nu sunt perfectă, totuși mă dezvolt.”

Alte expresii care urmează după formularea „totuși” ar putea fi:

- *Cu siguranță încerc.*
- *Evoluez.*
- *Învăț.*
- *Sunt pe drumul dorit și mă îndrept în direcția pe care mi-am stabilit-o.*
- *Sunt încă începătoare și îmi caut calea.*

- *Cred că mă pot perfecționa și deveni mai bună la asta.*
- *Valoarea mea este nemărginită, îmi apreciez eforturile depuse și am dreptul să încerc ca oricine altcineva.*
- *Cunosc mai multe astăzi decât cunoșteam ieri.*
- *Sunt perseverentă și îmi doresc să-mi iasă bine.*
- *Lucrez la asta.*
- *Mă simt bine.*
- *Mă dezvolt în alte moduri.*
- *Este ok să nu le cunosc pe toate. Dar am posibilitatea să învăț.*
- *Învățatul este încă aventuros.*

Participanților li se sugerează să propună și alte afirmații care le sunt pe plac. Ulterior participantele vor forma perechi. Vor ruga partenera să spună orice afirmații negative îi vin în minte, fie adevărate, fie false, precum:

Gândești cu viteza unui melc!

Mergi la dansuri? Tu?

Memoria ta oribilă ne-a adus în acest bucluc!

Nu-ți va reuși niciodată asta, poți să nu mai încerci degeaba!

De ce ești atât de înceată? Toată lumea e nevoită să aștepte o veșnicie ca tu să formulezi o idee.

Felul tău de a fi e tare sâcâitor!

La fiecare critică, participantele vor răspunde cu o afirmație de tipul „*Deși nu sunt perfectă, totuși...*”. Li se sugerează să-și păstrezi simțul umorului și să răspundă cu optimism replicii primite.

Activitatea 4. Calități valoroase

Scop: conștientizarea, valorizarea și reconectarea cu propriile calități fundamentale, prin autoacceptare, dezvoltarea resurselor personale și a unei perspective pozitive asupra maturizării și atractivității personale

Materiale necesare: fișa de lucru, pix

Descriere: Facilitatorul încurajează participantele să reflecteze asupra următoarelor calități valoroase ale unui copil:

- Curiozitate
- Sensibilitate
- Vulnerabilitate
- Simpatie
- Încredere
- Aprecieri
- Entuziasm
- Căldură sufletească
- Receptivitate
- Sinceritate
- Autenticitate
- Capacitățile de: a învăța, a se dezvolta, a visa, a explora, a experimenta, a fi deschisă spre nou, a iubi, a se juca, a gândi etc.

Se discută despre faptul că, chiar dacă greutățile vieții pot scădea uneori din intensitatea acestor calități, esența fiecăreia niciodată nu dispăre definitiv. Farmecul maturității este acela că persoana devine de obicei suficient de înțeleaptă, sigură emoțional și dezvoltă capacitatea de a-și cultiva și fortifica aceste calități continuu.

Participanților li se propune spre completare un scurt inventar:

1. **Ce apreciezi la personalitatea ta?** (Identificarea și conștientizarea punctelor forte reprezintă o formă de autoacceptare și autoapreciere.)
2. **Ce aspecte ți-ai dori să îmbunătățești?** Utilizează următoarea formulare: *Este adevărat că uneori* _____ *(descrierea unui comportament), motiv pentru care mi-ar plăcea să fiu mai* _____ *(descrie unei calități sau resurse personale).*

Ulterior, discuția se centrează asupra calităților și trăsăturilor de caracter care contribuie la creșterea atractivității unei persoane și la perceperea acestora ca fiind mai interesante. În acest context, este prezentat exemplul lui J. Brothers, psiholog contemporan care a formulat un set de trăsături asociate, în

mod frecvent, cu persoanele aflate la vârste mai înaintate și care sunt percepute drept mai atractive și mai interesante. Se subliniază faptul că aceste însușiri nu sunt dependente de vârstă, fiind valabile și relevante pentru persoane de toate vârstele, inclusiv și pentru participante.

Fișă de lucru. Calități valoroase

1. Facilitatorul sugerează participantelor să marcheze individual trăsăturile care cred ele că sporesc atractivitatea unei persoane și perceperea acesteia ca fiind mai interesantă.

- ☐ Veselă
- ☐ Echilibrată
- ☐ Conștientă
- ☐ Încântarea simțurilor (este încântat de mâncare, natură etc.)
- ☐ Entuziastă de viață
- ☐ Optimistă (nu îi critic pe alții sau pe mine însumi)
- ☐ Sănătoasă și viguroasă (am un corp tonifiat, îngrijit)
- ☐ Reziliență (învăț din greșeli fără să mă plâng din cauza lor)
- ☐ Vulnerabilă (simt, accept propriile greșeli)
- ☐ Relaționez cu oamenii (observ, zâmbesc, comunic, le mulțumesc)
- ☐ Amabilă
- ☐ Mă concentrez pe avantaje, nu pe neajunsuri
- ☐ Cu simțul umorului (mă distrez, sunt distractivă, flirtez uneori doar pentru amuzament)
- ☐ Afișez laturi feminine și masculine; sunt flexibilă
- ☐ Îmi face plăcere să mă aflu în compania ambelor sexe (văd persoanele în complexitatea lor)

Participantele pot adăuga și alte trăsături la această listă, dacă au alte idei.

2. Participantelor li se propune să aleagă patru trăsături pe care și-ar dori să se concentreze – pentru ele, doar de amuzament, fără vreo presiune. Se discută de ce au ales anume aceste 4 caracteristici.

- a.
- b.
- c.
- d.

Temă pentru acasă:

Acceptarea imperfecțiunilor

1. Pentru fiecare dintre următoarele 7 zile, notează-ți 3 evenimente care ți-ar putea afecta negativ stima de sine. Folosește tabelul de mai jos.
2. Drept răspuns la fiecare eveniment, selectează o afirmație de tipul „*Deși nu sunt perfectă, totuși...*”
3. Ulterior descrie evenimentul sau situația, afirmația folosită și efectul emoțional pe care l-a generat selectarea acestei afirmații și faptul că ți-ai spus-o.

Fișă de lucru. Acceptarea imperfecțiunilor

Data	Eveniment/Situație	Afirmația folosită	Efectul
Ziua 1. _____			
1.			
2.			
3.			
Ziua 2. _____			
1.			
2.			

3.			
Ziua 3. _____ 1. 2. 3.			
Ziua 4. _____ 1. 2. 3.			
Ziua 5. _____ 1. 2. 3.			
Ziua 6. _____ 1. 2. 3.			
Ziua 7. _____ 1. 2. 3.			

Sesiunea 7. Autocompasiune și dialog interior pozitiv

Activitatea 1: Ce-mi spun și cum mă simt

Scop: conștientizarea criticii interioare și a impactului asupra stării emoționale

Materiale necesare: foi, pixuri

Descriere: Participantele notează trei situații în care s-au criticat recent și formulează mesajele interioare pe care și le-au transmis. Apoi, reformulează aceste mesaje sub formă de afirmații de susținere, ca și cum ar vorbi unei prietene. Discuția de grup vizează impactul criticii asupra imaginii de sine și cum poate fi înlocuită cu autocompasiune.

Activitatea 2: Vocea blândă din interior

Scop: cultivarea unei atitudini de blândețe și înțelegere față de sine

Materiale necesare: fișe de lucru cu întrebări ghidate

Descriere: Participantele lucrează individual și apoi în perechi pe o fișă de reflecție despre cum ar arăta un dialog interior sănătos: Ce am nevoie să-mi spun în momente dificile? Cum pot să fiu un sprijin pentru mine? Exercițiul întărește abilitatea de autoliniștire și reduce autojudecata.

Activitatea 3: Adoptarea limbajului iubirii de sine

Scop: întărirea deciziei de a avea o gândire realistă și blândă despre sine

Materiale necesare: fișele de lucru 1 și 2, pix

Descriere: Facilitatorul prezintă participantelor câteva exemple de conversații interioare autodistructive și comentarii negative pe care le facem atât la adresa propriei persoane, cât și la adresa altora. Un asemenea limbaj este răutăcios și înjositor. Participantele sunt încurajate ca, atunci când observă că gândesc sau fac asemenea afirmații, să-și spună imediat „Stop!” și să adopte limbajul iubirii. *Adoptarea limbajului iubirii* înseamnă a gândi și a comunica într-un mod respectuos despre sine, încurajând propria dezvoltare și fortificând stima de sine. Se sugerează observarea schimbării emoționale care se petrece atunci când se adoptă limbajul iubirii. Li se propune tabelul din fișa de lucru 1 drept exemplu de reformulare. Participantele sunt încurajate să-și amintească comentariile autodistructive pe care și le-au făcut în ultima săptămână și să le înlocuiască cu afirmații încurajatoare (fișa de lucru 2).

Fișă de lucru 1. Conversația interioară autodistructivă vs Limbajul iubirii

Conversația interioară autodistructivă	Stop! Adopt limbajul iubirii
Sunt o simplă _____ (elevă, sportivă etc.).	Sunt o _____ (elevă, sportivă etc.). Sunt o _____ onestă, perseverentă. Cred că este ok să fiu o _____. Îmi doresc să avansez și voi face asta.
Nu-mi va reuși asta niciodată.	Succesul înseamnă să depun efort constant și să mă îndrept spre direcția dorită.
Doar dacă aș fi făcut _____.	Data viitoare când o să mă pomenesc într-o situație similară voi _____.
Nu suport asta la mine!	Ce trăsătură interesantă! Voi lucra asupra acestui aspect.
Probabil voi eșua și aici ca de fiecare dată.	Îmi voi îmbunătăți opinia despre mine pe măsură ce acumulez experiență. Nu mi-i frică să experimentez, pentru că valoarea mea rămâne neschimbată indiferent de rezultat.
Sunt extrem de grasă.	Am o greutate care depășește norma pentru înălțimea și vârsta mea. Îmi doresc să am grijă de mine, de aceea voi adopta un regim alimentar mai echilibrat.

Fișă de lucru 2. Conversația interioară autodistructivă vs Limbajul iubirii

Conversații Interioare autodistructive	Stop! Adopt limbajul iubirii

Activitatea 4: Reconectare cu sinele autentic

Scop: identificarea și acceptarea sinelui autentic

Materiale necesare: ---

Descriere: Participantele sunt încurajate să își aducă în minte, cu blândețe și sinceritate, numele persoanelor care le-au fost cel mai aproape de-a lungul vieții: prietene dragi, membri ai familiei, profesori, colegi sau oameni cu care s-au simțit acceptate, înțelese și iubite. Sunt invitate să observe mai întâi cuplurile – perechi de persoane care au fost importante ca unitate – iar apoi să lase ca prezența fiecărui individ să se contureze separat, așa cum a fost trăită și simțită în timp. În continuare, facilitatorul ghidează participantele să-și găsească un loc liniștit și confortabil (au covorase de yoga). Aici, într-o atmosferă de calm, ele se pot așeza sau întinde, permițând corpului să se destindă. Sunt apoi invitate să respire adânc de două ori, inspirând lent și profund. Facilitatorul le sugerează să se relaxeze, cu scopul de a aduce liniște, siguranță și prezență în propria lor experiență interioară.

Pe măsură ce ritmul respirației devine mai liniștit, participantele sunt încurajate să își imagineze că sunt din nou copii. În această vizualizare, ele se văd înconjurată de oameni iubitori – fie persoanele dragi, fie doi adulți binevoitori, un bărbat și o femeie, care întruchipează căldura, protecția și iubirea necondiționată. Ele pot să-și imagineze părinți așa cum și i-ar fi dorit în mod ideal, sau o imagine formată din chipurile și gesturile celor care le-au făcut cândva să se simtă în siguranță, valoroase și apreciate.

Facilitatorul va rosti cu voce blândă niște afirmații care confirmă valoarea lor profundă. Participantele sunt invitate să își imagineze că aud cuvintele de care ar fi avut atunci nevoie, că persoanele care rostesc aceste cuvinte le leagă, le alintă, le privesc blând cu ochii plini de iubire, în timp ce ele răspunzi acestor sentimente.

- 1) *Ne bucurăm mult că ești aici.*
- 2) *Bine ai venit pe lume.*

- 3) *Bine ai venit în familia noastră, acasă.*
- 4) *Ești specială.*
- 5) *Toți copiii noștri sunt speciali.*
- 6) *Vrem să fim aproape de tine, să te îmbrățișăm și să te iubim.*
- 7) *Uneori vei fi veselă și vei râde, alteori vei fi tristă, supărată sau îngrijorată. Toate aceste sentimente sunt în regulă pentru noi.*
- 8) *Vom fi mereu aici pentru tine.*
- 9) *Îți vom oferi timpul de care ai nevoie pentru ceea ce îți este necesar.*
- 10) *Este în regulă să te îndepărtezi puțin, să explorezi și să încerci lucruri noi.*

Temă pentru acasă:

Limbajul iubirii de sine

Participantele sunt încurajate să exerseze activitatea 3 zilnic pe parcursul următoarei săptămâni.

Fișă de lucru. Limbajul iubirii de sine

Ziua	Conversații interioare autodistructive	Stop! Adopt limbajul iubirii de sine

Sesiunea 8. Gestionarea criticii și a rușinii corporale

Activitatea 1: Scutul meu împotriva rușinii

Scop: dezvoltarea unei atitudini de protecție psihologică față de rușinea corporală

Materiale necesare: coli, creioane colorate

Descriere: Participantele desenează un „scut personal” pe care scriu convingeri și mesaje de susținere care le pot proteja în fața criticii, bullyingului sau rușinii legate de corp. Discută apoi despre experiențe în care s-au simțit rușinate de corpul lor și cum ar fi reacționat diferit dacă aveau acest scut. Activitatea sprijină autonomia și demontează rușinea corporală înrădăcinată social.

Activitatea 2: Replica de susținere

Scop: exersarea răspunsurilor asertive la critica legată de corp sau aspect

Materiale necesare: scenarii scrise, foi, pixuri

Descriere: Participantele lucrează în perechi pornind de la scenarii de critici frecvente pe care le aud în adresa lor sau a altor persoane („Te-ai îngrășat”, „Ești prea slabă”, „Nu arăți bine în asta”). Împreună formulează o replică asertivă, calmă și fermă, care să exprime limite personale și autoacceptare. Apoi joacă rolurile în fața grupului. Se oferă feedback pozitiv pentru formulările clare și asumate.

Activitatea 3. „Chiar dacă... totuși”

Scop: învățarea unei modalități de a transforma autocritica în autoacceptare și consolidarea rezilienței emoționale în fața criticilor interne sau externe

Materiale necesare: foi, pixuri

Descriere: Participantele lucrează în perechi. Partenera spune orice afirmații negative îi vin în minte, fie adevărate, fie false, precum:

- *Te urăsc!*
- *Ești o ratată!*
- *Nu te pricepi la nimic.*
- *Ești așa neatentă!*
- *De ce niciodată nu duci lucrurile la bun sfârșit?*

La fiecare critică, participantele sunt încurajate să răspundă cu o afirmație de tip „**Chiar dacă... totuși**“, care exprimă apreciere pentru sinele esențial. Este posibilă folosirea unor tehnici din terapia cognitivă. De exemplu, dacă cineva cataloghează participanta drept „o ratată“, aceasta ar putea răspunde: „*De fapt, sunt o persoană de succes care uneori mai și greșește. Chiar dacă uneori greșesc, totuși...*“ Dacă cineva afirmă că cealaltă persoană niciodată nu duce lucrurile la bun sfârșit, respondentul poate formula: „*Chiar dacă uneori nu îndeplinesc sarcina în totalitate, totuși...*“

Activitatea 4: Arta de a te iubi necondiționat

Scop: explorarea imaginii de sine prin artă, vizualizare și proiectare afectivă, precum și reducerea blocajelor emoționale legate de autoapreciere

Materiale necesare: ---

Descriere: Activitatea începe cu discuția despre exprimarea artistică. Se pune accent pe faptul că aceasta ne poate înrăuri sufletește într-un mod profund, precum gândirea obișnuită nici n-a visat. Exercițiul propus, dezvoltat de terapeutul John Childers, utilizează arta pentru a facilita experimentarea iubirii necondiționate. Utilitatea exprimării artistice se manifestă anume în proces, dar nu în calitatea artistică.

Facilitatorul ghidează procesul, prezentând pașii:

Ia-ți câteva momente pentru a intra într-un spațiu interior liniștit. Fiecare dintre noi poartă în sine o latură creativă, o parte capabilă să creeze imagini unice despre lume și despre oameni. În artă nu există corect sau greșit, nu este nevoie ca ceea ce apare pe hârtie să semene fidel cu realitatea. Importantă este libertatea de exprimare, autenticitatea trăirii. Pentru început, închide ușor ochii și imaginează-ți că ești un artist. Simte această stare: curiozitatea, deschiderea, lipsa de judecată. În curând vei așterne pe hârtie un desen, dar pentru moment rămâi în această stare de prezență creativă.

Acum, din acest spațiu al artistului, adu-ți în minte o persoană despre care știi cu certitudine că te iubește și te respectă. Cineva care te-a privit cu blândețe, care ți-a oferit acceptare și siguranță. Poate fi un bunic, un părinte, un alt membru al familiei, un prieten apropiat, un profesor sau un coleg. Permite-ți câteva clipe pentru a o alege pe acea persoană care îți transmite un sentiment de căldură și grijă.

Înainte de a desena, rămâi puțin cu imaginea ei. Observă-i trăsăturile: cum arată, ce expresie are, cum te privește. Ce culoare are părul, ochii, ce fel de energie transmite? Cum este vocea ei – caldă, liniștitoare, blândă? Dacă vocea ar avea o culoare, ce culoare ar fi? Observă felul în care își exprimă afecțiunea, calitățile care o fac specială pentru tine. Pe măsură ce faci acest lucru, devino atentă și la ceea ce se întâmplă în interiorul tău. Ce emoții apar? Poate liniște, emoție, căldură, bucurie, recunoștință. Lasă-le să fie acolo.

Acum, având încredere în artistul din tine, începe să desenezi această persoană specială. Folosește materialele care îți sunt la îndemână: creioane, carioci, pixuri, culori sau cuvinte. Poți desena trăsături, simboluri, forme sau culori care exprimă vocea, emoțiile sau felul în care te face să te simți. Nu te grăbi. Permite desenului să prindă contur în ritmul lui. La final, dacă simți, oferă-i un titlu, așa cum fac artiștii.

Acum, te invit să faci un pas interior important. Imaginează-ți că tu ești acea persoană care te iubește. Lasă pentru moment identitatea ta deoparte și intră în rolul ei. Privește-te pe tine prin ochii ei. Cum te vede? Ce observă la tine? Ce simte atunci când se uită la tine?

Privindu-te cu acești ochi plini de iubire, observă ce este apreciat la tine. Ce trăsături, ce gesturi, ce calități? Ce este valoros și demn de a fi iubit? Descrie în cuvinte ceea ce vezi. Apoi, continuând să te privești cu această blândețe, realizează un desen al tău așa cum ești văzută prin acești ochi iubitori. Poate fi un desen realist sau abstract, poate fi format din culori, simboluri sau cuvinte. Lasă-l să exprime ceea ce simți, fără a judeca rezultatul.

Acum, încet și cu grijă, revino în propriul tău corp, păstrând cu tine sentimentul de iubire și acceptare. Privește desenul și recunoaște în el imaginea unei persoane care merită să fie iubită necondiționat. Spune-ți, cu blândețe: „Sunt demnă de a fi iubită.” Observă cum acest sentiment cald se așază în interiorul tău. Permite-i să crească și să te însoțească mai departe, ca o resursă interioară de sprijin și grijă față de tine.

Temă pentru acasă:

Reflecție conștientă în fața oglinzii

Ziua 1. Pentru următorul exercițiu ai nevoie de o oglindă mare, într-un loc unde ești singură, te simți în siguranță și știi că nu vei fi întreruptă. Îmbracă-te așa cum o faci în mod obișnuit. Stai în fața oglinzii o durată de două minute și privește-te cu atenție din cap până în picioare. Evită să eziți asupra zonelor care nu-ți plac sau să le ignori pe celelalte, este important să privești fiecare parte a corpului tău. Privește la corpul tău din toate perspectivele: din față, partea laterală și din spate.

După ce ai efectuat cele menționate mai sus, descrie fiecare trăsătură a corpului tău, începe de la cap și ajungi până la picioare. Realizează descrierea în voce. Descrie în așa mod, încât să fie pe înțelesul unui nevăzător care vrea să știe cum arăți. Fă o descriere obiectivă, evită orice tip de evaluări sau judecăți. Include în descrierea ta detalii despre culori, forme, simetrie, texturi, mărime etc. Evită formulări critice sau hiperbolizări ("față urâtă", "dinți strâmbi", "picioare grase", "mâini sfrijite", "fund zdravăn" și altele). În cazul în care realizezi că ai exprimat o judecată ce vizează propria valoare sau o formulare critică, fă o pauză pentru a te uita din nou doar la partea corpului vizată și utilizează o formulare pur descriptivă, una mai obiectivă. Continuă să îți analizezi obiectiv corpul din toate unghiurile posibile. Asigură-te că nu eviți nicio parte a corpului. Încheie exercițiul prin a-ți analiza în liniște timp de 1 minut corpul. Observă-l ca pe un tot întreg, nu ca părți separate. Pe durata exercițiului fii atentă la orice sentiment, emoție, senzație, stare pe care le trăiești în momentul în care te analizezi și descrii anumite trăsături. Conștientizează-ți emoțiile/sentimentele/stările și verbalizează-le (cum ar fi: „Mă simt fericită” sau „Am o senzație de frică”). Continuă îndreptându-ți atenția spre următoarea parte a corpului.

Ziua 2. Repetă ceea ce ai făcut în ziua 1. Acum însă începe analiza de la picioare spre cap și privește-ți corpul din toate părțile: din față, partea laterală și din spate. Încheie exercițiul prin a petrece 3 minute analizând în tăcere propriul corp ca pe un tot întreg, nu fragmentat.

Zilele 3 și 4. În aceste două zile vei efectua exact ceea ce ai efectuat în zilele 1 și 2, doar că vei fi îmbrăcată diferit. De data aceasta îmbracă-te lejer, așa ca să-ți poți vedea mai bine pielea. Este recomandat să porți doar lenjerie intimă. Însă, dacă încă nu te simți confortabil să faci acest lucru, atunci optează pentru o pereche de pantaloni scurți și un maiou mulat. În ziua 3 vei urma instrucțiunile de la ziua 1, iar în ziua 4 pe cele de la ziua 2.

Fișă de lucru. Reflecții conștiente față în față cu oglinda

Descrie experiența din fiecare zi: Cum te-ai simțit în cadrul exercițiului? Ce a fost mai dificil și ce a fost mai simplu? Ce ai învățat din acest exercițiu?

Ziua	Descriere
Ziua 1 Data:	
Ziua 2 Data:	

Ziua 3 Data:	
Ziua 4 Data:	

Sesiunea 9. Imagine corporală pozitivă și recunoștință față de corp

Activitatea 1: Un lucru bun despre mine

Scop: activarea unei perspective pozitive asupra sinelui și crearea unui cadru emoțional favorabil pentru explorarea și consolidarea unei imagini de sine pozitive

Materiale necesare: post-it-uri, carioci

Descriere: Facilitatorul sugerează participanților să se așeze confortabil și să își îndrepte atenția, pentru câteva momente, către propria persoană. Le invită să reflecteze în liniște asupra unei calități, a unui comportament sau a unui mod de a fi care le caracterizează în prezent și pe care îl apreciază la ele însele. Facilitatorul subliniază faptul că exercițiul nu presupune perfecțiune sau comparație cu ceilalți, ci o observare sinceră și blândă a sinelui „așa cum este acum”. Participanții sunt invitați să completeze în scris enunțul:

„Un lucru bun despre mine, chiar în acest moment, este...”.

Participanții sunt încurajați să împărtășească afirmația în grup.

Activitatea 2: Autoaprecierea esenței umane

Scop: exersarea în gândire a afirmațiilor stimulatoare și autoapreciative

Materiale necesare: ---

Descriere: Facilitatorul spune participanților că urmează să realizeze un exercițiu de autoapreciere bazat pe o serie de afirmații pozitive, menit să dezvolte stima de sine și modul sănătos de raportare la propriile calități și valori. Facilitatorul invită participanții să își găsească un loc liniștit în sala de activitate. Participanții se aranjează comod, pe scaun sau pe pernă, având spatele drept, picioarele relaxate și mâinile sprijinite ușor în poală. Exercițiul se desfășoară în câteva etape:

1. Relaxarea inițială. Facilitatorul spune: „Închideți ușor ochii. Inspirați adânc de două ori... și permițeați corpului vostru să se relaxeze cât mai mult. Pregătiți-vă pentru o experiență plăcută și liniștitoare.” Participanții respiră profund, își relaxează umerii, mușchii feței și corpul în ansamblu.

2. Lectura afirmațiilor. Facilitatorul deschide lista cu afirmații și spune: „Voi citi câte o afirmație. Concentrați-vă pe acea idee. Lăsați cuvintele să se așeze în voi.”

3. Integrarea mentală a afirmației. Pentru fiecare afirmație, Facilitatorul spune: „Repetăți-o în gând de trei ori. Imaginați-vă o situație reală sau posibilă în care această afirmație este adevărată pentru voi. Folosiți-vă toate simțurile — vizualizați, auziți, simțiți acea situație.” Participanții închid ochii, repetă afirmația mental, o conectează la propria experiență și o simt ca posibilă și naturală.

4. Acceptarea fără perfecționism. Dacă o afirmație nu este confortabilă pentru cineva, facilitatorul comunică: „Dacă o afirmație nu se potrivește încă pentru voi, nu e nicio problemă. Acceptați simplu acest lucru. Nu lăsați gândurile negative să vă distragă sau să vă submineze progresul. Putem trece la

următoarea afirmație și ne putem întoarce la aceasta mai târziu. Dacă simțiți nevoia, o puteți reformula astfel încât să vă simțiți bine, păstrând ideea pozitivă.”

5. Repetarea procesului. Facilitatorul continuă cu fiecare afirmație din listă, urmând același tipar. Întregul exercițiu durează aproximativ 20 de minute.

6. Observarea efectelor. Facilitatorul încheie: „Fiți atente la starea voastră după fiecare sesiune. Pe măsură ce exersați, gândurile pozitive vor deveni mai naturale și vă vor însoți tot mai des. Iar cele care par mai dificile acum vor deveni probabil mai accesibile la finalul programului.”

Lista de afirmații:

- 1) *Am o părere bună despre mine și este în regulă să fie așa.*
- 2) *Mă accept, pentru că știu că sunt mai mult decât greșelile mele, slăbiciunile mele sau părerile altora.*
- 3) *Criticile vin din exterior. Le analizez ca să pot învăța ceva, fără să cred că ele îmi scad valoarea.*
- 4) *Pot să-mi observ și să-mi corectez comportamentul fără să cred că valoarea mea scade.*
- 5) *Observ și apreciez orice pas înainte, chiar dacă pare mic.*
- 6) *Mă bucur pentru reușitele altora fără să cred că ei sunt mai valoroși decât mine.*
- 7) *În general, pot avea o viață bună și sunt dispusă să investesc timp și efort pentru asta.*
- 8) *Mă aștept ca ceilalți să mă placă și să mă respecte, dar dacă nu se întâmplă, este în regulă.*
- 9) *De obicei, pot câștiga încrederea oamenilor prin comportament sincer și respectuos, iar dacă nu se întâmplă, este în regulă.*
- 10) *De cele mai multe ori, iau decizii bune în relații și la muncă.*
- 11) *Pot să-mi exprim ideile clar și să le susțin.*
- 12) *Îmi place să îi ajut pe ceilalți să se simtă bine.*
- 13) *Îmi plac provocările noi și nu mă descurajez dacă lucrurile nu merg bine de la început.*
- 14) *De obicei, munca mea este de calitate și cred că voi face lucruri bune și pe viitor.*
- 15) *Îmi cunosc punctele forte și le apreciez.*
- 16) *Pot să râd de mine atunci când fac lucruri caraghioase.*
- 17) *Pot avea un rol important în viața altora prin ceea ce fac.*
- 18) *Îmi place să-i fac pe ceilalți mai fericiți și mă bucur de timpul petrecut cu ei.*
- 19) *Mă consider o persoană valoroasă.*
- 20) *Îmi place că sunt unică și diferită de ceilalți.*
- 21) *Mă plac așa cum sunt, fără să mă compar cu alții.*
- 22) *Mă simt stabilă și în siguranță pentru că îmi cunosc și îmi respect valoarea.*

Activitatea 3: Corpul meu – aliatul meu

Scop: reconectarea pozitivă cu propriul corp și reorientarea de la evaluarea critică la aprecierea funcțională
Materiale necesare:

Descriere: Facilitatorul sugerează participantelor să se ridice în picioare și să își ocupe un spațiu confortabil în sală, menținând o distanță care să le ofere siguranță și libertate de mișcare. Participantele sunt invitate să își îndrepte atenția către propriul corp, nu dintr-o perspectivă evaluativă sau estetică, ci dintr-una funcțională și experiențială.

Facilitatorul ghidează participantele să realizeze, pe rând, câteva mișcări simple: întinderea brațelor, rotirea umerilor, balansarea ușoară a corpului sau respirații profunde, încurajându-le să observe ce poate face corpul lor în acel moment. După fiecare mișcare, participantele sunt invitate să continue în șoaptă propoziția: „*Îmi apreciez corpul pentru că mă ajută să...*” (de exemplu: să merg, să respir, să îmbrățișez, să mă odihnesc, să simt).

În continuare, facilitatorul le propune participantelor să aleagă o postură care le transmite siguranță, stabilitate sau încredere și să o mențină pentru câteva secunde, conștientizând senzațiile corporale asociate. Exercițiul încheie printr-un moment scurt de reflecție, în care participantele pot împărtăși ce au observat sau ce senzație a fost predominantă în timpul exercițiului.

Activitatea 4: Meditație: aprecierea propriului corp

Scop: cultivarea iubirii de sine prin conectarea cu corpul la nivel fiziologic și emoțional, precum și reglarea emoțională prin respirație, vizualizare și autoapreciere

Materiale necesare: foi de hârtie, creioane colorate, post-it-uri

Descriere: Facilitatorul încurajează participantele să-și găsească poziția confortabilă, stând într-un scaun ori lungite pe spate pe podea pe covorașul de yoga; să fie conștiente de propriul corp aici și acum. Se sugerează respirația conștientă: să tragă câteva guri de aer adânci, lungi și lente... inspirând pe nas, expirând pe gură; dacă se simt în stare să facă asta. Și continuă cu ritmul respirației, lent și adânc...

Facilitatorul, cu un ton cald, moale, lent, dă citire textului meditativ:

Acum, oferă-ți câteva clipe pentru a te opri și a fi prezentă cu tine. Adu-ți atenția asupra respirației tale. Observă cum aerul intră ușor în plămâni și iese liniștit, purtând cu el ritmul vieții tale. Chiar și atunci când nu te gândești la asta, plămânii tăi continuă să respire pentru tine... zi și noapte... în somn și în stare de veghe... inspirând aer curat, oxigen dătător de viață, expirând tot ceea ce nu îți mai este de folos. Respirația curge natural, asemenea valurilor oceanului care vin și se retrag de țărm.

În acest moment, trimite cu blândețe o lumină albă, caldă, către plămânii tăi. Imaginează-ți cum această lumină îi învăluie și îi umple de recunoștință. Apreciază-i pentru tot ceea ce fac pentru tine, fără să ceară nimic în schimb.

Îndreaptă-ți acum atenția către inima ta. Simte-i prezența. Inima ta este un miracol viu, un mușchi puternic și neobosit care bate neîntrerupt pentru tine. Fără pauză, fără condiții, ea trimite viață în fiecare colț al corpului tău, transportând nutrienți și energie către fiecare celulă. Privește-ți inima învăluită în lumină și căldură și spune-i, în gând sau în șoaptă: „Te prețuiesc. Îți mulțumesc.”

Devino conștientă de sângele tău, purtat de inimă prin întregul corp. Este fluviul vieții tale. Mii și mii de celule sanguine, substanțe protectoare și anticorpi călătoresc prin tine, apărându-te, vindecându-te, hrănindu-te. Oxigenul ajunge la fiecare celulă, de la vârful degetelor de la picioare până la firul de păr. Simte acest flux viu și imaginează-ți cum fiecare venă și arteră este cuprinsă de lumină, ducând iubire și vitalitate în tot corpul tău.

Adu-ți atenția asupra pieptului și cutiei toracice. Simte cum pieptul se ridică și coboară odată cu respirația. Cutia toracică protejează organe esențiale, îți ține inima și plămânii în siguranță. Trimite lumină și recunoștință oaselor care te susțin și te protejează, chiar acum.

Continuă prin a deveni conștientă de organele tale interne – stomacul, intestinele, ficatul, rinichii. Ele lucrează împreună, în armonie, pentru a digera, a echilibra și a purifica. Fără oprire, ele susțin viața din tine. Privește-ți corpul de la gât până la șolduri înconjurat de lumină, ca într-un spațiu sigur și cald.

Îndreaptă-ți acum atenția către picioarele tale. Ele te poartă prin lume. Te ajută să mergi, să alergi, să dansezi, să sari, să înaintezi. Prin ele stai dreaptă, îți găsești direcția și îți urmezi drumul. Permite-ți să le apreciezi și să le vezi scăldate într-o lumină strălucitoare. Spune-le cu blândețe: „Vă iubesc și vă mulțumesc pentru tot efortul vostru.”

Devino conștientă de tălpile tale, punctele tale de sprijin. Ele te țin în echilibru, te susțin la fiecare pas. Mulțumește-le pentru stabilitatea și siguranța pe care ți le oferă, clipă de clipă.

Adu-ți atenția către brațele tale, către mâini și degete. Gândește-te la tot ce poți face cu ele: să atingi, să mângâi, să creezi, să îmbrățișezi, să scrii, să ai grijă de tine și de ceilalți. Privește-ți mâinile și brațele învăluite în lumină și trimite-le recunoștință.

Îndreaptă-ți atenția către coloana vertebrală. Ea îți oferă susținere, stabilitate și te ajută să stai dreaptă în fața vieții. Protejează căile nervoase care fac legătura între creier și restul corpului. Imaginează-ți o lumină aurie care urcă lent de la baza coloanei, mângâind fiecare vertebră, până la gât și apoi către cap.

Adu-ți atenția către creier. Observă partea care analizează, calculează, planifică. Mulțumește-i pentru claritate și logică. Apoi lasă lumina să se reverse către partea care simte, visează, creează, intuiește. Privește cum ambele părți sunt scăldate într-o lumină caldă și armonioasă.

Simte lumina coborând către ochii tăi. Mulțumește-le pentru tot ce te ajută să vezi: frumusețea, oamenii, momentele care ți-au adus emoție. Conștientizează-ți nasul, care îți permite să respiri și să simți aromele vieții. Adu-ți atenția către urechi, care îți permit să ascuți muzica, natura, cuvintele de iubire și de apreciere.

Acum, simte întregul tău corp învăluit într-o lumină caldă, aurie, proprie. Spune-ți, cu blândețe: „Te iubesc.” Mulțumește-ți pentru tot ce corpul tău a făcut pentru tine, chiar și în momentele în care nu ai fost blândă cu el. Pentru momentele de neglijare, de critică, de exces sau de lipsă. Corpul tău a continuat să fie acolo pentru tine.

Lasă această lumină să se răspândească în întregul corp, apoi, foarte lent, adu-ți atenția înapoi în interior. Simte-te prezentă, vie, conectată. Când ești pregătită, începe să-ți miști ușor degetele de la mâini

și de la picioare. Deschide încet ochii și acordă-ți timpul de care ai nevoie pentru a reveni, păstrând cu tine această stare de acceptare și grijă.

Activitatea 5: Scrisoare de recunoștință corpului meu

Scop: întărirea legăturii pozitive cu propriul corp prin exprimarea aprecierii

Materiale necesare: foi, pixuri, muzică relaxantă

Descriere: Participantele scriu o scrisoare adresată propriului corp, în care exprimă mulțumire, iertare și promisiunea unei relații mai blânde. Se folosesc întrebări-ghid:

Ce apreciez la corpul meu?

Ce vreau să îmi iert?

Ce promit să schimb în relația cu mine?

La final, se pot citi fragmente voluntar. Activitatea creează un moment de intimitate și vindecare emoțională.

Temă pentru acasă:

Un lucru bun despre mine

Participantele sunt încurajate să repete activitatea „Un lucru bun despre mine” individual în fiecare zi, timp de șase zile. Li se sugerează să observe ce se schimbă în interiorul lor, ce gânduri devin mai liniștitoare și mai prietenoase.

Sesiunea 10. Comunicarea emoțiilor și exprimarea autentică

Activitatea 1: Harta emoțiilor

Scop: conștientizarea modului în care emoțiile influențează comportamentele alimentare

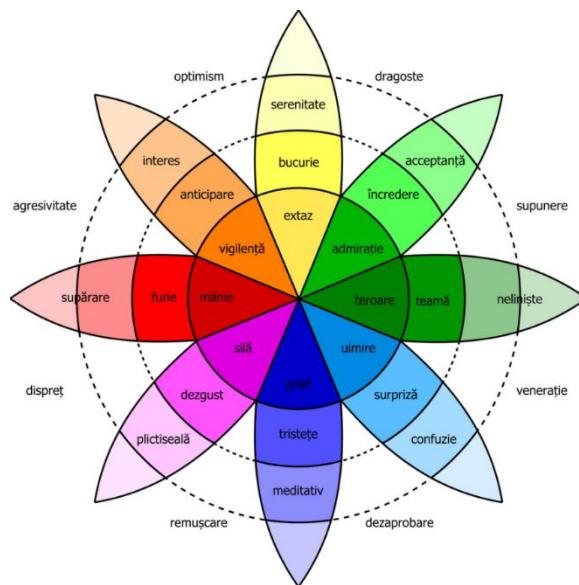
Materiale necesare: coli de hârtie, creioane colorate, fișa cu roata emoțiilor (modelul Plutchik), figura umană schematică

Descriere: Facilitatorul le comunică participantelor „*Emoțiile nu trăiesc doar în minte, ci și în corp. Când suntem triști, furioși sau bucuroși, corpul nostru reacționează - respirația se schimbă, apare o tensiune sau o senzație de căldură. Haideți să descoperim unde simțim emoțiile în corpul nostru.*”

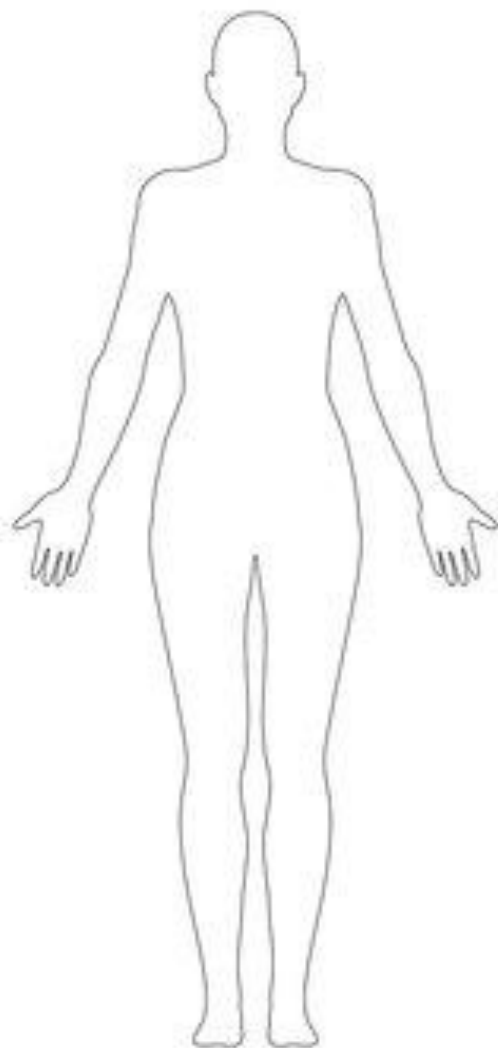
Fiecare participantă primește o foaie cu o siluetă umană goală, roata emoțiilor și câteva creioane colorate. Facilitatorul rostește pe rând numele unor emoții. După fiecare emoție, participanții colorează pe siluetă locul unde o simt în corp. Exemplu: frica – în stomac, furia – în piept, tristețea – în umeri. După desen, participantele privesc foaia și reflectează: „*Ce am descoperit? Ce parte a corpului se încordează cel mai des? Ce emoție simt cel mai puternic?*”

Apoi se discută în grup: „Unde simți de obicei emoțiile tale? Se aseamănă cu ale celorlalți?” Facilitatorul subliniază că emoțiile sunt limbajul corpului - dacă învățăm să-l ascultăm, putem înțelege mai repede ce se întâmplă cu noi și putem reacționa mai echilibrat.

Fișă de lucru. Roata emoțiilor



Fișă de lucru. Corpul uman



Activitatea 2: Exprimarea sentimentelor

Scop: antrenarea exprimării emoțiilor și dezvoltarea ascultării active

Materiale necesare: foi, pixuri

Descriere: Participantele formează perechi și își împărtășesc emoțiile recente și reacțiile comportamentale asociate. Partenera ascultă activ, fără a judeca sau interveni. Se explorează apoi posibile cauze și tipare repetitive. Exercițiul ajută la eliberarea tensiunilor și cultivă empatia, fiind o alternativă sănătoasă la reprimarea sau compensarea emoțiilor prin mâncare.

Activitatea 3: Empatizare

Scop: dezvoltarea capacității de compasiune, atât față de ceilalți, cât și ca fundament pentru compasiunea de sine

Materiale necesare: fișe de lucru, pix

Descriere: Participantele vor stabili nivelul de bunăvoință sau de empatie pe care l-ar simți pentru fiecare dintre ființele menționate pe o scală de la 1 (scăzut) la 10 (ridicat). Apoi sunt rugate să noteze pe hârtie emoțiile sau sentimentele care le-ar descrie reacțiile în situațiile prezentate. Sunt încurajate să scrie din propria experiență sau să aleagă din lista prezentată mai jos:

**Durere
Neputință**

**Tristețe
Mânie**

Fișă de lucru. Gradul de empatie

	Situație	Bunăvoință/ empatie de la 1 (scăzut) la 10 (ridicat)	Sentiment(e)
1.	Prietenul al cărui părinte a decedat		
2.	Cel mai bun prieten al tău, care e în stare gravă		
3.	O pisică care șchiopătează afară, în frig		
4.	La știri, un om căruia inundațiile i-au distrus tot ce avea		
5.	Un tânăr cu o boală în stadiu terminal		
6.	Un copil cu dizabilități locomotorii		
7.	Un bunic singuratic		
8.	O persoană iubită, dur criticată de un alt membru al familiei		
9.	Un câine oarbă		
10.	Un om fără adăpost		
11.	Un șofer de pe marginea autostrăzii, a cărui mașină s-a defectat		
12.	Un prieten care și-a pierdut copilul într-un accident		
13.	Un cuplu de părinți al cărei copil s-a sinucis		

Bifează oricare dintre următoarele enunțuri pe care le-ai folosi atunci când te exprimi cu empatie:

- ☐ „Îmi pare tare rău că ți s-a întâmplat asta.”
- ☐ „Cum aş putea să te ajut?”

- ☐ „Ești OK?”
- ☐ „Spune-mi ce-aș putea să fac.”

- ☐ „Vreau să te ajut.”
- ☐ „O să fie bine.”
- ☐ „O să te ajut să treci cu bine peste asta.”
- ☐ „Îmi pasă de tine.”

- ☐ „Lucrurile se vor îndrepta.”
- ☐ „Mă bucur că mi-ai spus.”
- ☐ Alt enunț: _____

Încercuiește acțiunile pe care le poți face cu empatie în mod firesc:

Asculti
 Îmbrățișezi
 Insufli energie
 Ești atent la ce se spune
 Acorzi timp
 Susții emoțional
 Acorzi sprijin financiar
 Bați afectuos pe umăr
 Altă acțiune: _____

Alege două dintre situațiile prezentate în tabel și descrie cum ai tratat cu empatie acea persoană sau acel animal.

Numărul: _____

Ce aş zice:

Ce aş face:

Numărul: _____

Ce aş zice:

Ce aş face:

Dacă te-ai trata pe tine însuși empatic, ce ți-ai spune?

Este posibil să nu îți fie familiar să îți îndrepti compasiunea către tine însăși. Totuși, dacă știi să oferi compasiune, înțelegere și grijă celor din jur, atunci deții deja resursele necesare pentru a face același lucru și în relația cu propria persoană. Pornind de la cuvintele și comportamentele menționate anterior, reflectează asupra modului în care ai putea manifesta compasiune față de tine însăși în situațiile care urmează.

Ai avut o zi grea.

Empatizare:

Acțiuni binevoitoare:

Ți-ai dezamăgit managerul.

Empatizare:

Acțiuni binevoitoare:

Nu ți-ai satisfăcut propriile așteptări.

Empatizare:

Acțiuni binevoitoare:

Ai făcut ceva supărător pentru o colegă.

Empatizare:

Acțiuni binevoitoare:

Activitatea 4: Respirație ghidată

Scop: exersarea controlului emoțional prin tehnici simple de respirație

Materiale necesare: ---

Descriere: Facilitatorul invită participantele să se așeze confortabil, cu spatele drept și umerii relaxați. Lumina poate fi ușor diminuată, iar în fundal se pune o muzică liniștitoare.

Instrucțiuni verbale:

„Închideți ochii, dacă vă simțiți confortabil.

Inspirați adânc pe nas timp de 4 secunde...

Țineți aerul în plămâni 4 secunde...

Expirați ușor pe gură timp de 4 secunde...

Și repetați acest ciclu de câteva ori, într-un ritm calm și constant.”

După 5-6 respirații, facilitatorul continuă: „Pe măsură ce respirați, observați cum tensiunea începe să se reducă. Corpul se relaxează, iar gândurile devin mai clare. Nu trebuie să forțați nimic. Doar să fiți prezenți, aici și acum.” După exercițiu, participantele sunt invitate să deschidă ochii și să observe cum se simt: „Cum se simte corpul acum? S-a schimbat ceva față de început?”. Se discută în grup.

Temă pentru acasă:

Copilul din interior

Adolescentele sunt încurajate să facă rost de o fotografie de-a lor de când erau mici, ca să-și reamintească de copilul ce trăiește în interiorul lor. Li se sugerează să facă acest exercițiu de imaginație două zile consecutive.

Sesiunea 11. Relația emoțională cu alimentația

Activitatea 1: Exercițiul de degustare conștientă/ Mindful eating

Scop: dezvoltarea conștientizării în raport cu actul alimentar

Materiale necesare: stafide sau alte alimente alese de participante

Descriere: Facilitatorul inițiază discuția despre mâncatul conștient. Se propune exemplul cu mâncatul de stafide (popcorn, nuci etc.). Procesul de obicei este următorul: pui câteva stafide în gură, le mesteci de câteva ori, înghiți, apoi deschizi gura pentru a repeta aceste acțiuni. Deseori acest proces se desfășoară în mod inconștient, deoarece în același timp mai faci și alte activități, de exemplu: discuți cu cineva, citești, vizionezi un video sau un serial etc. În continuare facilitatorul propune participantelor să mănânce altfel. Se va petrece câte un minut pentru a urma fiecare dintre pașii de mai jos. Facilitatorul ghidează:

1. *La o stafidă în palmă și privește-o cu atenție. Observă-i cutele, pliurile și formele pe care acestea le creează. Analizează culoarea ei și orice variație subtilă a nuanței.*
2. *Plasează o a doua stafidă lângă prima. Observă în ce fel se aseamănă și ce diferențe există între ele.*
3. *Rotește una dintre stafide între degete. Mai întâi folosește un singur deget, apoi două și, în final, trei. Urmărește mișcarea acesteia în mână. În timp ce o rotești, simte la atingere formele observate mai devreme: micile denivelări, zonele moi, zonele mai tari și adânciturile.*
4. *Pune stafida în gură fără să muști din ea până când. Rotește-o ușor pentru a percepe cu limba detaliile pe care le-ai simțit cu degetele. Observă textura, fii atentă la felul în care se simte în diferite locuri din gură.*
5. *Mușcă odată din stafidă și observă-i gustul. Ce gust are? Mușcă încă o dată și vezi dacă textura s-a modificat. Urmărește senzația pe măsură ce stafida alunecă pe gât.*
6. *Pune și a doua stafidă în gură, mestecă lent, fără grabă. În timp ce mesteci, observă cum stafida devine treptat mai moale. Compară această senzație cu cea oferită de prima stafidă. Înghite atunci când simți nevoia. Cum se diferențiază această experiență de modul tău obișnuit de a mânca stafide?*

La final, se reflectează asupra modului în care mâncarea este consumată de obicei și se discută diferențele între mâncatul automat și cel conștient.

Activitatea 2: Emoțiile care hrănesc

Scop: explorarea legăturii dintre stările afective și comportamentele alimentare

Materiale necesare: flipchart, markere, foi A4

Descriere: Participantele sunt ghidate să identifice emoțiile care le determină să mănânce în exces sau să evite mâncarea. Se lucrează în grupuri mici pentru a clasifica emoțiile frecvente, declanșatorii lor și reacțiile alimentare asociate. Apoi, fiecare alege o situație personală în care alimentația a fost dictată de emoții și completează o fișă de autoanaliză. Discuția de grup sprijină normalizarea trăirilor și dezvoltarea unor strategii alternative de reglare emoțională.

Activitatea 3: Auto-compasiune

Scop: dezvoltarea capacității de a răspunde la suferința personală cu auto-compasiune și conștientizare, în locul autocriticii, evitării emoționale sau mâncatului emoțional

Materiale necesare: fișă

Descriere: Facilitatorul îndeamnă participantele să-și permită să țină cont de toate senzațiile și sentimentele pe care le simt la moment, oricât de dificile ar fi. Li se sugerează să-și amintească, atunci când simt nevoia: „Orice aș simți, e OK. Vreau să simt.”

Facilitatorul continuă activitatea oferind următoarele indicații, într-un ritm calm și liniștitor:

„Adu-ți, încet, mâinile în zona inimii. Observă căldura palmelor tale și simte ritmul natural al respirației, felul în care pieptul se ridică și coboară la fiecare inspirație și expirație. Permite-ți să mângâi această zonă, ca pe un gest de grijă față de tine. Odată cu respirația, lasă compasiunea să pătrundă în interiorul tău și imaginează-ți cum se instalează treptat un sentiment de calm și bunătate față de propria persoană. Observă că vei lucra cu mai multe tipuri de afirmații: prima este legată de atenția conștientă asupra momentului prezent, a doua de recunoașterea apartenenței tale la experiența umană comună, iar ultimele două se referă la bunătate și auto-compasiune.”

Facilitatorul rostește apoi, lent și clar, următoarele afirmații:

„Acesta este un moment de suferință.”

„Suferința face parte din viață.”

„Pot fi blândă cu mine în acest moment.”

„Îmi pot oferi compasiunea de care am nevoie.”

Aceste fraze sunt repetate de către facilitator de patru ori, într-un ritm care permite interiorizarea lor.

„Observă cum, odată cu fiecare inspirație și expirație, inima ta se umple de înțelegere și grijă iubitoare, iar corpul este cuprins treptat de o stare de liniște și pace.”

La final, facilitatorul le invită pe participante să observe cum se simt în acest moment. Ele sunt încurajate să rețină cele patru afirmații și să le utilizeze în situații dificile, ca formă de sprijin interior. De asemenea, adolescentele pot alege să folosească și alte afirmații de auto-compasiune, precum cele propuse în tabelul următor.

Fișă. Afirmații de compasiune

Atenție conștientă	Apartenență la umanitate	Bunătate
Este greu și solicitant.	Toți oamenii experimentează, la un moment dat, suferință și se confruntă cu situații dificile.	Îmi pot oferi grijă și atenție, mie însămi și suferinței pe care o trăiesc.
Ceea ce trăiesc acum este o situație cu adevărat dificilă.	Suferința face parte din experiența umană și din procesul firesc al vieții.	Aleg să mă tratez cu bunătate și blândețe în acest moment dificil.
Experiențele prin care trec sunt dureroase și apăsătoare.	Fiecare persoană traversează momente grele și trăiește durere în felul său.	Îmi permit să fiu înțelegătoare cu mine și cu ceea ce simt.
Suferința pe care o simt este reală și validă.	Este firesc și acceptabil să mă simt așa; reacția mea este una normală.	Această parte din mine care suferă merită compasiune, alinare și sprijin.

Pentru mine, ceea ce se întâmplă în acest moment reprezintă o luptă autentică, care îmi cere multă energie și reziliență.	Și alți oameni s-au confruntat sau se confruntă cu situații similare celei prin care trec eu acum.	Îmi ofer gesturi de mângâiere, de consolare și îmi deschid inima către mine însămi. Sunt o persoană valoroasă care traversează o perioadă complicată. Îmi asum intenția de a fi îngăduitoare, răbdătoare și plină de înțelegere față de mine.
---	--	--

Temă pentru acasă:

Momentele dificile

Notează în fișă 4 afirmații pe care le vei utiliza pe parcursul zilei: una cu referire la atenția conștientă, una cu referire la apartenența la umanitate, iar celelalte două despre întâmpinarea durerii cu bunătațe. Reține-le. Ulterior fă uz de ele în momentele complicate pe parcursul zilei, timp de o săptămână. Fă-ți notițe despre felul în care acest exercițiu îți influențează gândurile, emoțiile și sentimentele.

Fișă de lucru. Auto-compasiune

Afirmația 1. (atenția conștientă):

Afirmația 2. (apartenența la umanitate):

Afirmația 3. (bunătațe):

Afirmația 4. (bunătațe):

Ziua	Momentul complicat	Influența exercițiului asupra gândurilor, emoțiilor, sentimentelor și senzațiilor corporale
Ziua 1	1. 2. 3. 4.	
Ziua 2	1. 2. 3. 4.	
Ziua 3	1. 2. 3. 4.	
Ziua 4.	1. 2. 3. 4.	
Ziua 5.	1. 2. 3. 4.	

Sesiunea 12. Principiile alimentației sănătoase

Activitatea 1: Energizare: Comunicare nonverbală prin mișcare

Scop: facilitarea colaborării și consolidarea încrederii în grup

Materiale necesare: scaune

Descriere: Participantele urcă pe scaune și primesc sarcina de a se aranja într-o anumită ordine (de ex., data nașterii, mărimea pantofului, numărul de frați/ surori), fără a vorbi. Exercițiul le provoacă să găsească modalități alternative de comunicare și să colaboreze eficient.

Activitatea 2: Alimentație sănătoasă

Scop: promovarea conștientizării principiilor alimentației sănătoase și a obiceiurilor alimentare sănătoase în rândul adolescentelor

Materiale necesare: flipchart, markere colorate

Descriere: După un exercițiu scurt de încălzire, facilitatorul invită participantele să exploreze împreună ce înseamnă alimentația echilibrată. Se propune o scurtă prezentare vizuală în care explică modelul „farfuriei sănătoase”, inspirat din ghidurile nutriționale moderne (*Harvard Healthy Eating Plate*). Pe flipchart este desenată o farfurie împărțită în patru secțiuni: jumătate este destinată legumelor și fructelor, un sfert cerealelor integrale, iar celălalt sfert – proteinelor sănătoase (pește, leguminoase, carne slabă, ouă). Se mai adaugă și o secțiune pentru grăsimi bune și hidratare. Discuția este interactivă, participantele sunt întrebat ce știu deja, ce mituri au auzit despre alimentație și cum se raportează ele la „mâncatul sănătos”.

Activitatea 3: Farfuria echilibrată

Scop: conștientizarea principiilor alimentației sănătoase

Materiale necesare: coli A3 cu forma unei farfurii conturate, imagini decupate cu alimente din reviste, lipici, flipchart, markere colorate

Descriere: După această introducere, adolescentele sunt împărțite în grupe de câte 3 persoane. Fiecărui grup i se oferă o coală A3 pe care este desenată o farfurie mare, precum și un set de imagini decupate din reviste: diferite tipuri de alimente, gustări, băuturi, dulciuri etc. Sarcina grupului este de a crea o „farfurie echilibrată” pentru o adolescentă activă, care are nevoie de energie, claritate mentală și stare de bine. Participantele aleg, decupează și lipesc alimentele pe farfurie, discutând între ele ce este potrivit și de ce. Pot adăuga și elemente simbolice (ex. apă, mișcare, somn), dacă consideră că susțin echilibrul.

După finalizarea colajelor, fiecare grup își prezintă creația și explică alegerile făcute. Facilitatorul încurajează o atmosferă pozitivă și oferă explicații suplimentare, corectând cu blândețe eventualele neînțelegeri sau stereotipuri (ex: ideea că un aliment „îngrașă” prin sine sau că trebuie evitate complet anumite gusturi).

Activitatea 4: Obiceiuri alimentare

Scop: promovarea obiceiurilor alimentare sănătoase în rândul adolescentelor

Materiale necesare: carduri cu obiceiuri alimentare, flipchart, markere colorate, post-it-uri colorate

Descriere: În a doua parte a activității, participantele primesc un set de carduri pe care sunt scrise diferite obiceiuri alimentare – unele sănătoase, altele dezechilibrate.

Carduri cu enunțuri pentru discuție în grup:

- 1) „Mănânc foarte repede, ca să termin odată.”
- 2) „Săr peste micul dejun pentru că nu îmi este foame dimineața.”
- 3) „După o zi grea, simt că merit ceva dulce.”
- 4) „Nu beau apă aproape deloc, uit să mă hidratez.”
- 5) „Uneori mănânc chiar dacă nu îmi este foame, doar ca să nu fiu singură.”
- 6) „Când sunt nervoasă, ronțai tot ce prind.”
- 7) „Încerc să evit complet pâinea, paste și cartofii.”
- 8) „Mi-e rușine să mănânc în fața altora.”
- 9) „Dacă mănânc un desert, mă simt vinovată și îmi promit că o să mănânc mai puțin a doua zi.”

- 10) „Am ore în care nu mănânc nimic, apoi îmi dau seama că sunt flămândă și mănânc mult deodată.”
- 11) „Mă compar tot timpul cu alte fete care par să mănânce mai puțin.”
- 12) „Mă bucur de mâncare atunci când este colorată și arată bine în farfurie.”
- 13) „Îmi place să mănânc împreună cu cineva, mă simt mai bine.”
- 14) „Am învățat să îmi ascult corpul și să mă opresc când simt că sunt sătulă.”
- 15) „Îmi place să aleg gustări care îmi dau energie, nu doar să mă satur.”

Fiecare participantă extrage câte un card și îl citește cu voce tare. Grupul discută: *este un obicei susținător al sănătății sau unul care poate duce la dezechilibru? Care ar fi motivația din spatele celui comportament? Ce emoție ar putea ascunde?* Participantele sunt încurajate să nu judece, ci să reflecteze cu empatie și curiozitate.

În încheiere, fiecare adolescentă completează fraza: „Un obicei alimentar sănătos pe care vreau să-l exersiez în următoarea săptămână este...” Răspunsurile vor fi scrise pe post-it-uri colorate și lipite pe panoul comun – *Resurse pentru echilibrul meu.*

Temă pentru acasă:

Alegeri sănătoase și resurse personale

Pentru a sprijini integrarea principiilor alimentației sănătoase într-un mod echilibrat, participantele sunt încurajate să realizeze un exercițiu de autoobservare pe parcursul a două săptămâni. De-a lungul fiecărei zile, acestea sunt invitate să acorde atenție momentelor în care fac alegeri alimentare conștiente sau își ascultă nevoile corpului. Participanților li se recomandă să identifice nu doar comportamentul alimentar în sine, ci și calitățile personale care au contribuit la aceste alegeri, cum ar fi responsabilitatea, autocontrolul, grija față de sine sau capacitatea de a lua decizii echilibrate. De exemplu, ele pot observa: „am ales să mănânc regulat, ceea ce arată grijă față de corpul meu” sau „am reușit să mă opresc când m-am simțit sătulă, ceea ce reflectă autocontrol”.

La finalul fiecărei zile, participantele sunt încurajate să reflecteze asupra acestor momente și să observe legătura dintre comportamentele alimentare sănătoase și resursele lor interioare, făcându-și notițe în jurnal. Exercițiul contribuie la consolidarea unei relații mai conștiente cu alimentația și la dezvoltarea unei imagini de sine bazate pe aprecierea propriilor capacități.

Sesiunea 13. Strategii de gestionare a stresului și anxietății

Activitatea 1: Harta stresului personal

Scop: identificarea factorilor declanșatori și a tiparelor de reacție la stres

Materiale necesare: coli A3, markere colorate

Descriere: Participantele desenează o hartă a stresului în viața lor, marcând sursele de stres, reacțiile corporale, emoționale și comportamentale. Se discută despre diferența dintre stres acut și cronic și despre semnele de suprasolicitare. Harta este folosită apoi ca punct de plecare pentru discuția despre mecanismele de adaptare sănătoase.

Activitatea 2: Trusa mea de calmare

Scop: dezvoltarea unui set personalizat de strategii de reglare emoțională

Materiale necesare: cutii mici sau plicuri, coli, imagini, stickere

Descriere: Participantele creează simbolic o „trusă de calmare” care conține idei, obiecte, imagini, amintiri și comportamente care le pot ajuta să se liniștească în situații de stres sau anxietate. Fiecare prezintă conținutul trusei și modul în care o va folosi. Activitatea sprijină autoreglarea și construirea unui sentiment de siguranță emoțională.

Activitatea 3: Tehnica STOPP

Scop: familiarizarea cu tehnici de reglare emoțională

Materiale necesare: fișa de lucru, pix

Descriere: Facilitatorul prezintă tehnica STOPP, explicând că aceasta este concepută pentru momentele în care emoțiile devin intense și există tendința de a reacționa impulsiv. Participantele sunt informate că tehnica este alcătuită din cinci pași, care trebuie parcurși mental, în ordine, atunci când se confruntă cu o situație emoțională dificilă. Facilitatorul subliniază că tehnica STOPP poate fi utilizată ulterior, individual, în afara cadrului activității, în situații de conflict, stres sau autoevaluare negativă. Participantele sunt încurajate să revadă materialele primite și să experimenteze aplicarea tehnicii în ritmul propriu, atunci când se vor simți pregătite. Fiecare participantă primește fișa cu tehnica STOPP.

Fișă. Tehnica STOPP

Stop! (S)/ Oprește-te

— Oprește-te pentru un moment. Fă o pauză.

Take a Breath (T)/ Respiră

— Concentrează-te asupra respirației tale. Observă cum inspiri și expiri.

Observe (O)/ Observă

- Ce gânduri îți trec prin minte chiar acum?
- Unde este concentrată atenția ta?
- La ce reacționezi?
- Ce senzații observi în corpul tău?

Pull Back (P)/ Fă un pas în spate

- Care este imaginea de ansamblu?
- Încearcă să privești situația de la distanță (chiar și la propriu).
- În ce alt mod ai putea interpreta această situație?
- Gândul tău furios este un fapt sau o opinie?
- Care ar putea fi o explicație mai rezonabilă?
- Cât de important este acest lucru, de fapt?
- Va mai conta peste șase luni?

Proceed (P)/ Acționează

- Care este cel mai potrivit lucru de făcut chiar acum?
- Ce ar fi cel mai bine pentru mine, pentru ceilalți și pentru situație?
- Ce pot face astfel încât să fie în acord cu valorile mele?
- Acționează într-un mod eficient și adecvat.

Activitatea 4: Pregătirea pentru eșec

Scop: diminuarea stresului și anxietății asociate perfecționismului și autoevaluării rigide, prin clarificarea diferenței dintre eșec și învățare, flexibilizarea standardelor personale și dezvoltarea unei perspective mai realiste asupra obiectivelor, greșelilor și procesului de dezvoltare personală

Materiale necesare: ---

Descriere: Facilitatorul pornește discuția cu gândul că cât de încrezătoare nu am fi, cât de înaltă stimă de sine am avea, oricum există posibilitatea de a fi afectați de un „eșec” răsunător sau de o întâmplare nefericită. Astfel, este important să dezvoltăm abilități pentru a face față eficient „eșecurilor”. Acest fapt este important pentru menținerea unei stime de sine puternice și sigure în fața provocărilor vieții, care, inevitabil, vor veni. Se discută în grupul mare următoarele întrebări:

1. *La ce eșuează oamenii?*

2. *Ce înseamnă „eșec“?*

3. *Ce te-a ajutat să depășești „eșecul”, în timpul, înainte și după situație?*

La ce anume „eșuează” oamenii? Câteva răspunsuri posibile: la școală; în a atinge greutatea ideală; într-un proiect creativ; în a renunța la un obicei dăunător; în a păstra standardele morale; în a-și face timp pentru distracție; în a-și atinge scopurile.

Ce anume înseamnă „eșec”? Răspunsuri posibile: nimeni nu te iubește; nu ești integrat într-un grup; ești respinsă de partener; nu ești bun de nimic.

Ce anume te-a ajutat să depășești „eșecul” în trecut? Răspunsuri posibile: discuțiile despre eșec, permisiunea de a eșua, auto-iertarea, conștientizarea că nu va conta prea mulți ani de acum încolo etc.

Analiza conceptelor:

(diagramă)

Perfecționare



Facilitatorul explică faptul că perfecțiunea desemnează ceva complet, definitiv, lipsit de defecte sau greșeli, iar apropierea de acest ideal reprezintă un proces continuu de învățare și ajustare. Un scop sau un succes se referă la realizarea unui obiectiv care contribuie la fericirea, confortul sau dezvoltarea personală. Având în vedere că oamenii se află permanent într-un proces de creștere și devenire, scopurile sunt plasate înaintea perfecțiunii, ca etape intermediare ale evoluției personale. De exemplu, o persoană își poate propune să economisească 10% din venitul său și poate atinge acest obiectiv în mod satisfăcător; totuși, chiar și atunci, modul de realizare poate fi îmbunătățit. În general, obiectivele sunt atinse într-o manieră imperfectă, existând întotdeauna spațiu pentru optimizare, indiferent de nivelul performanței obținute. Perfecționarea presupune acumularea de experiență și învățarea de a face tot mai multe lucruri într-un mod din ce în ce mai bun, fie pe parcursul urmăririi unui obiectiv, fie după atingerea acestuia.

Facilitatorul subliniază, de asemenea, că formulări globale precum „*Sunt o ratată*” exprimă, de fapt, situații concrete și limitate, cum ar fi: „*Nu am reușit să ating scopul X*”, „*Nu m-am implicat suficient pentru a-mi atinge scopul X*” sau „*Am comis o greșeală*”. O idee esențială care trebuie reținută este distincția clară dintre eșec și înfrângere. Eșecul apare atunci când o persoană este învinsă și nu extrage nicio învățătură și nu generează nicio contribuție din experiența respectivă. În schimb, atâta timp cât o înfrângere este analizată și devine o sursă de învățare, aceasta nu reprezintă un eșec, ci o lecție necesară în procesul de dezvoltare personală.

Activitatea 5: Managementul greșelilor

Scop: restructurarea gândirii disfuncționale asociate nereușitei, reducerea stresului și anxietății anticipatorii și consolidarea rezilienței psihologice, a autoacceptării și a capacității de învățare din experiențe dificile

Materiale necesare: fișe de lucru, pix

Descriere: Facilitatorul inițiază o discuție despre eșec și greșeli. În locul termenului de eșec, se recomandă utilizarea termenului de „nereușită” pentru a face referire la evenimentele/ comportamentele neplăcute și greșeli. Nereușita ar putea suna mai puțin grav decât eșecul și, de fapt, ține în mare parte de factori externi, nu de sine.

Facilitatorul relatează despre studiul elaborat de Peterson, Seligman și Vaillant în 1988, conform căruia stil de gândire pesimist al unor bărbați, la 20 și ceva de ani, creează condițiile favorabile pentru o stare fizică precară atunci când acei bărbați vor atinge vârste cuprinse între 40 și 50 de ani. Când se confruntau cu un eveniment nefericit, bărbații pesimiști se învinovăteau doar pe ei înșiși, considerând că nu vor reuși nicicând să-și îmbunătățească performanța și că insuccesul îi va urmări în toate aspectele vieții lor ulterioare.

Psihologul Donald Meichenbaum a dezvoltat *Tehnica Inoculării Stresului*. El consideră că oamenii pot fi pregătiți pentru situații stresante, dacă exersează din timp ceea ce vor gândi și face în timpul evenimentului stresant și după confruntarea cu acesta. Expunerea unor doze mici și sigure de stres ne poate ajuta să facem imunitate la stres. În cazul nostru, evenimentul stresant este analiza „nereușitei” (de exemplu, îți poți imagina că nu-ți atingi un scop, faci o greșeală semnificativă, înregistrezi o performanță precară, uiți să-ți folosești abilitățile stimei de sine atunci când cineva te critică etc.).

Pasul 1. Participantele sunt rugate vor primi fișa de mai jos. Ele sunt rugate să bifeze orice afirmație care cred ele că le-ar ajuta moral dacă le-ar folosi pentru a se confrunta eficient greșelile/ eșecurile.

Înainte situației/ evenimentului:

- ☐ Va fi plăcut dacă voi reuși, iar dacă nu, nu este nicio tragedie.
- ☐ Nu am mai făcut asta înainte, așa că voi fi puțin mai precaut până mă familiarizez.
- ☐ Aleg să privesc această situație ca pe o provocare nouă, nu ca pe un pericol sau o problemă.
- ☐ Consider că acesta este un dar, o oportunitate, o aventură sau o provocare, și nu o dificultate.
- ☐ Voi întâmpina această situație cu curiozitate, nu cu frică sau nesiguranță.
- ☐ Scopul meu este să fac o treabă bună, fără să las perfecționismul să îmi umbrească experiența.
- ☐ Am la fel de mult dreptul ca oricine să încerc acest lucru.
- ☐ Voi urmări progresul pas cu pas și voi renunța la gândirea de tipul „totul sau nimic”.
- ☐ Mă las să pornesc la drum fără a avea certitudine totală asupra tuturor detaliilor și rezultatelor, iar acest lucru este perfect în regulă.
- ☐ Sunt îndreptățită să aleg ce e mai bine pentru mine și să iau decizii cu încredere, fără justificări inutile.
- ☐ Analizez cu liniște și claritate posibilele rezultate ale acțiunilor mele.
- ☐ Dacă nu mă stresez în legătură cu erorile, îmi pot activa și mai mult creativitatea.
- ☐ Scopul meu este evoluția, nu evitarea greșelilor.
- ☐ Este perfect acceptabil să încerc ceva și să nu îmi iasă.
- ☐ Voi merge pe calea care pare cea mai potrivită.
- ☐ Mă voi destinde, voi analiza diferitele opțiuni și consecințele lor, apoi voi face cea mai bună alegere posibilă.
- ☐ Sunt pozitivă și deschisă către toate opțiunile.
- ☐ Ce anume presupune această provocare și ce pot oferi eu, realist vorbind?
- ☐ Nu trebuie să ating perfecțiunea pentru a mă descurca excelent.
- ☐ Întregul proces ar putea fi plăcut de explorat și chiar relaxant.
- ☐ Nu mă tem să risc sau să greșesc, fiindcă valoarea mea vine din cine sunt eu, nu din rezultate.
- ☐ Care este, în realitate, cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla?

Pe parcursul situației/ evenimentului:

- ☐ Este o sarcină dificilă. Respir adânc, mă relaxez și îmi focusez atenția asupra ei.
- ☐ Avansează treptat. Mă bucur de fiecare mic progres pe care îl fac.
- ☐ Pot face lucrurile fără să fie perfecte, iar asta nu reprezintă nicio tragedie.
- ☐ Toți oamenii greșesc și au imperfecțiuni. De ce aș crede că eu ar trebui să fiu altfel?
- ☐ Efortul meu de a depăși aceste imperfecțiuni și de a le modela contează cu adevărat.
- ☐ Aleg să mă destind și să mă bucur de întregul proces, inclusiv de provocări.
- ☐ Nu sunt un zeu, sunt om. Imperfecțiunile sunt firești. Voi da tot ce am mai bun.
- ☐ Îmi îndrept atenția asupra procesului. Rezultatul se va contura de la sine.
- ☐ Parcurg lucrurile în ritm propriu, pas cu pas.
- ☐ Îmi amintesc să păstrez simțul umorului. Mă ajută să realizez că nu sunt nici atât de extraordinar pe cât aș vrea, nici atât de rău cum cred alții uneori.
- ☐ Recunosc că uneori sunt așa cum nu mi-aș dori. Asta mă întristează, dar îmi arată că pot lucra la mine.
- ☐ Accept că am părți imperfecte și aleg să le iubesc și pe acestea. Această iubire îmi dă încredere că pot crește tocmai în aceste zone.
- ☐ Chiar dacă unele lucruri au mers rău, altele au mers bine. Am dobândit experiență și înțelepciune.
- ☐ Îmi voi ajusta direcția astfel încât să îmi aducă mai multă fericire.
- ☐ Sunt dispus să învăț. Pot evolua și mă pot transforma.
- ☐ Am puterea de a-mi construi viitorul.

- ☐ Pot transforma experiențele trecute în resurse valoroase.
- ☐ Merit să devin o versiune mai bună a mea și să mă dezvolt în fiecare zi.
- ☐ Am dreptul să greșesc și la fel de mult dreptul să-mi asum erorile și să le corectez cât pot.
- ☐ Acest moment dificil va trece.
- ☐ Această situație mă va ajuta să devin mai înțelept, mai puternic și mai bun.
- ☐ Am libertatea de a-mi ajusta direcția în orice moment.
- ☐ Greșeala aceasta este o oportunitate de a analiza ceea ce fac și de a vedea ce pot îmbunătăți.
- ☐ Acest lucru nu reprezintă un eșec, ci un pas înainte spre succes.
- ☐ În loc de „eșec“, prefer să folosesc termeni precum: alegere nepotrivită, judecată eronată, pas greșit, început nefericit, rătăcire temporară, întrerupere sau pregătire insuficientă.

După întâmplarea situației/ evenimentului:

- ☐ Acest lucru mă menține fixat în limitele pe care le am în prezent.
- ☐ Atunci am avut un moment de slăbiciune. A fost în trecut. Acum este altceva.
- ☐ Nu am experiență în acest domeniu, iar cei aflați la început trebuie să se aștepte uneori la greșeli.
- ☐ Acest episod nu definește tot restul vieții mele.
- ☐ Aleg să am încredere în mine.
- ☐ Îmi asum responsabilitatea de a înțelege situația, dar nu mă învinuiesc pe nedrept și nici nu mă condamn.
- ☐ Am judecat și am acționat greșit, dar asta nu înseamnă că eu, ca persoană, sunt greșit.
- ☐ Bun, și acum ce urmează? Ce opțiuni am în acest moment?
- ☐ Acest eveniment a evidențiat o slăbiciune. Este doar o parte din mine, nu întreaga mea identitate.
- ☐ Slăbiciunile sunt aspectele mele provocatoare. În esență, eu sunt valoros.
- ☐ Mă iubesc chiar și pentru asta.
- ☐ Sunt încă aici pentru mine, ca un prieten în această perioadă dificilă.
- ☐ Am curajul să mă iubesc atunci când sunt imperfect — iar acesta este un pas esențial spre dezvoltare.
- ☐ Orice s-ar fi întâmplat, rămân o persoană valoroasă, prețioasă și unică.
- ☐ Căderea mea nu reprezintă finalul meu.
- ☐ Măine va răsări din nou soarele.
- ☐ Nu are rost să regret ceea ce s-a întâmplat; trecutul rămâne trecut.
- ☐ Nimeni nu poate fi considerat „un eșec” atâta timp cât nu renunță.
- ☐ Nu voi permite să fiu învins de două ori: o dată de împrejurări și încă o dată de mine însumi.
- ☐ În timp, voi deveni mai bun. O nouă șansă va apărea.
- ☐ A fost o sarcină dificilă și complexă, îngreunată și mai mult de lipsa mea de experiență, lipsa reperelor, zgomot, vreme, temperatură, întreruperi, sentimentul de insuficiență sau alți factori clari.
- ☐ Ce pot învăța pentru data viitoare?
- ☐ Nu am puterea de a controla totul.
- ☐ Eșecul este doar un eveniment, niciodată o persoană.
- ☐ Minunat! Tocmai am ocazia să învăț ceva cu adevărat valoros.
- ☐ Eșecul nu înseamnă final. O pot lua de la capăt.
- ☐ Peste câțiva ani, va conta oare cu adevărat acest lucru?

Pasul 2. În cele ce urmează, participantele vor nota 15 afirmații pe care cred că le-ar putea memoriza pentru a le repeta înainte, pe parcurs și după ce comportamentul tău este insuficient pentru atingerea scopului stabilit (câte 5 pentru fiecare etapă). Afirmațiile nu trebuie să fie luate din lista anterioară.

Fișă de lucru. Afirmații-suport personalizate

Afirmații	1. 2.
------------------	----------

„Înainte situației/ evenimentului“	3. 4. 5.
Afirmații „Pe parcursul situației/ evenimentului“	1. 2. 3. 4. 5.
Afirmații „După întâmplarea situației/ evenimentului“	1. 2. 3. 4. 5.

Activitatea 6: Exercițiu meditativ: Regăsirea copilului lăuntric

Scop: reconectarea cu copilul lăuntric, pentru crearea unei relație interne de protecție și iubire, precum și creșterea compasiunii de sine și vindecarea emoțională

Descriere: Facilitatorul încurajează participantele să-și găsească un loc unde să se simtă comod, pentru că urmează un exercițiu meditativ.

Discursul facilitatorului:

”Relaxează-te și fii atentă la respirația ta câteva minute. Observă cum aerul intră și iese din corp. Simte aerul când inspire și când expiră. Observă diferența dintre ele și rămâi concentrată pe acest lucru.

Acum, imaginează-ți următoarea scenă. Cobori încet un șir lung de scări. Cu fiecare pas, numeri în gând de la zece la unu. Când ajungi jos, faci stânga și mergi pe un coridor lung, cu uși pe ambele părți. Fiecare ușă are un semn colorat. La capătul coridorului vezi o lumină. Treci prin ea și ajungi pe o stradă unde ai locuit înainte de vârsta de șapte ani. Mergi pe acea stradă până la casa ta. Privește casa cu atenție: acoperișul, culoarea, ferestrele și ușa.

Vezi o fetiță ieșind din casă. Privește cum este îmbrăcată și ce pantofi poartă. Apropie-te de ea. Spune-i că vii din viitor și că știi prin ce a trecut. Spune-i că îi cunoști durerea, singurătatea, rușinea. Spune-i că tu ești persoana pe care nu o va pierde niciodată. Întreab-o dacă vrea să vină cu tine. Dacă nu, spune-i că te vei întoarce mâine. Dacă acceptă, ia-o de mână și plecați împreună. Simte căldura mâinii ei și bucuria de a fi împreună.

În timp ce vă îndepărtați, îi vezi pe părinții tăi ieșind afară. Fă-le cu mâna și continuă să mergi. Privește peste umăr cum devin tot mai mici, până dispar.

După colț, vezi Puterea ta interioară și prietenii apropiați așteptându-te. Îmbrățișează-i. Lasă această putere să intre în inima ta. Privește cum toți primesc copilul cu bucurie. Îmbrățișează fetița și simte cât de cald te strânge. Ține-o de mână și imaginează-ți cum devine tot mai mică, până încapă în palma ta. Sau simte cum intră în tine și te umple cu bucurie, speranță și energie. Spune-i că o vei păstra mereu în inima ta. Promite-i că vă veți întâlni zilnic, timp de cinci minute. Alege o oră și respectă această promisiune.

Acum imaginează-ți că mergi într-un loc frumos, în aer liber. Stai acolo și gândește-te la tot ce ai trăit. Simte legătura cu tine, cu puterea ta interioară și cu tot ce este în jur. Ridică privirea spre cer și vezi norii formând cifra cinci. Apoi cinci devine patru și simți picioarele tale. Patru devine trei și simți viața în stomac și în brațe. Trei devine doi și simți viața în mâini, pe față și în tot corpul. Știi că devii complet prezentă. Doi devine unu. Revii complet aici și acum, păstrând în tine această experiență.”

Temă pentru acasă:

Repetiția mentală a situațiilor dificile

Pentru a sprijini gestionarea stresului și anxietății, participantele sunt încurajate să aleagă zilnic, timp de o săptămână, o situație percepută ca având „potențial de nereușită”. Acestea sunt invitate să aloce 15-20 de minute pentru a-și imagina desfășurarea situației în trei etape: înainte, în timpul confruntării cu situația și după.

În etapa „înainte”, participantele sunt încurajate să observe gândurile și emoțiile anticipate și să le reformuleze într-o manieră mai realistă. În timpul situației, acestea își imaginează cum gestionează

dificultățile, menținând o atitudine calmă și continuând acțiunea. După, participantele sunt încurajate să formuleze concluzii echilibrate, evitând autocritica excesivă.

La final, participantele sunt încurajate să noteze o resursă personală observată (ex. curaj, perseverență). Exercițiul contribuie la reducerea anxietății și la dezvoltarea încrederii în sine.

Sesiunea 14. Comunicare asertivă și exprimarea nevoilor personale

Activitatea 1: Stiluri de comunicare

Scop: facilitarea diferențierii între comunicarea pasivă, agresivă, pasiv-agresivă și asertivă

Materiale necesare: foi, pixuri, scenarii de conversație

Descriere: Facilitatorul invită participantele să reflecteze, pentru câteva momente, asupra modului în care obișnuiesc să comunice atunci când au o nevoie importantă de exprimat. Participantele primesc câteva cartonașe cu enunțuri care descriu situații simple de viață. Pentru fiecare situație, facilitatorul le încurajează să scrie pe post-it-uri cum ar reacționa, completând propoziția: „În această situație, eu aș spune...”. Răspunsurile nu se citesc încă.

În cele ce urmează, facilitatorul explică pe scurt că există diferite stiluri de comunicare: pasiv, agresiv, pasiv-agresiv și asertiv, și că fiecare persoană le poate utiliza, în funcție de context, stare emoțională sau experiențe anterioare. Facilitatorul oferă exemple clare și descrie caracteristicile și manifestările fiecărui stil de comunicare.

În etapa finală, facilitatorul invită participantele să identifice în ce stil au răspuns în situația inițială. Se sugerează reformularea răspunsurilor într-o variantă asertivă, care să includă exprimarea clară a nevoii personale, a emoției asociate și a unei solicitări concrete. Activitatea încheie cu o scurtă reflecție de grup asupra modului în care exprimarea nevoilor influențează relațiile și starea emoțională.

Fișă. Cartonașe cu situații

<i>Ai stabilit o întâlnire, dar cealaltă persoană întârzie frecvent, fără să anunțe.</i>	<i>Cineva îți cere ajutor într-un moment în care ești oboseă și ai nevoie de timp pentru tine.</i>	<i>Un coleg sau o colegă vorbește peste tine sau nu îți oferă spațiu să îți exprimi opinia.</i>
<i>O persoană apropiată face comentarii care te fac să te simți incomfortabil sau criticată.</i>	<i>Cineva îți folosește lucrurile personale fără să îți ceară permisiunea.</i>	<i>Nu ești de acord cu o decizie luată într-un grup, dar îți este dificil să îți exprimi punctul de vedere.</i>
<i>Ai nevoie de clarificări sau explicații suplimentare, dar te temi că vei părea „prea insistentă”.</i>	<i>O prietenă îți solicită constant atenție, iar tu simți nevoia de mai mult spațiu personal.</i>	<i>Cineva te întrerupe sau îți minimizează emoțiile atunci când încerci să vorbești despre ceva important pentru tine.</i>
<i>Ai primit o sarcină suplimentară, deși programul tău este deja foarte încărcat.</i>	<i>Cineva face glume pe seama ta, iar deși pare „în joacă”, te simți rănită sau incomfortabil.</i>	<i>Ai nevoie de timp suplimentar pentru a finaliza o sarcină, dar îți este greu să ceri acest lucru de teamă să nu dezamăgești.</i>

Activitatea 2: Exprimarea nevoilor personale în mod asertiv

Scop: dezvoltarea capacității de a identifica, formula și exprima nevoile personale într-un mod clar și asertiv

Materiale necesare: fișe de lucru, foi, pix

Descriere: Facilitatorul deschide sesiunea cu o întrebare-reflecție: „*Când a fost ultima dată când ți-ai spus cu voce tare ce ai nevoie cu adevărat? Și cui ai spus asta?*” Se discută în cerc despre ideea că nevoile personale nu sunt „pretenții”, ci expresii ale respectului de sine.

Etapa 1. Identificarea nevoilor personale (20 min). Participantele completează o fișă cu propoziții incomplete. Se lucrează individual, apoi se face o împărtășire voluntară în perechi.

Fișă de lucru. Identificarea nevoilor personale

Am nevoie de mai mult...

Mă simt bine când...

Aș vrea ca ceilalți să...

Mă simt neînțeleasă atunci când...

Etapa 2. Exprimare prin metoda OSBN (20 min). Facilitatorul prezintă pe flipchart modelul OSBN din comunicarea non-violentă. Participantele aplică modelul pentru una dintre situațiile personale și o reformulează folosind OSBN.

Fișă de lucru. Aplicarea modelului OSBN

Observ: „*Atunci când...*”

Simt: „*...mă simt...*”

Baie de nevoi: „*...pentru că am nevoie de...*”

Nevoie exprimată: „*Aș aprecia dacă...*”

Exemplu: „*Atunci când îmi spui că exagerez cu emoțiile mele, mă simt rănită pentru că am nevoie de acceptare. Aș aprecia dacă ai asculta fără să mă judeci.*”

Etapa 3. Antrenament și feedback (20 min). Participantele lucrează în triade: o persoană formulează mesajul OSBN, una joacă rolul receptorului, iar a treia oferă feedback despre claritate și autenticitate. Se încheie cu un cerc de reflecție: *Ce a fost dificil? Ce a fost eliberator?*

Activitatea 3: Joc de rol

Scop: dezvoltarea și consolidarea abilităților de comunicare asertivă, de gestionare constructivă a conflictelor și de exprimare clară a nevoilor și emoțiilor

Materiale necesare: fișe cu situații

Descriere: Participantele lucrează în aceleași triade. Fiecărui grup i se oferă o situație specifică de conflict sau de neînțelegere. Fiecare participantă își asumă un rol clar definit, iar facilitatorul le încurajează să formuleze mesaje folosind structuri asertive, să își exprime emoțiile într-un mod direct și respectuos și să își susțină punctul de vedere fără agresivitate sau pasivitate.

Pe parcursul exercițiului, facilitatorul observă interacțiunile și intervine doar pentru clarificări sau pentru a susține procesul de reflecție. După fiecare joc de rol, urmează o etapă de debriefare, în care participantele sunt invitate să reflecteze asupra experienței, se analizează dificultăților întâmpinate și elementele care au funcționat bine. Se discută diferența dintre comunicarea pasivă, agresivă și asertivă, precum și impactul acestora asupra relațiilor interpersonale și stării emoționale.

Situația 1.

Sunteți implicați într-un proiect de grup. Observați că unul dintre colegi nu își îndeplinește responsabilitățile și contribuie insuficient la munca de echipă.

Cum comunicați pentru a soluționa eficient problema?



Situația 2.

Sunteți un grup de prieteni și vreți să planificați o excursie. Întâmpinați dificultăți în luarea deciziilor și în a respecta preferințele și nevoile fiecărui membru al grupului.

Cum comunicați pentru a soluționa eficient problema?



Situația 3.

Tu și părinții tăi aveți opinii diferite cu privire la regulile familiei legate de orele de ieșire în oraș și vă confrunțați cu dificultăți în comunicarea și negocierea acestor reguli.

Cum comunicați pentru a soluționa eficient problema?



Situația 4.

Tu și fratele/ sora ta vă confrunțați cu dificultăți în rezolvarea conflictelor legate de împărțirea timpului petrecut la calculator.

Cum comunicați pentru a soluționa eficient problema?



Situația 5.

Te confrunți cu presiune din partea colegilor tăi pentru a adopta anumite comportamente distructive - fumat și consum de alcool. Asta nu corespunde cu valorile tale personale și, deci, poate duce la conflicte interne.

Cum comunicați pentru a soluționa eficient problema?



Temă pentru acasă:

Exprimarea clară a nevoilor personale

Pentru a dezvolta abilitățile de comunicare asertivă, participantele sunt încurajate să realizeze un exercițiu practic pe parcursul a șapte zile. În fiecare zi, acestea sunt invitate să identifice o situație concretă în care au o nevoie, o dorință sau o limită personală pe care, de obicei, evită să o exprime. Participantele sunt încurajate să formuleze în mod conștient un mesaj asertiv, folosind structuri simple, de tipul: „*Eu simt...*”, „*Am nevoie de...*”, „*Aș prefera...*”. Ulterior, acestea sunt invitate să exprime acest mesaj într-un mod calm și respectuos, fie direct în situația reală, fie, dacă nu este posibil, printr-o repetiție mentală. După fiecare experiență, participantele sunt încurajate să reflecteze asupra modului în care s-au simțit și asupra reacțiilor celorlalți, identificând un aspect pozitiv al comportamentului lor. Exercițiul contribuie la creșterea conștientizării nevoilor personale, la reducerea anxietății în interacțiuni și la dezvoltarea unei comunicări mai autentice și echilibrate.

Sesiunea 15. Exersarea drepturilor mele personale

Activitatea 1: Drepturile mele personale

Scop: recunoașterea, conștientizarea și asumarea drepturilor personale

Materiale necesare: flipchart, cartonașe, markere

Descriere: Facilitatorul introduce tema drepturilor personale, explicând că acestea reprezintă drepturi psihologice de bază, esențiale pentru respectul de sine, comunicarea sănătoasă și relațiile echilibrate. Facilitatorul pune accent pe faptul că exercitarea drepturilor personale nu înseamnă egoism sau lipsă de empatie, ci *asumarea responsabilă a propriilor nevoi, emoții și limite*.

Participantele primesc fișa de lucru 1 pe care sunt trecute enunțuri de tipul „*Am dreptul să...*”, lăsate intenționat nefinalizate. Ele sunt invitate să completeze individual aceste enunțuri, reflectând asupra drepturilor pe care și le recunosc sau pe care le consideră dificil de exercitat (de exemplu: „*Am dreptul să spun nu*”, „*Am dreptul să greșesc*”, „*Am dreptul să îmi schimb opinia*”, „*Am dreptul să cer ajutor*”). Facilitatorul încurajează completarea sinceră, fără a se compara cu cineva.

În etapa următoare, participantele sunt invitate să aleagă două sau trei drepturi personale pe care le exercită mai greu și să le discute în perechi, explorând situații concrete din viața lor în care aceste drepturi au fost neglijate sau încălcate.

Ulterior, facilitatorul propune un scurt exercițiu de formulare asertivă, în care participantele transformă drepturile alese în mesaje clare de comunicare (de exemplu: „*Am dreptul să îmi exprim nevoia de odihnă, chiar dacă ceilalți se așteaptă să fiu mereu disponibilă*”) (fișa de lucru 2).

Activitatea încheie cu reflecție de grup asupra impactului exercitării drepturilor personale asupra stimei de sine, reducerii stresului și anxietății și îmbunătățirii relațiilor interpersonale.

Fișă de lucru 1 . Am dreptul să...

- 1) *Am dreptul să ...*
- 2) *Am dreptul să ...*
- 3) *Am dreptul să ...*
- 4) *Am dreptul să ...*
- 5) *Am dreptul să ...*
- 6) *Am dreptul să ...*
- 7) *Am dreptul să ...*
- 8) *Am dreptul să ...*
- 9) *Am dreptul să ...*
- 10) *Am dreptul să ...*
- 11) *Am dreptul să ...*
- 12) *Am dreptul să ...*
- 13) *Am dreptul să ...*
- 14) *Am dreptul să ...*
- 15) *Am dreptul să ...*
- 16) *Am dreptul să ...*
- 17) *Am dreptul să ...*
- 18) *Am dreptul să ...*
- 19) *Am dreptul să ...*
- 20) *Am dreptul să ...*

Fișă de lucru 2. Am dreptul să..., chiar dacă...

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| 1) <i>Am dreptul să ...,</i> | <i>chiar dacă ...</i> |
| 2) <i>Am dreptul să ... ,</i> | <i>chiar dacă ...</i> |
| 3) <i>Am dreptul să ... ,</i> | <i>chiar dacă ...</i> |

4) <i>Am dreptul să ... ,</i>	<i>chiar dacă ...</i>
5) <i>Am dreptul să ... ,</i>	<i>chiar dacă ...</i>
6) <i>Am dreptul să ... ,</i>	<i>chiar dacă ...</i>
7) <i>Am dreptul să ... ,</i>	<i>chiar dacă ...</i>
8) <i>Am dreptul să ... ,</i>	<i>chiar dacă ...</i>
9) <i>Am dreptul să ... ,</i>	<i>chiar dacă ...</i>
10) <i>Am dreptul să ... ,</i>	<i>chiar dacă ...</i>
11) <i>Am dreptul să ... ,</i>	<i>chiar dacă ...</i>
12) <i>Am dreptul să ... ,</i>	<i>chiar dacă ...</i>
13) <i>Am dreptul să ... ,</i>	<i>chiar dacă ...</i>
14) <i>Am dreptul să ... ,</i>	<i>chiar dacă ...</i>
15) <i>Am dreptul să ... ,</i>	<i>chiar dacă ...</i>
16) <i>Am dreptul să ... ,</i>	<i>chiar dacă ...</i>
17) <i>Am dreptul să ... ,</i>	<i>chiar dacă ...</i>
18) <i>Am dreptul să ... ,</i>	<i>chiar dacă ...</i>
19) <i>Am dreptul să ... ,</i>	<i>chiar dacă ...</i>
20) <i>Am dreptul să ... ,</i>	<i>chiar dacă ...</i>

Activitatea 2: Vocea mea contează

Scop: antrenarea dreptului de a avea și exprima opinii și nevoi personale, consolidarea sentimentul de valoare personală, reducea inhibiției, anxietății relaționale

Materiale necesare: fișa de lucru, pix

Descriere: Facilitatorul începe activitatea prin a explica participantelor că stima de sine este strâns legată de dreptul de a avea o opinie, de a fi auzită și de a fi luată în considerare. Facilitatorul subliniază că multe persoane își invalidează propriile gânduri sau emoții înainte ca acestea să fie exprimate, din teama de respingere sau critică.

Participantele sunt invitate să lucreze individual și să identifice o situație recentă sau frecventă în care nu și-au exprimat punctul de vedere, deși ar fi avut nevoie sau dorință să o facă. Fără a intra în detalii intime, ele notează pe fișa de lucru ce ar fi dorit să spună, ce emoție a fost prezentă și ce nevoie personală se afla în spatele acesteia (de exemplu: nevoia de respect, de claritate, de validare).

În continuare, facilitatorul propune formularea asertivă a gândului, invitând participantele să transforme mesajul notat într-o exprimare clară și echilibrată, de tipul: „*Pentru mine este important..., pentru că..., și aș avea nevoie de...*”. Accentul este pus pe exprimarea nevoii, nu pe acuzarea celui alt.

Ulterior, participantele vor exercita verbalizarea mesajului în perechi, având roluri de vorbitor și ascultător. Persoana care ascultă are sarcina de a reflecta mesajul auzit, fără a oferi soluții sau judecăți, consolidând astfel experiența de a fi auzită și validată.

Fișă de lucru. Ce mi-aș dori să spun

Ce mi-aș fi dorit să spun	Emoția trăită	Nevoia personală din spatele emoției	Formularea asertivă a gândului

Activitatea 3: Arta de a spune NU – fără vină, cu respect

Scop: exersarea refuzului asertiv și gestionarea fricii de respingere sau vină atunci când se stabilește o limită

Materiale necesare: fișe de scenarii, pixuri, cartonașe cu drepturi personale

Descriere: Facilitatorul începe cu întrebarea: „Ce simți când spui NU? Dar când ai vrea să spui NU și nu reușești?” Se discută barierele emoționale legate de refuz: teama de a fi respinsă, vinovăție, nevoia de aprobare etc. Se introduce ideea de drept personal de a refuza fără justificări excesive.

Etapa 1. Clarificarea convingerilor despre refuz (15 min). Participantele discută în grupuri mici enunțuri. Se confruntă aceste idei cu realitatea și se reformulează convingeri alternative.

Fișă de lucru. Enunțuri pentru discuții.

*Dacă spun NU, ceilalți mă vor respinge.
Este egoist să mă pun pe mine pe primul loc.
Trebuie să-i mulțumesc pe toți ca să fiu iubită.
Mai bine spun DA decât să-i supăr.
Dacă refuz, ceilalți nu vor mai apela la mine niciodată.
O persoană bună este întotdeauna disponibilă.
E o rușine să dezamăgești pe cineva.
E mai sigur să fac ce mi se cere decât să-mi asum un conflict.
Dacă am timp liber, e nedrept să nu ajut pe alții.
E nevoie să dau explicații detaliate ca să pot spune NU.
Refuzul înseamnă lipsă de empatie.
Dacă nu sunt de acord, înseamnă că sunt o persoană dificilă.*

Etapa 2. Scenarii de refuz (30 min). Fiecare participantă primește câte un scenariu. Participantele exersează răspunsul de refuz în formulare asertivă, care include: respect pentru celălalt, claritate, fermitate, lipsa justificărilor inutile.

Fișă de lucru. Scenarii pentru joc de rol

- 1) „Împrumută-mi tu rochia pentru bal” - O colegă apropiată îți cere să-i împrumuți o rochie elegantă pentru un eveniment important, dar este o piesă vestimentară la care ții foarte mult și nu te simți confortabil să o dai. Ea insistă spunând că „oricum nu o porți des”.

- 2) „Ajută-mă să rezolv testul, te rog!” - O colegă de clasă îți cere să o ajuți în timpul unui test, deși știi că nu este corect și ai putea avea probleme. Te simți presată, mai ales că știi că trece printr-o perioadă dificilă acasă.
- 3) „Vino și la repetițiile suplimentare în weekend” - Coordonatoarea unui proiect extrașcolar te invită să participi la o activitate suplimentară în weekend, deși tu ți-ai planificat acel timp pentru odihnă și pentru a fi cu familia. Te temi că dacă refuzi, îți vei pierde locul în proiect.
- 4) „Să păstrăm secret ceea ce ți-am spus” - O prietenă îți dezvăluie că are comportamente autodistructive și îți cere să nu spui nimănui. Tu simți că e nevoie de ajutor profesionist, dar nu știi cum să-i refuzi cererea fără să o trădezi.

Etapa 3. Împărtășire și validare (15 min). Participantele citesc drepturi personale de pe cartonașe („Am dreptul să spun NU fără să mă simt vinovată”) și discută care dintre ele le provoacă disconfort sau eliberare. În încheiere, fiecare participantă scrie pe un bilețel un refuz pe care și-l dă voie să-l exprime în viața de zi cu zi (poate fi metaforic, ex: „Îmi dau voie să spun NU perfecțiunii”).

Temă pentru acasă:

Exersarea drepturilor personale

Facilitatorul le propune participantelor ca, pe parcursul următoarelor 7 zile, să se axeze pe observarea și exersarea drepturilor personale în viața de zi cu zi. Fiecare participantă este invitată să aleagă zilnic o situație concretă în care a avut ocazia să își recunoască sau să își exercite un drept personal (de exemplu: dreptul de a avea emoții, dreptul de a cere clarificări, dreptul de a greși, dreptul de a avea nevoie de timp, dreptul de a-și exprima opinia). Pentru fiecare situație, participantele vor nota în fișa de lucru, într-un mod concis, următoarele aspecte: situația concretă; dreptul personal implicat; ce au făcut sau spus în acel moment; ce ar fi făcut diferit, dacă și-ar fi permis pe deplin să își exercite dreptul; cum s-au simțit emoțional după această reflecție. Facilitatorul subliniază că scopul exercițiului nu este evaluarea performanței sau corectitudinea reacțiilor, ci observarea, conștientizarea și învățarea din experiență. Exercițiul se va relua și discuta la începutul următoarei sesiuni.

Fișă de lucru. Exersarea drepturilor personale

Ziua	Situația concretă (ce s-a întâmplat, pe scurt)	Dreptul personal implicat	Ce au făcut sau spus în acel moment	Ce ar fi făcut diferit dacă și-ar fi permis pe deplin să își exercite dreptul	Starea emoțională în urma reflecției
Ziua 1					
Ziua 2					
Ziua 3					
Ziua 4					
Ziua 5					
Ziua 6					
Ziua 7					

Sesiunea 16. Stabilirea limitelor sănătoase și relațiile interpersonale

Activitatea 1: Ce permit și ce nu permit

Scop: identificarea limitelor personale și consolidarea respectului de sine

Materiale necesare: foi, pixuri, scenarii sociale

Descriere: Participantele analizează diferite scenarii (ex: cineva comentează greutatea, insistă să mănânce sau să slăbești etc.) și decid ce comportamente acceptă sau nu. Se discută cum pot fi exprimate limitele în mod clar și calm. Se formulează răspunsuri de tip: „Când faci X, mă simt Y, aș prefera Z.”

Activitatea 2: Roluri și limite în relații

Scop: conștientizarea dinamicilor relaționale și a importanței granițelor psihologice

Materiale necesare: coli, markere, cercuri relaționale

Descriere: Participantele desenează un cerc relațional cu trei niveluri: foarte aproape, aproape, cunoscuți. Scriu persoane din viața lor în funcție de apropiere și discută ce tip de limite se aplică în fiecare cerc. Se evidențiază necesitatea granițelor pentru protejarea identității personale și a echilibrului emoțional.

Activitatea 3: Condițiile externe și condamnarea sinelui

Scop: construirea abilității de a recunoaște condițiile externe neplăcute fără a condamna sinele esențial

Descriere: Facilitatorul comunică participantelor că scopul activității este recunoașterea situațiilor neplăcute din exterior fără a pune sub semnul întrebării valoarea personală. Se explică faptul că persoanele cu o stimă de sine scăzută au adesea gânduri de tipul „*Pentru că... în consecință*”. De exemplu, atunci când apare o dificultate, ele ajung să creadă că, din cauza acelei situații, nu sunt bune ca persoane. Se accentuează că acest tip de gândire diminuează stima de sine și sigur nu contribuie la dezvoltarea ei.

Participantele sunt încurajate să evite gândurile de tipul „*Pentru că... în consecință*”. Facilitatorul le explică faptul că există o alternativă mai sănătoasă, și anume formularea gândurilor de tipul „*Deși... totuși*”. Această abordare le va ajuta să răspundă într-un mod realist și optimist la situațiile dificile și să își păstreze sentimentul de valoare personală.

Adolescentele vor învăța că, folosind formularea „*Deși... totuși*”, pot separa ceea ce li se întâmplă din exterior de valoarea lor ca persoane. Astfel, în loc să se judece dur pe ele însele din cauza unei situații neplăcute, ele vor reuși să recunoască dificultatea și, în același timp, să își mențină o stimă de sine pozitivă. O formulare constructivă sună în felul următor:

Deși _____ (un factor extern), totuși _____ (o afirmație a valorii)

De exemplu: „*Deși am obținut o notă mică, totuși continui să fiu o persoană valoroasă.*”

Alte expresii care ar putea urma după „*totuși*” sunt:

- *Totuși, continui să fiu valoroasă.*
- *Totuși, continui să fiu o persoană importantă.*
- *Totuși, valoarea mea nu se schimbă.*

Participantele vor forma perechi pentru acest exercițiu. Una dintre participante va fi rugată să-i spună colegei diverse lucruri negative, fie adevărate, fie false, precum: *Chiar ai eșuat!// Mama-natură și-a bătut joc de tine!// Mormăi sub nas mereu când vorbești!// Îmi este aproape imposibil să te suport!// Ești o ratată!* La fiecare critică, participanta căreia i se aruncă replici, va răspunde cu o afirmație de tipul „*Deși... totuși*”. Participantele sunt încurajate să apelezi la unele tehnici din terapia cognitivă. De exemplu, dacă persoana este numită „ratată”, ar putea veni cu un asemenea răspuns: „*Deși unele lucruri nu-mi reușesc așa cum mi-aș dori, totuși...*” sau „*Indiferent de ceea ce spui tu, valoarea mea nu se schimbă.*” După lucrul în echipe, se discută în cercul mare despre cum a fost experiența.

Temă pentru acasă:

„Deși... totuși”

Facilitatorul comunică participantelor că, timp de șase zile, vor observa și analiza situații care le-ar putea afecta stima de sine. Participantele vor alege, pentru fiecare zi, câte trei situații care au potențialul de a le face să se simtă mai puțin valoroase. Facilitatorul explică faptul că afirmația de tipul „*Deși... totuși*” este utilă mai ales în momentul în care apare situația respectivă. Totodată, adolescentele sunt încurajate să folosească această abilitate și după ce evenimentul s-a încheiat. Pentru a exersa, participantele vor descrie pe scurt fiecare situație în a doua coloană, vor formula răspunsul de tipul „*Deși... totuși*” în a treia coloană, iar apoi vor nota ce rezultat a avut această afirmație asupra felului în care se simt.

Fișă de lucru: „Deși... totuși”

Data	Situația	Răspunsul oferit	Rezultatul
Ziua 1			
1.			

2.			
3.			
Ziua 2			
1.			
2.			
3.			
Ziua 3			
1.			
2.			
3.			
Ziua 4			
1.			
2.			
3.			
Ziua 5			
1.			
2.			
3.			
Ziua 6			
1.			
2.			
3.			

Sesiunea 17. Stima de sine

Activitatea 1: Nu vreau să mă laud, dar...

Scop: promovarea acceptării și exprimării calităților personale

Materiale necesare: foi, pixuri

Descriere: Participantele sunt invitate să completeze două enunțuri: „Nu vreau să mă laud, dar...” și „Nu vreau să fiu prea autocritică, dar...”, fiecare în 3-5 variante. Scopul este de a normaliza exprimarea calităților și a vulnerabilităților, fără teama de judecată. Discuția de grup evidențiază cât de des ne autocenzurăm.

Activitatea 2: Oglinda valorii mele

Scopul: sprijinirea dezvoltării stimei de sine prin valorizarea calităților personale, recunoașterea resurselor interioare și cultivarea unei relații pozitive cu sinele

Materiale necesare: oglinzi mici (sau foi laminate care reflectă), fișe de autoexplorare, post-it-uri colorate, markere, stickere decorative, plicuri simple sau decorate (câte unul pentru fiecare participantă), muzică ambientală liniștitoare

Descriere: Facilitatorul invită participantele să se așeze în cerc, într-un spațiu calm și prietenos, unde au fost pregătite materialele. Atmosfera este una caldă și de susținere. Activitatea începe cu o introducere empatică: „Astăzi ne vom opri pentru o clipă și ne vom întoarce privirea către o persoană pe care, de multe ori, o judecăm prea aspru: propria noastră persoană. Vom lucra împreună pentru a descoperi ce ne face valoroase dincolo de ceea ce se vede.”

Etapa 1. Explorarea resurselor interioare (20 minute). Fiecare participantă primește o fișă de autoexplorare cu întrebări deschise, menite să activeze reflecția asupra calităților, reușitelor și aspectelor care contribuie la imaginea de sine pozitivă. Participantele completează fișele în liniște, având libertatea să răspundă sincer, fără a fi evaluate sau comparate.

„Ce apreciez cel mai mult la mine, ca persoană?”

„O situație în care m-am comportat cu curaj a fost...”

„Ce spun ceilalți că le place la mine?”

„Un lucru mic, dar special, care mă face unică este...”

Etapa 2. Privirea în oglinda interioară (20 minute). Fiecare adolescentă primește o oglindă mică sau o suprafață reflectorizantă. Facilitatorul le invită să se privească timp de 1–2 minute în tăcere: „*Privește-te cu blândețe. Nu te opri doar la trăsăturile fizice. Caută să vezi în oglindă tot ceea ce ești tu – dincolo de aparențe: emoții, visuri, intenții, calități... persoana frumoasă și întreagă care ești.*” Apoi, li se oferă post-it-uri colorate pe care sunt rugate să scrie 2–3 mesaje pentru sine, formulate din perspectiva stimei de sine:

Fișă de lucru. Oglinda interioară

„Îmi mulțumesc pentru că...”

„Mă prețuiesc pentru că...”

„Merit să fiu iubită pentru că...”

Fiecare participantă își lipește bilețelele pe marginea oglinzii sau le introduce într-un plic personalizat. Acest plic devine simbolul valorii personale pe care îl va lua cu sine la finalul programului.

Etapa 3. Împărtășire voluntară și validare din grup (20 minute). Cine dorește poate citi un mesaj de pe bilețel. Celelalte participante sunt încurajate să contribuie cu aprecieri autentice și constructive, completând: „*Ce văd frumos la tine este...*”, „*Ceea ce îmi inspiră prezența ta este...*”. Se creează un spațiu de acceptare profundă, valorizare și sprijin reciproc. Facilitatorul susține exprimările pozitive și blânde, încurajând participantele să-și întărească stima de sine prin autovalidare și conectare sinceră cu ceilalți.

Etapa 4. Reflecție finală (20 minute). Activitatea se încheie cu un moment de reflecție ghidată, în care fiecare completează fraza: „*Astăzi mi-am dat seama că eu...*” „*Un mesaj pe care vreau să-l păstrez pentru mine este...*”. Participantele păstrează plicul cu mesajele de stimă de sine și sunt încurajate să-l recitească ori de câte ori au nevoie să-și amintească cine sunt cu adevărat.

Activitatea 3: Afirmații pozitive despre sine

Scop: contesta distorsiunea cognitivă de tip „totul sau nimic”, înlocuirea treptată cu o perspectivă mai echilibrată, realistă și binevoitoare față de sine

Materiale necesare: fișă de lucru, pix

Descriere: Facilitatorul încurajează participantele să își creeze, mai întâi, un spațiu sigur, confortabil și liniștit. Acest timp este dedicat exclusiv lor, un moment de pauză și de reconectare cu sine.

Odată instalate într-o stare de calm, participantele sunt încurajate să înceapă să își îndrepte atenția către propriile calități. Ele vor alcătui o listă de zece afirmații pozitive despre sine, care să fie importante pentru ele și, în același timp, realiste și adevărate. Afirmațiile pot fi inspirate din exemplele discutate anterior sau pot fi create în mod personal, în funcție de ceea ce fiecare participantă consideră relevant. Pot face referire la roluri asumate (în familie, în grupul de prieteni, la școală sau într-o activitate preferată) sau la trăsături personale, precum responsabilitatea, ordinea, capacitatea de a asculta sau de a coopera. Atunci când este menționat un rol în care se simt competente, participantele sunt încurajate să adauge acele

caracteristici personale care explică de ce reușesc în acel rol. Se subliniază faptul că rolurile se pot schimba de-a lungul vieții, însă trăsăturile de caracter și calitățile personale pot fi valorificate în contexte diferite.

După formularea celor zece afirmații, participantele le notează în fișa de lucru. Pentru fiecare afirmație, sunt invitate să se oprească timp de unul sau două minute și să mediteze asupra ei, căutând dovezi concrete care susțin veridicitatea acesteia. Acest proces se repetă pentru fiecare afirmație, într-un ritm propriu, fără grabă.

Dacă doresc, participantele pot alege să scrie afirmațiile pe cartonașe și să le poarte cu ele pe parcursul zilei, ca o formă de sprijin interior constant. Unele persoane constată că această variantă le ajută să revină mai ușor la gânduri apreciative în momentele dificile.

Fișă de lucru. Afirmații pozitive despre sine

	Afirmații pozitive
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
	Afirmații adiționale
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Temă pentru acasă:

Afirmații pozitive despre mine

Repetă exercițiul „*Afirmații pozitive despre sine*” timp de șapte zile. În fiecare zi, adaugă o afirmație adițională în spațiul oferit. De mai multe ori în fiecare zi, uite-te la un lucru din listă și, cam două minute, gândește-te la dovezile exactității lui.

Sesiunea 18. Profilul de personalitate și planul de dezvoltare

Activitatea 1: Testul 16 Personalități

Scop: autocunoaștere prin identificarea unui profil de personalitate

Materiale necesare: telefon cu acces la internet, foi de lucru, fișa de reflecție

Descriere: Participantele completează online testul *16 Personalități*. După obținerea profilului, sunt ghidate să reflecteze asupra următoarelor dimensiuni: trăsături dominante, puncte forte, interese, valori, puncte slabe. Fiecare completează o fișă de reflecție. Se încurajează discuția în grup despre ce au descoperit nou despre ele însele.

Etapa 1. Autoanaliză ghidată: Cine sunt eu acum? Fiecare participantă primește o fișă de reflecție cu întrebări inspirate din rezultatele testului de personalitate: *Care sunt 3 puncte forte ale personalității mele? În ce situații simt că aceste calități mă ajută? Care sunt 2 aspecte pe care aș dori să le îmbunătățesc?*

Ce m-a surprins sau m-a făcut să reflectez în profilul meu? Participantele lucrează în ritm propriu, având libertatea de a fi sincere și introspective.

Etapa 2. Oglindirea în pereche: Cum sunt văzută de ceilalți? După completarea fișelor, adolescentele formează perechi și fac schimb de feedback verbal. Li se oferă o mică structură de dialog, de tipul: „Ceea ce apreciez la tine este...”, „O calitate pe care o ai și poate nu o vezi suficient este...”, „Te încurajez să continui să...” Această etapă stimulează reflecția empatică și validarea externă, contribuind la consolidarea unei imagini de sine pozitive și realiste.

Fișă de reflecție. Eu ca personalitate

1) *Care sunt 3 puncte forte ale personalității mele?*

2) *În ce situații simt că aceste calități mă ajută?*

3) *Care sunt 2 aspecte pe care aș dori să le îmbunătățesc?*

4) *Ce m-a surprins sau m-a făcut să reflectez în profilul meu?*

Activitatea 2: Planul meu de creștere personală

Scop: identificarea resurselor personale și a direcțiilor concrete de dezvoltare personală, în baza profilului de personalitate și a feedbackului din grup

Materiale necesare: pixuri, markere colorate, coli A3 (pentru planuri vizuale), muzică ambientală, stickere motivaționale*

Descriere: După ce au reflectat asupra punctelor forte și slabe descoperite în cadrul activității *Testul 16 Personalități*, facilitatorul sugerează participantelor să creeze un plan personal de dezvoltare pe 3 luni, cu obiective clare, pași concreți și surse de sprijin. Vor porni de la întrebarea fundamentală: „Cine sunt eu acum – și cine aș vrea să devin?”

Facilitatorul creează o atmosferă liniștită, cu muzică de fundal și un mesaj de deschidere: „Ai în tine deja resursele necesare pentru a crește, a evolua, a-ți atinge potențialul. Astăzi ne vom opri un pic și vom privi înăuntru – dar și înaintea – pentru a contura un drum al propriei dezvoltări.”

Crearea planului personal. Participantele sunt invitate să transpună reflecțiile în obiective concrete, creând propriul lor „Plan de creștere personală pentru următoarele 3 luni”. Acesta este structurat vizual pe o coală A3 împărțită în patru coloane: Obiectivul meu – ex. „Vreau să-mi exprim mai clar emoțiile.”; Pași concreți – ex. „Voi scrie un jurnal de emoții de 3 ori pe săptămână.”; Posibile obstacole & cum le pot gestiona; Sprijinul meu – ex. „Grupul de consiliere / mama / colega de încredere”. Participantele sunt încurajate să personalizeze planul cu stickere motivaționale, culori sau desene care exprimă energia procesului.

Activitatea încheie cu împărtășirea voluntară a planului și încurajare din partea grupului. Cine dorește, prezintă în cerc un obiectiv sau un pas important din plan. După fiecare prezentare, grupul oferă mesaje de susținere: „Îți doresc să reușești pentru că...”, „Cred în tine deoarece...”. Se creează astfel o atmosferă de sprijin reciproc și angajament moral în fața grupului, întărind motivația de schimbare.

Activitatea 3: Resurse personale

Scop: sprijinirea creșterii stimei de sine prin conștientizarea și valorizarea resurselor personale, a competențelor și a realizărilor individuale

Materiale necesare: foi, pixuri sau carioci

Descriere: Facilitatorul sugerează participantelor să realizeze individual o listă cu lucrurile la care se pricep sau de care se simt mândre, încurajându-le să identifice cel puțin șapte exemple. Accentul este pus pe reflecția personală și pe orientarea atenției către competențe, reușite, calități și experiențe pozitive, indiferent de mărimea sau vizibilitatea acestora. Facilitatorul subliniază că nu există răspunsuri „corecte” sau „greșite”, iar scopul exercițiului este explorarea sinceră a propriilor resurse. După realizarea listei, participantele pot fi invitate, opțional, să împărtășească una sau două idei, pentru a consolida climatul de validare și sprijin reciproc.

Temă pentru acasă:

Vision board: planul meu de creștere personală

Pentru a sprijini conturarea unui plan personal de dezvoltare, participantele sunt încurajate să creeze un vision board care să reflecte direcțiile importante de creștere din viața lor. Exercițiul poate fi realizat pe parcursul a două-trei zile, utilizând imagini, cuvinte, simboluri sau desene care exprimă aspirațiile, valorile și obiectivele personale. Participantele sunt încurajate să înceapă printr-un moment de reflecție asupra întrebărilor: „*Cine îmi doresc să devin?*”, „*Ce este important pentru mine?*”, „*Ce vreau să dezvolt la mine în perioada următoare?*”. Ulterior, acestea sunt invitate să selecteze și să organizeze elemente vizuale care să ilustreze diferite domenii ale vieții (emoțional, relațional, educațional, sănătate). În procesul de realizare, participantele sunt încurajate să observe nu doar obiectivele propuse, ci și resursele personale deja existente, integrând în vision board simboluri care reflectă calități precum curajul, perseverența sau creativitatea.

La final, participantele sunt încurajate să analizeze produsul realizat și să formuleze 2-3 pași concreți pe care îi pot face în perioada următoare pentru a se apropia de obiectivele propuse. Exercițiul contribuie la clarificarea direcției personale, creșterea motivației și consolidarea unei imagini de sine orientate spre dezvoltare.

Sesiunea 19. Consolidarea schimbărilor și integrarea noilor comportamente

Activitatea 1: Sunt o persoană valoroasă pentru că...

Scop: consolidarea stimei de sine prin conștientizarea valorii personale intrinseci, reducerea autoevaluării critice și dezvoltarea unei relații mai blânde cu sine

Materiale necesare: foi, pix

Descriere: Facilitatorul sugerează participantelor să reflecteze individual asupra propriei valori personale, invitându-le să completeze enunțul „*Sunt o persoană valoroasă pentru că...*”. Participantele sunt încurajate să formuleze răspunsuri sincere, ancorate atât în calități personale, cât și în comportamente, eforturi, valori sau moduri de relaționare cu ceilalți. Facilitatorul subliniază că valoarea personală nu este condiționată de performanță, succes sau validare externă, ci poate fi exprimată prin existență, intenții, capacitatea de a învăța, de a se implica și de a crește. Se recomandă ca participantele să noteze mai multe completări ale enunțului, chiar și atunci când acest demers li se pare dificil, accentul fiind pus pe explorare și autoacceptare, nu pe perfecțiune. Participantele sunt invitate să împărtășească careva dintre afirmații. Astfel, facilitatorul va asigura normalizarea dificultății de a vorbi despre propria valoare și întărirea climatului de susținere.

Activitatea 2: Programul activităților plăcute

Scop: identificarea activităților plăcute neglijate și stimularea reintroducerii acestora în viața de zi cu zi ca resurse de autoreglare emoțională

Materiale necesare: fișa de lucru, pix

Descriere: Facilitatorul oferă participantelor fișe de lucru cu tabele ce conțin o varietate largă de activități plăcute.

Pasul 1: În *Coloana 1* fiecare participantă va bifa acele activități pe care le-a făcut cu plăcere în trecut. Ulterior, participantele vor evalua de la 1 la 10 cât de plăcută a fost fiecare activitate bifată. Un scor de 1 înseamnă că nu i-a făcut plăcere, iar 10 înseamnă că i-a făcut mare plăcere. Acest scor se notează la fel în *Coloana 1*, lângă fiecare bifă. De exemplu, dacă participantei i-a plăcut moderat să petreacă timp cu oameni veseli, dar nu i-a plăcut să petreacă timpul cu prietenii/rudele, primele două activități din tabel vor arăta așa:

Coloana 1	Coloana 2	Activități plăcute
✓ (5)		1. Să petrec timpul cu oameni veseli.
✓ (2)		2. Să petrec timpul cu prietenii /rudele.

S-ar putea ca participantele să considere că careva din activitățile menționate ar trebui să se afle în alt tabel, dar gruparea lor nu este atât de importantă.

Pasul 2: Se va pune o bifă în *Coloana 2* dacă participanta a făcut acel lucru în ultima lună.

Pasul 3: Se va încercui numărul activităților pe care i-ar face plăcere să le facă (într-o bună zi).

Pasul 4: Se va compara prima și a doua coloană. Se va observa dacă există multe lucruri pe care i-a făcut plăcere să le facă în trecut și pe care acum nu le mai face așa des.

Fișă de lucru. Programul activităților plăcute

Interacțiuni sociale		
Coloana 1	Coloana 2	Activități plăcute
		1. Să petrec timpul cu oameni veseli.
		2. Să petrec timpul cu prietenii / rudele.
		3. Să mă gândesc la oamenii care îmi sunt plăcuți.
		4. Să planific o activitate cu oamenii dragi.
		5. Să întâlnesc o persoană nouă de același sex.
		6. Să întâlnesc o persoană nouă de sex opus.
		7. Să merg în club, restaurant, cafenea, bar etc.
		8. Să merg la petreceri și evenimente (zile de naștere, nunți, cumetrii, întâlniri de familie etc.)
		9. Să ies cu un prieten la prânz sau să bem ceva împreună.
		10. Să comunic deschis și sincer (de exemplu, despre speranțe și frici personale, lucruri de interes pentru mine, chestii amuzante, lucruri care mă întristează).
		11. Să-mi manifest afecțiunea sincer (verbală sau fizică).
		12. Să-mi exprim interesul pentru alții.
		13. Să menționez reușitele și punctele forte ale membrilor familiei, ale prietenilor.
		14. Să merg la întâlniri, să am grijă de cineva.
		15. Să port o conversație interesantă.
		16. Să organizez șezători cu prietenii la mine acasă.
		17. Să merg în vizită la prietenii mei.
		18. Să vorbesc la telefon cu cineva plăcut și interesant.
		19. Să-mi cer scuze atunci când cred că am greșit.
		20. Să zâmbesc oamenilor din jur.
		21. Să discut calm despre dificultăți cu oamenii cu care locuiesc.
		22. Să fac complimente, să laud, să încurajez.
		23. Să tachinez pe cineva.
		24. Să fac oamenii să râdă.
		25. Să mă joc cu copiii.
		26. Altele:

--	--	--

Activități care mă fac să mă simt competentă, utilă, iubitoare, afectuoasă, puternică sau că pot face față situației

Coloana 1	Coloana 2	Activități plăcute
		1. Să încep o sarcină nouă și să-mi reușească ceea ce fac.
		2. Să învăț ceva nou (un hobby nou, o limbă străină etc.).
		3. Să ofer ajutor (să consiliesc, să sfătuiesc, să ascult).
		4. Să donez la asociații de caritate sau alte grupuri.
		5. Să conduc cu abilitate bicicleta sau trotineta.
		6. Să mă exprim clar (verbal sau în scris).
		7. Să repar ceva (o haină, o bicicletă, un aparat de bucătărie etc.).
		8. Să rezolv o problemă sau un puzzle.
		9. Să mă gândesc.
		10. Să mă exprim deschis și onest.
		11. Să merg la o adunare (un workshop, o ședință).
		12. Să vizitez persoane bolnave, care nu pot ieși din casă, persoane cu diverse dificultăți.
		13. Să citesc o poveste unui copilăș.
		14. Să scriu o felicitare sau o scrisoare pentru cineva drag.
		15. Să am grijă de aspectul fizic (să merg la medic, la dentist, la frizer sau la cosmetolog).
		16. Să-mi planific eficient timpul.
		17. Să port discuții despre probleme politice.
		18. Să fac voluntariat și muncă în folosul comunității etc.
		19. Să-mi planific și gestionez eficient bugetul.
		20. Să particip la proteste împotriva nedreptății, să protejiez, să împiedic in Justiția.
		21. Să fiu onestă, să-mi respect principiile morale etc.
		22. Să-mi corectez greșelile.
		23. Să organizez o petrecere.
		24. Altele:

Activități intrinsec plăcute

Coloana 1	Coloana 2	Activități plăcute
		1. Să râd cu gust.
		2. Să mă relaxez în liniște.
		3. Să iau o masă gustoasă.
		4. Să fac un hobby care îmi place: gătit, fotografie, pescuit, grădinărit, tâmplărie, actorie, colecționare de lucruri).
		5. Să ascult muzică bună.
		6. Să analizez un peisaj frumos.
		7. Să merg la culcare devreme, să dorm bine și să mă trezesc tot devreme.
		8. Să port haine frumoase.
		9. Să mă îmbrac confortabil.
		10. Să merg la un concert, operă, balet sau teatru.
		11. Să practic un sport preferat (tenis, fotbal, volei, baschet).
		12. Să merg în excursii sau în vacanță.
		13. Să-mi cumpăr lucruri care îmi plac.

		14. Să petrec timp în aer liber (în parc, la plajă, la munte, să mă plimb printre frunze, să merg pe nisip, să mă plimb cu barca pe lac).
		15. Să fac ceva creativ (să decupez, să pictez, să sculptez).
		16. Să citesc Biblia sau alte lucrări sacre.
		17. Să-mi decorez casa (redecorare, curățenie, grădinărit etc.).
		18. Să urmăresc evenimente și competiții sportive.
		19. Să citesc (curiozități, beletristică, poeme etc.).
		20. Să particip la un curs.
		21. Să ies la plimbare cu bicicleta/ rolele/ trotineta.
		22. Să merg la muzeu.
		23. Să cânt la un instrument muzical sau cu voce.
		24. Să ies la plimbare cu barca pe lac.
		25. Să fac ceva plăcut pentru familie, prieteni, profesori sau colegi.
		26. Să mă gândesc la ceva frumos ce s-ar putea întâmpla în viitor.
		27. Să privesc televizorul.
		28. Să merg în drumeții.
		29. Să fac o baie relaxantă, să îmi aranjez părul, să fac diverse proceduri faciale.
		30. Să scriu în jurnalul personal.
		31. Să mă plimb pe jos sau cu bicicleta.
		32. Să petrec timpul în compania animalelor.
		33. Să observ oamenii.
		34. Să dorm după-amiază.
		35. Să savurez sunetele naturii.
		36. Să fiu spălată sau să spăl pe cineva pe spate.
		37. Să privesc o furtună, norii, cerul.
		38. Să-mi savurez timpul liber.
		39. Să visez cu ochii deschiși.
		40. Să simt prezența lui Dumnezeu în viața mea, să mă rog.
		41. Să savurez mirosul unei flori.
		42. Să port discuții despre vremurile trecute sau diverse interese.
		43. Să particip la licitații, târguri vintage etc.
		44. Să călătoresc.
		45. Altele:

Activitatea 3: Calendarul activităților plăcute

Scop: planificarea intenționată a experiențelor pozitive, prin structurarea și integrarea activităților plăcute în rutina zilnică

Materiale necesare:

Descriere: În baza programul activităților plăcute completat, participantele vor întocmi o listă de 25 de activități pe care simt că li-ar plăcea cel mai mult să le facă. Participantele își vor crea un **calendar al activităților plăcute pentru următoarea lună**. Se sugerează să înceapă cu cele mai simple și cu unele de care consideră că s-ar bucura. Este recomandat să-și planifice cel puțin o activitate plăcută pe zi, poate mai multe în weekend. Îți vor nota planul în calendar.

Activitatea 4: Momentul recunoștinței

Scop: orientarea atenției către resursele personale și experiențele pozitive, pentru creșterea stării de bine, reglarea emoțională și dezvoltarea unei perspective mai echilibrate și apreciative asupra propriei vieți

Materiale necesare:

Descriere: Facilitatorul sugerează participantelor să se oprească pentru câteva momente și să își îndrepte atenția către aspectele pozitive din propria viață, invitându-le să reflecteze asupra lucrurilor, persoanelor, experiențelor sau resurselor interioare pentru care pot simți recunoștință. Participantele sunt încurajate să

lucreze individual și să noteze, în scris, cât mai concret posibil, elementele pentru care sunt recunoscătoare, fără a le compara cu ale altora și fără a le evalua ca fiind „mari” sau „mici”. Facilitatorul subliniază că recunoștința poate viza atât evenimente semnificative, cât și aspecte simple ale vieții cotidiene, precum relațiile, sănătatea, oportunitățile de învățare sau momentele de liniște și siguranță. Participantele sunt invitate, în mod voluntar, să împărtășească reflecțiile lor, pentru a consolida climatul de acceptare, conectare și validare emoțională.

Temă pentru acasă:

Calendarul activităților plăcute: Aplicare

Participantele vor pune în aplicare calendarul activităților plăcute. De fiecare dată când vor face o activitate, își vor acorda un punctaj pe o scală a plăcerii de la 1 la 5 (5 indicând cea mai plăcută activitate). Acest exercițiu testează distorsiunea indusă de stres cum că *nimic* nu este plăcut. Acest scor poate ajuta adolescențele și mai târziu să înlocuiască activitățile mai puțin plăcute cu altele.

Câteva informații/ sugestii despre plăcere:

- Pătrunde în lumea fizică. Acordă mai puțină atenție gândurilor care îți trec prin minte. Simte baloanele de săpun când speli vesela, simte adierea vântului când te plimbi. Privește și ascultă.
- Înainte să începi o activitate, montează-te moral să îți placă. Enumeră trei lucruri care îți vor plăcea în legătură cu aceasta. Spune-ți în gând sau cu voce: „Mă voi bucura (de soare, de vânt, de mirosul florilor, de discuția cu prietena mea etc.).” Relaxează-te și imaginează-ți că te bucuri de fiecare moment al activității în timp ce repeți fiecare afirmație.
- Adresează-ți întrebarea: „Ce pot face pentru a transforma activitatea într-una cât mai plăcută?”
- În caz că ești îngrijorată că s-ar putea să nu îți placă o anumită activitate pe care planifici să o încerci, împarte-o în etape. Nu-ți seta așteptări înalte, astfel încât să poți fi satisfăcută în atingerea scopului stabilit. De exemplu, începe prin a face curat în casă doar pentru zece minute, după care oprește-te. Recompensează-te spunându-ți: „Sunt bravo!” Analizează-ți programul pentru a fi echilibrat. Vezi dacă poți exclude activitățile care „trebuie” făcute pentru a face loc pentru activități pe care „vrei” să le faci.
- Nu trebuie să faci o mulțime de activități care nu îți plac doar pentru că așa te-ai obișnuit sau pentru că sunt la îndemână. Folosește-ți timpul înțelept.

Sesiunea 20. Încheiere și celebrarea procesului

Activitatea 1: Retrospectivă personală

Scop: conștientizarea progresului realizat în cadrul programului

Materiale necesare: fișe de reflecție, pixuri

Descriere: Participantele completează individual o fișă care cuprinde întrebări despre ce au învățat, cum s-au simțit, ce abilități au dezvoltat și care sunt schimbările observate în viața lor. Apoi, în grupuri mici, împărtășesc răspunsurile și discută despre barierele depășite și resursele personale activate. Se promovează valorizarea efortului și sprijinul reciproc.

Activitatea 2: Harta viitorului meu

Scop: stabilirea de intenții și pași concreți pentru menținerea progresului

Materiale necesare: coli mari, creioane colorate, reviste, lipici

Descriere: Participantele creează o hartă vizuală (colaj) care reflectă valorile, obiectivele și starea de bine pe care își doresc să o mențină după încheierea programului. Se folosesc simboluri, imagini, afirmații motivaționale. La final, fiecare prezintă harta în grup. Activitatea facilitează integrarea noilor comportamente în identitatea personală.

Activitatea 3: Mesaj pentru mine, mesaj pentru grup

Scop: consolidarea identității și a apartenenței la grup

Materiale necesare: plicuri, coli, pixuri, cartonașe

Descriere: Fiecare participantă scrie două mesaje: unul adresat sieși, în care își oferă încurajare pentru viitor, și unul adresat grupului, cu un gând de mulțumire, apreciere sau sprijin. Mesajele personale sunt sigilate și pot fi deschise peste 3 luni. Mesajele către grup sunt citite cu voce tare. Se finalizează cu un moment de îmbrățișări.

Activitatea 4: Ritualul de încheiere

Scop: marcarea simbolică a încheierii procesului de transformare

Materiale necesare: lumânări, muzică ambientală, obiecte simbolice

Descriere: Participantele se așază în cerc. Fiecare primește o lumânare aprinsă și rostește un cuvânt sau o propoziție care simbolizează ceea ce ia cu ea din acest proces. Obiectele simbolice sunt așezate în centru ca semn de recunoștință și continuitate. Se creează o atmosferă de siguranță, reflecție și încredere reciprocă.

Sesiunea 1 cu părinții. Particularitățile psihologice ale adolescenței și nevoile de bază

Activitatea 1: Prezentare interactivă

Scopul activității: familiarizarea părinților cu caracteristicile dezvoltării psihologice ale fetelor în adolescență

Materiale necesare: prezentare PowerPoint, flipchart

Descriere: Facilitatorul prezintă, într-un stil interactiv, trăsături-cheie ale adolescenței (cognitive, emoționale, sociale), integrând întrebări către grup și exemple practice. Se încurajează participarea activă și conexiunea cu experiențele proprii de parenting.

Activitatea 2: Discuții de grup – Mituri și realități

Scopul activității: confruntarea credințelor parentale cu perspective validate psihologic

Materiale necesare: cartonașe cu afirmații

Descriere: Participanții discută în perechi și apoi în plen despre afirmații precum „Adolescenții exagerează cu emoțiile”, „Trebuie să controlezi tot ce face copilul”. Se clarifică miturile și se oferă o perspectivă echilibrată.

Setul de afirmații:

1. „Adolescentele exagerează cu emoțiile lor doar ca să atragă atenția.”
2. „O adolescentă care mănâncă prea mult sau prea puțin e doar mofturoasă.”
3. „Stima de sine a copilului nu are legătură cu felul în care părintele vorbește cu el.”
4. „Dacă nu o controlez, fata mea va face alegeri greșite.”
5. „Trebuie să fim stricți, altfel ne vor pierde respectul din partea copilului.”
6. „Nu e rolul părintelui să fie prieten cu copilul său.”
7. „Adolescentele nu știu ce vor, deci nu trebuie să le luăm în serios.”
8. „Fata mea nu are motive să fie anxioasă, are tot ce-i trebuie.”
9. „Corpul unei adolescente se dezvoltă în mod natural și nu are rost să vorbim despre imagine corporală.”
10. „Dacă adolescentele nu vorbesc cu noi, înseamnă că ascund ceva.”
11. „Dacă-i învățăm să-și exprime emoțiile, vor deveni slabi.”
12. „Perfecționismul e o calitate – un adolescent perfecționist va reuși în viață.”

Activitatea 3: Exercițiu aplicativ – Adolescența mea

Scopul activității: reflectarea asupra percepției și așteptărilor față de propriul copil

Materiale necesare: fișe de lucru, pixuri

Descriere: Fiecare părinte completează individual o fișă cu întrebări precum „Ce apreciez cel mai mult la copilul meu?”, „Ce îmi este greu să accept?” etc. Se creează un spațiu sigur pentru împărtășire voluntară.

Activitatea 4: Studiu de caz – Crize și conflicte

Scopul activității: dezvoltarea unei abordări empatică în situații tensionate

Materiale necesare: scenariu tipărit

Descriere: Se distribuie un studiu de caz în care un adolescent refuză o limită impusă. Grupul analizează reacțiile posibile și identifică modalități de comunicare mai eficiente.

Studiu de caz:

Ana, în vârstă de 15 ani, își dorește să meargă la o petrecere organizată de colegii de liceu, care se va desfășura într-o seară de sâmbătă, urmând să se încheie târziu în noapte. Părinții stabilesc că ora maximă la care poate reveni acasă este 21:30. Ana consideră că este tratată ca un copil mic, devine furioasă, ridică tonul și se închide în cameră. A doua zi refuză dialogul și își exprimă nemulțumirea pe rețelele sociale.

Participanții citesc studiul de caz în liniște (5 min). Facilitatorul împarte grupul în subgrupuri de câte 3-4 persoane. Fiecare subgrup discută:

- Ce a declanșat conflictul?
- Cum s-au simțit părinții? Dar adolescenta?
- Ce alte variante de reacție ar fi fost posibile?

În plen, fiecare subgrup prezintă o variantă de răspuns empatic și ferm al părintelui care ar putea preveni escaladarea conflictului. Facilitatorul formulează concluzii despre importanța ascultării nevoii din spatele comportamentului și despre echilibrul între fermitate și empatie. Grupul analizează reacțiile posibile și identifică modalități de comunicare mai eficiente.

Activitatea 5: Reflecții și concluzii

Scopul activității: integrarea ideilor discutate

Materiale necesare: foi, pixuri

Descriere: Participanții scriu o concluzie personală și formulează o intenție de schimbare legată de relația cu adolescenta. Opțional, se împărtășesc în cerc.

Sesiunea 2 cu părinții. Comunicarea empatică părinte-adolescentă și sprijinul emoțional

Activitatea 1: Mesaj pentru copilul din mine

Scopul activității: activare empatică prin reconectarea cu propriile nevoi emoționale

Materiale necesare: coli, pixuri

Descriere: Participanții scriu o scurtă scrisoare către ei înșiși în rolul de copil, exprimând ce ar fi avut nevoie să audă de la părinții lor. Activitatea creează deschidere spre empatie față de propriul copil.

Activitatea 2: Prezentare – Comunicarea empatică

Scopul activității: clarificarea principiilor comunicării nonviolente și rolul ascultării active

Materiale necesare: prezentare PowerPoint

Descriere: Se oferă o prezentare structurată despre barierele de comunicare și pașii comunicării empatică (observații fără judecată, exprimarea sentimentelor, nevoilor și a cererii clare).

Activitatea 3: Joc de rol – Conversație dificilă

Scopul activității: exersarea răspunsului empatic în situații reale

Materiale necesare: fișe de scenariu

Descriere: Participanții lucrează în perechi, simulând un conflict părinte-adolescentă. Unul joacă rolul adolescentei, celălalt pe cel al părintelui. Se aplică ascultarea activă, parafrizarea, exprimarea nevoilor.

Fișe de scenariu:

- 1) „Nu vreau să vorbesc despre asta” – Adolescenta este retrasă și refuză dialogul despre o notă mică obținută la școală. Părintele insistă să afle detalii, dar comunicarea e tensionată.
- 2) „Toate colegele mele merg în excursie, doar eu nu!” – Adolescenta este supărată că părinții nu permit participarea la o excursie școlară. Părintele încearcă să-i explice motivele, dar ea reacționează cu acuzații și furie.
- 3) „Nu mă interesează cum arăt!” – Adolescenta refuză să participe la activități de igienă sau îngrijire personală. Părintele este îngrijorat și încearcă să discute cu ea, dar întâmpină rezistență și defensivitate.

- 4) „Nu-mi place ce mi-ai cumpărat, urăsc cum arăt!” – Adolescența critică în mod dur hainele sau alimentele alese de părinte. Se simte neacceptată și rușinată de propriul corp.
- 5) „De ce îmi spui mereu ce să fac?” – Adolescența reclamă controlul excesiv al părintelui. Reacționează cu sarcasm și își exprimă dorința de autonomie.
- 6) „Lasă-mă în pace, nu înțelegi nimic!” – Adolescența trece printr-o perioadă de tristețe și izolare. Părintele încearcă să se apropie, dar este respins printr-un ton dur și limbaj ostil.

Activitatea 4: Atelier – Mesajele de tip „eu”

Scopul activității: restructurarea comunicării acuzatoare

Materiale necesare: fișe de exercițiu

Descriere: Participanții reformulează enunțuri de tip „Tu niciodată nu...” în mesaje de tip „eu” (ex. „Mă simt îngrijorat când vii târziu fără să anunți pentru că îmi pasă de siguranța ta”). Cele 12 enunțuri sunt formulate în stil acuzator. Ei trebuie să le reformuleze în mesaje de tip „eu”, care exprimă trăirea personală, nevoia și consecința. Facilitatorul invită participanții să discute în perechi impactul emoțional al formulării inițiale versus al reformulării și să reflecteze asupra efectului pe care îl pot avea aceste mesaje asupra relației părinte-adolescență.

Mesajele de tip acuzator:

- 1) „Tu niciodată nu mă asculți când îți vorbesc.”
- 2) „Tu tot timpul îți trănțești ușa și pleci fără să spui nimic.”
- 3) „Nu faci nimic prin casă, doar stai pe telefon.”
- 4) „Nu-mi spui niciodată unde pleci.”
- 5) „Tu mereu mă ignori când ai prietenii tăi în jur.”
- 6) „Țipi la mine de parcă eu sunt vinovat pentru tot.”
- 7) „Nu îți pasă niciodată de ce simt eu.”
- 8) „Iar ai uitat să mă suni ca să mă anunți.”
- 9) „Mereu faci exact invers decât îți spun.”
- 10) „Ai devenit complet indiferentă în ultima vreme.”
- 11) „Niciodată nu îmi spui ce se întâmplă cu tine.”
- 12) „Te porți urât cu sora ta și nu vrei să recunoști.”

Activitatea 5: Reflecție finală

Scopul activității: angajament personal în direcția unei relații sănătoase

Materiale necesare: cartonașe

Descriere: Fiecare participant scrie o acțiune concretă pe care o va aplica acasă. Se creează o planșă comună cu „resurse pentru relația părinte-adolescență”.

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata Balan Rodica, declar pe propria răspundere că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Balan Rodica

A handwritten signature in blue ink that reads "Balan". The signature is written in a cursive style and is underlined with a single horizontal stroke.

Semnătura

Data 30.03.2026

CV-UL AUTOAREI

Balan Rodica

Data nașterii: 18 mai 96 | **Cetățenie:** moldoveană | **Număr de telefon:** (+373) 60226422 (Număr de telefon mobil) | **E-mail:**

balan.rodica@upsc.md | **LinkedIn:** <https://www.linkedin.com/in/rodica-balar/> | **Adresă:** Chisinau, Moldova (Muncă)

EXPERIENȚA PROFESIONALĂ

UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT "ION CREANGĂ" DIN CHIȘINĂU – CHIȘINĂU, MOLDOVA ASISTENT UNIVERSITAR

(CATEDRA PSIHOLOGIE) – SEPT. 24 – ÎN CURS

- Desfășurarea orelor de laborator și seminarelor în cadrul programului de studiu stabilit
- Elaborarea notelor de curs, ghidurilor, suporturilor științifico-didactice la cursuri
- Evaluarea muncii și a progresului studenților prin raportarea la criteriile definite
- Coordonarea studenților în scrierea tezelor de an
- Oferirea de recomandări și feedback constructiv studenților
- Realizarea activității de cercetare științifică și activități echivalente

UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT "ION CREANGĂ" DIN CHIȘINĂU – CHIȘINĂU, MOLDOVA SPECIALIST DEZVOLTARE PERSONALĂ (CENTRUL DE CONSILIERE ȘI GHIDARE ÎN CARIERĂ) – 1 SEPT. 23 – ÎN CURS

- Informarea studenților cu privire la diversitatea profesiilor și specificul pieței muncii
- Oferirea de consultanță în elaborarea instrumentelor de marketing personal
- Oferirea de consultanță pentru decizia în carieră
- Desfășurarea sesiunilor de training de dezvoltare personală
- Consilierea psihologică individuală a studenților

PLANTIFIQUE – CHIȘINĂU, MOLDOVA

HR OPERATIONS & EMPLOYEE HAPPINESS MANAGER – NOV. 23 – SEPT. 24

- Proiectarea și implementarea strategiei generale de recrutare
- Dezvoltarea și actualizarea fișelor postului și specificațiilor acestora
- Crearea instrumentelor necesare procesului de recrutare
- Interviewarea candidaților folosind diverse instrumente/metode
- Facilitarea procesului de onboarding și offboarding al noilor angajați
- Crearea, implementarea și actualizarea instrumentelor HR
- Consilierea în carieră și psihologică a angajaților
- Organizarea activităților de teambuilding pentru echipă
- Gestionarea pachetului de beneficii
- Raportarea către echipa managerială

TRIVIUM GROUP – LOS ANGELES (LA DISTANȚĂ), STATELE UNITE HR &

RECRUITING MANAGER – IUN. 22 – IUN. 23

- Proiectarea și implementarea strategiei generale de recrutare
- Dezvoltarea și actualizarea fișelor postului și specificațiilor acestora
- Crearea instrumentelor necesare procesului de recrutare
- Interviewarea candidaților folosind diverse instrumente/metode
- Instruirea și managementul echipei de recrutare
- Facilitarea procesului de onboarding și offboarding al noilor angajați
- Crearea, implementarea și actualizarea instrumentelor HR
- Consilierea în carieră și psihologică a angajaților
- Organizarea activităților de teambuilding pentru echipele din Moldova și România
- Raportarea către echipa managerială

ENDAVA – CHIȘINĂU, MOLDOVA

IT RECRUITING INTERN – IAN. 23 – MAR. 23

- Căutarea activă a candidaților prin intermediul diferitelor platforme
- Urmărirea și gestionarea activă a bazei de candidați prin Jira
- Comunicarea activă și eficientă cu candidații
- Raportarea zilnică către manager și mentor

-
- Dezvoltarea și implementarea strategiei de recrutare
 - Analiza rolurilor și pregătirea fișelor postului
 - Pregătirea materialelor de recrutare (anunțuri, imagini, fișe de interviu etc.)
 - Postarea anunțurilor pe platforme adecvate pentru rolurile deschise
 - Conducerea de interviuri folosind diverse instrumente de selecție
 - Chestionarea angajaților privind starea de bine la locul de muncă
 - Facilitarea procesului de onboarding și offboarding al angajaților

☑ UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT "ION CREANGĂ" DIN CHIȘINĂU – CHIȘINĂU, MOLDOVA ASISTENT UNIVERSITAR

(CATEDRA PSIHOLOGIE) – SEPT. 21 – DEC. 21

-
- Desfășurarea prelegerilor și seminarelor în cadrul programului de studiu stabilit
 - Dezvoltarea propriilor materiale didactice, metode și abordări ținând cont de practicile acceptate
 - Evaluarea muncii și a progresului studenților prin raportarea la criteriile definite
 - Oferirea de recomandări și feedback constructiv studenților

☑ UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT "ION CREANGĂ" DIN CHIȘINĂU – CHIȘINĂU, MOLDOVA SPECIALIST (CATEDRA

PSIHOLOGIE) – NOV. 18 – DEC. 21

-
- Asigurarea bunei comunicări a catedrei cu studenții
 - Oferirea de suport tehnic și informațional studenților și profesorilor
 - Gestionarea și distribuirea corespondenței de intrare/ieșire
 - Participarea în procesul de organizare a conferințelor
 - Participarea la organizarea și desfășurarea examenelor finale
 - Elaborarea rapoartelor semestriale și anuale

● EDUCAȚIE ȘI FORMARE PROFESIONALĂ

16 NOV. 21 – ÎN CURS Chișinău, Moldova

DOCTORAT: PSIHOLOGIA DEZVOLTĂRII ȘI A EDUCAȚIEI Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creanga" din Chișinău

Adresă str. Ion Creangă 1, Chișinău, Moldova

IUN. 25 – ÎN CURS Chișinău, Moldova

CURS DE LUNGĂ DURATĂ: CREAREA JOCURILOR DE SIMULARE Institutul de Instruire în Dezvoltare "Millenium"

Site de internet <https://millenium-youth-center.tilda.ws/>

IUN. 24 – DEC. 24 Chișinău, Moldova

CURS DE LUNGĂ DURATĂ: FORMAREA DE FORMATORI ÎN EDUCAȚIE NON-FORMALĂ Institutul de Instruire în Dezvoltare "Millenium"

Site de internet <https://millenium-youth-center.tilda.ws/>

FEB. 24 – MAI 24

CURS DE LUNGĂ DURATĂ: FORMAREA DE FORMATORI "GHIDAREA ÎN CARIERĂ PENTRU TINERI" Centrul Raional de Tineret Hîncești

SEPT. 20 – IUL. 22 Galați, România

MASTERAT: COMUNICARE INSTITUȚIONALĂ Universitatea "Dunărea de Jos" din Galați

Adresă str. Domnească 47, Galați, România, Galați, România

FEB. 22 – MAI 22 Chișinău, Moldova

CURS DE LUNGĂ DURATĂ: MANAGER RESURSE UMANE HR Portal

MAR. 21 – NOV. 21 Chișinău, Moldova

CURS DE LUNGĂ DURATĂ: BAZELE GESTALT TERAPIEI Asociația Gestalt Terapie și Psihodramă din Moldova

Adresă str. Dacia 6, Chișinău, Moldova

AUG. 20 – IUN. 21

CALIFICARE PROFESIONALĂ SUPLIMENTARĂ LA STUDIILE SUPERIOARE: PSIHOPEDAGOGIE Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă" din Chișinău

Adresă

| **Site de internet** <https://www.upsc.md/>

ă str. Ion Creangă 1, Chișinău, Moldova

SEPT. 19 – IUN. 21 Chișinău, Moldova

MASTERAT: ACTIVITATEA PSIHEDUCAȚIONALĂ, DE CONSILIERE ȘI TERAPIE A PSIHOLOGULUI PRACTIC Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă" din Chișinău

Adresă str. Ion Creangă 1, Chișinău, Moldova | **Site de internet** <https://www.upsc.md/>

SEPT. 16 – IUN. 19 Chișinău, Moldova

LICENȚĂ: PSIHLOGIE Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă" din Chișinău

Adresă

| **Site de internet** <https://www.upsc.md/>

ă str. Ion Creangă 1, Chișinău, Moldova

SEPT. 12 – IUN. 16 Chișinău, Moldova

STUDII MEDII DE SPECIALITATE: ECONOMIE. FINANȚE PUBLICE Colegiul Financiar-Bancar din Chișinău

Adresă str. Miron Costin 26/2, Chișinău, Moldova | **Site de internet** <http://www.ceef.md/>

● PROIECTE

OCT. 24 – ÎN CURS

Cercetător expert în cadrul Centrului de Cercetare și Management și Cercetare în domeniul Tineret

Centrul de Management și Cercetare în Domeniul Tineretului este o entitate ce contribuie la dezvoltarea și consolidarea dimensiunii de cercetare în domeniul tineretului prin crearea și capacitatea unei comunități de experți și persoane resurse. În cadrul centrului sunt implicați și instruiți experți din diverse domenii, care participă la programe de formare avansată, alinate la standardele Consiliului Europei, Uniunii Europene, ONU și altor standarde relevante. Scopul acestuia este de a dezvolta competențe solide și cunoștințe specializate în rândul experților, astfel încât aceștia să poată contribui activ la cercetarea și dezvoltarea politicilor de tineret din Republica Moldova.

IAN. 24 – ÎN CURS

Cercetător stagiar, Proiect de cercetare "Mecanisme psihologice de promovare a stării de bine în sistemul educațional"

Scopul proiectului de cercetare „Mecanisme psihologice de promovare a stării de bine în sistemul educațional” este de a identifica, analiza și implementa mecanismele psihologice care contribuie la îmbunătățirea stării de bine a elevilor și cadrelor didactice, prin dezvoltarea strategiilor eficiente de intervenție și suport. Cercetarea urmărește să ofere soluții practice pentru crearea unui mediu educațional pozitiv, favorabil dezvoltării emoționale, cognitive și sociale, având ca finalitate optimizarea performanței academice și a sănătății mentale la actorii din sistemul educațional.

NOV. 23 – ÎN CURS

Membru de proiect, ERASMUS+ proiect "Enhancing Graduate's Employability Tracking in Moldova - UPGRADE"

Scopul proiectului este de a îmbunătăți monitorizarea și promovarea angajabilității absolvenților învățământului superior din Republica Moldova prin consolidarea capacității instituționale și legislative, dezvoltarea consensului între părțile interesate și întărirea abilităților personalului din domeniul educației de a implementa politici și servicii eficiente pentru integrarea pe piața muncii a studenților și absolvenților.

Link <https://upgrade-project.ase.md>

AUG. 20 – IAN. 21

Participantă în cadrul proiectului "Elie Wiesel Study Tour: Explore the Past"

Programul "Elie Wiesel Study Tour 2020" a urmărit creșterea înțelegerii participanților asupra regimurilor nedemocratice. Orele petrecute mi-au oferit ocazia de a înțelege forțele politice, sociale și culturale care au creat și perpetuat Holocaustul și mi-au permis să văd din prima mână ororile de la Auschwitz. De-a lungul acestui proces și prin exerciții de reflecție conduse de coordonatorii programului, am câștigat o mai mare apreciere pentru valorile democratice, pentru semnificația guvernării deschise și responsabile și pentru meritele creșterii diversității și deschiderii minții în fiecare dintre comunitățile noastre.

- Drept rezultat al acestei instruiți, am reușit să organizez o masă rotundă cu un grup de studenți din cadrul UPSC, unde am discutat despre manifestările și consecințele intoleranței, antisemitismului, rasismului și despre cum putem combate aceste fenomene în perioada actuală.

Linkuri <https://www.facebook.com/watch/?v=349424639586658> | <https://www.facebook.com/americancouncilsmoldova/posts/pfbid0Zz6WPKfw1UdkjwprLagrod6XSrux3Nf2FGY63gng3piWm8jA3Ubwac7tnQYbz6Kl>

NOV. 20 – DEC. 20

Participantă în cadrul primei ediții a platformei Social Hub

Social Hub a fost organizat de Centrul de Drept al Femeilor în parteneriat cu Centrul Media pentru Tineri și susținerea financiară a Suediei. În cadrul întâlnirilor din perioada noiembrie – decembrie 2020, am explorat cauzele fenomenului violenței în familie și a stereotipurilor de gen. Împreună am făcut schimb de opinii și am găsit idei inovative.

Drept rezultat al acestor întâlniri, am realizat schița proiectului "Training de orientare profesională pentru adolescenți". Scopul ședințelor de training este ajutarea adolescenților în procesul de descoperire, conturare a abilităților și preferințelor profesionale, pentru a-și alege viitoarea profesie în

- conformitate cu acestea.

Linkuri <https://www.facebook.com/cdfmd/posts/pfbid0Y2SydsMgk6WjivXnB6Kj2ogdoD8qA4EXv67Ct8jrckg63prGTGoeonUZujqK6Cl> | <https://www.facebook.com/cdfmd/posts/pfbid0subefr1cLWAFFdiKBATahQiv2oUXgMDZgdvD4tZbkFadMNUAaPwGB2DmfriQAhlJl>

COMPETENȚE LINGVISTICE

Limbă(i) maternă(e): **LIMBA ROMÂNĂ**

Altă limbă (Alte limbi):

	COMPREHENSIUNE		VORBIT		SCRIS
	Comprehensiune orală	Citit	Exprimare scrisă	Conversație	
LIMBA RUSĂ	C2	C2	C1	C1	C1
LIMBA ENGLEZĂ	C2	C2	C1	C1	C1

Niveluri: A1 și A2 Utilizator de bază B1 și B2 Utilizator independent C1 și C2 Utilizator experimentat

COMPETENȚE

Social Media: LinkedIn, Facebook | Microsoft Office: Word, Excel, PPT | G Suite: G-mail, G-Drive, G-Forms, G-sheets, Classroom | Communication: Slack, Bitrix24, Zoom, Classroom, Teams | Project Management: Monday, Notion, Jira

- **VOLUNTARIAT**

SEPT. 19 – NOV. 19 Chișinău & Ialoveni

Voluntară în cadrul Centrului Republican de Voluntariat (RVC), Proiectul "Spune NU violenței"

Proiectul "Spune NU violenței" a avut drept scop instruirea adolescenților cu privire la tipurile de violență și dezvoltarea la aceștia a abilităților de a sesiza/ recunoaște un act de violență. Scopul a fost realizat prin desfășurarea lecțiilor cu următoarele teme: 1. Abuz: definiție, tipuri, soluții 2. Bullying: Ce? Unde? Cum?

3. Educația sexuală și consimțământul

Beneficiarii proiectului au fost elevii claselor a 7-a și a 8-a din cadrul Liceului Teoretic "Petrus Ștefănuță" din or. Ialoveni.

Link <https://www.facebook.com/doni.aniuta/posts/pfbid02ebbCijFWRRxTxDqj9V9odWi2ekFHqLwciWqfH8Em292QsIFmfu1mt8fGyFxo9aLPi>

APR. 13 – IUN. 13

Membră a grupului de inițiativă Generația Încrăderii în Sine, Proiectul "Sunt unic - inițiativă de autocunoaștere și autoafirmare a tinerilor"

Proiectul "Sunt unic - inițiativă de autocunoaștere și autoafirmare a tinerilor" a fost realizat cu ajutorul Programului de Granturi Mici pentru Tineri, runda a VI-a desfășurat de Fondul pentru Tineri Ialoveni.

În cadrul proiectului s-au realizat trei activități relevante:

1. Training-ul de formare a tinerilor care a reunit 30 de participanți dornici de a-și dezvolta cultura emoțională. Activitatea s-a desfășurat pe 30 aprilie 2013 și a durat 2 ore. Au fost implicați copii care trăiesc în familii social-vulnerabile, orfani, semiorfani sau ai căror părinți sunt plecați peste hotare, precum și copii cu dezabilități.
2. Caravana Cărții „O carte din suflet” s-a realizat în perioada 15 mai-01 iunie 2013, în care tinerii au donat cărți pentru copiii din familii social-vulnerabile.

1. Concursul de eseuri și povestioare a fost anunțat printr-un material promoțional, care a fost afișat și anunțat public. Prin acest concurs s-a realizat recepționarea feed-back-ului în cadrul proiectului.

Link https://fondultinerilor.md/?page_id=2013

1 NOV. 12 – 31 DEC. 12 Ialoveni, Răzeni

Lideră a grupului de inițiativă Generația Încrederii în Sine, Proiectul "Lumină din Lumină"

Proiectul "Lumină din Lumină" a avut drept scop formarea la tineri din familii needucogene sau socialmente vulnerabile a capacităților de receptare și producere a valorilor estetice, de organizare a mediului individual și social în armonie cu principiile Frumosului.

În planificarea inițială am propus mai multe activități, iar în suma cheltuielilor aprobate am realizat două activități:

1. Excursie: Muzeul de Etnografie și Istorie Naturală, Aleea Clasicilor, monumental actorului Emil Loteanu, popas la Andy's Pizza, spectacol la Teatru Național "Mihai Eminescu"
2. Editarea și multiplicarea unei reviste: "Lumină din lumină" este o revistă școlară cu rol de punte între școală și comunitate, un almanah cultural al satului Răzeni.

Proiectul "Lumină din Lumină" s-a ales cu titlul "Cel mai Reușit Proiect Finanțat de Fondul pentru Tineri Ialoveni în anul 2012".

Link https://fondultinerilor.md/?page_id=1461

Lista lucrărilor științifice la tema tezei:

1. BALAN, R., RACU, Iu. Dezvoltarea personalității adolescentelor cu probleme de alimentație. În: Tradiție și inovare în cercetarea științifică. 8 octombrie 2021, Bălți. Bălți: Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, 2021, Ediția 10, Vol. II, pp. 72-75. ISBN 978-9975-50-272-6. https://ibn.idsi.md/ru/vizualizare_articol/159365.
2. RACU, Iu. BALAN, R. Particularitățile autoevaluării imaginii personale la adolescente. În: Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective". 21-22 octombrie 2021, Chișinău. Chisinau, Republic of Moldova: Editura „Lexon-Prim”, 2021, Ediția XXXII, pp. 60-65. ISBN 978-9975-50-269-6. https://ibn.idsi.md/ru/vizualizare_articol/148853.
3. BALAN, R. Intervenții psihologice în dezvoltarea personalității adolescentelor cu probleme alimentare. În: Dezvoltarea personală și integrarea socială a actorilor educaționali, 12 noiembrie 2021, Chișinău. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2021, pp. 69-78. ISBN 978-9975-46-570-0. https://ibn.idsi.md/ru/vizualizare_articol/154282.
4. BALAN, R. Specificul imaginii corporale la femei. În: Probleme actuale ale științelor umanistice: Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor, Ed. 19, 11 mai 2022, Chișinău. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2022, Vol.20, Partea 1, pp. 196-200. ISBN 978-9975-46-636-3. ISSN 1857-0267. https://ibn.idsi.md/en/vizualizare_articol/171460.
5. BALAN, R. Percepția importanței aspectului fizic în societatea contemporană. În: Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective, Ed. 1, 21 octombrie 2022, Bălți. Bălți, Republica Moldova: CEP UPS „I.Creangă”, 2022, pp. 343-348. ISBN (pdf) 978-9975-50-295-5(PDF). https://ibn.idsi.md/en/vizualizare_articol/170140.
6. BALAN, R. Adolescenții în context social. În: Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective. Ed. 1, 27 octombrie 2023, Bălți. Bălți, Republica

- Moldova: Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, 2023, pp. 272-275. ISBN (pdf) 978-9975-50-314-3. https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/195815.
7. BALAN, R. Tulburarea dismorfică corporală: cauze și manifestări. In: Probleme actuale ale științelor umanistice, 1 ianuarie 2023, Chișinău. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2023, pp. 217-220. ISBN 978-9975-46-849-7. https://ibn.idsi.md/en/vizualizare_articol/203161.
 8. BALAN, R. Conștiinciozitatea la adolescențele cu comportament alimentar distinct. In: Traditie și inovare în cercetarea științifică, Ed. XII, 6-7 octombrie 2023, Bălți. Bălți: Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, 2024, Ediția 12, Vol. I, pp. 199-203. ISBN 978-9975-50-319-8. https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/203525.
 9. BALAN, R. Starea de bine și comportamentul alimentar. Science and education: new approaches and perspectives, Ed. 26, 21-22 martie 2024, Chișinău. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2024, Seria 26, Vol.1, pp. 149-155. ISBN 978-9975-46-943-2. https://ibn.idsi.md/en/vizualizare_articol/214089/datacite.
 10. BALAN, R. Personalitatea adolescentelor cu comportament alimentar distinct. In: Cercetare, inovare, dezvoltare, Ed. Vol. II, 19 aprilie 2024, Chișinău. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2024, Vol. II, pp. 253-260. ISBN 978-9975-48-207-3. https://ibn.idsi.md/en/vizualizare_articol/223615.
 11. BALAN, R., Stima de sine și starea de bine la elevi. In: Kreatikon. Creativitate. Formare. Performanță, Ed. 19, 28-30 martie 2024, Iași. Iași: Profesioniștii Imprimărilor din Moldova, Iași, 2024, Ediția 19, pp. 37-38. ISSN 2068 - 1372. https://ibn.idsi.md/en/vizualizare_articol/220834.
 12. RACU, Iu., BALAN, R. Fortificarea stimei de sine la adolescente. În: Abordări psihopedagogice, lingvistico-literare, istorice și didactice în științele educației”, Ed. 4, 20 decembrie 2023, Cahul. Cahul: Universitatea de Stat „Bogdan Petriceicu Hasdeu” din Cahul, 2024, Ediția 4, pp. 92-99. ISBN 978-9975-88-120-3. https://ibn.idsi.md/en/vizualizare_articol/203191.
 13. BALAN, R., RACU, Iu. Particularitățile stimei de sine la adolescente. În: Concepția rezultantei: importanța teoretică și practică”, Ed. 1, 1-2 decembrie 2023, Chișinău. Chișinău: Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, 2024, Ediția 1, pp. 142-148. ISBN 978-9975-46-884-8. https://ibn.idsi.md/en/vizualizare_articol/203051.
 14. BALAN, R., RACU, Iu. Tulburările de comportament alimentar: delimitări conceptuale și modalități de intervenții psihoterapeutice. În: Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective. Ed. 5, 25-26 octombrie 2024, Bălți. Bălți, Republica Moldova:

- Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, 2024, Ediția 5, pp. 234-239. ISBN (pdf) 978-9975-50-344-0. Disponibil: https://ibn.idsi.md/en/vizualizare_articol/227244.
15. RACU, Iu. BALAN, R. Stima de sine la adolescentele cu comportament alimentar distinct. În: Perspectivile și problemele integrării în spațiul european al cercetării și educației. Ediția a IX-a. 6 iunie 2024. Cahul: Tipografia „CentroGrafic” SRL, 2024, Vol.11, Partea II, pp. 112-117. ISSN 2587-3571. Disponibil: https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/213954.
 16. RACU, Iu., BALAN, R. Dezvoltarea personalității adolescentelor cu comportament alimentar disfuncțional. În: Psihologie. Revista științifico-practică, nr. 1(46), 2025. pp. 3-12. ISSN E 2537-6276. Disponibil: <https://key.upsc.md/wp-content/uploads/2025/06/PSPJ-V46-Iss1-2025-p3-12.pdf>.
 17. BALAN, R. Educația ca factor de prevenție și intervenție în comportamentul alimentar patologic. În: Kreatikon. Creativitate. Formare. Performanță, Ed. 20, 3-6 aprilie 2025, Iasi. Iași: Profesioniștii Imprimeriilor din Moldova, Iași, 2025, Ediția 20, pp. 244-248. ISSN 2068 - 1372. Disponibil: https://www.upa.ro/wp-content/uploads/2025/06/Volum_lucrari_in_extenso_Kreatikon-2025-2.pdf.
 18. RACU, Iu. BALAN, R. Relația dintre sine și corp la adolescentele cu tendințe alimentare restrictive. În: Acta Universitatis Cahulensis, Ed. Volumul XII, 6 iunie 2025, Cahul. Cahul: Tipografia „CentroGrafic” SRL, Cahul, 2025, Vol. 12, Partea II, pp. 176-181. ISSN 2587-3571. Disponibil: https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/245481.
 19. BALAN, R. Încrederea în sine și starea de bine la elevi. În: Conferința Națională cu Participare Internațională „Valorificarea stării de bine în sistemul educațional: oportunități și perspective”. Chișinău: Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, 15 mai 2025. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2025, pp. 195-201. ISBN 978-9975-48-310-0 (PDF). Disponibil: https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/245263.
 20. BALAN, R. Impactul perfecționismului asupra relației cu propriul corp la adolescentele cu risc de tulburări de comportament alimentar. În: Revista Univers Pedagogic, nr.3(87), 2025. ISSN 1811-5470. Disponibil: https://ibn.idsi.md/ro/vizualizare_articol/236009/gscholar.
 21. BALAN, R. Climatul familial negativ ca factor de risc în rândul adolescentelor cu probleme alimentare. În: Revista Acta et Commentationes (Științe ale Educației). Nr. 2 (40) / Chișinău: CEP UPS „Ion Creangă”. 2025. ISSN 1857-0623. Disponibil: https://ibn.idsi.md/ro/vizualizare_articol/234986.