

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

Cu titlu de manuscris

C.Z.U: ...

ȘTEFAN MARIANA

**PARTICULARITĂȚI PSIHOLOGICE ALE COMPORTAMENTULUI
ALIMENTAR LA ADOLESCENTE**

Specialitatea 511.02 - Psihologia dezvoltării și psihologia educațională

Teză de doctor în psihologie

Conducător științific:

Losîi Elena, dr. în psihol., prof. univ.

Autor:

Ștefan Mariana

CHIȘINĂU, 2026

© Ștefan Mariana, 2026

CUPRINS

ADNOTARE	4
ANNOTATION	5
АННОТАЦИЯ	6
LISTA ABREVIERILOR.....	7
LISTA TABELELOR.....	8
LISTA FIGURILOR.....	9
INTRODUCERE	10
1. COMPORTAMENTUL ALIMENTAR ÎN ADOLESCENȚĂ	23
1.1. Comportamentul alimentar: conceptualizare și teorii	23
1.2. Factori determinanți ai comportamentului alimentar la adolescente	32
1.3. Particularități psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente	33
1.4. Rolul emoțiilor în comportamentul alimentar.....	39
1.5. Tipuri de comportament alimentar problematic și modalități de intervenție	44
1.6. Direcții de cercetare și provocări actuale.....	53
1.7. Concluzii la capitolul 1.....	564
2.CERCETAREA EXPERIMENTALĂ A PARTICULARITĂȚILOR PSIHOLOGICE ALE COMPORTAMENTULUI ALIMENTAR LA ADOLESCENTE	58
2.1. Scopul, obiectivele, lotul și metodologia cercetării	58
2.2. Profilul psihologic diferențiat al comportamentului alimentar la adolescente	66
2.3. Relația dintre anxietatea fizică și atitudinile alimentare problematice	77
2.4. Relația dintre imaginea corporală și comportamentele alimentare problematice	79
2.5. Relația dintre presiunea socială, atitudinile alimentare și alimentația emoțională	82
2.6. Modelul predictiv al varianței comportamentelor alimentare problematice	84
2.7. Concluzii la capitolul 2.....	87
3.PROGRAM DE INTERVENȚIE PSIHOLOGICĂ ASUPRA COMPORTAMENTULUI ALIMENTAR LA ADOLESCENTE	89
3.1.Proiectarea, elaborarea, implementarea și validarea programului formativ	89
3.2.Prezentarea și interpretarea rezultatelor ameliorării comportamentului alimentar problematic	98
3.3. Concluzii la capitolul 3.....	121
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI.....	124
BIBLIOGRAFIE	127

ANEXE	156
<i>Anexa 1. Instrumente de investigare.....</i>	<i>156</i>
<i>Anexa 2. Rezultate statistice obținute în urma experimentului constatativ.....</i>	<i>169</i>
<i>Anexa 3. Rezultatele statistice obținute în urma experimentului formativ.....</i>	<i>171</i>
<i>Anexa 4. Programul de intervenție</i>	<i>196</i>
<i>Anexa 5. Fișe pentru programul de intervenție „Metamorfoza”</i>	<i>234</i>
<i>Anexa 6. Informații privind valorificarea rezultatelor cercetării</i>	<i>245</i>
Declarația privind asumarea răspunderii.....	247
CV-ul autorului	248

ADNOTARE

**Mariana Ștefan. Particularități psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente.
Teză de doctor în Psihologie. Chișinău, 2026.**

Structura tezei este compusă din: adnotări în trei limbi (română, engleză și rusă), lista abrevierilor, lista tabelor, lista figurilor, introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 302 de titluri, 6 anexe, 126 de pagini de text de bază, 29 de figuri și 15 de tabele. Ideile fundamentale cât și rezultatele obținute în urma cercetării, au fost publicate în 12 lucrări științifice.

Cuvinte cheie: comportament alimentar problematic, adolescență, imagine corporală, imagine de sine, profil psihologic, presiune socio-culturală, factori de personalitate, consiliere psihologică, sănătate mentală.

Domeniu de studiu: Psihologia adolescentului.

Scopul cercetării este identificarea particularităților psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente și dezvoltarea unui program de intervenție psihologică multifățetat orientat spre ameliorarea comportamentelor alimentare problematice, imaginii corporale și imaginii de sine, consolidarea factorilor de personalitate protectivi și diminuarea percepției presiunii sociale privind aspectul fizic și greutatea corporală.

Obiectivele cercetării: analiza teoretică a abordărilor conceptuale privind comportamentul alimentar la adolescente; evaluarea comparativă a particularităților psihologice ale comportamentului alimentar între adolescențele cu comportament alimentar problematic și cele cu comportament alimentar echilibrat, pentru a identifica diferențele semnificative în profilurile psihologice ale acestora; investigarea relațiilor complexe dintre componentele comportamentului alimentar (atitudini alimentare, alimentație emoțională) și diversele dimensiuni psihologice relevante, precum anxietatea privind aspectul fizic, stima corporală, concepția de sine, factorii de personalitate și percepția presiunii socio-culturale; elaborarea profilului psihologic comprehensiv al adolescentei cu comportament alimentar problematic; dezvoltarea, implementarea și evaluarea eficienței unui program de intervenție psihologică multifățetat destinat adolescentelor cu comportament alimentar problematic, urmărind ameliorarea comportamentului alimentar problematic și a atitudinilor alimentare dezadaptative, îmbunătățirea imaginii corporale și a concepției de sine, consolidarea factorilor de personalitate protectivi.

Noutatea și originalitatea științifică a rezultatelor obținute rezidă în realizarea unui demers teoretico-experimental privind particularitățile psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente care a condus la elaborarea unui model predictiv multifactorial, comprehensiv de profil psihologic al adolescentelor cu comportament alimentar problematic ce integrează în mod complex multiple dimensiuni psihologice; fundamentarea unui model psihodiagnostic multifățetat, focalizarea pe contextul cultural specific și dezvoltarea unor instrumente și intervenții noi; construirea și implementarea unui program de intervenție psihologică inovator destinat ameliorării comportamentului alimentar problematic și a aspectelor psihologice conexe.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice constau în: elaborarea unui model de profil al adolescentei cu comportament alimentar problematic; identificarea corelațiilor semnificative între anxietatea privind aspectul fizic și comportamentele alimentare problematice, între imaginea corporală și comportamentele alimentare dezadaptative, precum și între presiunea socială și atitudinile alimentare dezadaptative/alimentația emoțională; dezvoltarea unui model predictiv multifactorial, comprehensiv de profil care oferă o înțelegere aprofundată a factorilor asociați comportamentului alimentar dezordonat la adolescente, integrând anxietatea fizică, imaginea corporală, concepția de sine, presiunea socială și perfecționismul; proiectarea, implementarea și validarea unui program de intervenție psihologică destinat abordării comportamentului alimentar problematic și factorilor asociați.

Semnificația teoretică a cercetării. Rezultatele cercetării teoretico-experimentale furnizează noi cunoștințe și perspective de înțelegere a comportamentului alimentar la adolescente. Modelul integrat de profil psihologic al adolescentei cu comportament alimentar problematic oferă un cadru teoretic nou pentru înțelegerea interacțiunilor complexe dintre factorii implicați în acest fenomen. Programul de intervenție psihologică elaborat și validat în cadrul acestei cercetări aduce o contribuție teoretică importantă prin integrarea inovatoare a diverselor abordări terapeutice și adaptarea lor la nevoile specifice ale adolescentelor cu comportament alimentar problematic.

Valoarea aplicativă a cercetării constă în elaborarea unui model psihodiagnostic al componentelor structurale ale comportamentului alimentar și al dimensiunilor psihologice asociate, precum și conturarea unui profil psihologic multifățetat al adolescentei cu comportament alimentar problematic care poate fi utilizat în contexte educaționale și clinice. Totodată a fost elaborat și implementat un program inovator de intervenție psihologică pentru optimizarea comportamentului alimentar la adolescente, fundamentat pe o abordare integrativă și personalizată, orientat spre reducerea comportamentelor alimentare dezadaptative, îmbunătățirea imaginii corporale și consolidarea unei relații sănătoase cu alimentația și propriul corp.

Implementarea rezultatelor științifice Rezultatele cercetării teoretico-experimentale au fost implementate în activitatea de consiliere psihologică și în procesul didactic de pregătire a studenților și masteranzilor în cadrul disciplinelor Psihologia dezvoltării, Psihologia educației, Psihologia clinică a copilului și adultului, Psihodiagnostic clinic din cadrul Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă” din Chișinău.

ANNOTATION

**Mariana Ștefan. Psychological Particularities of Eating Behavior in Adolescent Girls.
Doctoral Thesis in Psychology. Chisinau, 2026.**

The structure of the thesis consists of: annotations in three languages (Romanian, English, and Russian), list of abbreviations, list of tables, list of figures, introduction, three chapters, general conclusions and recommendations, bibliography of 302 titles, 6 appendices, 126 pages of main text, 29 figures, and 15 tables. The fundamental ideas, as well as the results obtained from the research, have been published in 12 scientific papers.

Keywords: problematic eating behavior, adolescence, body image, self-image, psychological profile, sociocultural pressure, personality factors, psychological counseling, mental health.

Field of study: Adolescent Psychology.

The aim of the research is to identify the psychological characteristics of eating behavior in adolescent girls and to develop a multifaceted psychological intervention program aimed at improving problematic eating behaviors, body image, and self-image, strengthening protective personality factors, and reducing the perception of social pressure regarding physical appearance and body weight.

The research objectives: theoretical analysis of conceptual approaches regarding eating behavior in adolescent girl; comparative evaluation of the psychological characteristics of eating behavior between adolescent girls with problematic eating behavior and those with balanced eating behavior, in order to identify significant differences in their psychological profiles; investigation of the complex relationship between components of eating behavior (eating attitudes, emotional eating) and various relevant psychological dimensions such as appearance-related anxiety, body esteem, self-concept, personality factors, and perceived socio-cultural pressure; development of a comprehensive psychological profile of the adolescent girl with problematic eating behavior; development, implementation, and evaluation of the effectiveness of a multifaceted psychological intervention program designed for adolescent girls with problematic eating behavior, aiming to improve problematic eating behaviors and maladaptive eating attitudes, enhance body image and self-concept, and strengthen protective personality factors.

The scientific novelty and originality of the obtained results lie in conducting a theoretical-experimental approach to the psychological characteristics of eating behavior in adolescent girls which led to the development of a comprehensive multifactorial predictive model of the psychological profile of adolescents with problematic eating behavior, integrating multiple psychological dimensions in a complex manner; substantiating a multifaceted psychodiagnostic model, focusing on the specific cultural context, and developing new tools and interventions; designing and implementing an innovative psychological intervention program aimed at improving problematic eating behavior and related psychological aspects.

The results contributing to solving the scientific problem consist of: developing a profile model of the adolescent girl with problematic eating behavior; identifying significant correlations between appearance-related anxiety and problematic eating behaviors, between body image and maladaptive eating behaviors, as well as between social pressure and maladaptive eating attitudes/emotional eating; developing a comprehensive multifactorial predictive profile model that provides an in-depth understanding of the factors associated with problematic eating in adolescent girls, integrating physical appearance anxiety, body image, self-concept, social pressure, and perfectionism; designing implementing, and validating a psychological intervention program aimed at addressing problematic eating behavior and associated factors.

The theoretical significance of the research. The results of the theoretical-experimental research provide new knowledge and perspectives for understanding eating behavior in adolescent girls. The integrated psychological profile model of the adolescent girl with problematic eating behavior offers a new theoretical framework for understanding the complex interactions among the factors involved in this phenomenon. The psychological intervention program developed and validated within this research makes an important theoretical contribution through the innovative integration of various therapeutic approaches and their adaptation to the specific needs of adolescent girls with problematic eating behavior.

The applied value of the work lies in the development of a psychodiagnostic model of the structural components of eating behavior and associated psychological dimensions, as well as in outlining a multifaceted psychological profile at the adolescent girl with problematic eating behavior that can be used in educational and clinical contexts. Additionally, an innovative psychological intervention program was developed and implemented to optimize eating behavior in adolescent girls, based on an integrative and personalized approach aimed at reducing maladaptive eating behaviors, improving body image, and strengthening a healthy relationship with food and one's own body.

The implementation of scientific results. The results of the theoretical-experimental research were implemented in psychological counseling practice and in the teaching process for undergraduate and master's students within the courses Developmental Psychology, Educational Psychology, Clinical Psychology of Children and Adults, and Clinical Psychodiagnostic at the State Pedagogical University „Ion Creangă” of Chișinău.

АННОТАЦИЯ

Мариана Штефан. Психологические особенности пищевого поведения у девочек-подростков.

Докторская диссертация по психологии. Кишинев, 2026.

Структура диссертации. Работа состоит из аннотаций на трех языках (румынском, английском и русском), списка сокращений, списка таблиц, списка рисунков, введения, трех глав, общих выводов и рекомендаций, библиографии из 302 наименований, 6 приложений, 126 страниц основного текста, 29 рисунков и 15 таблиц. Фундаментальные идеи, а также результаты, полученные в ходе исследования, были опубликованы в 12 научных работах.

Ключевые слова: проблемное пищевое поведение, подростковый возраст, образ тела, образ себя, психологический профиль, социокультурное давление, личностные факторы, психологическое консультирование, психическое здоровье.

Область исследования: Психология подростка.

Цель исследования заключается в выявлении психологических особенностей пищевого поведения у девушек-подростков и разработке многоаспектной программы психологического вмешательства, направленной на коррекцию проблемного пищевого поведения, образа тела и образа себя, укрепление защитных личностных факторов и снижение восприятия социального давления в отношении физического облика и массы тела.

Задачи исследования: теоретический анализ концептуальных подходов к исследованию пищевого поведения в подростковом возрасте; сравнительная оценка психологических особенностей пищевого поведения у девушек-подростков с проблемным и со сбалансированным пищевым поведением для выявления значимых различий в их психологических профилях; исследование сложных взаимосвязей между компонентами пищевого поведения (пищевые установки, эмоциональное питание) и различными релевантными психологическими измерениями, такими как тревога по поводу физической внешности, телесная самооценка, концепция «Я», личностные факторы и восприятие социокультурного давления; разработка комплексного психологического профиля девушки-подростка с проблемным пищевым поведением; разработка, внедрение и оценка эффективности многоаспектной программы психологического вмешательства для девушек-подростков с проблемным пищевым поведением, направленной на коррекцию проблемного пищевого поведения и дезадаптивных пищевых установок, улучшение образа тела и концепции «Я», а также укрепление защитных личностных факторов.

Научная новизна и оригинальность полученных результатов заключаются в реализации теоретико-экспериментального исследования психологических особенностей пищевого поведения у девушек-подростков, которое привело к разработке многофакторной прогностической модели – комплексного психологического профиля подростков с проблемным пищевым поведением, объединяющего в себе множество психологических измерений. Также были обоснованы многоаспектная психодиагностическая модель с акцентом на специфический культурный контекст и разработаны новые инструменты и методы вмешательства; создана и внедрена инновационная программа психологического вмешательства, направленная на коррекцию проблемного пищевого поведения и сопутствующих психологических аспектов.

Результаты, способствующие решению научной проблемы, заключаются в: разработке модели профиля девушки-подростка с проблемным пищевым поведением; выявлении значимых корреляций между тревогой по поводу физического облика и проблемным пищевым поведением, между образом тела и дезадаптивным пищевым поведением, а также между социальным давлением и дезадаптивными пищевыми установками / эмоциональным питанием; разработке многофакторной прогностической модели (комплексного профиля), которая обеспечивает глубокое понимание факторов, связанных с нарушениями пищевого поведения у подростков, интегрируя показатели физической тревожности образа тела, Я-концепции, социального давления и перфекционизма.

Теоретическая значимость исследования. Результаты теоретико-экспериментального исследования предоставляют новые знания и перспективы для понимания пищевого поведения у девушек-подростков. Интегрированная модель психологического профиля девушки-подростка с проблемным пищевым поведением предлагает новую теоретическую основу для понимания сложных взаимодействий между факторами, вовлеченными в данный феномен. Программа психологического вмешательства, разработанная и валидированная в рамках данного исследования, вносит важный теоретический вклад благодаря инновационному объединению различных терапевтических подходов и их адаптации к специфическим потребностям девушек-подростков с проблемным пищевым поведением.

Практическая значимость исследования заключается в разработке психодиагностической модели структурных компонентов пищевого поведения и связанных с ними психологических измерений, а также в формировании многоаспектного психологического профиля девушки-подростка с проблемным пищевым поведением, который может быть использован в образовательном и клиническом контекстах. В то же время была разработана и внедрена инновационная программа психологического вмешательства для оптимизации пищевого поведения у девушек-подростков, основанная на интегративном и персонализированном подходе, направленная на снижение дезадаптивных форм пищевого поведения, улучшение образа тела и укрепление здоровых отношений с питанием и собственным телом.

Внедрение научных результатов. Результаты теоретико-экспериментального исследования были внедрены в практику психологического консультирования и в учебный процесс подготовки студентов и магистрантов в рамках дисциплин «Психология развития», «Педагогическая психология», «Клиническая психология ребенка и взрослого», «Клиническая психодиагностика» в Кишиневском Государственном Педагогическом Университете имени Иона Крянгэ.

LISTA ABREVIERILOR

CAP – (Adolescente cu) Comportament Alimentar Problematic

CAE – (Adolescente cu) Comportament Alimentar Echilibrat

CICAP-5A - Chestionar pentru Identificarea Comportamentului Alimentar Problematic la Adolescenți

EAT 26 - Eating Attitudes Test

EEQ - Emotional Eater Questionnaire (Chestionar privind Alimentația Emoțională)

AAI - Appearance Anxiety Inventory (Anxietatea legată de Aspectul Fizic)

BESAA - The Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults (Scala Stimei de Sine Corporale pentru Adolescenți și Adulți)

BFI 10 - The Big Five Inventory 10 Item Scale (Inventarul Cinci Factori cu 10 itemi)

HP5 - Health-relevant Personality traits (Factori de personalitate relevanți pentru sănătate)

CPQ - Clinical Perfectionism Questionnaire (Chestionarul Pesfecționismului Clinic)

PSPS - Perceived Sociocultural Pressure Scale (Scala Presiunii Socioculturale Percepute)

GE - Grupul experimental

GC - Grupul de control

LISTA TABELELOR

- Tabelul 2.1. Diferențe între adolescențele CAP și adolescențele CAE pentru EAT-26: medii, deviații standard și rezultate ale testului Mann-Whitney U
- Tabelul 2.2. Diferențe CAP și CAE pentru EEQ-CA: Medii, deviații standard și rezultate ale testului Mann-Whitney U
- Tabelul 2.3. Diferențe CAP și CAE pentru AAI: Medii, deviații standard și rezultate ale testului Mann-Whitney U
- Tabelul 2.4. Diferențe CAP și CAE pentru BESAA: Medii, deviații standard și rezultate ale testului Mann-Whitney U
- Tabelul 2.5. Diferențe CAP și CAE pentru SPPA: Medii, deviații standard și rezultate ale testului Mann-Whitney U
- Tabelul 2.6. Diferențe CAP și CAE pentru BFI 10: Medii, deviații standard și rezultate ale testului Mann-Whitney U
- Tabelul 2.7. Diferențe CAP și CAE pentru HP 5: Medii, deviații standard și rezultate ale testului Mann-Whitney U
- Tabelul 2.8. Diferențe CAP și CAE pentru CPQ: Medii, deviații standard și rezultate ale testului Mann-Whitney U
- Tabelul 2.9. Diferențe CAP și CAE pentru PSPS: Medii, deviații standard și rezultate ale testului Mann-Whitney U
- Tabelul 2.10. Asocieri între anxietatea de aparență fizică și atitudinile alimentare
- Tabelul 2.11. Asocieri între stima de sine în legătură cu imaginea corporală și atitudinile alimentare
- Tabelul 2.12. Asocieri între presiunea socială și comportamentele alimentare problematice
- Tabelul 2.13. Analiza regresiei multiple pentru Atitudinile față de alimentație
- Tabelul 2.14. Coeficienții modelului de regresie pentru Atitudinile față de alimentație
- Tabelul 3.1. Programul de intervenție

LISTA FIGURILOR

Figura 2.1. Schema conceptuală a cercetării. Interacțiunea complexă a factorilor de influență ai Profilului Psihologic al Adolescenței cu Comportament Alimentar Problematic (CAP)

Figura 2.2. Frecvențe procentuale pentru vârstă

Figura 2.3. Comparații între CAP și CAE pentru EAT-26

Figura 2.4. Comparații între CAP și CAE pentru EEQ

Figura 2.5. Comparații între CAP și CAE pentru AA

Figura 2.6. Comparații între CAP și CAE pentru BESAA

Figura 2.7. Comparații între CAP și CAE pentru SPPA

Figura 2.8. Comparații între CAP și CAE pentru BFI-10

Figura 2.9. Comparații între CAP și CAE pentru HP-5

Figura 2.10. Comparații între CAP și CAE pentru CPQ (Perfecționism)

Figura 2.11. Comparații între CAP și CAE pentru PSPPS (Presiune socio-culturală)

Figura 3.1. Comparații pentru comportament și atitudini alimentare GE

Figura 3.2. Comparații test și retest pentru AAI și BESSA, GE

Figura 3.3. Comparații test-retest pentru Dimensiunile Concepției de sine (SPPA), GE

Figura 3.4. Comparații test-retest pentru Factori de personalitate (BFI 10), GE

Figura 3.5. Trăsături de personalitate relevante pentru sănătate (HP5) și Perfecționism (CPQ), GE

Figura 3.6. Comparații test-retest pentru Presiune socială (PSPPS), GE

Figura 3.7. Comparații pentru CICAP, EAT-26 și EEQ, GC test și retest

Figura 3.8. Comparații test și retest pentru AAI și BESSA, GC

Figura 3.9. Comparații test-retest pentru Dimensiunile Concepției de sine (SPPA), GC

Figura 3.10. Comparații test-retest pentru Factori de personalitate (BFI 10), GC

Figura 3.11. Trăsături de personalitate relevante pentru sănătate (HP5) și Perfecționism (CPQ), GC

Figura 3.12. Comparații test-retest pentru Presiune socială (PSPPS), GC

Figura 3.13. Comparații pentru CICAP, EAT-26 și EEQ, GE și GC retest

Figura 3.14. Comparații retest pentru AAI și BESSA, GE și GC

Figura 3.15. Comparații retest pentru Dimensiunile Concepției de sine (SPPA), GE și GC

Figura 3.16. Comparații retest pentru Factori de personalitate (BFI 10), GE și GC

Figura 3.17. Trăsături de personalitate relevante pentru sănătate (HP5) și Perfecționism (CPQ), GC

Figura 3.18. Comparații retest pentru Presiune socială (PSPPS), GE și GC

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța problemei abordate. Actualitatea și importanța problemei comportamentului alimentar la adolescente sunt incontestabile în contextul societății contemporane. În ultimele decenii, s-a observat o creștere alarmantă a incidenței tulburărilor de alimentație și a comportamentelor alimentare problematice în rândul tinerelor, fenomen amplificat de presiunea socială intensă și omniprezența idealurilor de frumusețe promovate agresiv prin intermediul mass-mediei și al rețelelor sociale. În această etapă de vîrstă adolescentele trec printr-o perioadă de tranziție profundă, marcată de transformări pe mai multe planuri. Corpul se modifică rapid, iar aceste schimbări pot fi traite cu teamă, confuzie, rușine. Într-un context social în care se pune un accent disproporționat pe aspectul fizic, aceste transformări devin un teren vulnerabil. Fluxul constant de imagini filtrate, editate, prelucrate sau atent selectate, creează standarde corporale aproape imposibil de atins. Și astfel, imaginea corporală devine un factor important în definirea valorii personale, iar hrana se poate transforma într-un instrument de control, pedeapsă sau compensare emoțională. Această problemă nu doar că afectează sănătatea fizică și psihică a adolescentelor pe termen scurt, dar poate avea repercusiuni semnificative asupra dezvoltării lor ulterioare, influențând negativ stima de sine, relațiile sociale și performanțele academice sau profesionale. Dincolo de simptomele vizibile, consecințele se infiltrează treptat în structura personalității în formare. Adolescente ajung să își evalueze constant valoarea prin prisma greutateii sau a formei corporale, construindu-și astfel identitatea pe un fundament fragil. Astfel, se creează convingeri care pot genera anxietate socială, evitare, retragere din activități care presupun expunere sau chiar dificultăți în asumarea unor roluri ce implică vizibilitate și încredere în sine. Pe termen lung, netratat sau insuficient abordat, comportamentul alimentar problematic poate evolua către forme cronice, asociate cu depresie, tulburări de anxietate sau abuz de substanțe. Dacă abordăm acest subiect din perspectiva clinică, observăm că impactul asupra adolescentelor este foarte important. Anorexia nervoasă are una dintre cele mai ridicate rate de mortalitate, dintre afecțiunile psihiatrice: afectează concentrarea, memoria și capacitatea de suținere a efortului intelectual. Episoadele de alimentație compulsivă pot fi urmate de stări de epuizare și autocritică severă, diminuând motivația școlară. Adolescente perfectioniste pot compensa prin suprasolicitare, însă aceasta în timp duce frecvent la burnout emoțional. Din perspectivă medicală, comportamentul alimentar problematic poate duce la dereglări hormonale, amenoree, probleme cardiovasculare, afectarea densității osoase, tulburări gastrointestinale. Tratamentul implică adesea intervenții multidisciplinare - monitorizare psihiatrică, psihoterapie, consiliere nutrițională, în unele cazuri chiar spitalizare. În plus, costurile sociale și economice asociate tratamentului și

managementului tulburărilor de alimentație sunt considerabile. Costurile nu sunt doar financiare, ci și umane: familii afectate, parcurs școlar întrerupt, potențial nevalorificat. Înțelegerea aprofundată a particularităților psihologice care stau la baza comportamentului alimentar la adolescente devine astfel esențială pentru dezvoltarea unor strategii eficiente de prevenție și intervenție.

Comportamentul alimentar problematic la adolescente reprezintă o preocupare majoră în societatea contemporană, cu o creștere alarmantă a incidenței tulburărilor de comportament alimentar: 36% în România și 28% în Republica Moldova în ultimii cinci ani. Majoritatea persoanelor afectate de tulburări alimentare au debut în adolescență. Conform celor mai recente date furnizate de Biroul Regional al OMS pentru Europa, obezitatea a devenit o problemă de sănătate publică majoră, afectând 300 de milioane de persoane la nivel global. În ultimele două decenii, incidența acestei afecțiuni a crescut cu 25%. Situația în Europa este alarmantă: 14 milioane de locuitori sunt supraponderali, iar 6 milioane suferă de obezitate (cu o prevalență de 38% în rândul femeilor și 27% în rândul bărbaților). Fenomenul afectează grav și generațiile tinere, ratele de incidență ajungând la 20-25% în cazul copiilor și la 40-45% în rândul adolescenților [7]. Conform UNICEF, într-un raport privind sănătatea mintală a copiilor din România, tulburările de comportament alimentar reprezintă aproximativ 2,88% din totalul tulburărilor mintale diagnosticate în rândul copiilor și adolescenților și, 2,9% dintre adolescenții diagnosticați cu tulburări mintale prezintă tulburări de comportament alimentar. În raportul privind sănătatea copiilor și adolescenților din Republica Moldova, se arată că aproximativ 1 din 7 adolescenți este supraponderal, iar 1 din 5 adolescenți este subponderal. În total, aproximativ o treime dintre adolescenți au un IMC considerat anormal, ceea ce semnalează dezechilibre nutriționale ce pot fi asociate cu comportamente alimentare problematice. Deși diagnosticul clinic indică rate de 1,8% în România și 1,5% în Republica Moldova, comportamentele alimentare de risc afectează peste 18% din adolescentele din România și 22,7% din Republica Moldova, sugerând numeroase cazuri nediagnosticate [7]. Impactul acestor probleme depășește sănătatea imediată, afectând dezvoltarea pe termen lung, stima de sine, relațiile sociale și performanțele academice. Adolescencele cu tulburări alimentare prezintă un risc de 3,2-3,5 ori mai mare de abandon școlar, iar costurile socio-economice reprezintă aproximativ 2,3-2,7% din bugetul de sănătate al ambelor țări. Impactul acestor probleme afectează dezvoltarea pe termen lung creând vulnerabilități care pot interfera cu tranziția către vârsta adultă și cu asumarea rolurilor sociale și profesionale. În acest context, devine esențială investigarea determinantelor psihologice și socio-culturale care contribuie la apariția și menținerea comportamentului alimentar problematic.

Aspecte importante de explorat includ relația dintre imaginea corporală și concepția de sine, impactul specific al rețelelor sociale și al presiunii grupului, particularitățile culturale în manifestarea tulburărilor de alimentație, influența factorilor familiari, precum și mecanismele de coping și strategiile de reglare emoțională utilizate de adolescentele cu comportament alimentar problematic. De asemenea, stigmatizarea asociată tulburărilor alimentare poate accentua izolarea socială și sentimentul de inadecvare. Toate acestea subliniază complexitatea fenomenului și necesitatea unei analize aprofundate a factorilor implicați.

O abordare comprehensivă a acestor aspecte ar putea aduce contribuții semnificative la înțelegerea particularităților psihologice ale comportamentului alimentar la adolescentele din Republica Moldova și România. Mai mult, ar putea oferi o bază solidă pentru dezvoltarea unor programe de prevenție și intervenție adaptate contextului local, contribuind astfel la îmbunătățirea sănătății mentale și fizice a acestei populații vulnerabile.

În ansamblu, cercetarea nu doar că aduce clarificări teoretice privind dinamica psihologică a comportamentului alimentar problematic, ci răspunde unei nevoi acute în sănătatea publică, având potențialul de a îmbunătăți calitatea vieții prin instrumente concrete pentru intervenție, strategii de prevenție și intervenție bazate pe înțelegerea particularităților psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente.

Descrierea situației din domeniu și identificarea problemei de cercetare. Cercetările actuale în domeniu au identificat o serie de factori de risc ce contribuie la apariția tulburărilor de comportament alimentar, incluzând aspecte biologice, psihologice și socio-culturale [69]. Cu toate acestea, există încă numeroase zone insuficient explorate, în special în ceea ce privește particularitățile psihologice specifice care influențează comportamentul alimentar la adolescentele din diferite contexte culturale, inclusiv din Republica Moldova și România. O problemă semnificativă în acest domeniu o reprezintă lipsa unor studii longitudinale comprehensive care să urmărească evoluția comportamentului alimentar pe parcursul întregii perioade a adolescenței. De asemenea, se remarcă necesitatea dezvoltării și validării unor instrumente de evaluare adaptate specificului cultural al populației de adolescente din Republica Moldova și România.

În acest context, o întrebare fundamentală de cercetare ar fi: „Care sunt particularitățile psihologice specifice ce influențează comportamentul alimentar la adolescente și cum se manifestă acestea în raport cu factorii de risc identificați în literatura de specialitate?” Răspunsul la această întrebare ar putea oferi informații valoroase pentru înțelegerea mai profundă a fenomenului și pentru dezvoltarea unor strategii eficiente de prevenție și intervenție. Aspecte importante de explorat includ relația dintre imaginea corporală și concepția de sine, impactul specific al rețelelor

sociale și al presiunii grupului, particularitățile culturale în manifestarea tulburărilor de comportament alimentar, influența factorilor familiari, precum și mecanismele de coping și strategiile de reglare emoțională utilizate de adolescentele cu comportament alimentar problematic. Abordarea acestor aspecte ar putea aduce contribuții semnificative la înțelegerea particularităților psihologice ale comportamentului alimentar la adolescentele din România și ar putea oferi o bază solidă pentru dezvoltarea unor programe de prevenție și intervenție adaptate contextului local, contribuind astfel la îmbunătățirea sănătății mentale și fizice a acestei populații vulnerabile.

Comportamentul alimentar la adolescente și factorii care îl influențează reprezintă un domeniu de cercetare complex, cu implicații majore pentru dezvoltarea psihologică, sănătatea fizică și bunăstarea generală a tinerelor. Literatura de specialitate oferă un cadru teoretic și empiric solid pentru înțelegerea acestui fenomen.

Printre autorii care au realizat lucrări teoretice fundamentale amintim: Ch. Fairburn [74], care a dezvoltat teoria transdiagnostică a tulburărilor de alimentație ce a influențat semnificativ atât cercetarea, cât și abordările terapeutice în domeniu; W. Kaye, ale cărei cercetări neurobiologice au schimbat fundamental înțelegerea asupra bazei biologice a tulburărilor de alimentație [126], H.-C. Steinhausen [232]; W. Stewart Agras sintetizează cercetările recente privind comportamentele alimentare la tineri [3]; L. Smolak și J. Kevin Thompson și-au focalizat cercetările pe problematica adolescenților [225; 226]; J. Treasure a adus contribuții semnificative asupra modelului de întreținere cognitiv-interpersonală a anorexiei nervoase [275]; K. Klump, ale cărei cercetări au avansat semnificativ înțelegerea etiologiei acestor afecțiuni și este considerată pionieră în domeniu [129]; D. A. Williamson, C. Martin și T. Stewart au abordat aspectele psihologice ale tulburărilor alimentare [293]; H. Bruch, ale cărei conceptualizări despre anorexia nervoasă și tulburarea imaginii corporale, deși istorice, continuă să influențeze înțelegerea modernă [35]. Mai amintim pe E. Stice, care a realizat meta-analize cuprinzătoare ce identifică factorii de risc principali [246], pe A. Dakanalis, cu contribuții importante care demonstrează căile de la internalizarea media la tulburările de alimentație și pe T.F. Cash cu referința standard pentru întreaga gamă de probleme legate de imaginea corporală [39, 54].

Dintre cei mai importanți cercetători care s-au concentrat specific pe comportamentele alimentare la adolescente, amintim pe D. Neumark-Sztainer, considerată una dintre cele mai influente cercetătoare în domeniul comportamentelor alimentare la adolescenți, în special prin studiul longitudinal „Project EAT” (Eating Among Teens) [180]. Silva și colab. au studiat stilurile afective în tulburările alimentare [222]. Contribuțiile lui E. Stice sunt fundamentale în înțelegerea

factorilor de risc pentru dezvoltarea tulburărilor alimentare la adolescente; acesta a dezvoltat „dual pathway model”, care explică mecanismele prin care presiunea societală pentru subțirime contribuie la patologia alimentară [235]. J. O'Dea s-a concentrat pe studiul imaginii corporale, iar cercetările sale au evidențiat importanța abordărilor bazate pe consolidarea stimei de sine [186].

Dintre cercetătorii români preocupați de aspectele psiho-sociale ale comportamentelor alimentare amintim: I. Dafinoiu s-a remarcat prin cercetări în psihoterapie și hipnoză clinică, studiind mecanismele psihologice implicate în comportamentele adictive, inclusiv dependența alimentară și a investigat rolul factorilor cognitivi în menținerea tulburărilor de comportament alimentar [52, 53]; V. Enea și colab. au explorat relația dintre reglarea emoțională și comportamentul alimentar, cu accent pe tehnici de mindfulness și terapii bazate pe acceptare și angajament pentru tulburările de alimentație, au dezvoltat și programe de prevenție și intervenție pentru adolescenți [66]; D. Tăut a cercetat aspecte legate de psihologia sănătății, în special relația dintre stres, strategii de coping și comportamente alimentare [267]; I. Gotcă s-a concentrat pe dimensiunea culturală a tulburărilor de alimentație și imaginea corporală la adolescenții din România, analizând influențele occidentale asupra idealurilor corporale în contextul post-comunist [96]; A. D. Prefit a studiat legătura dintre perfecționism, imaginea corporală și tulburări alimentare, cu accent pe factori de vulnerabilitate și reziliență în rândul populației feminine tinere [195]; S.-A. Zâncu a investigat aspecte neuropsihologice ale comportamentului alimentar, cu focus pe procesele decizionale și impulsivitatea în contextul supraalimentării și obezității [300]; M. Sîmbrac a explorat dimensiunea socio-familială a comportamentului alimentar, analizând transmiterea intergenerațională a atitudinilor față de alimentație și corp [223]; A. Tănsanu s-a preocupat de relația dintre anxietate, depresie și comportamentele alimentare, precum și de impactul rețelelor sociale asupra imaginii corporale la adolescente [266]; A. Astani a cercetat rolul factorilor socio-culturali și al presiunii mediatice în dezvoltarea insatisfacției corporale și a atitudinilor alimentare disfuncționale [10].

În Republica Moldova consemnăm mai multe studii care au examinat aspecte psihologice ce țin de un mod sănătos de viață, alimentație sănătoasă și prevenirea obezității, au cercetat adolescenții și tinerii cu comportament alimentar problematic. Cercetătorii precum R. Cerlat și V. Angheluță au studiat caracteristicile psihologice ale adolescenților cu tulburări de alimentație, cu accent pe perfecționism și trăsături de personalitate [9, 44]. A. Potâng V., Condrea și E. Dolpaciuc au abordat aspecte legate de particularitățile psihologice ale tulburărilor de comportament alimentar la adolescenți cu diabet zahart tip1, de educația pentru sănătate și strategii de prevenție a tulburărilor alimentare în mediul școlar [48, 61, 193]. I. Racu și R. Bivol au făcut un studiu de

cercetare a tulburărilor de alimentație la adolescente, cât și a factorilor psihologici care ar putea servi drept determinante, iar O. Cernelev s-a concentrat pe politici publice de promovare a alimentației sănătoase și prevenție a obezității [45, 201]. M. Licu și colaboratorii au contribuit la dezvoltarea psihologiei nutriționale în România, integrând aspecte psihologice în consilierea nutrițională, iar A. Andoni și E. Ciobanu au documentat variațiile culturale în manifestarea tulburărilor alimentare, punând accent pe particularitățile regionale și impactul globalizării asupra comportamentelor alimentare tradiționale [7, 147].

În contextul celor expuse vom menționa că, atât în Republica Moldova, cât și în România, nu au fost întreprinse cercetări privind comportamentul alimentar problematic la adolescente, axate pe identificare relațiilor complexe dintre diverse dimensiuni psihologice și componentele structurale ale comportamentului alimentar, pe conturarea profilului psihologic al adolescentelor cu comportament alimentar problematic în contextul noilor realități sociale și găsirea modalităților de asigurarea a dezvoltării armonioase a personalității adolescentelor.

Astfel, aspectele menționate determină necesitatea de continuare a cercetărilor asupra acestor dimensiuni psihologice complexe. Studiarea, analiza și explicarea modelelor teoretice privind comportamentul alimentar și particularitățile psihologice ale acestuia, aspectele neexplorate suficient în legătură cu mecanismele psihologice specifice care influențează comportamentul alimentar la adolescente, lipsa unor studii longitudinale care să urmărească evoluția comportamentului alimentar de-a lungul adolescenței și necesitatea unor instrumente de evaluare adaptate și validate pentru populația de adolescente din România, ne-au condus spre constatarea insuficienței investigațiilor cu referire la particularitățile psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente și conturarea **problemei de cercetare** care poate fi explorată prin găsirea răspunsului la următoarea întrebare: „*Care sunt particularitățile psihologice specifice ce influențează comportamentul alimentar la adolescente, cum se manifestă acestea în raport cu factorii de risc și cum pot fi ameliorate prin intervenții psihologice adecvate?*”

Scopul cercetării este identificarea particularităților psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente și dezvoltarea unui program de intervenție psihologică multifacetat orientat spre ameliorarea comportamentelor alimentare problematice, imaginii corporală și imaginii de sine, consolidarea factorilor de personalitate protectivi și diminuarea percepției presiunii sociale privind aspectul fizic și greutatea corporală.

Cercetarea teoretico-experimentală a urmărit realizarea următoarelor **obiective generale**:

1. Analiza teoretică a abordărilor conceptuale privind comportamentul alimentar la adolescente.

2. Evaluarea comparativă a particularităților psihologice ale comportamentului alimentar între adolescențele cu comportament alimentar problematic și cele cu comportament alimentar echilibrat, pentru a identifica diferențele semnificative în profilurile psihologice ale acestora.
3. Investigarea relațiilor complexe dintre componentele comportamentului alimentar (atitudini alimentare, alimentație emoțională) și diversele dimensiuni psihologice relevante, precum anxietatea privind aspectul fizic, stima corporală, concepția de sine, factorii de personalitate și percepția presiunii socio-culturale.
4. Elaborarea profilului psihologic comprehensiv al adolescenței cu comportament alimentar problematic.
5. Dezvoltarea, implementarea și evaluarea eficienței unui program de intervenție psihologică multifacțat destinat adolescențelor cu comportament alimentar problematic, urmărind ameliorarea comportamentului alimentar problematic și a atitudinilor alimentare dezadaptative, îmbunătățirea imaginii corporale și a concepției de sine, consolidarea factorilor de personalitate protectivi.

Ipoteza generală a cercetării prezumă că există diferențe semnificative cu privire la particularitățile comportamentului alimentar între adolescențele cu comportament alimentar problematic și cele cu comportament alimentar echilibrat și corelatele psihologice ale comportamentului alimentar pot fi abordate și îmbunătățite prin intermediul unei intervenții psihologice.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice constau în: elaborarea unui model de profil al adolescenței cu comportament alimentar problematic; identificarea corelațiilor semnificative între anxietatea privind aspectul fizic și comportamentele alimentare problematice, între imaginea corporală și comportamentele alimentare dezadaptative, precum și între presiunea socială și atitudinile alimentare dezadaptative/alimentația emoțională; dezvoltarea unui model predictiv multifactorial, comprehensiv de profil care oferă o înțelegere aprofundată a factorilor asociați comportamentului alimentar dezordonat la adolescente, integrând anxietatea fizică, imaginea corporală, concepția de sine, presiunea socială și perfecționismul; proiectarea, implementarea și validarea unui program de intervenție psihologică destinat abordării comportamentului alimentar problematic și factorilor asociați.

Noutatea și originalitatea științifică a rezultatelor obținute rezidă în realizarea unui demers teoretico-experimental privind particularitățile psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente care a condus la elaborarea unui model predictiv multifactorial, comprehensiv de profil psihologic al adolescențelor cu comportament problematic ce integrează

în mod complex multiple dimensiuni psihologice; fundamentarea unui model psihodiagnostic multifățetat, focalizarea pe contextul cultural specific și dezvoltarea unor instrumente și intervenții noi; construirea și implementarea unui program de intervenție psihologică inovator destinat ameliorării comportamentului alimentar problematic și a aspectelor psihologice conexe.

Semnificația teoretică a cercetării. Rezultatele cercetării teoretico-experimentale furnizează noi cunoștințe și perspective de înțelegere a comportamentului alimentar la adolescente. Modelul integrat de profil psihologic al adolescentei cu comportament alimentar problematic oferă un cadru teoretic nou pentru înțelegerea interacțiunilor complexe dintre factorii implicați în acest fenomen. Programul de intervenție psihologică elaborat și validat în cadrul acestei cercetări aduce o contribuție teoretică importantă prin integrarea inovatoare a diverselor abordări terapeutice și adaptarea lor la nevoile specifice ale adolescentelor cu comportament alimentar problematic.

Valoarea aplicativă a cercetării constă în elaborarea unui model psihodiagnostic al componentelor structurale ale comportamentului alimentar și al dimensiunilor psihologice asociate, precum și conturarea unui profil psihologic multifățetat al adolescentei cu comportament alimentar problematic care poate fi utilizat în contexte educaționale și clinice. Totodată a fost elaborat și implementat un program inovator de intervenție psihologică pentru optimizarea comportamentului alimentar la adolescente, fundamentat pe o abordare integrativă și personalizată, orientat spre reducerea comportamentelor alimentare dezadaptative, îmbunătățirea imaginii corporale și consolidarea unei relații sănătoase cu alimentația și propriul corp.

Aprobarea și implementarea rezultatelor cercetării. Rezultatele cercetării teoretico-experimentale au fost discutate și aprobate în cadrul ședințelor Școlii Doctorale de Psihologie și Asistență Socială, Catedrei de Psihologie a Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, în cadrul conferințelor științifice și în revistele științifice:

1. Conferința științifică a doctoranzilor și competitorilor *Probleme actuale ale științelor umanistice. Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*, 2019, Chișinău, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”. Anorexia nervoasă: implicații psihologice și metode de intervenție.
2. Conferința științifică națională cu participare internațională *Preocupări contemporane ale criminologiei, dreptului și psihologiei în condiții de pandemie dedicată împlinirii a 25 de ani a învățământului criminologic și 30 de ani de dezvoltare a Psihologiei Aplicate*, 2020, Chișinău, Institutul de Științe Penale și Criminologie Aplicată. Cauze și consecințe ale supraponderalității la adolescente.

3. Conferința științifico-practice cu participare internațională *Inovații pedagogice în sfera digitală*, 2020, Chișinău, Institutul de Formare Continuă. Psihoeducația, metoda de prevenție în tulburările alimentare la adolescenți.
 4. Conferința științifică a doctoranzilor și competitorilor *Probleme actuale ale științelor umanistice. Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*, 2021, Chișinău, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”. Alimentația și calitatea dietei la adolescenți.
 5. Conferința științifică internațională *Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective*, 2021, Bălți, Universitatea de Stat „Alec Russo”. Imaginea corporală și adolescenți.
 6. Conferința științifică națională cu participare internațională *Dezvoltarea personală și integrarea socială a actorilor educaționali*, 2021, Chișinău, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”. Impactul curei de slăbire asupra dezvoltării adolescenților.
 7. Conferința științifică a doctoranzilor și competitorilor *Probleme actuale ale științelor umanistice*, 2022, Chișinău, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”. Manifestarea concepției de sine la adolescențele care au un comportament alimentar defectuos sau prezintă o tulburare de comportament alimentar.
 8. Conferința științifică internațională jubiliară In: *Știință și educație: noi abordări și perspective*. 2025, Chișinău, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”. Intervenții psihologice în comportamentul alimentar problematic.
 9. Revista *Univers Pedagogic*, 2024, nr. 4 (84). Impactul perfecționismului maladaptativ asupra comportamentului alimentar al adolescenților.
 10. *Revista științifico-practică de Psihologie*, 2024, nr. 2 (45). Relația dintre presiunea socială privind aspectul fizic, atitudinile alimentare dezadaptative și alimentația emoțională la adolescente.
 11. *Romanian Journal Of psychological Studies*. Hyperion Univerity 2024. Vol.12, Issue 2-2024. Preventing disordered eating behaviours in adolescent girls through enhancing self-concept: A pilot intervenion study.
 12. *Journal Of Romnian Literary Studies*. Issue No 39/2024, Internatinal Humanities Journal. Târgu Mureș. Self-esteem, anxiety, and their influence on eating behavior in adolescent girls.
- Aspecte importante ale investigației au fost implementate în activitatea de consiliere psihologică și în procesul didactic de pregătire a studenților și masteranzilor în cadrul disciplinelor Psihologia dezvoltării, Psihologia educației, Psihologia clinică a copilului și adultului, Psihodiagnostic clinic din cadrul Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă” din Chișinău.

Suportul teoretic al cercetării s-a constituit pe un cadru teoretic multidisciplinar: *concepțiile privind dezvoltarea în adolescență* (E. Erikson, J. Piaget, L. Steinberg, L. Mitrofan, A. Munteanu, E. Verza, V. Ene, Iu. Racu) au oferit contextul pentru înțelegerea formării identității și a schimbărilor cognitive și emoționale specifice acestei etape [67, 192, 201, 233]; *modelele cognitive-comportamentale* (A. Beck, C. Fairburn) au explicat interacțiunea dintre gânduri, emoții și comportamente alimentare, fiind completate de teoriile imaginii corporale (L. Festinger, J. Thompson) care au clarificat impactul factorilor socio-culturali asupra percepției corporale [24, 71, 270]; *teoriile emoțiilor, reglării emoționale și motivației* (R. Scherer, J. Gross, S. Lazarus, S. Folkman, E. Deci, R. Ryan) au fost esențiale pentru înțelegerea rolului emoțiilor în comportamentul alimentar problematic, explorarea relației dintre experiențele timpurii și comportamentul alimentar, gestionarea stresului și motivația comportamentelor alimentare [82, 100, 213]. Intervenția psihologică s-a bazat pe o abordare integrativă, combinând metode din diverse orientări terapeutice adaptate comportamentului alimentar la adolescente: *teoriile schimbării comportamentale* (J. Prochaska, C. DiClemente) [196]; *terapia cognitiv-comportamentală* (A. Beck, C. Fairburn) focalizată pe restructurarea distorsiunilor cognitive specifice imaginii corporale [23; 70]; *terapia acceptării și angajamentului* (S. Hayes) care a promovat flexibilitatea psihologică și alinierea comportamentelor cu valorile personale [110]; *terapia dialectic-comportamentală* și *terapia centrată pe scheme* (M. Linehan, J. Young) care a abordat dificultățile de reglare emoțională, tratarea schemelor cognitive maladaptative formate timpuriu [120, 152]; iar pentru cultivarea resurselor psihologice pozitive, pentru dezvoltarea unei relații conștiente cu alimentația și corpul, pentru procesarea adaptativă a emoțiilor legate de imaginea corporală am incorporat *tehnici din psihologia pozitivă și practicile de mindfulness* (B. Fredrickson, M. Seligman, L. Greenberg) [84, 142, 219].

Acest cadru teoretic complex și multidisciplinar a permis o abordare comprehensivă a comportamentului alimentar la adolescente, facilitând dezvoltarea unui model integrat de înțelegere și intervenție adaptat contextului specific al studiului nostru.

Metodologia cercetării este determinată de scopul, obiectivele și ipotezele de cercetare și se constituie din:

Metode teoretice (analiza și sinteza literaturii de psihologie, cu accent pe comportamentul alimentar, imaginea corporală și stima de sine la adolescenți) și *ipotetico-deductive* pentru interpretarea și explicarea rezultatelor obținute în cercetare

Metode empirice. Pentru a obține date empirice robuste și relevante, am utilizat o serie de instrumente și tehnici specifice:

a) *Chestionare standardizate*: Testul Atitudinilor Alimentare (EAT-26, Eating Attitudes Test) [86], Chestionarul privind Alimentația Emoțională (EEQ, Emotional Eater Questionnaire) [85], Inventarul pentru Anxietatea legată de Aspectul Fizic (AAI, Appearance Anxiety Inventory) [287], Scala Stimei de Sine Corporale pentru Adolescenți și Adulți (BESAA, The Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults) [167], Profilul Auto-Percepției pentru Adolescenți (SPPA – The Self-Perception Profile for Adolescents) [107], Cinci trăsături de personalitate - BFI-10 - The Big Five Inventory 10 Item Scale [198], Trăsături de personalitate relevante pentru sănătate dintr-o perspectivă a modelului cu cinci factori - HP 5 [101], Chestionarul Perfecționismului Clinic (Dezadaptativ) – CPQ [75], Scala de Presiune Socioculturală Percepută – PSPS [247].

b) *Instrument propriu*. În scopul evaluării comportamentului alimentar și constituirii grupurilor experimentale (CAP și CAE), am elaborat Chestionarul pentru Identificarea Comportamentului Alimentar Problematic la Adolescenți (CICAP-5A) (vezi Anexa 1.0). Acest instrument a fost supus unui proces de validare, incluzând analiza de conținut de către experți în domeniu și testarea pilot pentru a asigura fiabilitatea și validitatea sa.

c) *Experimente*. Am desfășurat experimente de constatare și de control pentru a investiga în profunzime comportamentul alimentar și corelatele sale psihologice. Aceste experimente au fost proiectate cu atenție pentru a asigura validitatea internă și externă, incluzând selecția randomizată a participanților, utilizarea grupurilor de control, manipularea variabilelor independente și măsurarea precisă a variabilelor dependente.

Metode statistice. Pentru analiza datelor colectate, am utilizat o gamă largă de metode statistice, incluzând statistici descriptive pentru a sintetiza și descrie caracteristicile eșantionului, teste de inferență statistică pentru a testa ipotezele de cercetare, analize de corelație și regresie pentru a examina relațiile între variabile, analize factoriale pentru a explora structura latentă a constructelor măsurate (testul U-Mann-Whitney, metoda analizei de corelație Spearman, testul Kolmogorov-Smirnov, testul W-Wilcoxon).

Sumarul compartimentelor tezei. Teza este constituită din: adnotări (în limbile română, engleză și rusă), lista abrevierilor, introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografia din 302 de surse bibliografice, 6 anexe, 126 pagini de text de bază. Lucrarea cuprinde 29 de figuri și 15 de tabele. Rezultatele cercetării au fost publicate în 12 lucrări științifice de specialitate, dintre care 4 articole în reviste științifice de specialitate și 8 articole în culegerile conferințelor naționale și internaționale.

În **Introducere** sunt argumentate actualitatea și importanța temei cercetării, este descrisă situația din domeniul de cercetare, sunt prezentate scopul, obiectivele și ipotezele cercetării,

precum și rezultatele obținute ce contribuie la soluționarea problemei științifice importante. Sunt expuse și conceptualizate noutatea științifică a rezultatelor obținute, importanța teoretică și valoarea aplicativă a lucrării, modul de implementare a rezultatelor cercetării.

În **Capitolul 1**, intitulat „*Comportamentul alimentar în adolescență*”, sunt examinate și descrise cele mai importante delimitări conceptuale și abordări explicative ale comportamentului alimentar, particularitățile psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente, precum și factorii determinanți ale acestuia. Sunt analizate vulnerabilitățile vârstei adolescente cu referire la dezvoltarea comportamentelor alimentare problematice. Totodată, sunt prezentate tipurile de comportament alimentar și intervențiile asociate, care demonstrează necesitatea unei abordări diferențiate, adaptate specificului manifestărilor. Generalizarea abordărilor conceptuale evidențiază lacunele existente în cercetarea actuală, în special insuficiența adaptare culturală a modelelor teoretice și intervențiilor la contextul românesc, din care se impun direcțiile de cercetare și provocările actuale.

În **Capitolul 2**, intitulat „*Cercetarea experimentală a particularităților psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente*”, sunt prezentate rezultatele cercetării experimentale constatative, scopul, obiectivele, ipotezele și metodologia acestei cercetări. Sunt descrise instrumentele și prezentate caracteristicile lotului investigat. Sunt prezentate rezultatele experimentale privind comportamentele alimentare problematice, imaginea corporală, factorii de personalitate și presiunea socioculturală. Sunt analizate interacțiunile complexe dintre acești factori și implicațiile pentru strategiile de prevenție. Rezultatele obținute oferă o imagine complexă și nuanțată a diferențelor psihologice între adolescentele cu comportament alimentar problematic și cele cu comportament alimentar echilibrat validând ipotezele formulate inițial. Totodată aceste rezultate au condus spre conturarea profilului de personalitate al adolescentelor cu comportament alimentar problematic, evidențiind interacțiunea complexă dintre factorii individuali și socio-culturali. Constatările susțin necesitatea unei abordări integrative în prevenirea și tratamentul tulburărilor alimentare, care să vizeze simultan îmbunătățirea imaginii corporale, reducerea presiunii sociale percepute, consolidarea concepției de sine, gestionarea anxietății legate de aparență și abordarea perfecționismului dezadaptativ.

Capitolul 3, intitulat „*Program de intervenție psihologică asupra comportamentului alimentar la adolescente*”, prezintă cercetarea formativă centrată pe ameliorarea comportamentului alimentar problematic prin intervenții psihologice multifacetate, care au condus la îmbunătățirea imaginii corporale, dezvoltarea factorilor de personalitate protectivi și reducerea presiunii socioculturale percepute. Sunt descrise reperele principale ale experimentului formativ:

obiective, ipoteze și metodologia demersului științific, este prezentată structura programului de intervenție cu activitățile specifice. Rezultatele obținute oferă o imagine de ansamblu asupra eficienței strategiilor și tehnicilor utilizate în cercetare, precum și asupra ameliorărilor și progreselor înregistrate de participante în ceea ce privește comportamentul alimentar, imaginea și conceptul de sine, personalitatea și presiunea socioculturală. Sunt evaluate efectele programului formatic elaborat și implementat, este demonstrată eficiența intervenției psihologice formative.

Concluziile generale și recomandările reprezintă o sinteză a principalelor idei și rezultate obținute în cadrul cercetării, oferind totodată orientări practice pentru implementarea ulterioară a acestora. Această secțiune reunește abordările teoretice și de aplicativitate practică, propunând o perspectivă integrată, fundamentată pe rezultatele empirice obținute. Sunt prezentate rezultatele finale ale experimentelor de constatare, formare și control, evidențiind impactul intervențiilor aplicate asupra particularităților comportamentului alimentar la adolescente.

În continuare, secțiunea include recomandări concrete pentru implementarea practică a rezultatelor cercetării. Aceste recomandări sunt adresate atât profesioniștilor din domeniul psihologic, cât și cadrelor didactice și consilierilor școlari. Recomandările vizează aspecte precum consilierea psihologică, programele de intervenție de grup, oportunitățile de învățare și dezvoltare personală, precum și politicile organizaționale care pot facilita dezvoltarea sănătoasă a tinerelor fete.

De asemenea, secțiunea explorează direcțiile viitoare de cercetare și propune o înțelegere mai profundă a factorilor de sprijin și a intervențiilor care pot influența dezvoltarea sănătoasă a adolescentelor și tinerelor.

1. COMPORTAMENTUL ALIMENTAR ÎN ADOLESCENȚĂ

Comportamentul alimentar al adolescentelor reprezintă un subiect de interes major în psihologia contemporană, având implicații semnificative pentru sănătatea fizică și mentală a acestei populații vulnerabile. În ultimele decenii, cercetătorii au observat o creștere alarmantă a prevalenței tulburărilor de comportament alimentar și a comportamentelor alimentare problematice în rândul adolescentelor [224]. Această tendință este îngrijorătoare, având în vedere potențialul impact negativ pe termen lung asupra dezvoltării fizice, cognitiv-emoționale și academice a adolescentelor [299]. Adolescența este o perioadă critică de dezvoltare, caracterizată prin schimbări rapide la nivel fizic, psihologic și social [233]. În acest context, formarea identității și a imaginii corporale joacă un rol crucial în dezvoltarea psihologică a adolescentelor [162]. Presiunile socioculturale intense pentru atingerea unui ideal de frumusețe nerealist, amplificate de expunerea crescută la social media, pot contribui la dezvoltarea unor atitudini și comportamente alimentare dezadaptative [272].

Înțelegerea particularităților psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente este esențială pentru dezvoltarea unor strategii eficiente de prevenție și intervenție. Studiile recente au evidențiat complexitatea factorilor implicați în modelarea comportamentului alimentar, incluzând aspecte cognitive, emoționale, sociale și culturale [51]. Această complexitate subliniază necesitatea unei abordări holistice și multidisciplinare în studierea și adresarea acestui fenomen. În plus, impactul potențial al comportamentelor alimentare dezadaptative asupra sănătății fizice și mentale pe termen lung nu poate fi subestimat. Cercetările au arătat că tulburările de comportament alimentar și comportamentele alimentare problematice în adolescență pot avea consecințe grave, inclusiv probleme de sănătate cronică, dificultăți psihosociale și o calitate a vieții redusă în perioada adultă [181].

În acest context, studierea particularităților psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente nu este doar o preocupare academică, ci și o necesitate practică urgentă. Rezultatele unor astfel de studii pot informa politicile de sănătate publică, programele de prevenție și protocoalele de intervenție clinică, contribuind astfel la îmbunătățirea sănătății și bunăstării generației tinere.

1.1. Comportamentul alimentar: conceptualizare și teorii

Definire și evoluția conceptualizării comportamentului alimentar

Comportamentul alimentar reprezintă un ansamblu complex de acțiuni și atitudini legate de consumul de alimente, influențat de factori biologici, psihologici, sociali și culturali [161]. Acesta include nu doar actul propriu-zis de a mânca, ci și procesele cognitive și emoționale asociate, cum

ar fi alegerile alimentare, motivațiile pentru consum, pattern-urile de comportament alimentar și atitudinile față de mâncare și corp.

Conceptualizarea comportamentului alimentar a evoluat semnificativ de-a lungul ultimelor decenii. Hilde Bruch, una dintre pionierii în domeniu, a fost prima care a oferit o înțelegere comprehensivă a comportamentului alimentar problematic, argumentând că tulburările alimentare reflectă deficiențe în conștientizarea corpului și percepția senzațiilor interoceptive [35]. Bruch a subliniat importanța dezvoltării timpurii și a relațiilor familiale în formarea comportamentului alimentar, considerând că pattern-urile alimentare dezadaptative sunt expresia unor probleme psihologice mai profunde legate de identitate și autonomie.

Walter Kaye a adus o contribuție fundamentală prin evidențierea bazelor neurobiologice ale comportamentului alimentar [126]. Cercetările sale au demonstrat implicarea sistemelor serotoninergice și dopaminergice în reglarea apetitului și a comportamentului alimentar, oferind astfel o înțelegere mai nuanțată a mecanismelor biologice care stau la baza tulburărilor alimentare. Kaye a argumentat că predispozițiile neurobiologice interacționează cu factori psihologici și sociali, contribuind la vulnerabilitatea față de dezvoltarea pattern-urilor alimentare dezadaptative.

J. Treasure a dezvoltat conceptul de „iceberg al comportamentului alimentar”, sugerând că manifestările vizibile (comportamentele alimentare observabile) reprezintă doar vârful unui complex de factori psihologici, biologici și sociali care interacționează [275]. Lucrările sale au subliniat importanța abordării comprehensive a comportamentului alimentar, care să ia în considerare atât mecanismele de menținere, cât și factorii predispozanți și declanșatori.

În contextul adolescenței, comportamentul alimentar capătă o importanță deosebită, fiind strâns legat de dezvoltarea identității, a imaginii corporale și a relațiilor sociale [252]. Adolescenții experimentează o instabilitate emoțională pronunțată și acordă o importanță crescută relațiilor cu grupul de egali. Acum apare dorința de afiliere și conformismul generat de aceasta [155]. Se observă o preocupare intensă pentru imaginea corporală, explorarea limitelor și asumarea de riscuri, precum și dezvoltarea unui sistem propriu de valori morale [154]. La adolescente, comportamentul alimentar poate varia de la pattern-uri sănătoase și echilibrate până la comportamente restrictive sau compulsive, reflectând adesea presiunile socioculturale și conflictele psihologice specifice acestei etape de dezvoltare.

Teorii majore ale comportamentului alimentar

Teoria cognitiv-comportamentală (TCC) aplicată comportamentului alimentar se bazează pe premisa că gândurile și credințele disfuncționale despre mâncare, greutate și formă corporală joacă un rol central în dezvoltarea și menținerea pattern-urilor alimentare problematice [50]. Ch.

Fairburn, unul dintre cei mai influenți cercetători în domeniu, a dezvoltat primul model cognitiv-comportamental comprehensiv al tulburărilor alimentare, argumentând că supravalorizarea greutateii și formei corporale reprezintă nucleul psihopatologiei alimentare [74].

În cazul adolescentelor, TCC subliniază importanța schemelor cognitive distorsionate legate de imaginea corporală și autoevaluare. Conform acestei teorii, adolescentele cu comportamente alimentare dezadaptative tind să-și supraestimeze importanța greutateii și formei corporale în evaluarea propriei valori personale [40]. Aceste scheme cognitive disfuncționale activează comportamente contraproductive (restricție alimentară, verificări frecvente ale corpului, comparații sociale) care, paradoxal, perpetuează preocuparea excesivă față de greutate și formă corporală [71].

C. G. Fairburn și colegii săi [73] au dezvoltat ulterior un model transdiagnostic al tulburărilor de comportament alimentar bazat pe TCC, care explică cum perfecționismul, intoleranța la emoții negative și dificultățile în relațiile interpersonale pot contribui la menținerea comportamentelor alimentare problematice. Acest model este deosebit de relevant pentru adolescente, dat fiind accentul pus pe dezvoltarea identității și a relațiilor sociale în această perioadă. Modelul transdiagnostic identifică patru mecanisme adiționale de menținere care interacționează cu nucleul psihopatologiei: perfecționismul clinic, stima de sine scăzută, dificultățile interpersonale și intoleranța la stări emoționale intense [74; 250].

M. J. Cooper și colegii [50] au extins modelul cognitiv pentru a include rolul credințelor despre mâncare și alimentație. Ei au argumentat că adolescentele cu comportamente alimentare problematice dezvoltă credințe rigide despre „alimentele permise” și „alimentele interzise”, precum și reguli stricte despre când și cum ar trebui să mănânce. Aceste credințe conduc la comportamente alimentare restrictive care, atunci când sunt încălcate, declanșează gânduri de eșec total și comportamente de supraalimentare.

Teoria psihosocială, în special teoria învățării sociale a lui Albert Bandura [15; 16], oferă o perspectivă importantă asupra modului în care comportamentul alimentar este influențat de factori sociali și de mediu. Conform acestei teorii, adolescentele învață comportamente alimentare prin observare și imitare, în special a modelelor parentale și a grupului de prieteni.

Ricciardelli și McCabe [203], au aplicat principiile teoriei învățării sociale la comportamentul alimentar al adolescentelor, demonstrând cum mesajele sociale despre corp și alimentație sunt internalizate și influențează comportamentul. Ei au evidențiat trei surse principale de influență socială: familia, grupul de prieteni și media. Cercetările lor au arătat că adolescentele

sunt deosebit de susceptibile la feedback-ul social despre corpul lor și la mesajele care promovează idealul de subțirime.

J. K. Thompson și colegii [270] au dezvoltat modelul tripartit al influenței, care explică cum presiunile din partea părinților, prietenilor și media conduc la internalizarea idealurilor de frumusețe, comparații sociale și, în cele din urmă, la insatisfacție corporală și comportamente alimentare problematice. Modelul subliniază rolul mediator al internalizării idealurilor de frumusețe și al comparațiilor sociale în relația dintre presiunile socioculturale și comportamentul alimentar.

În contextul comportamentului alimentar la adolescente, teoria psihosocială subliniază importanța influențelor sociale, inclusiv presiunea grupului, normele culturale și mesajele media [156; 246]. De exemplu, expunerea repetată la idealuri de frumusețe nerealistice în media poate duce la internalizarea acestor standarde și la adoptarea unor comportamente alimentare restrictive în încercarea de a atinge aceste idealuri. Mai mult, teoria evidențiază rolul auto-eficacității în modelarea comportamentului alimentar. Autoeficacitatea, conceptualizată de Bandura ca încrederea unei persoane în capacitatea sa de a realiza un comportament specific, influențează semnificativ pattern-urile alimentare. Adolescente cu o auto-eficacitate scăzută în ceea ce privește controlul alimentar pot fi mai predispuse la dezvoltarea unor pattern-uri alimentare dezadaptative [89].

Modelul biopsihosocial, propus inițial de George L. Engel [65], oferă o abordare integrativă a comportamentului alimentar, recunoscând interacțiunea complexă dintre factorii biologici, psihologici și sociali, ținând cont de relevanța lui în această perioadă de dezvoltare [295]. Acest model a fost adaptat la studiul comportamentului alimentar de către cercetători precum K. Brownell, care a subliniat necesitatea unei abordări comprehensive care să ia în considerare multiplele niveluri de influență asupra comportamentului alimentar.

În contextul comportamentului alimentar la adolescente, modelul biopsihosocial ia în considerare:

1. Factori biologici, anume schimbările hormonale asociate pubertății, predispoziția genetică pentru anumite tipuri corporale sau tulburări de comportament alimentar, mecanismele neurobiologice implicate în reglarea apetitului și răspunsul la stres. K.L. Klump și colegii [129] au evidențiat cum schimbările hormonale din timpul pubertății pot crește vulnerabilitatea fetelor la dezvoltarea tulburărilor alimentare prin efectele estrogenului asupra sistemelor serotoninergice și dopaminergice implicate în reglarea apetitului și a stării de spirit.

2. Factori psihologici cum sunt dezvoltarea cognitivă și emoțională, formarea imaginii corporale, stima de sine, strategiile de coping, trăsăturile de personalitate precum perfecționismul și impulsivitatea [251]. Attie și Brooks-Gunn[12], au demonstrat cum vulnerabilitățile psihologice precum stima de sine scăzută și dificultățile de reglare emoțională pot predispuce adolescențele la adoptarea unor comportamente alimentare dezadaptative ca strategie de coping.
3. Factori sociali precum influența familiei și a prietenilor, presiunea socioculturală pentru subțirime, expunerea la media și rețelele sociale, normele culturale legate de alimentație și idealurile de frumusețe. Stice și colegii [249] au evidențiat cum presiunea socială pentru subțirime și internalizarea idealului de frumusețe pot conduce la insatisfacție corporală și, ulterior, la comportamente alimentare restrictive.

Modelul biopsihosocial subliniază că acești factori nu acționează izolat, ci interacționează în moduri complexe pentru a modela comportamentul alimentar al adolescenților [51]. De exemplu, predispoziția genetică pentru o anumită greutate corporală poate interacționa cu presiunea socială pentru subțirime și cu o stimă de sine scăzută, ducând la adoptarea unor comportamente alimentare restrictive. Acest model oferă o bază teoretică solidă pentru dezvoltarea unor intervenții comprehensive care să adreseze simultan aspectele biologice, psihologice și sociale ale comportamentului alimentar la adolescențe.

J. Vanderlinden [283], a extins acest model, subliniind importanța experiențelor adverse din copilărie și a traumei în dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar. El a argumentat că experiențele traumatice timpurii pot perturba dezvoltarea unor mecanisme adecvate de reglare emoțională, conducând la utilizarea comportamentelor alimentare disfuncționale ca strategie de coping pentru emoțiile copleșitoare.

Teoria reglării emoționale a câștigat o atenție considerabilă în înțelegerea comportamentului alimentar. La adolescențe, dificultățile în identificarea și gestionarea emoțiilor pot conduce la utilizarea alimentelor ca mecanism de coping [46]. Cercetările lui Taylor și colegii au demonstrat că alexitimia (dificultatea în identificarea și exprimarea emoțiilor) este frecvent asociată cu comportamente alimentare dezadaptative la adolescențe [92; 159].

Herman și Polivy [114], pionieri în studiul restricției alimentare, au dezvoltat teoria restricției pentru a explica cum dieta cognitivă și comportamentală poate duce paradoxal la episoade de supraalimentare. Conform acestei teorii, restricția alimentară rigidă creează un model „totul sau nimic” de gândire, care, atunci când este perturbat de factori emoționali sau situaționali, poate conduce la pierderea controlului asupra alimentației. Heatherton și Bumeister au propus

teoria „evadării” pentru a explica supraalimentarea emoțională. Ei au argumentat că episoadele de mâncat compulsiv reprezintă încercări de a scăpa de conștientizarea de sine aversivă și de emoțiile negative asociate cu standarde personale înalte și autocritică. Prin concentrarea asupra senzațiilor imediate și recompenselor asociate cu alimentele, adolescentele pot obține temporar o reducere a conștientizării emoțiilor negative [22]. Această teorie este deosebit de relevantă pentru adolescente, dat fiind că adolescența este o perioadă caracterizată prin intensificarea experiențelor emoționale și dezvoltarea capacităților de reglare emoțională, adolescentele cu tulburări alimentare prezintă adesea deficite în recunoașterea emoțiilor și utilizează comportamente alimentare restrictive sau compulsive ca modalitate de a gestiona emoțiile negative.

1.2. Factori determinanți ai comportamentului alimentar la adolescente

Comportamentul alimentar al adolescentelor este influențat de o multitudine de factori interconectați, care pot fi grupați în mai multe categorii principale. Înțelegerea acestor factori este esențială pentru dezvoltarea unor intervenții eficiente care să promoveze pattern-uri alimentare sănătoase.

Factori biologici și genetici

Cercetările în domeniul geneticii comportamentale au evidențiat contribuția substanțială a factorilor genetici la comportamentul alimentar. Klump și colegii [129] au demonstrat, prin studii pe gemeni, că aproximativ 50-80% din variația în susceptibilitatea la tulburări alimentare poate fi atribuită factorilor genetici. Aceste predispoziții genetice pot influența aspecte precum sațietatea, preferințele gustative și răspunsul la stres, care la rândul lor modelează comportamentul alimentar [301].

Schimbările hormonale asociate pubertății joacă un rol crucial în dezvoltarea comportamentului alimentar la adolescente. Creșterea nivelurilor de estrogen a fost asociată cu modificări în preferințele alimentare și cu sensibilitatea crescută la semnalele de sațietate [83]. În același timp, fluctuațiile hormonale pot exacerba vulnerabilitatea la stările emoționale negative, care la rândul lor pot influența comportamentul alimentar.

Sistemele de neurotransmițători, în special cele serotoninergice și dopaminergice, sunt implicate în reglarea apetitului și a comportamentului alimentar [287]. Disfuncțiile în aceste sisteme pot contribui la pattern-uri alimentare dezadaptative [126; 170]. W. Kaye a demonstrat că adolescentele cu anorexie nervoasă prezintă adesea alterări în sistemul serotoninergic, care pot persista chiar și după recuperare, sugerând că acestea reprezintă mai degrabă factori de vulnerabilitate decât consecințe ale tulburării. Mecanismele neurobiologice implicate în

procesarea recompensei alimentare și în controlul inhibitor au fost de asemenea asociate cu comportamentul alimentar. Sistemul de recompensă al creierului, în special circuitul dopaminergic mezo-limbic, joacă un rol esențial în motivația de a căuta și consuma alimente [170; 171]. Diferențele individuale în sensibilitatea acestui sistem pot explica parțial variațiile în comportamentul alimentar [19; 187].

Factori psihologici

Imaginea corporală, definită ca percepțiile, gândurile și sentimentele unei persoane despre propriul corp, reprezintă un factor psihologic central în modelarea comportamentului alimentar la adolescente [39; 108]. Insatisfacția corporală, frecvent raportată în rândul adolescentelor, este un predictor puternic al comportamentelor alimentare restrictive și al tulburărilor de comportament alimentar [235]. Cash și Smolak [40] au evidențiat cum discrepanța dintre corpul perceput și idealul internalizat poate conduce la comportamente de control al greutății potențial dăunătoare.

Stima de sine globală și specifică domeniului corporal influențează semnificativ comportamentul alimentar. Adolescencele cu o stimă de sine scăzută sunt mai vulnerabile la presiunile socioculturale legate de aspectul fizic și mai predispuse la adoptarea unor comportamente alimentare dezadaptative ca modalitate de a-și îmbunătăți valoarea personală percepută [59; 80].

Perfecționismul, în special dimensiunile maladaptive precum perfecționismul auto-orientat și cel prescris social, a fost consecvent asociat cu comportamentele alimentare problematice. Bardone-Cone și colegii [18] au demonstrat că adolescentele perfecționiste tind să stabilească standarde nerealiste de înalte legate de greutate și alimentație, și să reacționeze cu autocritică severă atunci când nu reușesc să atingă aceste standarde. Această combinație de standarde înalte și autocritică poate precipita și menține comportamentele alimentare restrictive [59].

Trăsăturile de personalitate precum neuroticismul, impulsivitatea și căutarea de noutate au fost de asemenea asociate cu pattern-uri alimentare specifice [205]. Cassin și von Ranson [41] au evidențiat cum neuroticismul este frecvent asociat cu tulburările alimentare restrictive, în timp ce impulsivitatea și căutarea de senzații sunt mai frecvent întâlnite în tulburările caracterizate prin episoade de supraalimentare.

Emoțiile joacă un rol fundamental în modelarea comportamentului alimentar la adolescente. Alimentația emoțională, definită ca tendința de a mânca ca răspuns la emoții negative precum anxietatea, tristețea sau plictiseala, este frecvent raportată în rândul adolescentelor [94]. Cercetările au evidențiat cum deficitele în reglarea emoțională pot conduce la utilizarea alimentelor ca strategie de coping pentru emoțiile negative copleșitoare [58; 113; 278].

Factori socioculturali

În ultimele două decenii ani, un efort considerabil de cercetare a fost îndreptat spre înțelegerea factorilor formativi care joacă un rol în dezvoltarea și menținerea tulburărilor de imagine corporală și a tulburărilor de alimentație. O varietate de factori sociali, interpersonal și biologici au primit atenție și sprijin empiric ca potențiali factori cauzali, inclusiv internalizarea idealurilor media [54], feedback-ul verbal negativ (de exemplu, tachinarea), maturizarea fizică timpurie, abuzul sexual, stima de sine scăzută și tendințele crescute de comparare a aspectului [121]. Deși interesul și activitatea în acest domeniu de cercetare a tulburărilor de alimentație sunt destul de mari, puține studii au evaluat de fapt factorii de risc în cadrul modelelor teoretice consacrate. De exemplu, Stice [240] a analizat domeniul factorilor de risc și a concluzionat că există de fapt un număr limitat (cinci) de modele teoretice specifice ale tulburărilor de alimentație care au fost postulate. Unul dintre modelele pe care le-a analizat a fost modelul Influenței Tripartite, propus de Thompson și colab. [128; 269]. Acest model sugerează că există trei variabile de influență principale care stau la baza dezvoltării ulterioare a imaginii corporale și a disfuncțiilor alimentare: părinții, colegii, și mass-media. În plus, modelul conține două legături de mediere care conectează influențele la imaginea corporală perturbată și problemele alimentare: internalizarea idealurilor sociale despre aspectul fizic și tendințele accentuate de comparare a aspectului fizic. Se presupune că aceste variabile mediatore conduc la rezultate legate de imaginea corporală și alimentație.

Familia reprezintă primul și cel mai important context social în care se dezvoltă comportamentele alimentare. Influența familiei se manifestă prin multiple mecanisme, inclusiv modelarea comportamentului, practicile parentale de alimentație, comunicarea despre greutate și dietă, și disponibilitatea alimentelor în casă [208; 292]. Părinții și frații servesc ca modele pentru comportamentele alimentare, iar adolescentele tind să adopte atitudini și practici similare cu cele observate în familie [137]. Mai mult, stilurile parentale de alimentație, cum ar fi restricția sau presiunea de a mânca, pot influența semnificativ relația adolescentelor cu mâncarea. Birch și colegii [27] au demonstrat că restricția excesivă a alimentelor poate crește dorința pentru alimentele respective și poate duce la mâncat pe ascuns sau episoade de supraalimentare atunci când restricția este relaxată [182].

Comentariile părinților despre greutate, formă corporală sau diete pot influența puternic imaginea corporală și comportamentul alimentar al adolescentelor. Criticile legate de greutate sau încurajările de a urma diete sunt asociate cu un risc crescut de dezvoltare a comportamentelor alimentare problematice [179]. Pe de altă parte, frecvența și calitatea meselor în familie sunt

asociate cu obiceiuri alimentare mai sănătoase și un risc redus de comportamente alimentare problematice [178; 183].

Grupul de prieteni exercită o influență crescândă asupra comportamentului alimentar pe măsură ce adolescențele se îndepărtează de influența primară a familiei [4; 116]. Normele de grup legate de alimentație și aspect fizic pot modela semnificativ comportamentul individual, iar conversațiile frecvente despre dietă și greutate în grupul de prieteni sunt asociate cu niveluri mai ridicate de insatisfacție corporală și comportamente de control al greutății [121].

Media și rețelele sociale joacă un rol din ce în ce mai important în modelarea comportamentului alimentar al adolescentelor în era digitală [14; 272]. Expunerea repetată la idealuri de frumusețe caracterizate prin subțirime extremă este asociată cu insatisfacție corporală și comportamente de control al greutății [98]. Platformele de social media facilitează comparațiile sociale constante, care pot exacerba insatisfacția corporală [43; 78], iar conținutul generat de utilizatori despre dietă și fitness poate promova practici potențial nesănătoase [118].

Normele și valorile culturale legate de corp, frumusețe și alimentație variază semnificativ între diferite culturi și influențează puternic comportamentul alimentar [13]. Culturile occidentale tind să idealizeze corpul subțire pentru femei, în timp ce alte culturi pot valoriza diferite tipuri corporale. Aceste diferențe culturale se reflectă în prevalența variabilă a tulburărilor de comportament alimentar și a comportamentelor alimentare problematice între diferite grupuri culturale [105].

Factori emoționali și rolul lor în comportamentul alimentar

Emoțiile afectează comportamentul alimentar prin multiple mecanisme, influențând când, ce și cât mâncăm [161]. Cercetările în domeniul alimentației emoționale au evidențiat complexitatea relației dintre stările emoționale și comportamentul alimentar. Emoțiile negative precum tristețea, anxietatea, depresia și plictiseala au fost asociate cu modificări în comportamentul alimentar, deși direcția acestor modificări variază în funcție de factori individuali. La unele persoane, emoțiile negative conduc la o reducere a apetitului și a consumului alimentar, în timp ce la altele aceleași emoții pot declanșa episoade de supraalimentare.

Alimentația emoțională, tendința de a mânca ca răspuns la emoții negative, este deosebit de relevantă în contextul adolescenței [200]. Aceasta reprezintă o strategie de coping frecvent utilizată pentru a gestiona emoțiile negative, oferind o distragere temporară de la disconfortul emoțional și o sursă de plăcere sau confort prin consumul de alimente gustoase [215]. Mecanismele prin care emoțiile influențează comportamentul alimentar includ efectele directe ale stresului asupra sistemelor fiziologice implicate în reglarea apetitului [263], modificări în motivația de a

mânca [37]. Stresul emoțional poate crește valorile de recompensă ale alimentelor apetisante și sensibilitatea la indicii alimentare externe, ducând la alegeri alimentare orientate spre gust și confort mai degrabă decât spre valoarea nutrițională [210; 211].

La adolescentele cu vulnerabilități preexistente, precum perfecționismul sau insatisfacția corporală, alimentația emoțională poate evolua către pattern-uri mai problematice, inclusiv restricție severă sau cicluri de restricție-supraalimentare [248]. Aceste pattern-uri pot deveni strategii cronicizate de gestionare a emoțiilor negative, crescând riscul de dezvoltare a tulburărilor de comportament alimentar. Deficitele în recunoașterea și gestionarea emoțiilor (alexitimia) au fost asociate cu comportamente alimentare problematice, adolescentele care au dificultăți în identificarea și exprimarea emoțiilor pot recurge la comportamente alimentare dezadaptative ca modalitate de a regla stările emoționale pe care nu le pot procesa cognitiv. Cercetările recente subliniază importanța dezvoltării unor strategii adaptative de reglare emoțională ca factor protectiv împotriva comportamentelor alimentare problematice [275]. În ciuda progreselor semnificative în înțelegerea comportamentului alimentar specialiștii se confruntă cu multe provocări. Cercetarea participanților minori indică provocări etice importante, în special în ceea ce privește consimțământul și protecția participanților vulnerabili [2; 83]. Este necesar să înțelegem comorbiditățile, relația dintre comportamentul alimentar și problemele de sănătate mintală [36] Intervenții precum terapia bazată pe mindfulness și terapia dialectic-comportamentală, care vizează îmbunătățirea conștientizării și reglării emoționale, s-au dovedit promițătoare în reducerea comportamentelor alimentare dezadaptative la adolescente [202; 214].

1.3. Particularități psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente

Comportamentul alimentar la adolescente prezintă particularități psihologice distincte, modelate de procesele de dezvoltare specifice acestei perioade. Înțelegerea acestor particularități este esențială pentru dezvoltarea unor intervenții adecvate vârstei și stadiului de dezvoltare.

Stadiile dezvoltării cognitive și impactul asupra comportamentului alimentar

Adolescența este marcată de evoluții semnificative în dezvoltarea cognitivă, care influențează modul în care adolescentele înțeleg și abordează alimentația. Conform teoriei lui Piaget, adolescența marchează tranziția către stadiul operațiilor formale, caracterizat prin capacitatea de gândire abstractă, raționament deductiv și metacogniție [117].

Gândirea abstractă permite adolescentelor să conceptualizeze idei complexe legate de nutriție și sănătate, precum relația dintre alimentație și sănătatea pe termen lung sau implicațiile etice ale alegerilor alimentare [135; 233]. Această capacitate de abstractizare facilitează

înțelegerea conceptelor nutriționale complexe, dar poate conduce și la interpretări rigide sau absolutiste ale informațiilor despre alimentație și dietă.

Raționamentul deductiv, dezvoltat în această perioadă, oferă adolescentelor abilitatea de a formula și testa ipoteze, inclusiv cele legate de efectele diferitelor alimentare sau diete asupra propriului corp [125]. Această capacitate poate avea efecte pozitive, permițând adolescentelor să facă conexiuni între comportamentele alimentare și consecințele lor, dar poate facilita și dezvoltarea unor convingeri eronate despre alimentație și greutate corporală.

Metacogniția, sau capacitatea de a reflecta asupra propriilor procese de gândire, permite adolescentelor să devină mai conștiente de motivațiile și procesele decizionale implicate în alegerile alimentare [127]. Această conștientizare crescută poate conduce la alegerile alimentare mai deliberate, dar poate intensifica și ruminările legate de alimentație și greutate corporală.

Dezvoltarea cognitivă în adolescență este însă neuniformă, caracterizată prin asincronii între diferite funcții cognitive [26]. Astfel, deși adolescentele pot demonstra capacități cognitive avansate în unele domenii, procesarea emoțională și controlul impulsurilor pot rămâne imature, afectând comportamentul alimentar. L. Steinberg [233] a evidențiat cum decalajul dintre dezvoltarea sistemului limbic (implicat în procesarea recompenselor și emoțiilor) și a cortexului prefrontal (responsabil de judecată și control) poate explica vulnerabilitatea adolescentelor la comportamente impulsive, inclusiv în sfera alimentară.

Aceste dezvoltări cognitive au implicații importante pentru comportamentul alimentar al adolescentelor. Capacitatea crescută de a înțelege concepte nutriționale complexe poate influența alegerile alimentare, dar poate conduce și la îngrijorări excesive legate de alimentație [49; 252]. Abilitatea de a anticipa consecințele pe termen lung ale alegerilor alimentare poate motiva comportamente sănătoase, dar poate exacerba și anxietatea legată de alimentație [181].

Dezvoltarea identității și formarea imaginii corporale

Erikson descrie adolescența ca fiind stadiul „Identitate vs. Confuzie de rol”, caracterizat prin căutarea intensă a identității personale [67]. Această căutare a identității se manifestă și în sfera comportamentului alimentar, care devine un domeniu important de exprimare a valorilor, convingerilor și apartenenței la grupuri sociale. James Marcia [162] a extins teoria lui Erikson, propunând patru statusuri ale identității: difuziunea identității (lipsa explorării și angajamentului), preluarea identității (angajament fără explorare), moratoriul (explorare activă fără angajament ferm) și realizarea identității (angajament după explorare). Aceste statusuri ale identității se reflectă în pattern-urile alimentare adoptate de adolescente. De exemplu, adolescentele în faza de moratoriu pot experimenta diverse stiluri alimentare (vegetarianism, veganism, diete specifice) ca

parte a explorării identitare [29; 132]. În această perioadă, alimentația devine frecvent un mijloc de exprimare a autonomiei și independenței față de părinți [20]. Alegerile alimentare pot constitui un domeniu în care adolescentele își afirmă independența și identitatea distinctă, uneori prin adoptarea unor pattern-uri alimentare care contrastează cu cele familiale [88], dar care uremează modelele din grupurile de egali [146].

Formarea imaginii corporale, definită ca percepțiile, gândurile și sentimentele despre propriul corp, reprezintă un aspect esențial al dezvoltării identității în adolescență [162]. Schimbările fizice asociate pubertății, în special creșterea în greutate și modificarea distribuției țesutului adipos la fete, coincid cu internalizarea crescută a idealurilor sociale de frumusețe, creând adesea un context favorabil dezvoltării insatisfacției corporale [143]. M. P. Levine și L. Smolak [144] au evidențiat cum formarea identității feminine în cultura occidentală este strâns legată de aspectul fizic și atractivitatea corporală, creând o presiune semnificativă asupra adolescentelor de a-și evalua valoarea personală prin prisma conformității cu idealurile de frumusețe. Această asociere între identitatea de gen și aspectul fizic poate conduce la preocupări excesive legate de greutate și formă corporală, în special în contextul discrepanței dintre corpul real și idealurile internalizate [30; 32; 143].

Preocuparea intensă pentru aspectul fizic, caracteristică multor adolescente, poate duce la comportamente alimentare restrictive în încercarea de a atinge un ideal corporal perceput [235]. T. F. Cash [39] a demonstrat cum insatisfacția corporală poate conduce la investiții disfuncționale în aspectul fizic, inclusiv comportamente de control al greutății potențial dăunătoare.

În contextul formării identității, acceptarea de către grupul de prieteni devine deosebit de importantă, iar conformitatea cu normele de grup legate de aspectul fizic și alimentație poate exercita o influență puternică asupra comportamentului alimentar individual [81;136;190]. Cercetările lui Eisenberg și colegii [63] au evidențiat cum conversațiile despre dietă și greutate în grupul de prieteni pot normaliza comportamentele de control al greutății și pot crește riscul de dezvoltare a pattern-urilor alimentare problematice.

Pattern-uri și tipologii ale comportamentului alimentar la adolescente

Comportamentul alimentar la adolescente prezintă o diversitate de pattern-uri, care pot fi grupate în mai multe categorii distincte. Înțelegerea acestor pattern-uri și a factorilor asociați este esențială pentru identificarea precoce a riscurilor și dezvoltarea intervențiilor adecvate.

Alimentație echilibrată reprezintă un pattern caracterizat prin consum variat de alimente, în cantități moderate și cu atenție la nevoile nutriționale [252]. Adolescente cu acest pattern demonstrează flexibilitate în alegerile alimentare, capacitatea de a răspunde la semnalele interne

de foame și sațietate, și absența preocupărilor excesive legate de greutate și alimentație. Neumark-Sztainer și colegii [178] au identificat factori protectivi asociați cu acest pattern, inclusiv mesele regulate în familie, absența dietelor restrictive în familie, și o imagine corporală pozitivă.

Restricția alimentară implică limitarea intenționată a aportului caloric, adesea motivată de dorința de a pierde în greutate sau de a menține o anumită formă corporală [181]. Au fost descrise două forme de restricție: restricția rigidă, caracterizată prin reguli alimentare stricte și gândire de tip „totul sau nimic”, și restricția flexibilă, care implică o abordare mai moderată a controlului alimentar. Restricția rigidă a fost asociată cu riscuri mai mari de dezvoltare a pattern-urilor alimentare dezadaptative și a tulburărilor alimentare [216].

Alimentația emoțională se referă la utilizarea alimentelor ca mecanism de coping pentru emoții negative sau stres [94; 169]. Este legată de decizii impulsive, mai puțin auto-controlate ca răspuns la emoții negative sau stres și este asociată cu alimentația externă (indicii alimentare externe precum mirosul mâncării și reclamele la alimente) [280; 282; 302;]. Acest pattern este caracterizat prin creșterea aportului alimentar ca răspuns la emoții precum tristețea, anxietatea, furia sau plictiseala, independent de semnalele fiziologice de foame. S. T. Spoor și colegii [229] au evidențiat cum alimentația emoțională poate conduce la preferința pentru alimente cu conținut ridicat de zaharuri și grăsimi, care oferă confort emoțional temporar [60]. Emoțiile negative pot provoca mâncatul excesiv [31] cât și restricțiile alimentare [68]. Studii recente au subliniat o asociere învățată între emoțiile negative discrete și mâncat, mai degrabă decât emoțiile negative generale, care pot varia de la o persoană la alta [58; 218]. De exemplu, tristețea a crescut consumul de alimente [280], iar depresia a fost legată de creșterea în greutate doar la femeile care mănâncă emoțional [281].

Alimentația compulsivă se caracterizează prin episoade de consum excesiv de alimente, adesea însoțite de sentimente de pierdere a controlului [92]. C. G. Fairburn și P.J. Harrison [73] au descris elementele definitorii ale acestui pattern: consumul unei cantități mari de alimente într-o perioadă limitată de timp, senzația de pierdere a controlului în timpul episodului, și disconfortul psihologic asociat (vinovăție, rușine, dezgust). Alimentația compulsivă poate apărea independent sau în contextul restricției alimentare, ca răspuns la deprivarea fizică și psihologică [92].

Alimentația externă implică consumul de alimente ca răspuns la stimuli externi (de exemplu, mirosuri sau imagini cu mâncare), independent de foamea fiziologică [227]. Adolescente cu acest pattern demonstrează o sensibilitate crescută la indicii alimentari din mediu, precum și dificultăți în discriminarea între foamea fiziologică și dorința de a mânca declanșată de factori externi.

Comportamente alimentare problematice includ o gamă largă de pattern-uri dezadaptative, cum ar fi săritul peste mese, utilizarea laxativelor, diuretice, vomitatul auto-indus, sau exercițiile fizice excesive ca metode de control al greutateii [111; 149]. Neumark-Sztainer și colegii [181] au documentat prevalența îngrijorătoare a acestor comportamente în rândul adolescentelor, subliniind riscurile asociate pentru sănătatea fizică și psihologică. Aceste pattern-uri nu sunt mutual exclusive și pot coexista sau alterna la aceeași adolescentă, în funcție de factori psihologici și contextuali. Cercetătorii au evidențiat fluiditatea acestor pattern-uri și potențialul de migrare de la forme subclinice la tulburări alimentare clinice în absența intervenției adecvate [103; 279].

Vulnerabilități psihologice specifice adolescentelor

Adolescentele prezintă vulnerabilități psihologice specifice care le predispun la dezvoltarea comportamentelor alimentare problematice. Înțelegerea acestor vulnerabilități este esențială pentru dezvoltarea unor intervenții preventive eficiente.

Perfecționismul, în special perfecționismul dezadaptativ, reprezintă un factor de risc semnificativ pentru dezvoltarea comportamentelor alimentare problematice [17; 18]. Au fost identificate trei dimensiuni ale perfecționismului: perfecționismul auto-orientat (stabilirea de standarde personale înalte), perfecționismul orientat spre ceilalți (așteptări înalte de la alții), și perfecționismul prescris social (percepția că ceilalți au așteptări înalte). Bardone-Cone și colegii [17] au demonstrat că perfecționismul auto-orientat și cel prescris social sunt asociate cu riscuri crescute de dezvoltare a tulburărilor alimentare.

Mecanismele prin care perfecționismul influențează comportamentul alimentar sunt complexe și multifacetate. În primul rând, perfecționismul duce la stabilirea unor standarde rigide și nerealistice legate de alimentație și aspect fizic [220]. Aceste standarde pot include restricții calorice severe, eliminarea completă a anumitor grupuri alimentare sau atingerea unei greutăți corporale nerealist de scăzute. Adolescentele perfecționiste pot vedea aceste standarde ca fiind esențiale pentru a se simți valoroase sau acceptate.

În al doilea rând, perfecționismul este asociat cu o tendință de a evalua sever propriile performanțe în atingerea acestor standarde, ducând la cicluri de restricție alimentară și sentimente de eșec [17]. Atunci când adolescentele nu reușesc să atingă standardele pe care și le-au impus (ceea ce este adesea inevitabil, dată fiind natura nerealistă a acestor standarde), ele pot experimenta sentimente intense de vinovăție și eșec. Aceste emoții negative pot, la rândul lor, să ducă la comportamente compensatorii, cum ar fi restricții alimentare și mai severe sau exerciții fizice excesive.

În cele din urmă, perfecționismul poate duce la generalizarea sentimentului de auto-valoare bazat pe capacitatea de a controla alimentația și greutatea [74]. Adolescente perfectioniste pot ajunge să-și evalueze propria valoare aproape exclusiv în termeni de succes în controlul greutății și alimentației. Această viziune îngustă asupra auto-valorii poate perpetua comportamentele alimentare problematice și poate crește riscul de dezvoltare a tulburărilor de alimentație.

Înțelegerea rolului perfecționismului în dezvoltarea comportamentelor alimentare problematice este crucială pentru dezvoltarea unor intervenții eficiente. Terapiile care abordează perfecționismul, cum ar fi terapia cognitiv-comportamentală îmbunătățită pentru tulburările de alimentație (CBT-E), s-au dovedit eficiente în tratamentul acestor probleme [76]. Aceste abordări terapeutice se concentrează pe identificarea și modificarea gândurilor și comportamentelor perfecționiste, ajutând adolescentele să dezvolte standarde mai realiste și o viziune mai echilibrată asupra auto-valorii.

La adolescente, perfecționismul se manifestă prin stabilirea unor standarde înalte, adesea nerealiste, legate de aspectul fizic și controlul asupra alimentației [33; 220]. Aceste standarde rigide pot include restricții calorice severe, eliminarea completă a anumitor grupuri alimentare sau atingerea unei greutăți corporale nerealist de scăzute. Shafran și colegii [75] au descris „perfecționismul clinic” ca evaluarea de sine excesiv bazată pe atingerea standardelor autoimpuse într-un domeniu valorizat (precum controlul alimentar), în ciuda consecințelor adverse. Adolescente perfectioniste pot ajunge să-și evalueze propria valoare aproape exclusiv în termeni de succes în controlul greutății și alimentației [157; 273]

Anxietatea fizică socială, definită ca îngrijorarea legată de evaluarea negativă a corpului propriu de către ceilalți, reprezintă o vulnerabilitate specifică adolescentelor [90]. T.A. Hart și colegii [106] au demonstrat cum anxietatea fizică socială poate conduce la comportamente de evitare a situațiilor sociale care implică expunerea corpului și la adoptarea unor strategii de modificare a aspectului fizic, inclusiv comportamente alimentare restrictive și izolare socială [274].

În contextul importanței crescute a relațiilor sociale în adolescență, anxietatea fizică socială poate avea un impact deosebit asupra comportamentului alimentar [94; 238], teama de evaluare negativă a corpului poate motiva comportamente de control al greutății, în special în contextele sociale percepute ca evaluative (de exemplu, plaja, piscina, vestiarele).

Dificultățile în reglarea emoțională reprezintă o altă vulnerabilitate semnificativă în dezvoltarea comportamentelor alimentare problematice [95], adolescentele cu tulburări alimentare prezintă frecvent deficite în identificarea și exprimarea emoțiilor, toleranță scăzută la stres

emoțional, și utilizarea unor strategii dezadaptative de reglare emoțională. Aceste dificultăți în procesarea și gestionarea emoțiilor pot conduce la utilizarea comportamentelor alimentare (restricție, supraalimentare) ca strategii de coping pentru emoțiile negative copleșitoare [164], restricția alimentară poate servi ca mecanism de evitare emoțională, în timp ce supraalimentarea poate oferi distragere temporară și alinare emoțională.

Stima de sine scăzută a fost consecvent asociată cu vulnerabilitatea crescută la comportamente alimentare problematice [185]. În perioada adolescenței, când stima de sine poate fluctua semnificativ, această vulnerabilitate devine deosebit de relevantă. S-a demonstrat cum stima de sine scăzută poate predispune adolescentele la internalizarea idealurilor de frumusețe și la adoptarea comportamentelor de control al greutatei ca modalitate de a-și crește valoarea personală percepută [261]. Adolescencele cu o stimă de sine ridicată sunt mai rezistente la presiunile sociale legate de aspectul fizic și mai puțin predispuse la comportamente alimentare dezadaptative [185].

Experiențele adverse din copilărie, inclusiv abuzul emoțional, fizic sau sexual, neglijarea și disfuncționalitățile familiale, reprezintă factori de risc semnificativi pentru dezvoltarea comportamentelor alimentare problematice, meta-analizele evidențiind asocierea consistentă între experiențele traumatice din copilărie și tulburările alimentare în adolescență și maturitatea timpurie [28; 264].

Factori socioculturali care influențează comportamentul alimentar la adolescente

Influența familiei [208]. Familia reprezintă primul și cel mai important context social în care se dezvoltă comportamentele alimentare ale adolescentelor. Părinții și frații servesc ca modele pentru comportamentele alimentare. Adolescencele tind să adopte atitudini și practici alimentare similare cu cele observate în familie [217].

Stilurile parentale de alimentație, cum ar fi restricția sau presiunea de a mânca, pot influența semnificativ relația adolescentelor cu mâncarea. Restricția excesivă, de exemplu, poate duce la comportamente de mâncat pe ascuns sau la episoade de supraalimentare [28]. Comentariile părinților despre greutate, formă corporală sau diete pot influența puternic imaginea corporală și comportamentul alimentar al adolescentelor. Criticile legate de greutate sau încurajările de a urma diete sunt asociate cu un risc crescut de dezvoltare a comportamentelor alimentare problematice [179]. Frecvența și calitatea meselor în familie sunt asociate cu obiceiuri alimentare mai sănătoase și un risc redus de comportamente alimentare problematice [178].

Influența grupului de prieteni [116]. Pe măsură ce adolescentele încep să petreacă mai mult timp cu prietenii, influența grupului de prieteni asupra comportamentului alimentar devine din ce în ce mai pronunțată. Grupul de prieteni stabilește norme implicite sau explicite legate de alimentație și aspect fizic, care pot influența semnificativ comportamentul individual [63]. Adolescente tind să-și compare frecvent corpul și obiceiurile alimentare cu cele ale prietenilor lor, ceea ce poate duce la insatisfacție corporală și comportamente de control al greutății [175]. Prietenii pot exercita presiuni directe sau indirecte pentru adoptarea anumitor comportamente alimentare, cum ar fi urmarea dietelor sau consumul de alimente nesănătoase [190].

Frecvența și conținutul conversațiilor despre dietă și greutate în grupul de prieteni sunt asociate cu niveluri mai ridicate de insatisfacție corporală și comportamente de control al greutății [121].

Influența media și a rețelelor sociale [272]. În era digitală, media și rețelele sociale joacă un rol din ce în ce mai important în modelarea comportamentului alimentar al adolescentelor. Media promovează în mod constant un ideal de frumusețe caracterizat prin subțirime extremă, care este nerealist și nesănătos pentru majoritatea adolescentelor. Expunerea repetată la aceste imagini este asociată cu insatisfacție corporală și comportamente de control al greutății [98]. Se prezintă adesea dietele și comportamentele de control al greutății ca fiind normale și dezirabile, încurajând astfel adoptarea acestor practici de către adolescente [11]. Platformele sociale facilitează comparațiile sociale constante, care pot duce la insatisfacție corporală și comportamente alimentare dezadaptative [78]. Astfel, se permite răspândirea rapidă a informațiilor și tendințelor legate de dietă și fitness, multe dintre acestea fiind nepotrivite sau chiar periculoase pentru adolescente [38]. Expunerea la reclame pentru alimente, în special cele bogate în calorii și sărace în nutrienți, poate influența preferințele și alegerile alimentare ale adolescentelor [105]. Utilizarea aplicațiilor de monitorizare a dietei și exercițiilor fizice poate duce la preocupări excesive legate de alimentație și greutate [146].

Aceste vulnerabilități psihologice interacționează între ele și, împreună cu factorii socioculturali cresc riscul de dezvoltare a comportamentelor alimentare problematice. Bardone-Cone și colegii [17] au propus un model interacțional în care perfecționismul, stima de sine scăzută și insatisfacția corporală interacționează sinergic pentru a crește vulnerabilitatea la tulburări alimentare.

1.4. Rolul emoțiilor în comportamentul alimentar

Emoțiile afectează comportamentul uman în diferite moduri, cum ar fi motivarea comportamentelor direcționate către obiective, anticiparea rezultatelor viitoare și sprijinirea

învățării recompenselor [60]. De asemenea, emoțiile pot influența consumul de alimente și deciziile alimentare cu privire la cât și când se consumă anumite alimente [169]. Cercetările au arătat că interacțiunile dintre diferitele tipuri și intensități de emoții (de exemplu, negative versus pozitive), stiluri de alimentație (de exemplu, alimentație emoțională - o tendință de a mânca ca răspuns la emoțiile negative; alimentație reținută - restricție cognitivă și comportamentală a aportului de alimente pentru a controla greutatea corporală; alimentația externă - susceptibilitate ridicată la indicii alimentare care are ca rezultat pofta de alimente bogate în calorii, gustoase), greutatea corporală și tipuri de alimente (de exemplu, alimente cu densitate energetică, puțin nutritive, mai nesănătoase, alimente mai sănătoase) conduc la comportamente alimentare diferite. Cu toate acestea, mecanismele mâncatului emoțional nu au fost pe deplin identificate, acestea fiind multiple, din cauza variabilităților mari între indivizi și emoții [161]. Ne-am concentrat pe descoperirile actuale care explorează impactul emoțiilor negative asupra comportamentului alimentar și mecanismul de luare a deciziilor în alimentația emoțională, care au oferit perspective asupra direcțiilor viitoare de cercetare.

Emoțiile și impactul lor asupra comportamentului alimentar

De cele mai multe ori, emoțiile negative tind să scadă consumul de alimente, în timp ce emoțiile pozitive îl cresc [68]. Cu toate acestea, emoțiile negative pot provoca mâncatul extern la persoanele cu un nivel ridicat de mâncat emoțional mai mult decât la cele cu un nivel scăzut [31]. Emoțiile negative pot crește, de asemenea, consumul de alimente la persoanele cu restricții alimentare din cauza tulburării inhibiției cognitive a aportului alimentar [68]. În plus, emoțiile negative nu induc neapărat o creștere a consumului de alimente în rândul persoanelor care mănâncă emoțional sau al persoanelor supraponderale sau obeze [68; 301].

Pentru a explica inconsecvența și impacturile variate ale emoțiilor negative asupra mâncatului, studii recente au propus importanța diferențelor individuale, inclusiv experiențele individualizate de mâncat emoțional și impactul emoțiilor discrete. G. Persoanele care au format anterior o asocieră între emoție și mâncat (consum sau restricție alimentară) sunt mai predispuse să se angajeze în mâncatul emoțional sau restricționat ca răspuns la emoții negative discrete precum depresia și anxietatea. De exemplu, tristețea a crescut consumul de alimente mai mult decât bucuria la femeile cu nivel ridicat de mâncat emoțional, în timp ce tristețea și bucuria nu au influențat diferit aportul alimentar la persoanele cu nivel scăzut de mâncat emoțional [280]. Mai mult, depresia a fost legată de creșterea în greutate în ceea ce privește modificarea indicelui de masă corporală (IMC) doar la femeile care mănâncă emoțional, dar nu și la bărbații care mănâncă

emoțional, precum și la persoanele care mănâncă extern și la cele cu restricții alimentare de ambele sexe [282].

Cercetări recente au elucidat diferențele individuale în modul în care emoțiile influențează mâncatul hedonic (adică, aportul orientat spre gust al alimentelor cu calorii ridicate și nutrienți scăzuți, cu zahăr, sare și grăsimi ridicate pentru plăcere, fără foame) și mâncatul homeostatic (adică, aportul alimentar cu foame pentru reglarea echilibrului energetic) în diferite contexte [160; 200; 58]. Furia, frica și tristețea induse au crescut consumul de alimente dulci [215]. Cu toate acestea, atunci când sensibilitatea la riscurile pe termen lung ale mâncatului hedonic a fost stimulată, tristețea a restricționat mâncatul hedonic, ceea ce poate fi relevant pentru funcția tristeții de a deveni mai vigilent la o pierdere sau la un prejudiciu [215].

Atât depresia adulților, cât și mâncatul emoțional au fost legate de mâncatul hedonic și un IMC mai ridicat [282]. Simptomele depresive mai severe au fost asociate cu un consum mai scăzut de fructe și legume și un consum mai mare de alimente bogate în energie non-dulci, dar nu au fost legate de un consum mai mare de alimente dulci atunci când mâncatul emoțional a fost controlat. Când depresia a fost controlată, un nivel mai ridicat de mâncat emoțional a fost legat de un consum mai mare de alimente dulci și non-dulci bogate în energie. Rezultatele demonstrează că experiența tristețe sau a stărilor depresive nu scade neapărat aportul energetic. Emoțiile negative sunt susceptibile să crească supraalimentarea cu alimente bogate în energie și să scadă consumul de opțiuni mai sănătoase. În plus, interacțiunea dintre emoțiile negative și mâncatul emoțional contează. Când mâncatul emoțional a fost examinat folosind evaluări momentane ecologice (EME), unde oamenii și-au raportat emoțiile și comportamentul alimentar timp de 10 zile, mâncatul emoțional și IMC-ul au influențat mâncatul hedonic și homeostatic [200]. Emoțiile negative ridicate au crescut mâncatul hedonic la persoanele cu nivel ridicat de mâncat emoțional, dar l-au scăzut la cele cu nivel scăzut; emoțiile negative ridicate au crescut mâncatul homeostatic la persoanele cu IMC mai ridicat. În plus, capacitățile de procesare emoțională pot fi legate de mâncatul emoțional la persoanele cu obezitate. Similar persoanelor cu tulburări de anxietate sau depresie care demonstrează adesea dificultăți în recunoașterea emoțiilor negative, persoanele cu obezitate sunt mai predispuse să arate dificultăți în recunoașterea expresiilor faciale de frică și furie [218] și în descrierea și reglarea emoțiilor [79]. Provocările în procesarea emoțională pot reflecta evitarea emoțională pentru a face față emoțiilor negative legate de insatisfacția corporală sau stigmatizarea greutății la persoanele cu obezitate [79], ceea ce ar putea duce la mâncatul emoțional.

Constatările sugerează că mâncatul emoțional este predispus la alegeri alimentare mai nesănătoase, orientate spre gust, sub influența emoțiilor negative. Emoțiile negative tind să se concentreze pe gratificarea pe termen scurt în detrimentul considerațiilor de risc pentru sănătate pe termen lung. Având în vedere relația dintre mâncatul emoțional și strategiile de coping mai puțin adaptive, precum copingul orientat spre emoții (adică, copingul prin reglarea răspunsurilor emoționale negative) și copingul evitant (adică, evitarea sau distragerea de la răspunsurile la stres negative) [229], mâncatul hedonic ar putea reflecta încercări de coping mai puțin adaptive pentru atenuarea emoțiilor negative la persoanele care mănâncă emoțional [94].

Complexitatea relației dintre emoții, preferințe alimentare și decizii nutriționale

Consumul de alimente este cel mai probabil să provoace emoții pozitive precum satisfacția și plăcerea, mai degrabă decât emoții negative. Conceptual, oamenii asociază gustul dulce cu cuvinte încărcate de emoții pozitive precum fericire, dragoste, recunoștință, acceptare, îmbrățișare și sărut, iar gustul amar cu cuvinte încărcate de emoții negative precum tristețe, dezgust și respingere [301]. Experiențele senzoriale pot fi încorporate în stări psihologice și emoții prin asocieri repetate între gust și emoție (de exemplu, asocieri între gustul dulce și fericire) încă de la începutul vieții noastre [301; 302].

Experiențele alimentare individualizate din perioadele prenatale pot influența preferințele senzoriale. Copiii mici sunt predispuși să aprecieze gusturile dulci și sărate și să nu le placă gusturile acide și amare [27]. Acest lucru are o valoare adaptativă care permite sugarilor să găsească surse sigure de hrană, precum gustul dulce al laptelui matern. Cu toate acestea, în majoritatea societăților moderne obesogene cu abundență alimentară, o preferință pentru alimentele dulci, sărate și grase este mai probabil să ducă la alegeri mai puțin nutritive și la creștere în greutate [27]. Dezvoltarea unor alegeri alimentare mai puțin orientate spre gusturile predispușe poate fi critică pentru sănătatea fizică și mentală. Acceptarea unor alimente mai nutritive (de exemplu, legume cu frunze și fasole) și învățarea reglării adaptive a emoțiilor ar putea preveni consumul excesiv dezinhibat de alimente dulci, bogate în calorii și sărace în nutrienți ca răspuns la emoțiile negative și stres. Cu toate acestea, provocările constau în faptul că persoanele sunt înclinate să “mănânce” alimente apetisante și dense energetic, mai degrabă decât să le respingă pentru un aport energetic sigur [102]. Anticiparea și consumul de alimente apetisante sunt asociate cu plăcerea mediată de sistemul de recompensă al creierului [133; 287]. Mai mult, preferința pentru gustul alimentelor este un factor determinant major al deciziilor alimentare [103].

Oamenii iau decizii alimentare bazate pe valorile subiective de recompensă ale atributelor alimentelor, în special gustul și sănătatea. Valorile decizionale ale gustului și atributelor de

sănătate ale alimentelor sunt codate în cortexul prefrontal ventromedial (vmPFC) care este implicat în calculul valorii de recompensă [149]. Deciziile hedonice, orientate spre plăcere, care încorporează predominant atribute de gust ale alimentelor, duc la o alimentație mai puțin nutritivă, mai nesănătoasă și/sau la creștere în greutate [149]. Pentru a lua decizii mai nutritive și mai sănătoase, trebuie luate în considerare atributele de sănătate ale alimentelor. În deciziile orientate spre sănătate, auto-controlate (adică refuzul alimentelor gustoase dar nesănătoase sau consumul de alimente neplăcute la gust dar sănătoase) mediate de sistemul de control al creierului [148], atributele de sănătate ale alimentelor sunt încorporate suficient de devreme și semnificativ în timpul procesului decizional, ceea ce permite oamenilor să urmărească beneficii de sănătate pe termen lung mai degrabă decât plăcerea imediată din alimente apetisante, dar mai puțin nutritive și mai nesănătoase [103; 279; 148].

Alimentația emoțională este legată de decizii impulsive, mai puțin auto-controlate ca răspuns la emoții negative sau stres [302]. Alimentația emoțională tinde să fie asociată cu alimentația externă (de exemplu, consumul excesiv ca răspuns la indicii alimentare externe precum mirosul mâncării și reclamele la alimente) [280], ceea ce susține lapsusurile de autocontrol în alimentația emoțională. Depășirea plăcerii imediate pentru obiective de sănătate pe termen lung devine dificilă pentru mâncătorii emoționali atunci când stresul emoțional crește valorile de recompensă ale alimentelor apetisante, bogate în calorii și sensibilitatea la acele indicii alimentare în sistemul de recompensă al creierului, inclusiv cortexul orbitofrontal (OFC) și striatul ventral [291]. Sub influența emoțiilor negative sau a stresului, sensibilitatea crescută la indiciile alimentare și valorile de recompensă duc la creșterea poftelor pentru alimente apetisante și alimentație dezinhibată și la persoanele cu obezitate. Pofta, sau motivațiile pentru căutarea alimentelor apetisante sunt codate în sistemul de recompensă dopaminergic mesolimbic, în special în substanța neagră (SN) și aria tegmentală ventrală (VTA) [170]. Administrarea intranasală de oxitocină reduce consumul de alimente apetisante și scade activările în VTA ca răspuns la indicii alimentare cu conținut caloric ridicat la bărbații cu exces de greutate și obezitate [148]. Aceste constatări sugerează că asocierile dintre emoțiile negative și alimentația hedonică sunt legate de modificări în sistemul de recompensă al creierului, care fac oamenii mai predispuși la pofta și consumul excesiv de alimente apetisante, în special în rândul mâncătorilor emoționali și al persoanelor cu greutate excesivă.

Alimentația hedonică este, de asemenea, legată de afecțiune și nevoi sociale. Gustul dulce formează adesea o asociere cu căldura și dragostea [215]. Gustul dulce și un partener romantic activează răspunsuri neurale similare în cortexul cingular anterior care sunt implicate în sistemul de recompensă [19]. Când oamenii duc lipsă de căldură și dragoste, privarea de emoții pozitive și

conexiune socială ar putea duce la comportamente compensatorii de căutare a recompensei, inclusiv pofta și consumul excesiv de alimente dulci sărace în nutrienți [60]. Singurătatea a crescut pofta pentru băuturi îndulcite cu zahăr măsurată folosind EMA la adolescenți [60]. Singurătatea a crescut consumul de băuturi dulci, în timp ce conexiunea socială percepută a scăzut consumul de băuturi dulci la femeile însărcinate [113]. La adulții tineri, privarea de conexiune socială și de alimente a evocat răspunsuri comportamentale și neurale similare [274]. Izolarea socială acută a dus la creșterea emoțiilor negative și creșterea poftei sociale, iar postul a dus la creșterea emoțiilor negative și creșterea poftei de mâncare și a foamei [274]. Nivelul de pofta auto-raportată pentru conexiune socială și pofta pentru mâncare după privare au fost puternic corelate. În plus, ambele tipuri de privare au evocat răspunsuri similare în regiunile dopaminergice mezencefalice implicate în pofta și căutarea alimentelor apetisante, în special în SN și VTA.

În concluzie, mâncarea evocă emoții pozitive. Asocierile învățate între mâncare și emoțiile negative pot accentua alimentația emoțională care este predispusă la decizii alimentare dezinhibate de căutare a alimentelor apetisante ca răspuns la emoțiile negative, izolarea socială și stres. Pentru o mai bună sănătate mentală și fizică, va fi crucial să dezvoltăm strategii mai adaptive de reglare a emoțiilor, strategii de coping și decizii alimentare orientate spre sănătate și auto-controlate.

1.5. Tipuri de comportament alimentar problematic și modalități de intervenție

Comportamentul alimentar problematic la adolescente cuprinde un spectru larg de manifestări, de la pattern-uri subclinice până la tulburări alimentare clinice bine definite. Înțelegerea acestui spectru și a intervențiilor adecvate pentru fiecare tip de manifestare este esențială pentru abordarea eficientă a acestei problematice, dincolo de înțelegerea comportamentelor restrictive sau de supraalimentare [212].

Bariere în dezvoltarea alimentației sănătoase

Adolescentele se confruntă cu numeroase bariere în dezvoltarea și menținerea unor comportamente alimentare sănătoase. Aceste bariere sunt multifactoriale și interconectate, reflectând complexitatea factorilor care modelează comportamentul alimentar în această perioadă de dezvoltare.

Barierile cognitive și psihologice includ lipsa de cunoștințe nutriționale adecvate, atitudinile negative față de alimentele sănătoase, și gândirea dihotomică legată de alimentație. Story și colegii [138] au evidențiat cum clasificarea rigidă a alimentelor în „bune” și „rele” poate împiedica dezvoltarea unei relații echilibrate cu alimentația. Această gândire dihotomică poate conduce la

cicluri de restricție și indulgență excesivă, perturbând capacitatea de a dezvolta pattern-uri alimentare moderate și flexibile.

Percepția auto-eficacității scăzute în ceea ce privește alimentația sănătoasă reprezintă o altă barieră semnificativă. Adolescențele care nu se simt capabile să facă alegeri alimentare sănătoase sau să mențină un comportament alimentar echilibrat sunt mai puțin predispuse să încerce să adopte astfel de comportamente [89]. Această percepție a auto-eficacității scăzute poate fi exacerbată de experiențele anterioare de eșec în tentativele de a modifica comportamentul alimentar [176].

Barierile sociale și interpersonale sunt deosebit de relevante în adolescență, când influența grupului de prieteni crește semnificativ [252]. Presiunea grupului pentru conformare la normele alimentare, care adesea favorizează alimente dense caloric și sărace nutrițional, poate descuraja alegerile alimentare sănătoase [63]. Teama de a fi etichetate sau ridiculizate pentru preferințele alimentare sănătoase poate conduce adolescențele la adoptarea comportamentelor alimentare ale grupului, chiar dacă acestea contravin propriilor obiective de sănătate [175].

Dinamica familială poate constitui de asemenea o barieră semnificativă [217]. Controlul parental excesiv asupra alimentației poate împiedica dezvoltarea autonomiei în alegerile alimentare și a capacității de auto-reglare a aportului alimentar [148]. Pe de altă parte, lipsa suportului familial pentru alimentația sănătoasă, manifestată prin disponibilitatea limitată a alimentelor nutritive în casă sau modelarea unor comportamente alimentare nesănătoase de către părinți, poate face dificilă adoptarea unor pattern-uri alimentare sănătoase [153].

Barierile legate de mediul fizic și disponibilitatea alimentelor joacă un rol crucial în modelarea comportamentului alimentar al adolescenților [252]. Accesul limitat la alimente sănătoase în școli, cartiere sau comunități poate constitui o barieră semnificativă. Story și colegii au subliniat cum mediile alimentare care predispun la obezitate, caracterizate prin abundența alimentelor dense caloric și sărace nutrițional și disponibilitatea limitată a opțiunilor sănătoase, pot face dificilă menținerea unei diete echilibrate [256]. Costul mai ridicat al alimentelor sănătoase comparativ cu alternativele procesate și dense caloric poate reprezenta o barieră economică semnificativă, în special pentru adolescențele din familii cu resurse financiare limitate. Această barieră economică poate fi exacerbată de marketingul agresiv al alimentelor nesănătoase către adolescenți și de prețurile promoționale pentru aceste produse [79; 165; 296].

Bariere legate de conflictul între mesaje culturale referitoare la alimentație și aspect fizic reprezintă o provocare unică în adolescență. Adolescențele sunt expuse simultan la mesaje care promovează consumul hedonistic de alimente (prin publicitate și media) [133; 160] și la mesaje

care idealizează corpul subțire [270; 271]. Această contradicție între promovarea consumului de alimente dense caloric și stigmatizarea greutateii corporale creează o tensiune psihologică semnificativă, care poate conduce la dezvoltarea unei relații conflictuale cu alimentația [11; 56].

Story și colegii [252] au subliniat necesitatea abordării acestor bariere multiple prin intervenții integrate care să vizeze simultan factori individuali, sociali și de mediu. Intervenții precum educația nutrițională personalizată, dezvoltarea abilităților de gătit și planificare a meselor, modificarea mediilor alimentare din școli și comunități, și abordarea mesajelor mediatice contradictorii sunt esențiale pentru promovarea comportamentelor alimentare sănătoase în rândul adolescentelor.

Tulburări de comportament alimentar: caracteristici și intervenții specifice

Tulburările de comportament alimentar reprezintă afecțiuni psihiatrice grave caracterizate prin perturbări semnificative ale comportamentului alimentar, asociate cu preocupări excesive legate de greutate și formă corporală. La adolescente, aceste tulburări pot avea un impact profund asupra dezvoltării fizice, psihologice și sociale.

Anorexia nervoasă este caracterizată prin comportamente alimentare restrictive severe și o preocupare obsesivă legată de greutate și imagine corporală. Conform Asociației Americane de Psihiatrie [8], această afecțiune se manifestă printr-o restricție alimentară extremă, o teamă intensă de creștere în greutate și o percepție distorsionată a propriului corp.

Prevalența anorexiei nervoase la adolescente este estimată între 0.3% și 0.9% [224], cu vârful de incidență în adolescența timpurie și mijlocie. Fairburn și colegii [77] au identificat factori de risc specifici pentru dezvoltarea anorexiei nervoase la adolescente, incluzând perfecționismul, anxietatea trăsătură, și istoricul familial de tulburări alimentare sau afective. Consecințele fiziologice ale anorexiei nervoase pot fi severe și potențial amenințătoare de viață. Misra și colegii [174] au documentat complicații precum amenoreea și dereglările hormonale, osteoporoza, dezechilibrele electrolitice, și complicațiile cardiovasculare, subliniind necesitatea unei intervenții prompte și comprehensive.

Terapia familială, în special abordarea bazată pe familie (FBT) dezvoltată de Lock și Le Grange [154], reprezintă tratamentul de primă linie pentru anorexia nervoasă la adolescente. Această abordare se bazează pe implicarea activă a părinților în procesul de recuperare, externalizarea bolii (separarea adolescentei de tulburare), și o progresie în trei faze: restaurarea greutateii, returnarea controlului asupra alimentației către adolescentă, și stabilirea unei identități adolescente sănătoase [233]. Eficacitatea terapiei familiale în tratamentul anorexiei nervoase la adolescente a fost demonstrată în multiple studii randomizate controlate [140]. Această abordare

s-a dovedit superioară altor forme de terapie în ceea ce privește rata de recuperare completă și menținerea rezultatelor pe termen lung.

Bulimia nervoasă este caracterizată prin episoade recurente de supraalimentare (consum rapid al unei cantități mari de alimente, însoțit de senzația de pierdere a controlului), urmate de comportamente compensatorii precum vomitatul auto-indus, abuzul de laxative sau exercițiile fizice excesive [8; 141]. Prevalența bulimiei nervoase la adolescente este estimată între 0.9% și 1.5% [224], cu debutul tipic în adolescența târzie sau tinerețea timpurie. Au fost identificați factori de risc precum dieta restrictivă, internalizarea idealului de subțirime, insatisfacția corporală, și afectele negative ca predictorii ai dezvoltării bulimiei nervoase. Consecințele fiziologice ale acestora includ complicații gastrointestinale, dezechilibre electrolitice, probleme dentare cauzate de expunerea repetată la acidul gastric și iregularități menstruale [181].

Terapia cognitiv-comportamentală îmbunătățită (CBT-E) dezvoltată de Fairburn [71] reprezintă tratamentul de primă linie pentru bulimia nervoasă la adolescente. Această abordare vizează mecanismele cognitive și comportamentale care mențin tulburarea, incluzând supravalorizarea greutății și formei corporale, restricția alimentară extremă, și utilizarea comportamentelor compensatorii. Studiile de eficacitate au demonstrat rate de recuperare de 40-50% după CBT-E, cu reduceri semnificative ale frecvenței episoadelor de supraalimentare și a comportamentelor compensatorii [idem]. La adolescentele pentru care CBT-E nu este suficient de eficient, terapia familială adaptată pentru bulimie și terapia interpersonală reprezintă alternative valide.

Tulburarea de alimentație compulsivă este caracterizată prin episoade recurente de supraalimentare fără comportamentele compensatorii tipice bulimiei nervoase [8]. Aceste episoade sunt însoțite de senzația de pierdere a controlului și disconfort psihologic semnificativ, inclusiv sentimente de vinovăție, rușine și dezgust. Prevalența tulburării de alimentație compulsivă la adolescente este estimată între 1.6% și 2.7% [224], reprezentând astfel cea mai frecventă tulburare alimentară în această grupă de vârstă. Tanofsky-Kraff și colegii [265] au identificat factori de risc precum dieta restrictivă, afectele negative, insatisfacția corporală, și impulsivitatea. Consecințele includ riscul crescut de dezvoltare a obezității și a complicațiilor metabolice asociate, precum și impactul psihologic semnificativ manifestat prin stima de sine scăzută, simptome depresive și anxioase, și deteriorarea funcționării sociale [168; 291].

Intervențiile psihologice eficiente pentru tulburarea de alimentație compulsivă la adolescente includ terapia cognitiv-comportamentală, terapia dialectic-comportamentală și terapia interpersonală. Aceste abordări vizează îmbunătățirea reglării emoționale, dezvoltarea strategiilor

adaptive de coping, și modificarea pattern-urilor cognitive disfuncționale legate de alimentație, greutate și valoarea personală.

Evaluarea și screening-ul comportamentului alimentar la adolescente

Evaluarea comportamentului alimentar la adolescente este un proces complex și multidimensional, esențial pentru identificarea timpurie a pattern-urilor problematice și pentru planificarea intervențiilor adecvate. Această evaluare necesită utilizarea unei combinații de metode și instrumente, precum și o analiză atentă a contextului dezvoltării [262].

Instrumentele standardizate de screening permit identificarea rapidă a adolescentelor cu risc de dezvoltare a tulburărilor alimentare sau cu pattern-uri alimentare problematice. Aceste instrumente includ chestionare auto-raportate cum sunt *SCOFF Questionnaire*, *Eating Attitudes Test (EAT-26)*, *Eating Disorder Inventory (EDI)*, *Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)* și altele. Variante ale acestor instrumente au fost validate și în limba română, cu atenționarea că aceste instrumente de screening trebuie utilizate cu precauție, ținând cont de limitările lor în diferite contexte culturale și de dezvoltare, chiar dacă îndeplinesc criteriile manualelor de diagnostic [173].

Evaluarea clinică integrată completează screening-ul prin interviuri structurate sau semi-structurate care permit o explorare detaliată a comportamentului alimentar și a factorilor asociați [54]. Interviuri clinice precum *Eating Disorder Examination (EDE)* sau structurate diagnostic pentru tulburările alimentare (*SCID-IV*) oferă informații detaliate despre pattern-urile alimentare, preocupările legate de greutate și formă corporală, și severitatea simptomelor. Evaluarea clinică include și explorarea istoricului dezvoltării comportamentului alimentar, a factorilor declanșatori și de menținere, precum și a impactului comportamentului alimentar asupra funcționării psihosociale a adolescentei. Această abordare permite o înțelegere contextualizată a comportamentului alimentar, esențială pentru planificarea intervențiilor personalizate.

Evaluarea factorilor psihologici asociați este esențială pentru o înțelegere holistică a comportamentului alimentar la adolescente. Aceasta include evaluarea imaginii corporale, a nivelurilor de anxietate și depresie, a stimei de sine și a altor factori psihologici relevanți.

Instrumentele specifice pentru evaluarea acestor factori includ: *Body Shape Questionnaire (BSQ)* sau *Body Attitudes Questionnaire (BAQ)* pentru evaluarea imaginii corporale, *Scales for Self-Esteem (Rosenberg)* pentru evaluarea stimei de sine, *Beck Depression Inventory* și *Beck Anxiety Inventory* pentru evaluarea simptomelor depresive și anxioase, *Multidimensional Perfectionism Scale* pentru evaluarea perfecționismului ș.a. Evaluarea acestor factori psihologici asociați oferă o imagine mai clară asupra contextului în care se dezvoltă și se menține

comportamentul alimentar problematic, facilitând astfel planificarea unor intervenții mai eficiente și personalizate.

Evaluarea parametrilor fizici și medicali reprezintă o componentă importantă a evaluării comprehensive, în special pentru adolescentele cu suspiciune de tulburări alimentare [174]. Aceasta include evaluarea indicatorilor antropometrici (greutate, înălțime, IMC, procentul de grăsime corporală), a parametrilor vitali, a statusului menstrual, și a altor indicatori relevanți pentru starea de nutriție și sănătate fizică.

Abordarea multidisciplinară în evaluarea comportamentului alimentar la adolescente este recomandată de ghidurile internaționale [70]. Aceasta implică colectarea de informații din multiple surse (adolescentă, părinți, profesori) și colaborarea între diverși specialiști (psihologi, psihiatri, nutriționiști, medici pediatri), permițând triangularea informațiilor și o înțelegere mai nuanțată a comportamentului alimentar în diferite contexte, crescând astfel acuratețea evaluării și eficacitatea planificării intervențiilor.

Intervenții preventive și terapeutice

Intervențiile pentru comportamentele alimentare problematice la adolescente variază de la programe universale de prevenție până la tratamente intensive pentru tulburările alimentare. Această gamă de intervenții reflectă spectrul comportamentelor alimentare problematice și necesitatea unor abordări diferențiate în funcție de severitatea simptomelor și nevoile specifice.

Programele de prevenție reprezintă prima linie de intervenție, vizând prevenirea dezvoltării comportamentelor alimentare problematice în populația generală de adolescente sau în grupurile cu risc crescut [237]. Aceste programe se bazează pe cercetări care au identificat factori de risc modificabili pentru comportamentele alimentare problematice, precum insatisfacția corporală, internalizarea idealurilor de subțirime, și presiunea socioculturală percepută [243].

Programele de prevenție eficiente includ componente precum: 1. Psihoeducație despre alimentația sănătoasă și dezvoltarea corporală normală în adolescență, 2. Dezvoltarea unei atitudini critice față de idealurile de frumusețe promovate în media, 3. Îmbunătățirea stimei de sine și a acceptării corporale, 4. Dezvoltarea abilităților de gestionare a stresului și a emoțiilor negative, 5. Promovarea relațiilor interpersonale sănătoase

Un exemplu de program de prevenție bazat pe dovezi este „The Body Project” dezvoltat de Stice și colegii [248]. Acest program utilizează tehnici de disonanță cognitivă pentru a reduce internalizarea idealului de subțirime, încurajând participantele să critice activ acest ideal prin diverse exerciții verbale, scrise și comportamentale. Studiile de eficacitate au demonstrat reduceri semnificative ale factorilor de risc pentru tulburările alimentare (insatisfacție corporală, diete

restrictive) și ale incidenței tulburărilor alimentare la adolescentele care au participat la program [243].

Un alt exemplu notabil este programul „Media Smart” studiat de Wilksch și Wade [294], care se concentrează pe dezvoltarea alfabetizării media și a gândirii critice față de mesajele media legate de imagine corporală. Acest program a demonstrat eficacitate în reducerea internalizării idealurilor de frumusețe și a comportamentelor alimentare restrictive la adolescente.

Intervențiile cognitive-comportamentale pentru comportamentele alimentare problematice subclinice includ abordări individuale și de grup care vizează modificarea cognițiilor și comportamentelor asociate cu alimentația dezadaptativă, fără a atinge pragul tulburărilor alimentare clinice și includ componente precum: 1. Restructurarea cognitivă a gândurilor disfuncționale legate de alimentație, greutate și formă corporală, 2. Normalizarea pattern-urilor alimentare și reducerea comportamentelor restrictive, 3. Dezvoltarea unei relații sănătoase cu alimentația, bazată pe semnalele interne de foame și sațietate, 4. Îmbunătățirea imaginii corporale și reducerea comportamentelor de verificare corporală, 5. Dezvoltarea strategiilor adaptive de reglare emoțională [24; 25].

Fairburn și colegii [74] au adaptat terapia cognitiv-comportamentală îmbunătățită (CBT-E) pentru adolescentele cu comportamente alimentare problematice subclinice, demonstrând eficacitate în reducerea restricției alimentare, a preocupărilor legate de greutate și formă corporală, și în prevenirea progresiei către tulburări alimentare clinice.

Intervențiile bazate pe mindfulness și acceptare au câștigat recunoaștere în tratamentul comportamentelor alimentare problematice la adolescente. Aceste abordări, incluzând terapia de acceptare și angajament (ACT) [191] și terapiile bazate pe mindfulness [13; 34; 188], vizează dezvoltarea conștientizării prezente, non-judicative a senzațiilor corporale, gândurilor și emoțiilor legate de alimentație. Principalele componente ale acestor intervenții includ: 1. Cultivarea atenției conștiente în timpul alimentației (mindful eating), 2. Dezvoltarea acceptării experiențelor interne dificile fără a reacționa automat, 3. Clarificarea valorilor personale și alinierea comportamentelor alimentare cu aceste valori, 4. Defuziunea cognitivă (distanțarea de gândurile disfuncționale despre corp și alimentație), 5. Dezvoltarea compasiunii față de sine și a unei relații mai blânde cu corpul propriu.

Kristeller și Wolever [134] au dezvoltat terapia bazată pe mindfulness pentru alimentația compulsivă (MB-EAT), care s-a dovedit eficientă în reducerea episoadelor de supraalimentare și îmbunătățirea relației cu alimentația la adolescentele cu alimentație compulsivă.

Intervențiile familiale joacă un rol esențial în abordarea comportamentelor alimentare problematice la adolescente, recunoscând influența semnificativă a familiei asupra dezvoltării și menținerii acestor comportamente [208]. Aceste intervenții variază de la educația parentală până la terapia familială intensivă, în funcție de severitatea problemelor alimentare. Componentele cheie ale intervențiilor familiale includ psihoeducație pentru părinți despre dezvoltarea normală în adolescență și comportamentul alimentar sănătos, îmbunătățirea comunicării familiale despre corp, greutate și alimentație, modificarea pattern-urilor familiale disfuncționale legate de mesele în familie, dezvoltarea unor strategii parentale care să promoveze autonomia alimentară adecvată vârstei, reducerea criticilor legate de greutate și încurajarea acceptării corporale în familie ș.a.

Le Grange și Lock [140] au adaptat terapia familială pentru adolescentele cu comportamente alimentare problematice subclinice, demonstrând eficacitate în îmbunătățirea pattern-urilor alimentare și prevenirea progresiei către tulburări alimentare clinice.

Intervențiile bazate pe tehnologie (eHealth și mHealth) oferă noi oportunități pentru prevenția și tratamentul comportamentelor alimentare problematice la adolescente [1; 21]. Aceste intervenții includ aplicații mobile pentru monitorizarea comportamentului alimentar și a stării emoționale, programe online de auto-ajutor bazate pe principiile terapiei cognitiv-comportamentale, platforme de suport social online moderate de specialiști și programe de realitate virtuală pentru expunere și îmbunătățirea imaginii corporale [123]. Avantajele acestor intervenții includ accesibilitatea crescută, anonimitatea care poate încuraja participarea, posibilitatea de personalizare, și cost-eficiența în comparație cu intervențiile tradiționale față în față. Studiile recente au demonstrat eficacitatea intervențiilor de self-help ghidat bazate pe terapia cognitiv-comportamentală pentru adolescentele cu comportamente alimentare problematice moderate [38].

Intervențiile integrate și personalizate reprezintă direcția actuală în abordarea comportamentelor alimentare problematice la adolescente. Aceste intervenții combină elemente din diverse abordări terapeutice, adaptate la nevoile specifice și contextul individual al fiecărei adolescente [275].

Wade și colegii [288; 290] au propus un model de intervenție în etape („stepped care”), în care intensitatea și specificitatea intervenției sunt ajustate în funcție de severitatea simptomelor și răspunsul la intervențiile anterioare. Acest model începe cu intervenții de prevenție universală, progresând către intervenții mai intensive și specializate pentru adolescentele care prezintă simptome mai severe sau care nu răspund la intervențiile inițiale. Personalizarea intervențiilor în funcție de profilul psihologic individual, factorii de risc specifici și preferințele personale crește semnificativ aderența la tratament și eficacitatea intervențiilor [153].

Etica și deontologie în abordarea tulburărilor alimentare la adolescente

Tulburările alimentare la adolescente reprezintă o provocare complexă, aflată la intersecția dintre dimensiunea biologică, psihologică și socială. Intervenția specialiștilor trebuie să fie ghidată de principii etice clare, dar și de sensibilitate umană, empatie și respect față de individualitatea fiecărei adolescente. În spatele fiecărui simptom există o poveste, iar etica profesională are rolul de a asigura că această poveste este ascultată fără judecată și tratată cu demnitate [276].

Un prim principiu esențial este *autonomia* persoanei, care exprimă dreptul de a decide în cunoștință de cauză cu privire la tratament. Totuși, când vine vorba despre adolescente, lucrurile se complică. Nivelul de maturitate psihologică și capacitatea de discernământ variază, iar tulburarea însăși poate distorsiona percepțiile legate de corp și sănătate. În aceste situații, echilibrul între respectarea autodeterminării și protejarea sănătății devine o adevărată dilemă etică.

Confidențialitatea rămâne un pilon central al relației terapeutice, un spațiu al siguranței și încrederii. Adolescente trebuie să simtă că pot vorbi deschis fără teama de a fi expuse. Cu toate acestea, medicul sau psihologul are obligația morală de a încălca această confidențialitate atunci când viața sau integritatea pacientei este amenințată. Intervenția familiei, în asemenea momente, nu este o trădare a încrederii, ci o expresie a principiului non-maleficienței – acela de a preveni răul.

Competența profesională se află la rândul ei în centrul deontologiei. Specialiștii care abordează asemenea cazuri trebuie să fie permanent conectați la ultimele cercetări privind comportamentele alimentare problematice. O bună cunoaștere teoretică, completată de experiență clinică și sensibilitate psihologică, este absolut necesară. În plus, recunoașterea propriilor limite și apelarea la colegi din alte specialități reprezintă un semn de maturitate profesională, nu de slăbiciune. Astfel, *abordarea multidisciplinară* este considerată standardul de excelență. În tratamentul tulburărilor alimentare, nicio specializare nu poate acționa izolat: psihiatrul, psihologul, nutriționistul și medicul de familie trebuie să colaboreze în permanență. Comunicarea eficientă între aceștia și, de asemenea, cu familia adolescentei, asigură coerență și continuitate în îngrijire.

Un alt aspect esențial îl constituie *evitarea stigmatizării*. Într-o societate în care imaginea corporală este adesea supusă presiunilor nerealiste, specialiștii au datoria morală de a oferi un spațiu sigur, lipsit de judecată. A privi pacienta doar prin prisma bolii înseamnă a-i reduce identitatea, iar acest lucru contravine valorilor fundamentale ale profesiei medicale. Respectul, toleranța și acceptarea diversității corporale sunt condiții necesare pentru o vindecare autentică.

În concluzie, intervenția în cazurile de tulburări alimentare la adolescente trebuie să îmbine rigoarea profesională cu profunzimea umană. Respectarea autonomiei, asigurarea confidențialității, competența și colaborarea interdisciplinară — toate aceste valori constituie baza unei practici etice solide. Doar printr-o astfel de abordare se pot promova nu doar tratamente eficiente, ci și relații terapeutice care susțin în mod real procesul de vindecare.

1.6. Direcții de cercetare și provocări actuale

Lacune în literatura de specialitate.

În ciuda progreselor semnificative în înțelegerea comportamentului alimentar la adolescente, există încă lacune importante în literatura de specialitate:

Heterogenitatea populației. Majoritatea studiilor se concentrează pe adolescente caucaziene din țări occidentale, existând o lipsă de cercetări reprezentative pentru diverse grupuri etnice și culturale [205].

Factori de protecție. Există o nevoie de mai multe studii care să exploreze factorii de protecție împotriva dezvoltării comportamentelor alimentare problematice, nu doar factorii de risc [180].

Comorbidități. Este necesară o înțelegere mai aprofundată a relației dintre comportamentul alimentar problematic și alte probleme de sănătate mintală la adolescente, precum anxietatea, depresia și tulburările de personalitate [36].

Neurobiologie. Există o nevoie de mai multe studii longitudinale care să investigheze bazele neurobiologice ale comportamentului alimentar la adolescente și modul în care acestea se dezvoltă în timp [125].

Intervenții personalizate. Sunt necesare mai multe cercetări pentru a determina care intervenții sunt cele mai eficiente pentru diferite subgrupuri de adolescente cu comportamente alimentare problematice [153].

Provocări metodologice în studiul comportamentului alimentar la adolescente

Cercetarea comportamentului alimentar la adolescente se confruntă cu o serie de provocări metodologice:

1. Măsurarea precisă a comportamentului alimentar. Metodele de auto-raportare pot fi afectate de bias-uri de raportare și de reamintire. Sunt necesare metode mai obiective și ecologice de măsurare a comportamentului alimentar.

2. *Designul longitudinal*. Studiile longitudinale sunt esențiale pentru înțelegerea traiectoriei dezvoltării comportamentelor alimentare problematice, dar sunt costisitoare și prezintă provocări legate de consecvența participanților [2].

3. *Eșantionare reprezentativă*. Obținerea unor eșantioane reprezentative de adolescente cu comportamente alimentare problematice poate fi dificilă, în special pentru formele subclinice [228].

4. *Considerații etice*. Cercetarea cu participanți minori ridică provocări etice importante, în special în ceea ce privește consimțământul informat și protecția participanților vulnerabili [201].

5. *Integrarea datelor multiple*. Combinarea datelor din surse multiple (auto-raportare, raportare parentală, măsurători fiziologice) prezintă provocări în ceea ce privește analiza și interpretarea [2].

Direcții viitoare de cercetare

Pentru a aborda lacunele existente și a depăși provocările metodologice, câteva direcții promițătoare de cercetare includ:

1. Studii transculturale. Investigarea comportamentului alimentar la adolescente din diverse contexte culturale pentru a identifica factori de risc și de protecție universali și specifici culturii [282].
2. Cercetare bazată pe tehnologie. Utilizarea tehnologiilor mobile și a senzorilor pentru a captura date în timp real despre comportamentul alimentar și factorii contextuali asociați [122].
3. Studii neuroimagistice longitudinale. Investigarea modificărilor neurologice asociate cu dezvoltarea și recuperarea din comportamente alimentare problematice la adolescente [83].
4. Cercetare privind factorii de protecție. Focalizarea pe identificarea și înțelegerea factorilor care promovează reziliența și o relație sănătoasă cu alimentația [277].
5. Intervenții personalizate. Dezvoltarea și testarea intervențiilor adaptate la caracteristicile individuale ale adolescentelor, inclusiv factori genetici, neurobiologici și psihosociali [275].
6. Studii de prevenție la scară largă. Implementarea și evaluarea programelor de prevenție la nivel comunitar și școlar, cu urmărire pe termen lung [243].
7. Integrarea perspectivelor multiple. Combinarea abordărilor cantitative și calitative pentru o înțelegere mai nuanțată a experienței subiective a adolescentelor cu comportamente alimentare problematice [202].

Aceste direcții de cercetare au potențialul de a îmbunătăți semnificativ înțelegerea noastră asupra comportamentului alimentar la adolescente și de a informa dezvoltarea unor intervenții mai

eficiente de prevenție și tratament. e psihologice ale comportamentului alimentar pot fi abordate și îmbunătățite prin intermediul unei intervenții psihologice. Prin implicarea într-o abordare comprehensivă, putem oferi adolescentelor resursele și suportul necesar pentru a-și ameliora comportamentul alimentar și a particularităților psihologice asociate.

Astfel, aspectele menționate determină necesitatea de continuare a cercetărilor asupra acestor dimensiuni psihologice complexe. Studiarea, analiza și explicarea modelelor teoretice privind comportamentul alimentar și particularitățile psihologice ale acestuia, aspectele neexplorate suficient în legătură cu mecanismele psihologice specifice care influențează comportamentul alimentar la adolescente, lipsa unor studii longitudinale care să urmărească evoluția comportamentului alimentar de-a lungul adolescenței și necesitatea unor instrumente de evaluare adaptate și validate pentru populația de adolescente din România, ne-au condus spre constatarea insuficienței investigațiilor cu referire la particularitățile psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente și conturarea **problemei de cercetare** care poate fi explorată prin găsirea răspunsului la următoarea întrebare: „*Care sunt particularitățile psihologice specifice ce influențează comportamentul alimentar la adolescente, cum se manifestă acestea în raport cu factorii de risc și cum pot fi ameliorate prin intervenții psihologice adecvate?*”

Direcțiile de soluționare a problemei de cercetare se pot individualiza prin răspunsurile cuprinse la o serie de probleme derivate: Care sunt particularitățile psihologice ale adolescentelor cu comportament alimentar echilibrat și acelora cu comportament problematic? Care este relația dintre componentele comportamentului alimentar și diverse dimensiuni psihologice precum anxietatea privind aparența fizică, stima corporală, concepția de sine, factorii de personalitate și percepția presiunii socio-culturale? Care sunt mecanismele psihologice care contribuie la dezvoltarea și menținerea comportamentelor alimentare problematice la adolescente? Cum putem interveni pentru a putea ameliora comportamentul alimentar problematic la adolescente?

Aceste direcții de soluționare a problemei de cercetare sunt reflectate în ipoteza generală a cercetării, scop și obiectivele cercetării.

Ipoteza generală a cercetării prezumă că există diferențe semnificative cu privire la particularitățile comportamentului alimentar între adolescentele cu comportament alimentar problematic și cele cu comportament alimentar echilibrat și corelatele psihologice ale comportamentului alimentar pot fi abordate și îmbunătățite prin intermediul unei intervenții psihologice.

Scopul cercetării este identificarea particularităților psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente și dezvoltarea unui program de intervenție psihologică multifacțat

orientat spre ameliorarea comportamentelor alimentare problematice, imaginii corporală și imaginii de sine, consolidarea factorilor de personalitate protectivi și diminuarea percepției presiunii sociale privind aspectul fizic și greutatea corporală.

Cercetarea teoretico-experimentală a urmărit realizarea următoarelor **obiective generale**:

1. Analiza teoretică a abordărilor conceptuale privind comportamentul alimentar la adolescente.
2. Evaluarea comparativă a particularităților psihologice ale comportamentului alimentar între adolescentele cu comportament alimentar problematic și cele cu comportament alimentar echilibrat, pentru a identifica diferențele semnificative în profilurile psihologice ale acestora.
3. Investigarea relațiilor complexe dintre componentele comportamentului alimentar (atitudini alimentare, alimentație emoțională) și diversele dimensiuni psihologice relevante, precum anxietatea privind aspectul fizic, stima corporală, concepția de sine, factorii de personalitate și percepția presiunii socio-culturale.
4. Elaborarea profilului psihologic comprehensiv al adolescentei cu comportament alimentar problematic.
5. Dezvoltarea, implementarea și evaluarea eficienței unui program de intervenție psihologică multifacetat destinat adolescentelor cu comportament alimentar problematic, urmărind ameliorarea comportamentului alimentar problematic și a atitudinilor alimentare dezadaptative, îmbunătățirea imaginii corporale și a concepției de sine, consolidarea factorilor de personalitate protectivi.

1.7. Concluzii la capitolul 1

În urma analizei literaturii de specialitate privind comportamentul alimentar în adolescență, pot fi formulate următoarele concluzii generale:

1. Studiarea comportamentului alimentar la adolescente necesită o abordare multidimensională, integrând perspective diverse din psihologie, nutriție și medicină. Teoriile contemporane au evoluat de la modele explicative unidimensionale către modele integrative care recunosc interacțiunea complexă dintre factorii biologici, psihologici și socio-culturali. Această evoluție conceptuală reflectă recunoașterea naturii multifactoriale a comportamentului alimentar, care nu poate fi înțeles în afara contextului biopsihosocial în care se manifestă.
2. Factorii care influențează comportamentul alimentar al adolescentelor formează o rețea complexă de determinanți interconectați. Cercetările evidențiază rolul central al factorilor emoționali, cu precădere anxietatea și stresul, în modelarea comportamentelor alimentare.

Presiunea socială și idealurile culturale privind corpul feminin exercită o influență deosebit de puternică în perioada adolescenței, când identitatea și imaginea corporală sunt în formare. Studiile arată că alimentația emoțională reprezintă un mecanism important prin care adolescentele gestionează stările emoționale negative, stabilind astfel pattern-uri comportamentale care pot persista în viața adultă.

3. Particularitățile psihologice ale comportamentului alimentar în adolescență sunt marcate de vulnerabilități specifice acestei etape de dezvoltare. Literatura de specialitate confirmă că adolescența reprezintă o perioadă de risc maxim pentru dezvoltarea comportamentelor alimentare problematice, datorită convergenței dintre maturizarea cognitivă, schimbările fizice pubertare și intensificarea presiunilor sociale. Perfecționismul și anxietatea fizică socială au fost identificate consecvent ca factori de risc semnificativi pentru dezvoltarea tulburărilor alimentare, mediind relația dintre presiunile socioculturale și comportamentele alimentare dezadaptative.
4. În ceea ce privește tipurile de comportament alimentar și intervențiile asociate, cercetările demonstrează necesitatea unei abordări diferențiate, adaptate specificului manifestărilor. Tulburările de comportament alimentar există pe un continuum, de la comportamente subclinice până la tulburări clinice bine definite, necesitând intervenții proporționale cu severitatea manifestărilor. Intervențiile bazate pe mindfulness și terapia cognitiv-comportamentală prezintă cele mai promițătoare rezultate în reducerea comportamentelor alimentare problematice la adolescente, cu accent pe îmbunătățirea reglării emoționale și restructurarea cognițiilor disfuncționale legate de corp și alimentație.
5. Sinteza literaturii evidențiază și lacunele existente în cercetarea actuală, în special insuficienta adaptare culturală a modelelor teoretice și intervențiilor la contextul românesc, unde factorii socio-culturali specifici și transformările sociale influențează distinct percepțiile despre corp și comportamentele alimentare. Se remarcă și nevoia de studii longitudinale care să urmărească evoluția comportamentului alimentar pe parcursul întregii adolescențe în contextul românesc, precum și necesitatea dezvoltării unor instrumente de screening adaptate cultural pentru identificarea precoce a comportamentelor alimentare problematice subclinice la adolescentele din România.

2. CERCETAREA EXPERIMENTALĂ A PARTICULARITĂȚILOR PSIHOLOGICE ALE COMPORTAMENTULUI ALIMENTAR LA ADOLESCENTE

2.1. Scopul, obiectivele, lotul și metodologia cercetării

În prima etapă a cercetării noastre, am avut ca obiectiv identificarea problemelor legate de particularitățile psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente. Prin analizarea și interpretarea rezultatelor obținute, suntem în măsură să furnizăm informații relevante și utile în elaborarea intervențiilor și strategiilor de sprijin pentru această grupă de vârstă în adoptarea unui comportament alimentar sănătos.

Cercetarea constatativă s-a realizat în perioada 2018-2022 cu sprijinul unor instituții de învățământ liceal.

Scop, obiective, ipoteze

Scopul cercetării a fost studierea particularităților psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente, utilizând un design cantitativ, transversal, descriptiv și inferențial. Astfel, studiul a urmărit să analizeze și să descrie caracteristicile și factorii asociați cu comportamentul alimentar al adolescentelor, la un moment dat în timp, folosind metode statistice pentru a extrage concluzii și a face inferențe despre populația de adolescente pe baza eșantionului studiat.

În scopul coerenței teoretice, relevanței practice și eficienței metodologice, particularitățile psihologice ale comportamentului alimentar au fost împărțite în patru categorii, care au stat la baza formulării obiectivelor și ipotezelor de cercetare. Aceste categorii sunt:

1. *Comportament și atitudini alimentare:*

Comportament alimentar problematic – CICAP-5

Atitudini alimentare – EAT-26 (Eating Attitudes Test) [86]

Alimentația emoțională – EEQ-CA (Emotional Eating Questionnaire for Children and Adolescents) [85]

2. *Imagine corporală și concepție de sine:*

Anxietate privind aspectul fizic – AAI (Appearance Anxiety Inventory) [285; 286]

Imaginea corporală – BESAA (Body Esteem Scale for Adolescents and Adults) [167]

Concepția de sine – SPPA (Self-Perception Profile for Adolescents) [107]

3. *Factori de personalitate:*

Model Cinci Factori Mari – BFI – 10 [198]

Factori de personalitate relevanți pentru sănătate – HP 5 [101]

Perfecționism dezadaptativ (clinic) – CPQ [75]

4. *Presiune socio-culturală în privința aspectului fizic și a greutateii corporale – PSPS [247].*

Presiunea socială legată de aspectul fizic – PSPS (Perceived Sociocultural Pressure Scale).

Am grupat variabilele în funcție de aspectele specifice pe care le măsoară, oferind o structură logică pentru analiza și interpretarea datelor în contextul studiului despre particularitățile psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente.

Împărțirea particularităților psihologice ale comportamentului alimentar în aceste patru categorii oferă un cadru conceptual coerent și o structură clară pentru formularea obiectivelor și ipotezelor de cercetare. Această abordare permite o analiză sistematică a diferitelor aspecte ale comportamentului alimentar, luând în considerare atât caracteristicile specifice acestei etape de viață, cât și factorii individuali și contextuali care îl influențează.

Totodată, această împărțire metodologică are însemnătate practică și oferă un fundament pentru dezvoltarea și implementarea unor intervenții psihologice menite să răspundă ameliorării comportamentelor alimentare problematice. Prin identificarea unor particularități cheie ale comportamentului alimentar și a factorilor care îl influențează, cercetarea prezentă poate aduce o contribuție la elaborarea unor strategii eficiente de prevenție, intervenție și promovare a sănătății mintale și somatice la adolescente.

În plus, împărțirea în aceste patru categorii de factori contribuie la eficiența metodologică a prezentei cercetării și permite abordări structurate și focalizate pe problema studiată. De asemenea, selectarea instrumentelor este facilitată de această abordare, la fel analiza datelor și interpretarea rezultatelor în mod coerent și semnificativ teoretic și practic.

Obiectivele cercetării constative:

O1. Realizarea unei analize comparative a comportamentelor alimentare între adolescentele cu comportament alimentar echilibrat și cele cu comportament alimentar problematic. Această evaluare constatativă va ajuta la constituirea a două grupuri de cercetare ce poate oferi o perspectivă mai clară asupra relațiilor dintre factorii psihologici investigați și comportamentele alimentare problematice la adolescente.

- Adolescente cu comportament alimentar și atitudini pozitive față de alimentație: numite „Adolescente cu *comportament alimentar echilibrat*”.
- Adolescente cu atitudini disfuncționale și comportamente alimentare problematice: numite „Adolescente cu *comportament alimentar problematic*”.

O2. Investigarea relațiilor dintre comportamentul alimentar, factori psihologici individuali și factori socio-culturali.

O3. Elaborarea unui profil psihologic al adolescenței cu comportament alimentar problematic.

Ipoteză generală a experimentului constatativ prezumă că există diferențe semnificative cu privire la particularitățile comportamentului alimentar și corelatele psihologice ale comportamentului alimentar între adolescențele cu comportament alimentar problematic și cele cu comportament alimentar echilibrat.

Pornind de la scopul și obiectivele prezentate am formulat următoarele ipoteze specifice pentru studiul constatativ:

Ipoteza 1. Adolescențele cu comportament alimentar problematic prezintă un profil psihologic distinct față de adolescențele cu comportament alimentar echilibrat, manifestat prin configurații specifice ale factorilor cognitivi, emoționali, de personalitate și socioculturali.

Ipoteza 2. Există corelații pozitive semnificative între anxietatea privind aspectul fizic (măsurată prin AAI) și atitudinile alimentare dezadaptative (măsurate prin EAT-26).

Ipoteza 3. Există o corelație negativă semnificativă între imaginea corporală (evaluată prin scala BESAA) și comportamentele alimentare problematice.

Ipoteza 4. Presiunea socială legată de aspectul fizic (măsurată prin PSPS) este pozitiv corelată cu atitudinile alimentare dezadaptative și alimentația emoțională.

Ipoteza 5. Un model predictiv care include anxietatea privind aspectul fizic, imaginea corporală, concepția de sine, presiunea socială și perfecționismul va explica o varianță semnificativă a comportamentelor alimentare problematice.

Considerații etice. Întreaga cercetare a fost desfășurată cu respectarea strictă a principiilor etice în cercetarea cu subiecți umani, obținând aprobarea comitetului de etică instituțional, consimțământul informat al participanților (și al părinților/tutorilor pentru minorii implicați), și asigurând confidențialitatea și anonimitatea datelor colectate.

Considerații privind calitatea variabilelor

În cadrul acestui studiu, rolurile variabilelor sunt considerate dinamice și contextuale, reflectând complexitatea relațiilor dintre factorii psihologici, socio-culturali și comportamentul alimentar la adolescențe. Această abordare flexibilă a variabilelor permite o explorare mai nuanțată a interacțiunilor și efectelor reciproce dintre factorii studiați.

Variabilele principale (comportamentul alimentar - atitudinile alimentare, alimentația emoțională) sunt predominant analizate ca variabile independente atunci când definesc grupurile experimentale.

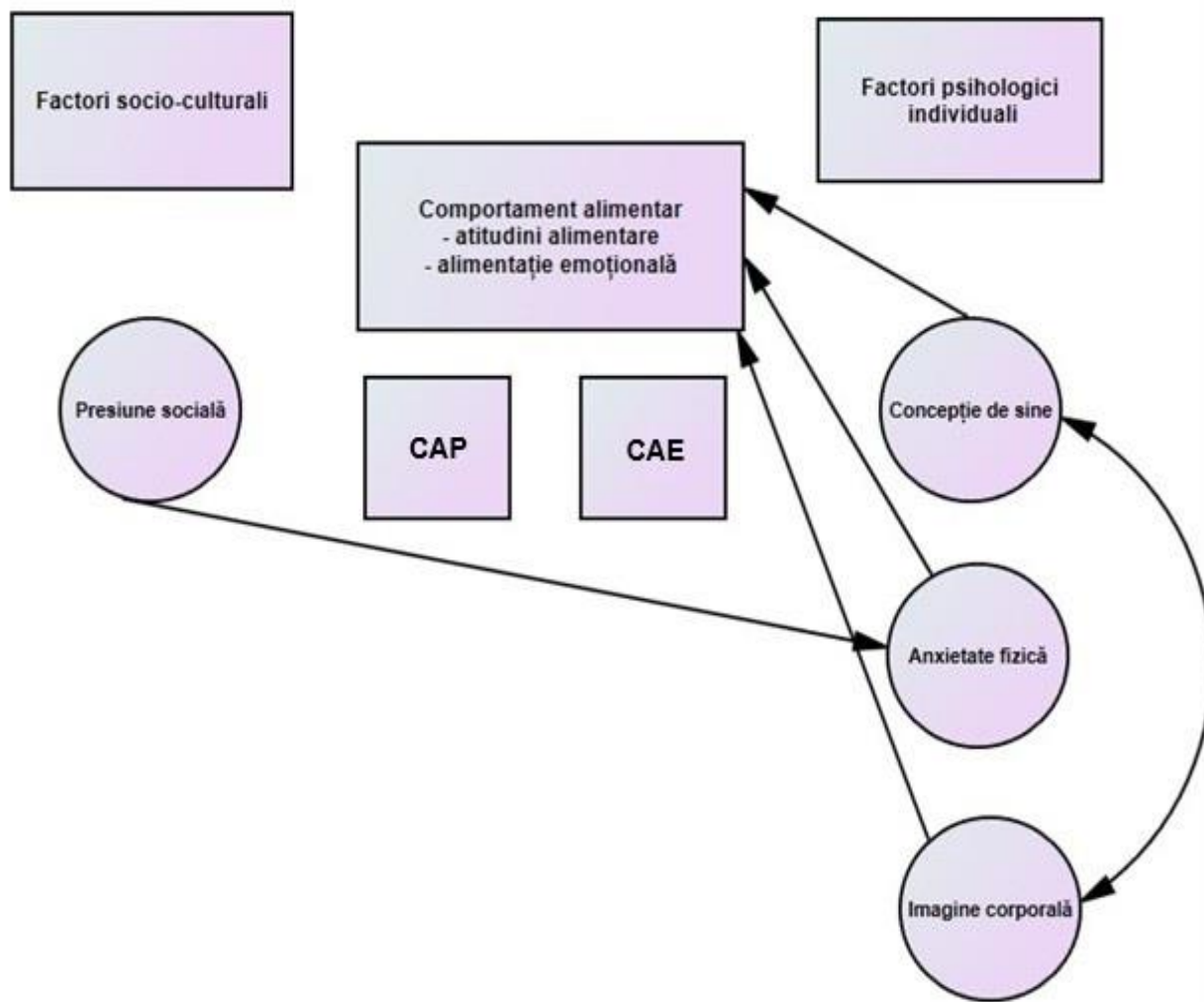


Figura 2.1. Schema conceptuală a cercetării. Interacțiunea complexă a factorilor de influență ai Profilului Psihologic al Adolescenței cu Comportament Alimentar Problematic (CAP)

Factorii psihologici individuali (concepția de sine, anxietatea privind aparența fizică, imaginea corporală) și factorii socio-culturali (presiunea socială) sunt examinați atât ca variabile dependente, cât și ca potențiali predictorii, în funcție de modelul de analiză specific.

a. În analizele comparative între grupuri (CAE vs. CAP), apartenența la grup este considerată variabilă independentă.

b. Particularitățile psihologice sunt considerate variabile dependente.

Această abordare recunoaște natura complexă și multidirecțională a relațiilor dintre variabilele psihologice și comportamentale, permite o explorare mai cuprinzătoare a interacțiunilor dintre factorii studiați și facilitează identificarea potențialelor căi cauzale și efecte indirecte în dezvoltarea comportamentelor alimentare dezadaptative.

Această abordare flexibilă a variabilelor ne permite să obținem o înțelegere mai nuanțată și holistică a factorilor care contribuie la comportamentul alimentar la adolescente, reflectând mai fidel complexitatea realității psihologice și sociale a acestui fenomen.

Lotul cercetării

Cercetarea constatativă a fost realizată cu participarea a 206 de adolescente, cu vârste cuprinse între 14 și 18 ani. Vârsta medie 15,87 ani ($AS=1,38$ ani). Inițial a fost transmis unui număr de 526 de adolescente de la patru licee din București un Chestionar de screening pentru comportamentul alimentar problematic, în urma completării (au răspuns 486), am selectat în mod aleatoriu 103 adolescente cu risc scăzut/moderat de comportament alimentar problematic și 103 cu risc ridicat și foarte moderat.

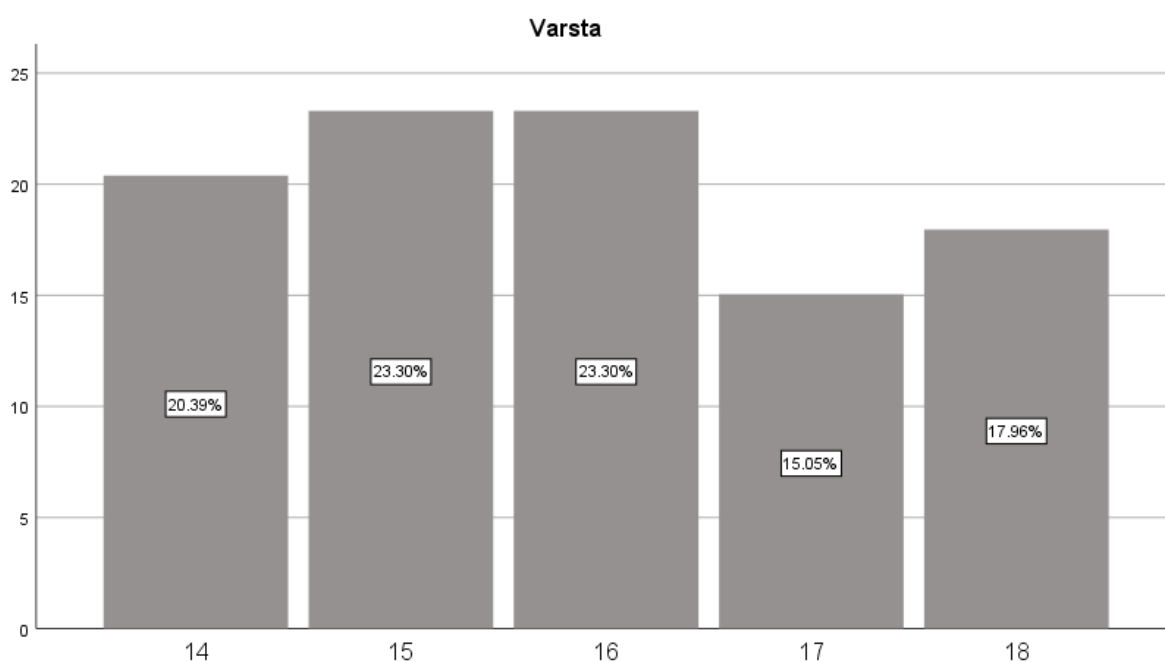


Figura 2.2. Frecvențe procentuale pentru vârstă

Instrumentele cercetării

În cadrul cercetării noastre privind particularitățile psihologice ale comportamentului alimentar la adolescente, am selectat și aplicat instrumente psihometrice pentru care validitatea și fidelitatea acestor instrumente sunt detaliate în *Anexa 5*, furnizând dovezi solide pentru utilizarea lor în colectarea datelor. Prin utilizarea instrumentelor psihologice valide și fidele, am obținut date obiective și măsurabile, care ne-au oferit o bază solidă pentru analiza și interpretarea rezultatelor. Aceste date ne-au oferit o înțelegere mai profundă a particularităților psihologice implicate în comportamentul alimentar la adolescente.

Pentru a crea cele două grupuri experimentale, de adolescente care prezintă modele de comportament alimentar și adolescente cu comportament alimentar echilibrat, am realizat un chestionar format din 5 itemi pe care l-am intitulat *Chestionar pentru Identificarea Comportamentului Alimentar Problematic la Adolescenți (CICAP-5A)*.

1. *CICAP-5*. Chestionar format din 5 itemi evaluați pe o scală Likert de la 1 (niciodată) la 5 (totdeauna). Evaluează comportamentul alimentar problematic la adolescenți prin afirmații despre comparații fizice cu alții, disconfort în a mânca în public, diete stricte, sentimente de vinovăție după consum de alimente "interzise" și îngrijorări legate de schimbările corporale. Scorul total variază între 5-25 puncte, împărțind respondenții în patru categorii de risc: scăzut (5-10), ușor crescut (11-15), moderat (16-20) și ridicat (21-25). Scorul cut-off de 16 puncte este folosit pentru împărțirea în grupuri experimentale.

2. *EAT-26 (Eating Attitudes Test)*. Instrument standardizat de auto-raportare pentru evaluarea simptomelor și preocupărilor caracteristice tulburărilor alimentare. Este utilizat în diverse medii (școli, programe atletice, cabinete medicale) pentru adolescenți și adulți. Funcționează ca primul pas într-un proces de screening în două etape, persoanele cu scor ≥ 20 necesitând interviu clinic pentru diagnostic. Evaluarea include scorul din întrebări, răspunsuri la întrebări comportamentale și calculul IMC.

3. *EEQ (Emotional Eater Questionnaire)*. Chestionar de 10 itemi evaluat pe o scală de la 1 (niciodată) la 4 (întotdeauna) care măsoară alimentația emoțională. Identifică trei aspecte principale: lipsa de control în alimentație, preferința pentru alimente bogate în calorii și sentimentele de vinovăție. Scorul total (maximum 30 puncte) clasifică respondenții în: persoane non-emoționale (0-5), mâncători emoționali scăzuți (6-10), mâncători emoționali (11-20) și mâncători foarte emoționali (21-30).

4. *AAI (Appearance Anxiety Inventory)*. Scală de auto-raport pentru evaluarea simptomelor de tulburare dismorfică. Conține 10 itemi evaluați pe o scală Likert de 5 puncte, cu scoruri între 0-40. Media populației non-clinice este 13, iar a persoanelor cu tulburare dismorfică este 27. Scorul cut-off recomandat este 19 puncte, valori mai mari indicând tendințe de tulburare dismorfică.

5. *BESAA (Body Esteem Scale for Adolescents and Adults)*. Evaluează atitudinile și sentimentele legate de corp și aspect prin 23 de itemi pe o scală de la 0 (Niciodată) la 4 (Întotdeauna). Cuprinde trei factori: BE-Aspect (sentimente generale despre aspect, 10 itemi), BE-Weight (satisfacția cu greutatea, 8 itemi) și BE-Atribuire (evaluările altora despre corpul și aspectul cuiva, 5 itemi).

6. *SPPA (Self-Perception Profile for Adolescents)*. Instrument complex care investighează conceptul de sine în nouă domenii: competență școlară, socială și athletică, aparență fizică, competență profesională, atracție romantică, conduită comportamentală, prietenii apropiate și stimă de sine globală. Oferă o imagine multidimensională a percepției de sine la adolescenți.

7. *BFI-10 (Big Five Inventory-10)*. Versiune scurtă a inventarului Big Five, constând din 10 itemi care evaluează cele cinci trăsături de personalitate: extraversie, agreabilitate, conștiinciozitate, nevrotism și deschidere spre experiență. Ideal pentru contexte cu timp limitat, menținând niveluri adecvate de fiabilitate și validitate.

8. *HP5 (Health-relevant Personality 5-factor inventory)*. Inventar de 20 de itemi care evaluează cinci trăsături de personalitate relevante pentru sănătate: antagonismul (aspect al agreabilității), impulsivitatea (fațetă a conștiinciozității), capacitatea hedonică (aspect al extraversiei), afectivitatea negativă (aspect al nevrotismului) și alexitimia (fațetă a deschiderii).

9. *CPQ (Clinical Perfectionism Questionnaire)*. Evaluează perfecționismul clinic sau dezadaptativ, relevant pentru tulburările de comportament alimentar. Evaluează tendința de a stabili standarde personale foarte înalte, de a face eforturi pentru a le atinge și de a se auto-evalua în funcție de atingerea acestora. Evaluarea se face pentru ultimele 28 de zile.

10. *Perceived Sociocultural Pressure Scale*. Măsoară presiunea socioculturală percepută privind greutatea și aspectul fizic prin 10 întrebări. Evaluează presiunea din partea prietenilor, familiei, partenerilor romantici, mass-media și experiențele de tachinare legate de greutate. Răspunsurile sunt cotate de la 0 (Deloc) la 2 (Mult), scorul total variind între 0-20.

Metode statistice

În cadrul cercetării noastre, am aplicat metode statistice descriptive pentru a analiza caracteristicile centrale și variabilitatea datelor. Aceste metode au inclus calcularea mediei, medianei și modului pentru măsurile de tendință centrală, precum și calcularea intervalului, abaterii standard, varianței și asimetriei pentru măsurile de dispersie. Pentru variabilele categoriale, am utilizat distribuții de frecvențe și procentuale.

Având în vedere că toate instrumentele noastre au fost evaluate pe o scală ordinală, am optat pentru metode inferențiale neparametrice. Am aplicat Testul U Mann-Whitney pentru a evalua diferențele între două grupuri independente și Testul Wilcoxon pentru a examina modificările în cadrul aceluiași grup în decursul timpului.

Pentru a estima mărimea efectului în cadrul Testului U Mann-Whitney, am utilizat corelația biserială de rang. Aceasta ne-a oferit informații despre intensitatea relației dintre grupul de

apartenență și variabila de interes. În general, o valoare a corelației biseriale între 0,1 și 0,3 indică un efect mic, între 0,3 și 0,5 un efect mediu, iar peste 0,5 un efect mare.

De asemenea, am aplicat corelații neparametrice Spearman pentru a evalua relațiile între variabilele de interes. Această măsură de asociere non-parametrică ne-a permis să examinăm gradul de relație monotonă între două variabile, fără a presupune o distribuție specifică a datelor. Corelația Spearman se bazează pe rangurile observațiilor și poate fi interpretată în mod similar cu corelația Pearson. Utilizarea corelațiilor Spearman a fost justificată de faptul că variabilele noastre au fost măsurate pe o scară ordinală. Pentru a evalua semnificația statistică a corelațiilor Spearman, am utilizat testul de semnificație asociat, iar valoarea p ne-a permis să determinăm dacă asocierea observată este semnificativ diferită de zero.

Pentru a evalua fiabilitatea instrumentelor, am efectuat analiza psihometrică prin calcularea coeficientului alfa Cronbach și prin metoda test-retest. În plus, am realizat și testarea validității instrumentelor utilizate în studiu.

Toate analizele statistice au fost efectuate folosind software-ul SPSS, cu un nivel de semnificație stabilit la $p < 0,05$.

2.2. Profilul psihologic diferențiat al comportamentului alimentar la adolescente

Ipoteza 1. *Adolescentele cu comportament alimentar problematic (CAP) prezintă un profil psihologic distinct față de adolescentele cu comportament alimentar echilibrat (CAE), manifestat prin configurații specifice ale factorilor cognitivi, emoționali, de personalitate și socioculturali.*

Fundamentarea conceptuală a profilului psihologic diferențiat este operaționalizat prin analiza integrată a patru categorii majore de factori care, conform literaturii de specialitate [74; 200; 242], interacționează în mod complex în dezvoltarea și menținerea comportamentelor alimentare problematice:

A. Comportamente și atitudini alimentare - atitudini disfuncționale față de alimentație (EAT-26) și alimentație emoțională (EEQ)

B. Imagine corporală și concepție de sine - anxietate privind aspectul fizic (AAI), stimă corporală (BESAA) și conceptul de sine multidimensional (SPPA)

C. Factori de personalitate - trăsăturile din modelul Big Five (BFI-10), factori de personalitate relevanți pentru sănătate (HP5) și perfecționism dezadaptativ (CPQ)

D. Presiune socioculturală - percepția presiunilor externe legate de aspectul fizic și greutatea corporală (PSPS)

Cercetările anterioare [197; 200; 244] au evidențiat că aceste dimensiuni interacționează într-un mod specific la adolescentele cu comportamente alimentare problematice, formând un pattern psihologic distinct. Cercetarea noastră își propune să valideze și să nuanțeze acest profil, în contextul specific al populației studiate.

Rezultate empirice și interpretare

A. *Comportamente și atitudini alimentare.* Analiza comparativă a atitudinilor alimentare, măsurate prin EAT-26, confirmă diferențe semnificative între cele două grupuri pe toate dimensiunile evaluate (Tabelul 2.1 și Figura 2.3).

Tabelul 2.1. Diferențe între adolescentele CAP și adolescentele CAE pentru EAT-26: medii, deviații standard și rezultate ale testului Mann-Whitney U

	Media rangurilor		Mann-Whitney U	
	CAP	CAE	U	p
Dieta	152,2 ($\bar{X}$ =6,91; DS=1,14)	54,8 ($\bar{X}$ =4,19; DS=1,36)	288	<0,001
Preocupare pentru mâncare	151,97 ($\bar{X}$ =9,53; DS=1,04)	55,03 ($\bar{X}$ =5,96; DS=1,75)	312	<0,001
Control oral	154,65 ($\bar{X}$ =5,46; DS=1,13)	52,35 ($\bar{X}$ =2,92; DS=1,21)	36	<0,001

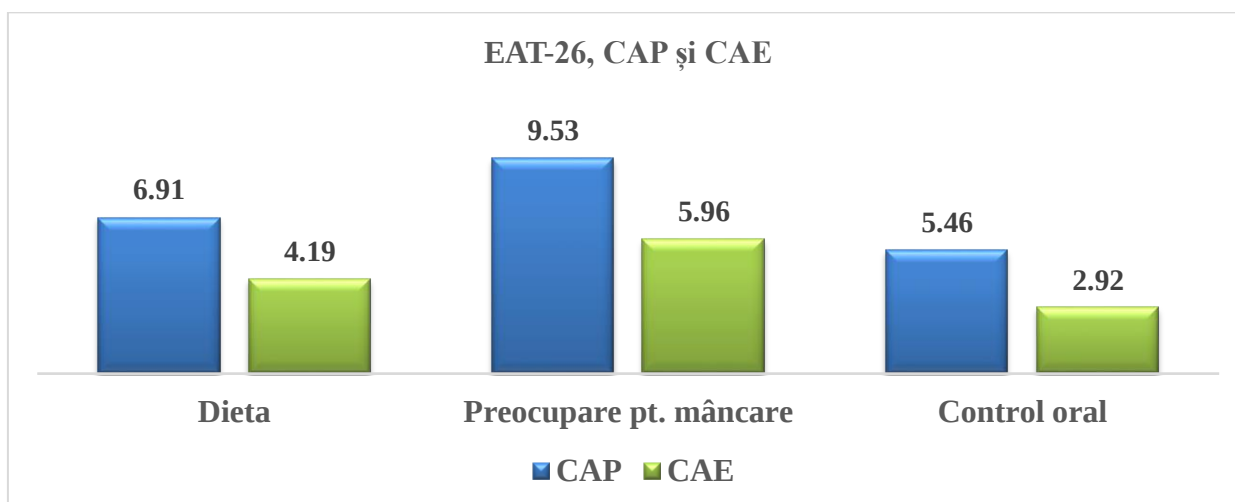


Figura 2.3. Comparații între CAP și CAE pentru EAT-26

Rezultatele arată că adolescentele din grupul CAP prezintă scoruri semnificativ mai ridicate pentru Dieta ($M = 6,91$, $DS = 1,14$ vs. $M = 4,19$, $DS = 1,36$; $U = 288$, $p < 0,001$), Preocuparea pentru mâncare ($M = 9,53$, $DS = 1,04$ vs. $M = 5,96$, $DS = 1,75$; $U = 312$, $p < 0,001$) și Control oral ($M = 5,46$, $DS = 1,13$ vs. $M = 2,92$, $DS = 1,21$; $U = 36$, $p < 0,001$). Aceste diferențe, semnificative pentru toate dimensiunile, indică un pattern cognitiv și comportamental distinct, caracterizat prin preocupare excesivă pentru dietă, obsesii legate de mâncare și un control rigid al alimentației, confirmând modelele teoretice ale tulburărilor alimentare [200; 244; 245].

Complementar, evaluarea alimentației emoționale evidențiază diferențe substanțiale între cele două grupuri (Tabelul 2.2 și Figura 2.4).

Tabelul 2.2. Diferențe CAP și CAE pentru EEQ-CA: Medii, deviații standard și rezultate ale testului Mann-Whitney U

	Media rangurilor		Mann-Whitney U	
	CAP	CAE	U	p
EEQ	151 ($\bar{X}=20,75$; $DS=1,44$)	56 ($\bar{X}=11,45$; $DS=5,95$)	412.5	< 0,001

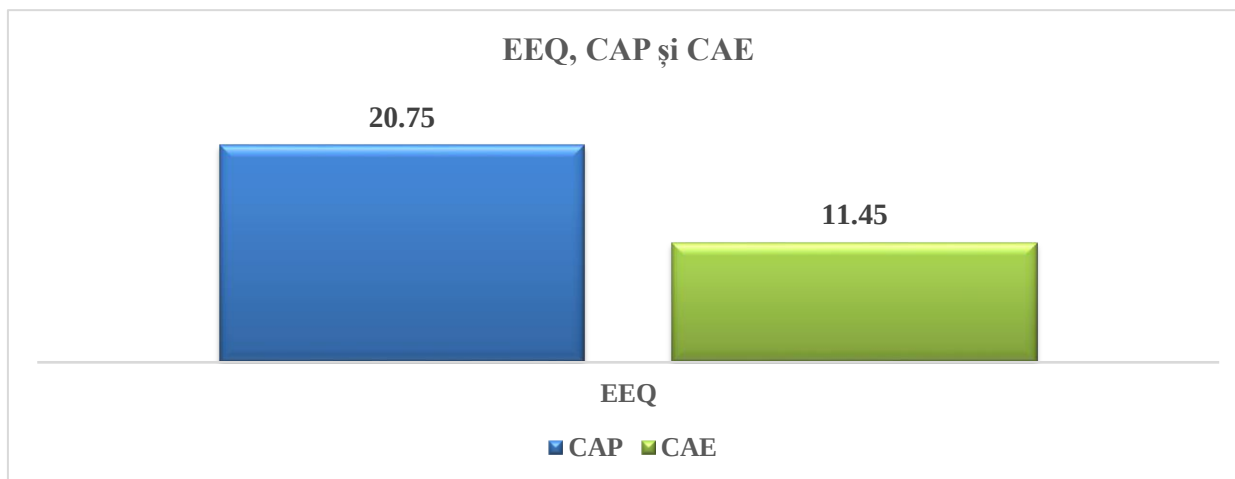


Figura 2.4. Comparații între CAP și CAE pentru EEQ

Grupul CAP manifestă un nivel semnificativ mai ridicat de alimentație emoțională ($M = 20,75$, $DS = 1,44$) comparativ cu grupul CAE ($M = 11,45$, $DS = 5,95$), $U = 412,5$, $p < 0,001$, confirmând tendința accentuată de a folosi alimentația ca mecanism de reglare emoțională.

Diferența dintre cele două grupuri este semnificativă din punct de vedere statistic, așa cum indică rezultatul testului Mann-Whitney U ($U = 412,5$, $p < .001$). Această valoare p foarte mică (sub 0,001) sugerează că există o probabilitate extrem de redusă ca această diferență să fi apărut întâmplător. Aceste rezultate sunt în concordanță cu studiile anterioare care au arătat o asociere puternică între alimentația emoțională și comportamentele alimentare problematice [Goossens et al., 2009; Macht, 2008].

Media rangurilor pentru grupul TAP (151) este considerabil mai mare decât cea pentru grupul TAE (56), ceea ce întărește constatarea că tinerele cu alimentație problematică prezintă un nivel mai ridicat de alimentație emoțională. Această observație este în linie cu teoria că alimentația emoțională poate funcționa ca un mecanism de coping maladaptativ pentru emoțiile negative [Evers et al., 2010].

Aceste rezultate sugerează că tinerele cu alimentație problematică au o tendință mai pronunțată de a folosi mâncarea ca răspuns la emoții comparativ cu tinerele cu alimentație echilibrată. Acest pattern poate fi un factor de risc important în dezvoltarea sau menținerea comportamentelor alimentare problematice. Cercetările anterioare au demonstrat că alimentația emoțională este asociată cu un risc crescut de dezvoltare a tulburărilor de alimentație și a obezității [Stice et al., 2002; van Strien et al., 2016].

Constatările susțin necesitatea unor intervenții specifice pentru a ajuta tinerele cu alimentație problematică să-și gestioneze mai eficient emoțiile și să dezvolte strategii alternative de coping, care nu implică utilizarea alimentelor ca mecanism de reglare emoțională. Intervențiile bazate pe

mindfulness și terapia cognitiv-comportamentală s-au dovedit eficiente în reducerea alimentației emoționale și îmbunătățirea reglării emoționale [Katterman et al., 2014; O'Reilly et al., 2014].

În plus, aceste rezultate subliniază importanța abordării alimentației emoționale în programele de prevenție și tratament pentru tulburările de alimentație. Dezvoltarea abilităților de reglare emoțională și promovarea unor strategii de coping adaptative ar trebui să fie componente cheie ale acestor programe [Clyne & Blampied, 2004; Safer et al., 2010].

Această constatare se aliniază cercetărilor recente [6; 109; 140] care evidențiază rolul central al alimentației emoționale în dezvoltarea și menținerea tulburărilor alimentare.

B. Imagine corporală și concepție de sine

Profilul diferențial al adolescentelor CAP include o dimensiune distinctă legată de imaginea corporală și concepția de sine.

Tabelul 2.3. Diferențe CAP și CAE pentru AAI: Medii, deviații standard și rezultate ale testului Mann-Whitney U

	Media rangurilor		Mann-Whitney U	
	CAP	CAE	U	P
AAI	153,34 ($\bar{X}=15,97$; DS=3,09)	53,66 ($\bar{X}=11,13$; DS=1,61)	171	< 0.001

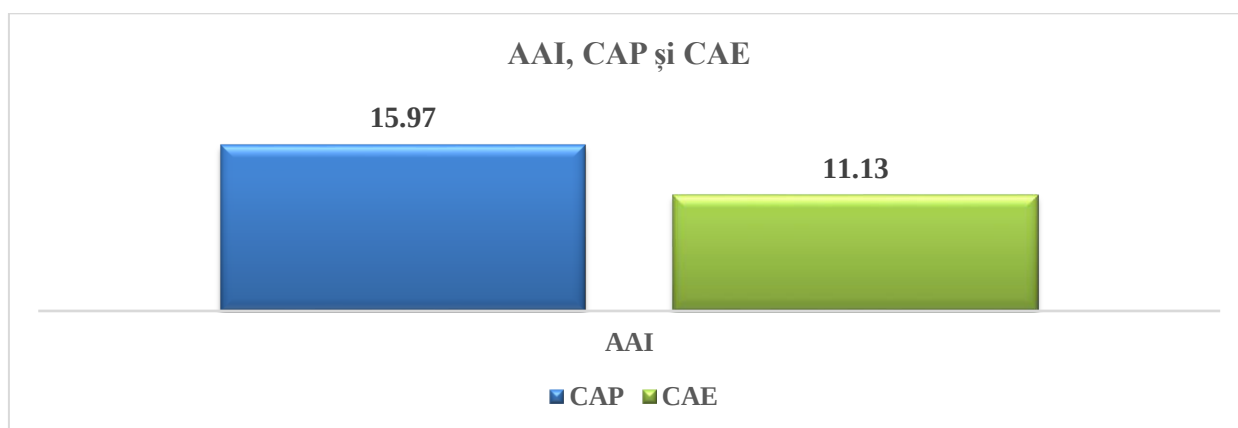


Figura 2.5. Comparării între CAP și CAE pentru AA

Anxietatea legată de aspectul fizic este semnificativ mai ridicată la adolescentele din grupul CAP ($M = 15,97$, $DS = 3,09$) comparativ cu cele din grupul CAE ($M = 11,13$, $DS = 1,61$), $U = 171$, $p < 0.001$. Această diferență semnificativă este consistentă cu cercetările care identifică anxietatea fizică socială drept caracteristică centrală în tulburările alimentare [54; 104; 145; 189].

Rezultatele obținute se aliniază unor studii anterioare ce susțin rezultatele obținute. Le menționăm pe cele mai relevante, care oferă o bază solidă pentru înțelegerea relației dintre anxietatea fizică socială și tulburările alimentare, susținând rezultatele obținute în studiul de față.

Hart et al. [106] au efectuat un studiu cu 97 de femei cu tulburări alimentare și 97 de femei fără tulburări alimentare. Au constatat că femeile cu tulburări alimentare au raportat niveluri semnificativ mai ridicate de anxietate fizică socială comparativ cu grupul de control.

Levinson și Rodebaugh [145] au examinat relația dintre anxietatea socială, anxietatea fizică socială și simptomele tulburărilor alimentare într-un eșantion de 278 de studenți. Au descoperit că anxietatea fizică socială era un predictor semnificativ al simptomelor tulburărilor alimentare, chiar și după controlul anxietății sociale generale.

Dakanalis et al. [54] au efectuat un studiu longitudinal pe 298 de adolescente, urmărindu-le timp de 1 an. Au constatat că anxietatea fizică socială prezis dezvoltarea ulterioară a simptomelor tulburărilor alimentare.

Titchener și Wong [273] au studiat 278 de adolescenți și au descoperit că anxietatea fizică socială era asociată semnificativ cu comportamentele de verificare a corpului și cu insatisfacția corporală, ambele fiind factori de risc pentru tulburările alimentare.

Pallister și Waller [189] au revizuit literatura privind anxietatea în tulburările alimentare și au concluzionat că anxietatea fizică socială este o caracteristică proeminentă în multe forme de tulburări alimentare, iar Utschig et al. [278] au studiat 387 de studenți și au constatat că anxietatea fizică socială era un mediator semnificativ între perfecționism și simptomele tulburărilor alimentare.

Evaluarea stimei corporale evidențiază diferențe semnificative pe toate dimensiunile măsurate (Tabelul 2.4 și Figura 2.6).

Tabelul 2.4. Diferențe CAP și CAE pentru BESAA: Medii, deviații standard și rezultate ale testului Mann-Whitney U

Variabile	Media rangurilor		Mann-Whitney U	
	CAP	CAE	U	p
Imagine corporală globală	52,08 ($\bar{X}$ =46,38; DS=6,53)	154,92 ($\bar{X}$ =66,9; DS=8,36)	8	<0,001
Satisfacție cu aspect fizic	52,17 ($\bar{X}$ =18,74; DS=2,59)	154,83 ($\bar{X}$ =26,52; DS=3,04)	18	<0,001
Satisfacție cu greutatea	52,01 ($\bar{X}$ =18,72; DS=2,61)	154,99 ($\bar{X}$ =26,28; DS=2,73)	1	<0,001
Satisfacție cu imaginea atribuită	52,23 ($\bar{X}$ =8,91; DS=1,38)	154,77 ($\bar{X}$ =13,95; DS=2,82)	24	<0,001

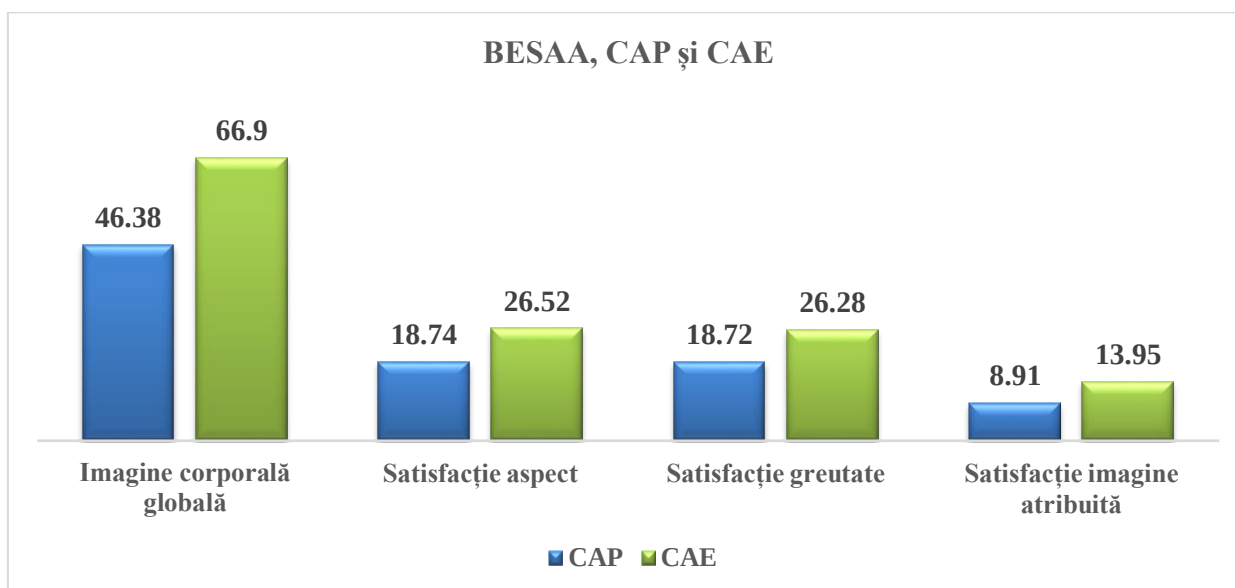


Figura 2.6. Comparații între CAP și CAE pentru BESAA

Adolescentele din grupul CAP prezintă scoruri semnificativ mai scăzute pentru toate dimensiunile imaginii corporale: imagine corporală globală, satisfacție cu aparența fizică, satisfacție cu greutatea și satisfacție cu imaginea atribuită (toate la $p < 0,001$). Diferențele cele mai mari se observă la satisfacția cu greutatea și imaginea corporală globală, dimensiuni identificate în literatura de specialitate [167] ca fiind centrale în profilul psihologic al persoanelor cu tulburări alimentare.

Analiza conceptului de sine multidimensional confirmă diferențe semnificative în toate domeniile evaluate (Tabelul 2.5 și Figura 2.7).

Tabelul 2.5. Diferențe CAP și CAE pentru SPPA: Medii, deviații standard și rezultate ale testului Mann-Whitney U

Dimensiunea	Media rangurilor		Mann-Whitney U	
	CAP	CAE	U	p
1. Competența academică	52,38 (7,83, DS=1,08)	154,62 (11,84, DS=1,66)	39	<0,001
2. Competența socială	52,7 ($\bar{X}$ =9,38, DS=1,13)	154,3 ($\bar{X}$ =13,37, DS=1,74)	72	<0,001
3. Competența athletică	52,5 ($\bar{X}$ =7,51, DS=2,19)	154,5 ($\bar{X}$ =13,84, DS=2,27)	51	<0,001
4. Aspect fizic	52,62 ($\bar{X}$ =6,89, DS=1,7)	154,38 ($\bar{X}$ =12,58, DS = 2,12)	64	<0,001
5. Competența în activități profesionale	52,66 ($\bar{X}$ =8,76, DS=2,28)	154,34 ($\bar{X}$ =14,99, DS = 2,41)	68	<0,001

6. Atracție romantică	52,12 ($\bar{X}$ =7,29, DS=1,52)	154,88 ($\bar{X}$ =12,23, DS = 2,18)	12,5	<0,001
7. Conduită comportamentală	52 ($\bar{X}$ =9,57, DS=2,03)	155 ($\bar{X}$ =16,16, DS=2,79)	0	<0,001
8. Prietenii apropiate	52,09 ($\bar{X}$ =8,94, D =1,78)	153,91 ($\bar{X}$ =13,82, DS = 1,91)	112,5	<0,001
9. Concepția de sine globală	52,41 ($\bar{X}$ =7,09, DS=1,52)	154,59 ($\bar{X}$ =13,42, DS = 3,23)	42	<0,001

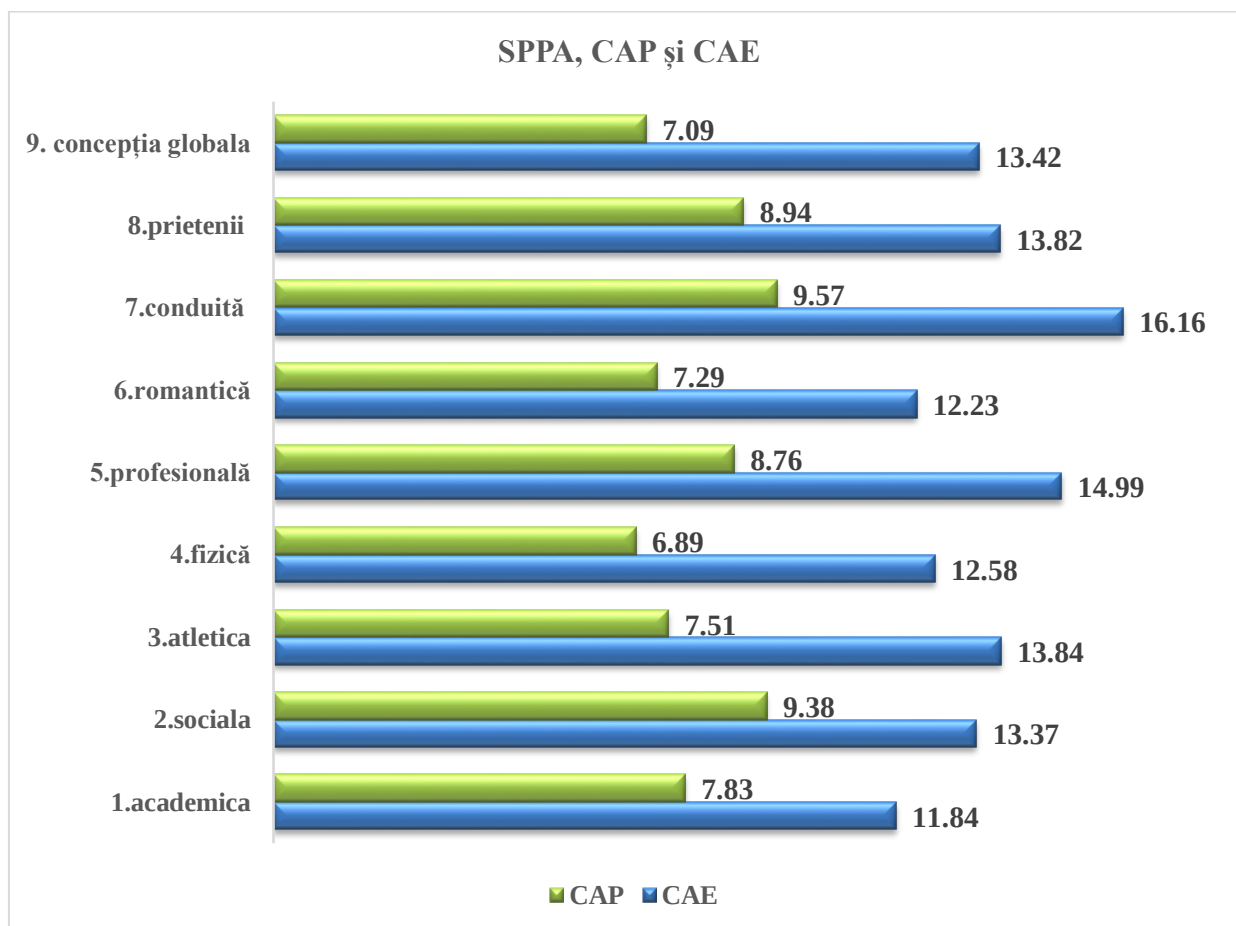


Figura 2.7. Comparații între CAP și CAE pentru SPPA

Adolescentele din grupul CAP prezintă evaluări de sine semnificativ mai scăzute în toate cele nouă dimensiuni ale conceptului de sine (toate la $p < 0,001$). Magnitudinea acestor diferențe indică un impact global al comportamentului alimentar problematic asupra percepției de sine, afectând atât domeniile direct legate de aspect (aparență fizică, atractivitate romantică), cât și cele aparent mai îndepărtate (competență academică, conduită comportamentală). Această constatare susține abordarea holistică în înțelegerea și tratarea tulburărilor alimentare, propusă de modelele transdiagnostice recente [75; 230; 242].

C. *Factori de personalitate*. Profilul diferențial include și configurații specifice ale trăsăturilor de personalitate (Tabelul 2.6 și Figura 2.8).

Tabelul 2.6. Diferențe CAP și CAE pentru BFI 10: Medii, deviații standard și rezultate ale testului Mann-Whitney U

Dimensiunea	Media rangurilor		Mann-Whitney U	
	CAP	CAE	U	P
Extraversie	81,62 ($\bar{X}=5,14$; DS=1,96)	125,38 ($\bar{X}=6,65$; DS=1,93)	3050,5	<0,001
Agreabilitate	86,5 ($\bar{X}=6,22$, DS=1,3)	120,5 ($\bar{X}=7$; DS=1,67)	3553	<0,001
Conștiinciozitate	101,75 ($\bar{X}=6,36$; DS=1,59)	101,25 ($\bar{X}=6,49$; DS=1,66)	5124	0,672
Nevrotism	113,37 ($\bar{X}=7,3$; DS=1,66)	93,63 ($\bar{X}=6,65$; DS=1,69)	4287,5	0,017
Deschidere	104,53 ($\bar{X}=7,43$; DS=2,16)	102,47 ($\bar{X}=7,25$; DS=1,97)	5198	0,803

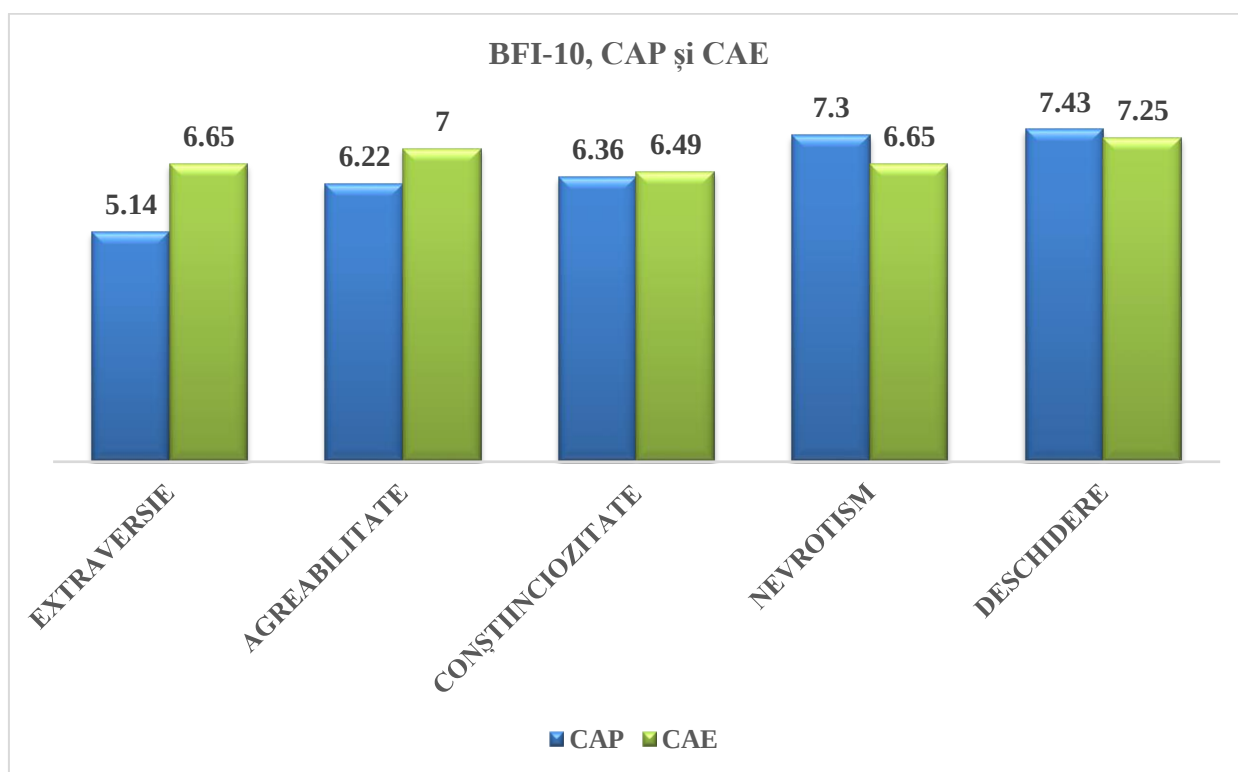


Figura 2.8. Comparații între CAP și CAE pentru BFI-10

Analiza trăsăturilor de personalitate conform modelului Big Five evidențiază diferențe semnificative pentru nevrotism ($U = 4287,5$, $p = 0,017$), extraversie ($U = 3050,5$, $p < 0,001$) și agreabilitate ($U = 3553$, $p < 0,001$). Aceste rezultate confirmă că adolescentele cu comportament alimentar problematic prezintă un nivel mai ridicat de nevrotism și niveluri mai scăzute de

extraversie și agreabilitate, trăsături asociate în literatura de specialitate [41; 172] cu vulnerabilitatea pentru dezvoltarea tulburărilor alimentare. Evaluarea factorilor de personalitate relevanți pentru sănătate nuanțează profilul diferențial (Tabelul 2.7 și Figura 2.9).

Tabelul 2.7. Diferențe CAP și CAE pentru HP 5: Medii, deviații standard și rezultate ale testului Mann-Whitney U

Dimensiunea	Media rangurilor		Mann-Whitney U	
	CAP	CAE	U	p
Antagonismul	126,02 ($\bar{X}$ =13,1; DS=2,73)	80,98 ($\bar{X}$ =10,71; DS=2,75)	2984,5	<0,001
Impulsivitatea	111,65 ($\bar{X}$ =9,64, DS=3,26)	95,35 ($\bar{X}$ =8,99; DS=3,71)	4465	<0,001
Capacitatea hedonică	74,73 ($\bar{X}$ =10,7; DS=2,94)	132,27 ($\bar{X}$ =14,4; DS=3,6)	2341	0,049
Afectivitatea negativă	116,52 ($\bar{X}$ =14,1; DS=2,88)	90,48 ($\bar{X}$ =12,74; DS=2,75)	3963,5	<0,002
Alexitimia	123,84 ($\bar{X}$ =14,17; DS=2,28)	83,16 ($\bar{X}$ =12,35; DS=2,45)	3209	<0,001

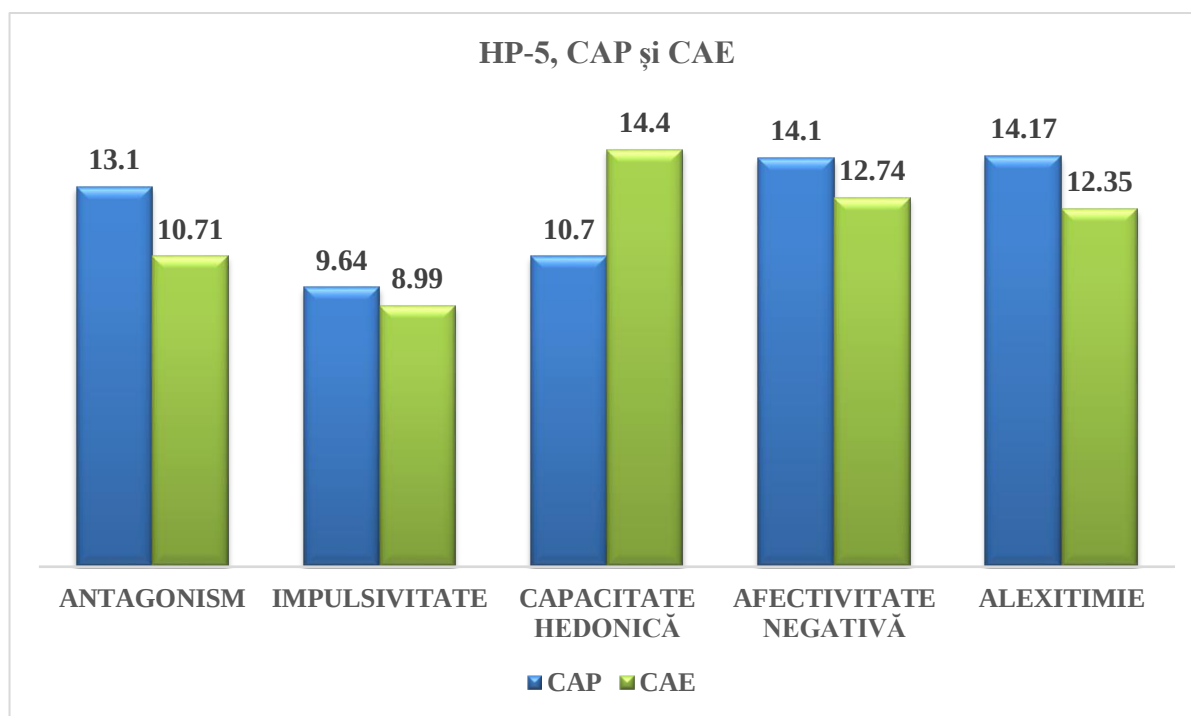


Figura 2.9. Comparații între CAP și CAE pentru HP-5

Adolescentele din grupul CAP prezintă un profil specific, caracterizat prin niveluri semnificativ mai ridicate de antagonism, impulsivitate, afectivitate negativă și alexitimie, și un nivel semnificativ mai scăzut de capacitate hedonică (toate la $p < 0,05$). Acest pattern complex

subliniază natura multidimensională a diferențelor de personalitate și importanța lor în înțelegerea comportamentului alimentar problematic.

Perfecționismul dezadaptativ completează profilul de personalitate diferențial (Tabelul 2.8 și Figura 2.10).

Tabelul 2.8. Diferențe CAP și CAE pentru CPQ: Medii, deviații standard și rezultate ale testului Mann-Whitney U

Dimensiunea	Media rangurilor		Mann-Whitney U	
	CAP	CAE	U	p
Perfecționism	118,44 ($\bar{X}$ =26,34; DS=5,32)	88,56 ($\bar{X}$ =23,76; DS=4,24)	3766	<0,001

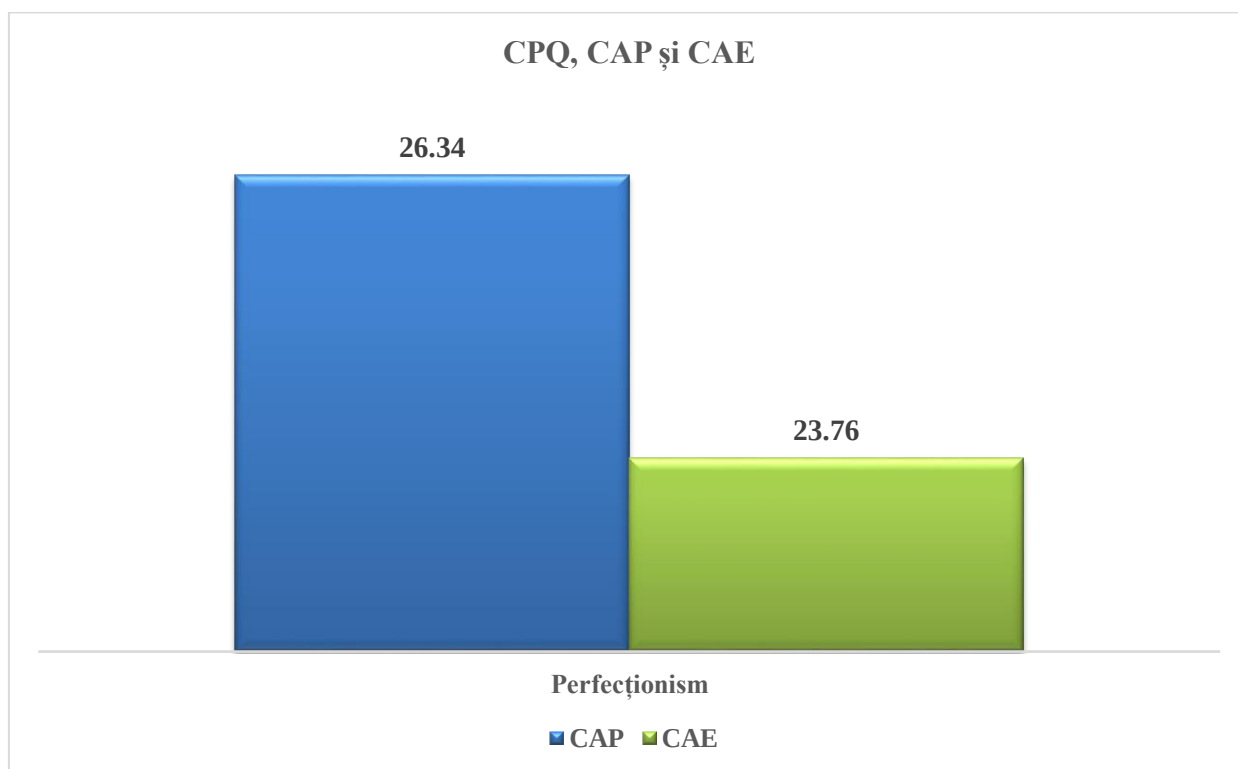


Figura 2.10. Comparații între CAP și CAE pentru CPQ (Perfecționism)

Adolescentele din grupul CAP prezintă niveluri semnificativ mai ridicate de perfecționism dezadaptativ ($M = 26,34$, $DS = 5,32$) comparativ cu cele din grupul CAE ($M = 23,76$, $DS = 4,24$), $U = 3766$, $p < 0,001$. Această constatare este consistentă cu cercetările care identifică perfecționismul ca factor de risc și de menținere pentru tulburările alimentare [17; 62; 73; 150; 289].

D. *Presiunea socioculturală.* Percepția presiunii sociale legate de aspectul fizic reprezintă o altă componentă importantă a profilului diferențial (Tabelul 2.9 și Figura 2.11).

Tabelul 2.9. Diferențe CAP și CAE pentru PSPS: Medii, deviații standard și rezultate ale testului Mann-Whitney U

Dimensiunea	Media rangurilor		Mann-Whitney U	
	CAP	CAE	U	p
Presiune socio-culturală	154,97 ($\bar{X}=40,37$; DS=5,74)	52,03 ($\bar{X}=20,58$; DS=6,67)	3	<0,001

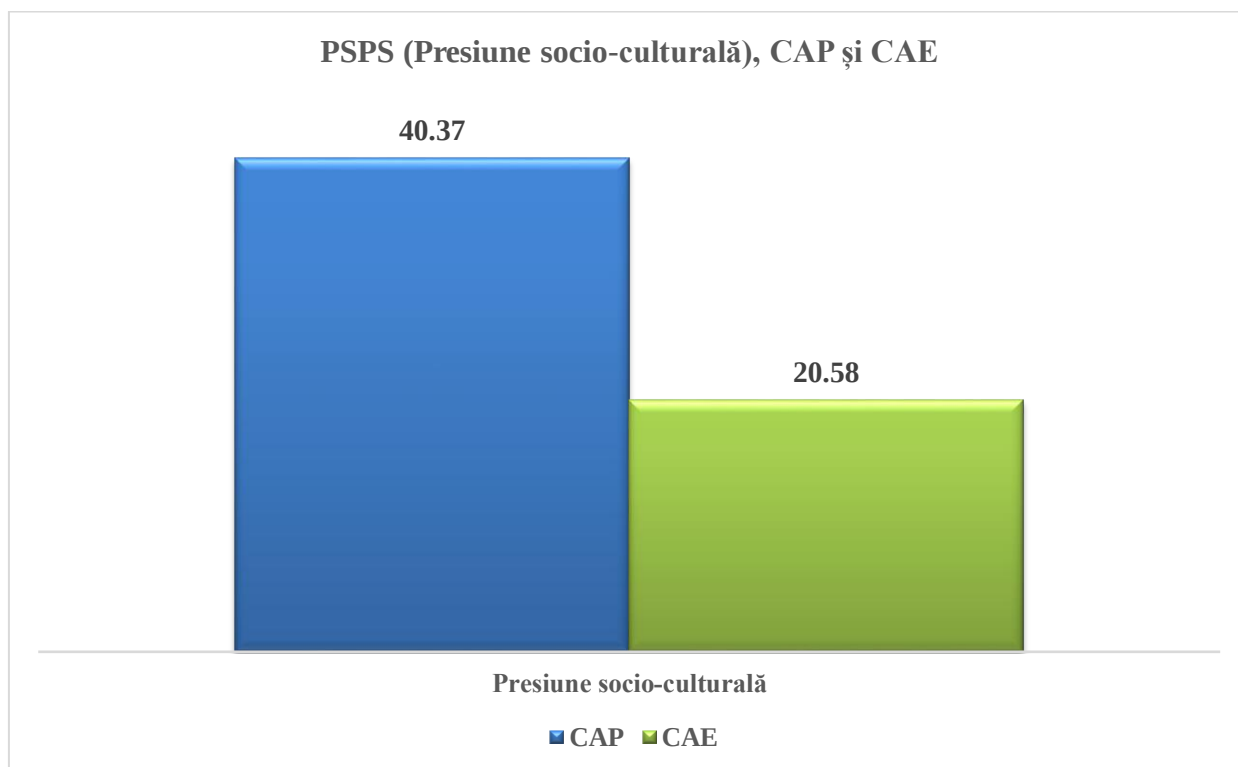


Figura 2.11. Comparații între CAP și CAE pentru PSPS (Presiune socio-culturală)

Diferența substanțială între grupul CAP ($M = 40,37$, $DS = 5,74$) și grupul CAE ($M = 20,58$, $DS = 6,67$), $U = 3$, $p < 0,001$, confirmă că adolescentele cu comportament alimentar problematic percep un nivel semnificativ mai ridicat de presiune socioculturală legată de aspectul fizic și greutate. Această componentă, identificată în multiple studii ca factor important în dezvoltarea tulburărilor alimentare, completează profilul psihologic diferențial.

Ipoteza 1 a fost validată, rezultatele confirmă existența unui profil psihologic diferențiat la adolescentele cu comportament alimentar problematic, caracterizat prin: 1. *Pattern cognitiv-comportamental specific*, anume preocupări excesive pentru dietă, mâncare și control, precum și tendința accentuată de a utiliza alimentația ca răspuns la stimuli emoționali, 2. *Imagine corporală negativă și concepție de sine fragilă*, manifestate prin anxietate crescută privind aspectul fizic, stimă corporală scăzută și evaluări negative în multiple domenii ale conceptului de sine, 3. *Configurație specifică a personalității*, adică nevrotism accentuat, extraversie și agreabilitate

reduse, pattern dezadaptativ al factorilor relevanți pentru sănătate (antagonism, impulsivitate, afectivitate negativă și alexitimie crescute, alături de capacitate hedonică redusă) și perfecționism dezadaptativ pronunțat și 4. *Sensibilitate amplificată la presiunea socioculturală* privind aspectul fizic și greutatea corporală

Acest profil psihologic integrat, validat empiric prin diferențe semnificative pe toate dimensiunile evaluate, oferă o imagine comprehensivă a particularităților psihologice ale adolescentelor cu comportament alimentar problematic. Identificarea acestui profil diferențiat are implicații importante pentru dezvoltarea unor strategii eficiente de screening, prevenție și intervenție, adaptate nevoilor specifice ale acestei populații. Rezultatele noastre se aliniază modelelor teoretice contemporane [74; 75; 200; 242] care conceptualizează tulburările alimentare ca fenomene complexe, multideterminate, implicând interacțiuni între factori cognitivi, emoționali, de personalitate și socioculturali. Confirmarea empirică a acestui profil diferențial contribuie la înțelegerea mai nuanțată a comportamentului alimentar problematic la adolescente și oferă direcții valoroase pentru cercetări viitoare și intervenții clinice.

2.3. Relația dintre anxietatea fizică și atitudinile alimentare problematice

***Ipoteza 2.** Există corelații pozitive semnificative între anxietatea privind aspectul fizic (măsurată prin AAI) și atitudinile alimentare problematice (măsurate prin EAT-26).*

Pentru a verifica această ipoteză, am analizat potențialele corelații pozitive semnificative între anxietatea privind aspectul fizic (măsurată prin AAI - Appearance Anxiety Inventory) și atitudinile alimentare problematice (măsurate prin EAT-26 - Eating Attitudes Test-26). Am examinat fiecare dintre cele trei subscale ale EAT-26: dieta, preocupările alimentare și controlul oral. Utilizarea acestor instrumente este susținută de studii anterioare care au demonstrat validitatea și fiabilitatea lor în evaluarea anxietății legate de aparență și a atitudinilor alimentare problematice [86; 285].

Corelația între AAI și subscala Dieta a EAT-26

Am identificat o corelație pozitivă semnificativă între anxietatea privind aspectul fizic și comportamentele legate de dietă, $r=0,58$, $p<0,001$. Adolescente cu un nivel ridicat de anxietate legată de aspectul fizic ar putea fi mai predispuse să se angajeze în comportamente restrictive de dietă ca o modalitate de a-și controla greutatea și forma corporală. Această corelație ar sugera că cu cât anxietatea privind aspectul este mai mare, cu atât comportamentele de dietă sunt mai pronunțate. Aceste rezultate sunt în concordanță cu studiile anterioare care au arătat o asociere puternică între anxietatea legată de aspectul fizic și comportamentele de dietă restrictivă [144].

Corelația între AAI și subscala Preocupări alimentare a EAT-26

Am identificat o corelație pozitivă semnificativă între anxietatea privind aspectul fizic și preocupările legate de alimentație, $r=0,62$, $p<0,001$. Adolescente cu nivele ridicate de anxietate legate de aspectul lor fizic ar putea dezvolta o preocupare excesivă pentru mâncare, calorii și controlul aportului alimentar. Această corelație indică faptul că pe măsură ce anxietatea privind aspectul fizic crește, preocupările legate de alimentație devin mai intense. Aceste constatări sunt în linie cu cercetările anterioare care au evidențiat relația dintre anxietatea legată de aspect și preocupările alimentare excesive [54].

Corelația între AAI și subscala Control oral a EAT-26

Corelația pozitivă semnificativă prezumată între anxietatea privind aspectul fizic și controlul oral a fost confirmată, $r=0,49$, $p<0,001$. Adolescente cu anxietate ridicată legată de aspectul fizic ar putea manifesta un control mai rigid asupra comportamentului lor alimentar, inclusiv restricții severe și auto-control exagerat în ceea ce privește mâncarea. Această corelație sugerează că cu cât anxietatea privind aspectul fizic este mai mare, cu atât controlul oral devine mai pronunțat. Aceste rezultate sunt consistente cu studiile care au demonstrat o asociere între anxietatea legată de aspectul fizic și comportamentele de control alimentar excesiv [74].

Tabelul 2.10. Asocieri între anxietatea de aspect fizic și atitudinile alimentare

Dimensiunea		EAT - dieta	EAT - preocupare pentru mancare	EAT - control oral
Îngrijorarea cu privire la aspectul fizic	Pearson Correlation	0,58**	0,62**	0,49**
	Sig. (2-tailed)	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$
	N	206	206	206

Corelațiile pozitive semnificative între AAI și subscalele EAT-26 ar indica o legătură strânsă între anxietatea privind aspectul fizic și atitudinile alimentare dezadaptative. Aceste corelații ar sugera că adolescente care experimentează nivele mai ridicate de anxietate legată de aspectul lor fizic sunt mai predispuse să dezvolte comportamente alimentare problematice. Aceste constatări sunt în concordanță cu modelul cognitiv-comportamental al tulburărilor de comportament alimentar, care subliniază rolul central al preocupărilor legate de greutate și formă corporală în dezvoltarea și menținerea comportamentelor alimentare dezadaptative [70].

Aceste corelații ar putea fi explicate prin faptul că anxietatea privind aspectul fizic poate motiva adolescențele să adopte strategii de control al greutateii și formei corporale prin intermediul dietei, să devină preocupate excesiv de alimente și calorii, și să exercite un control rigid asupra comportamentului lor alimentar. Această interpretare este susținută de teoria transdiagnostică a tulburărilor de comportament alimentar, care evidențiază rolul supravalorizării greutateii și formei corporale în perpetuarea comportamentelor alimentare dezadaptative [74].

Este important de menționat că, deși am obținut aceste corelații, confirmarea lor necesită o analiză statistică riguroasă a datelor empirice. De asemenea, corelația nu implică cauzalitate, iar relația dintre anxietatea privind aspectul fizic și atitudinile alimentare dezadaptative poate fi influențată de diverși factori psihologici și socio-culturali [235; 237].

Ipoteza a fost validată, oferind suport empiric pentru relația dintre anxietatea privind aspectul fizic și atitudinile alimentare dezadaptative. Aceste rezultate subliniază importanța abordării anxietății legate de aspect în prevenirea și tratamentul tulburărilor de comportament alimentar la adolescente.

2.4. Relația dintre imaginea corporală și comportamentele alimentare problematice

Ipoteza 3. *Există o corelație negativă semnificativă între imaginea corporală (evaluată prin scala BESAA) și comportamentele alimentare problematice.*

Tabelul 2 prezintă corelațiile dintre imaginea corporală, măsurată prin diferite subscale ale BESAA (Body Esteem Scale for Adolescents and Adults), și comportamentele alimentare problematice, măsurate prin subscalele EAT-26 (Eating Attitudes Test-26). Utilizarea acestor instrumente este susținută de studii anterioare care au demonstrat validitatea și fiabilitatea lor în evaluarea imaginii corporale și a atitudinilor alimentare dezadaptative [86; 167; 228].

Imaginea corporală globală

- Corelație puternică negativă cu dieta ($r = -0,723$, $p < 0.001$)
- Corelație puternică negativă cu preocuparea pentru mâncare ($r = -.747$, $p < 0.001$)
- Corelație puternică negativă cu controlul oral ($r = -0,656$, $p < 0,001$)

O imagine corporală globală mai pozitivă este asociată cu niveluri semnificativ mai scăzute ale comportamentelor alimentare problematice în toate cele trei domenii. Aceste rezultate sunt în concordanță cu studiile anterioare care au evidențiat rolul central al imaginii corporale negative în dezvoltarea și menținerea tulburărilor de comportament alimentar [236].

Satisfacție cu aparența fizică

- Corelație moderată negativă cu dieta ($r = -0,545, p < 0,001$)
- Corelație moderată negativă cu preocuparea pentru mâncare ($r = -0,550, p < 0,001$)
- Corelație puternică negativă cu controlul oral ($r = -0,627, p < 0,001$)

O satisfacție mai mare față de propria aparență este asociată cu niveluri mai scăzute ale comportamentelor alimentare problematice, cu o legătură mai puternică în ceea ce privește controlul oral. Aceste constatări sunt consistente cu teoria cognitiv-comportamentală a tulburărilor de comportament alimentar, care subliniază importanța evaluării negative a aspectului fizic în perpetuarea comportamentelor alimentare problematice [74].

Satisfacție cu greutatea

- Corelație puternică negativă cu dieta ($r = -0,756, p < 0,001$)
- Corelație puternică negativă cu preocuparea pentru mâncare ($r = -0,681, p < 0,001$)
- Corelație puternică negativă cu controlul oral ($r = -0,778, p < 0,001$)

Satisfacția față de propria greutate are cele mai puternice corelații negative cu comportamentele alimentare problematice. O satisfacție mai mare față de greutate este asociată cu niveluri semnificativ mai scăzute ale tuturor comportamentelor alimentare problematice. Aceste rezultate sunt în concordanță cu studiile longitudinale care au arătat că insatisfacția față de greutate este un predictor puternic al dezvoltării tulburărilor de comportament alimentar [248].

Satisfacție cu imaginea atribuită

- Corelație puternică negativă cu dieta ($r = -0,683, p < 0,001$)
- Corelație moderată negativă cu preocuparea pentru mâncare ($r = -0,543, p < 0,001$)
- Corelație puternică negativă cu controlul oral ($r = -0,651, p < 0,001$)

O satisfacție mai mare față de imaginea atribuită (cum cred că îi percep alții) este asociată cu niveluri mai scăzute ale comportamentelor alimentare problematice, cu o legătură mai puțin pronunțată în cazul preocupării pentru mâncare. Aceste constatări susțin teoria obiectificării, care sugerează că internalizarea perspectivei observatorului asupra propriului corp poate contribui la dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar [84; 260].

Tabelul 2.11. Asocieri între stima de sine în legătură cu imaginea corporală și atitudinile alimentare

		EAT - dieta	EAT - preocupare pentru mâncare	EAT - control oral
	Imagine corporală globală	Correlation Coefficient	-0,723**	-0,747**
		Sig. (2-tailed)	p<0,001	p<0,001
	Satisfacție aspect	Correlation Coefficient	-0,545**	-0,550**
		Sig. (2-tailed)	p<0,001	p<0,001
	Satisfacție greutate	Correlation Coefficient	-0,756**	-0,681**
		Sig. (2-tailed)	p<0,001	p<0,001
	Satisfacție imagine atribuită	Correlation Coefficient	-0,683**	-0,543**
		Sig. (2-tailed)	p<0,001	p<0,001

Ipoteza a fost validată. Toate aspectele imaginii corporale sunt negativ corelate cu comportamentele alimentare problematice, confirmând ipoteza H4. Aceste rezultate sunt în concordanță cu meta-analizele recente care au evidențiat relația consistentă dintre imaginea corporală negativă și tulburările de comportament alimentar [206].

Corelațiile sunt semnificative statistic pentru toate relațiile examinate ($p < 0,001$), ceea ce întărește robustețea acestor constatări.

Satisfacția față de greutate are cele mai puternice corelații negative cu comportamentele alimentare problematice. Această constatare susține importanța intervențiilor care vizează specific îmbunătățirea satisfacției față de greutate în prevenirea și tratamentul tulburărilor de comportament alimentar [5].

Imaginea corporală globală și satisfacția față de greutate au corelații mai puternice cu comportamentele alimentare problematice comparativ cu satisfacția față de aparență și imaginea atribuită. Aceste rezultate subliniază importanța abordării comprehensive a imaginii corporale în intervențiile pentru tulburările de comportament alimentar [40].

Rezultatele obținute sugerează că o imagine corporală mai pozitivă este asociată cu un risc redus de dezvoltare a comportamentelor alimentare problematice. Intervențiile care vizează îmbunătățirea imaginii corporale, în special a satisfacției față de greutate, ar putea fi benefice în

prevenirea și tratamentul tulburărilor de comportament alimentar. Aceste constatări sunt în concordanță cu studiile de intervenție care au demonstrat eficacitatea programelor de îmbunătățire a imaginii corporale în reducerea riscului de tulburări de comportament alimentar [248].

Aceste constatări subliniază importanța promovării unei imagini corporale sănătoase ca parte a strategiilor de prevenire și intervenție în cazul comportamentelor alimentare problematice în rândul adolescenților și tinerilor adulți. Este necesară o abordare multidimensională care să vizeze diferite aspecte ale imaginii corporale pentru a obține rezultate optime în prevenirea și tratamentul tulburărilor de comportament alimentar.

2.5. Relația dintre presiunea socială, atitudinile alimentare și alimentația emoțională

***Ipoteza 4.** Presiunea socială legată de aspectul fizic (măsurată prin PSPS) este pozitiv corelată cu atitudinile alimentare problematice și alimentația emoțională.*

În urma analizei am constatat că toate corelațiile sunt pozitive și statistic semnificative ($p < 0,001$).

Cea mai puternică corelație este între comportamentul alimentar problematic și atitudinile față de alimentație ($r=0,75$).

Cea mai slabă corelație, deși încă semnificativă, este între presiunea socială și alimentația emoțională ($r=0,32$).

Presiune socială și Comportament alimentar problematic

Corelația pozitivă moderată până la puternică ($r = 0,555$, $p < 0,001$) dintre presiunea socială și comportamentul alimentar problematic se aliniază cu cercetările existente. Această relație sugerează că presiunea socială crescută este asociată cu o probabilitate mai mare de a dezvolta modele de comportament alimentar problematice. Această constatare este în concordanță cu modelul sociocultural al tulburărilor de comportament alimentar, care presupune că presiunile societale contribuie în mod semnificativ la dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar [268].

Presiune socială și atitudini față de alimentație

Corelația pozitivă moderată ($r = 0,461$, $p < 0,001$) între presiunea socială și atitudinile față de alimentație indică faptul că presiunea socială mai mare este asociată cu atitudini mai problematice față de mâncare și alimentație. Această relație susține ideea că influențele societale joacă un rol crucial în modelarea convingerilor și atitudinilor indivizilor cu privire la hrană și imaginea corporală [207].

Presiune socială și Alimentație emoțională

Corelația pozitivă slabă până la moderată ($r = 0,326$, $p < 0,001$) dintre presiunea socială și alimentația emoțională sugerează că indivizii care se confruntă cu o presiune socială mai mare pot avea mai multe șanse de a se angaja în comportamente emoționale alimentare. Această constatare se aliniază cu cercetările care indică faptul că factorii de stres social pot declanșa alimentația emoțională ca mecanism de adaptare [263].

Comportament alimentar problematic și Atitudini față de alimentație

Corelația puternică pozitivă ($r = 0,758$, $p < 0,001$) între comportamentul alimentar problematic și atitudinile față de alimentație este demnă de remarcat. Această relație solidă indică faptul că indivizii cu comportamente alimentare mai problematice sunt susceptibile de a avea mai multe atitudini disfuncționale față de mâncare și alimentație. Constatarea este în concordanță cu modelele cognitiv-comportamentale ale tulburărilor de comportament alimentar, care subliniază rolul credințelor și atitudinilor dezadaptative în menținerea tiparelor alimentare dezordonate [74].

Comportament alimentar problematic și Alimentație emoțională

Corelația pozitivă moderată până la puternică ($r = 0,526$, $p < 0,001$) între comportamentul alimentar problematic și alimentația emoțională sugerează o suprapunere semnificativă între aceste două constructe. Această relație indică faptul că indivizii care se angajează în comportamente alimentare problematice au, de asemenea, mai multe șanse să folosească mâncarea ca mijloc de a face față emoțiilor. Această constatare se aliniază cu cercetările privind rolul dificultăților de reglare a emoțiilor în tulburările de comportament alimentar [139].

Atitudini față de alimentație și Alimentație emoțională

Corelația pozitivă slabă până la moderată ($r = 0,380$, $p < 0,001$) dintre atitudinile față de alimentație și alimentația emoțională sugerează că indivizii cu atitudini mai problematice față de mâncare pot fi mai predispuși la mâncare emoțională. Această relație susține ideea că credințele disfuncționale despre mâncare și alimentație pot contribui la comportamente alimentare dezadaptative ca răspuns la emoții [95].

Alimentația emoțională are corelații mai slabe cu celelalte variabile comparativ cu restul asocierilor, dar semnificative.

Aceste rezultate sugerează că există legături importante între toate aceste aspecte ale comportamentului alimentar și presiunea socială, cu implicații potențiale pentru înțelegerea și tratarea tulburărilor de comportament alimentar.

Tabelul 2.12. Asocieri între presiunea socială și comportamentele alimentare problematice

			Comportament alimentar problematic	Atitudinile față de alimentație	Alimentație emoțională
Spearman's rho	Presiune sociala	Correlation Coefficient	0,555**	0,461**	0,326**
		Sig. (2-tailed)	p<0,001	p<0,001	p<0,001
	Comportament alimentar problematic	Correlation Coefficient	-	0,758**	0,526**
		Sig. (2-tailed)		p<0,001	p<0,001
	Atitudinile față de alimentație	Correlation Coefficient		-	0,380**
		Sig. (2-tailed)			p<0,001

Ipoteza a fost validată, constatările susțin în mod colectiv o interacțiune complexă între presiunea socială, comportamentele alimentare problematice, atitudinile față de alimentație și alimentația emoțională. Rezultatele subliniază natura multifacțetată a tulburărilor de alimentație și subliniază importanța abordării atât a factorilor individuali, cât și ai societății în strategiile de prevenire și tratament. Cercetările viitoare ar trebui să ia în considerare modelele longitudinale pentru a elucida relațiile cauzale dintre aceste variabile și pentru a explora potențialii factori mediatori și moderatori care pot influența aceste asocieri.

2.6. Modelul predictiv al varianței comportamentelor alimentare problematice

***Ipoteza 5.** Un model predictiv care include anxietatea privind aspectul fizic, imaginea corporală, concepția de sine, presiunea socială și perfecționismul va explica o varianță semnificativă a comportamentelor alimentare problematice.*

Analiza de regresie multiplă a relevat un model semnificativ pentru predicția comportamentelor alimentare problematice, $F(5, 200) = 54,76$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,58$. Modelul, care include îngrijorarea cu privire la aspectul fizic, imaginea corporală globală, concepția de sine globală, presiunea socială și perfecționismul, explică 58% din varianța atitudinilor față de alimentație. Contribuțiile individuale ale predictorilor sunt următoarele:

- Imaginea corporală globală: $\beta = -0,37$, $t = -5,42$, $p < 0,001$
- Presiunea socială: $\beta = 0,30$, $t = 4,45$, $p < 0,001$
- Concepția de sine globală: $\beta = -0,23$, $t = -3,21$, $p < 0,01$

- Perfecționismul: $\beta = 0,22$, $t = 3,18$, $p < 0,01$
- Îngrijorarea cu privire la aspectul fizic: $\beta = 0,18$, $t = 2,68$, $p < 0,01$

Analiza de regresie multiplă a confirmat această ipoteză, relevând un model semnificativ pentru predicția comportamentelor alimentare problematice, $F(5, 200) = 54,76$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,58$. Acest model, care include îngrijorarea cu privire la aspectul fizic, imaginea corporală globală, concepția de sine globală, presiunea socială și perfecționismul, explică 58% din variația atitudinilor față de alimentație. Aceste rezultate sunt în concordanță cu studiile anterioare care au evidențiat rolul complex al factorilor psihologici și sociali în dezvoltarea și menținerea tulburărilor de comportament alimentar [18; 237].

Interpretarea modelului

Coeficientul de corelație multiplă (R) de 0.762 indică o corelație puternică între predictorii combinați și variabila dependentă. R Square (R^2) de 0.580 arată că modelul explică 58% din variația în atitudinile față de alimentație, ceea ce este considerat un efect substanțial în cercetarea psihologică [47]. Acest rezultat subliniază importanța abordării multifactoriale în înțelegerea și tratarea tulburărilor de comportament alimentar, așa cum a fost propus în modelele transdiagnostice recente [76].

Interpretarea coeficienților

1. Imaginea corporală globală ($\beta = -0,37$, $t = -5,42$, $p < 0,001$) are cel mai puternic efect, sugerând că o imagine corporală mai pozitivă este asociată cu atitudini mai sănătoase față de alimentație. Această constatare este în concordanță cu studiile anterioare care au arătat că imaginea corporală negativă este un factor de risc major pentru dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar [237].
2. Presiunea socială ($\beta = 0,30$, $t = 4,45$, $p < 0,001$) are al doilea cel mai puternic efect, indicând că o presiune socială mai mare este asociată cu atitudini mai problematice față de alimentație. Acest rezultat susține teoria socioculturală a tulburărilor de comportament alimentar, care subliniază rolul presiunilor sociale și culturale în dezvoltarea acestor tulburări [268].
3. Concepția de sine globală ($\beta = -0,23$, $t = -3,21$, $p < 0,01$) are un efect moderat, sugerând că o concepție de sine mai pozitivă este asociată cu atitudini mai sănătoase față de alimentație. Această constatare este în linie cu cercetările care au arătat că stima de sine scăzută este un factor de risc pentru tulburările de comportament alimentar [197].

4. Perfecționismul ($\beta = 0,22$, $t = 3,18$, $p < 0,01$) are un efect semnificativ, indicând că un nivel mai ridicat de perfecționism este asociat cu atitudini mai problematice față de alimentație. Această constatare este în concordanță cu studiile care au arătat că perfecționismul joacă un rol important în dezvoltarea și menținerea tulburărilor de comportament alimentar [17, 44].
5. Îngrijorarea cu privire la aspectul fizic ($\beta = 0,18$, $t = 2,68$, $p < 0,01$) are cel mai slab efect dintre cei cinci predictorii, dar rămâne semnificativă, indicând că o îngrijorare mai mare este asociată cu atitudini mai problematice față de alimentație. Acest rezultat este consistent cu studiile care au evidențiat rolul anxietății legate de aspect fizic în dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar [145].

Tabelul 2.13. Analiza regresiei multiple pentru Atitudinile față de alimentație

Model Summary^b				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0,762 ^a	0,580	0,569	3,768
a. Predictors: (Constant), Presiune sociala, Îngrijorarea cu privire la aspectul fizic, 9. Concepția de sine globala, Imagine corporală globală				
b. Dependent Variable: Atitudinile față de alimentație				

Tabelul 2.14. Coeficienții modelului de regresie pentru Atitudinile față de alimentație

Coefficients^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	59,827	5,103		11,732	<0,001
	Îngrijorarea cu privire la aspectul fizic	0,256	0,095	0,18	2,684	0,008
	Imagine corporală globală	-0,485	0,089	-0,37	-5,422	<0,001
	Concepția de sine globala	-0,378	0,118	-0,23	-3,211	0,002
	Presiune sociala	-0,372	0,084	-0,30	4,452	<0,001
	Perfecționism	0,314	0,099	0,22	3,182	0,002
a. Dependent Variable: Atitudinile față de alimentație						

Rezultatele susțin necesitatea unei abordări comprehensive în prevenirea și tratamentul tulburărilor de comportament alimentar. Intervențiile ar trebui să vizeze simultan îmbunătățirea imaginii corporale, reducerea presiunii sociale percepute, consolidarea concepției de sine, gestionarea anxietății legate de aspectul fizic și abordarea perfecționismului maladaptativ. Studiile recente au arătat că programele care abordează acești factori multipli pot fi eficiente în reducerea riscului de tulburări de comportament alimentar [241].

În concluzie, ipoteza a fost validată, acest model predictiv oferă o înțelegere nuanțată a factorilor care contribuie la atitudinile față de alimentație și subliniază importanța unei abordări holistice în prevenirea și tratamentul tulburărilor de comportament alimentar la adolescenți. Includerea perfecționismului în model a îmbunătățit capacitatea explicativă, evidențiind rolul său important în dezvoltarea comportamentelor alimentare problematice.

2.7. Concluzii la capitolul 2

Rezultatele cercetării oferă o imagine complexă și nuanțată a diferențelor psihologice între adolescentele cu comportament alimentar problematic și cele cu comportament alimentar echilibrat, validând ipotezele formulate inițial.

1. Analiza comportamentelor și atitudinilor alimentare a evidențiat diferențe semnificative între cele două grupuri la toate dimensiunile evaluate. Adolescente din grupul CAP au prezentat atitudini alimentare semnificativ mai problematice, manifestate prin preocupare intensificată pentru dietă, obsesie accentuată pentru mâncare și calorii, precum și un control oral mai rigid. De asemenea, nivelul alimentației emoționale a fost semnificativ mai ridicat în grupul CAP, confirmând tendința acestor adolescente de a utiliza alimentația ca mecanism de reglare emoțională.
2. În ceea ce privește imaginea corporală și concepția de sine, adolescentele cu comportament alimentar problematic au demonstrat o anxietate fizică socială semnificativ mai accentuată, o stimă corporală considerabil mai scăzută și o concepție de sine general diminuată. Diferențele au fost relevante pentru toate componentele stimei corporale (imaginea corporală globală, satisfacția de aspectul fizic, satisfacția cu greutatea și satisfacția cu imaginea atribuită), precum și pentru toate dimensiunile concepției de sine, sugerând un impact generalizat al problematicei alimentare asupra percepției de sine.
3. Profilul de personalitate al adolescentelor cu comportament alimentar problematic s-a caracterizat printr-un nivel mai ridicat de Nevrotism și Extraversie mai scăzută, coroborat cu antagonism, impulsivitate, afectivitate negativă și alexitimie mai pronunțate, precum și o

capacitate hedonică diminuată. Perfecționismul dezadaptativ a fost, de asemenea, semnificativ mai accentuat în grupul adolescentelor cu comportament alimentar problematic, confirmând rolul acestui factor în dezvoltarea și menținerea comportamentelor alimentare problematice.

4. Percepția presiunii socioculturale privind aspectul fizic a fost substanțial mai intensă în rândul adolescentelor cu comportament alimentar problematic, evidențiind rolul factorilor externi în modelarea atitudinilor și comportamentelor alimentare.
5. Analiza corelațională a confirmat asocierile semnificative între anxietatea privind aspectul fizic și atitudinile alimentare dezadaptative, precum și corelațiile negative între imaginea corporală și comportamentele alimentare problematice. Presiunea socială s-a dovedit a fi pozitiv corelată cu atitudinile alimentare dezadaptative și alimentația emoțională.
6. Modelul predictiv dezvoltat, care include anxietatea privind aspectul fizic, imaginea corporală, concepția de sine, presiunea socială și perfecționismul, explică 58% din varianța comportamentelor alimentare problematice, cu imaginea corporală globală și presiunea socială având cele mai puternice contribuții.
7. Aceste rezultate conturează o înțelegere multidimensională a comportamentului alimentar problematic la adolescente, evidențiind interacțiunea complexă dintre factorii individuali și socio-culturali. Constatările susțin necesitatea unei abordări integrative în prevenirea și tratamentul tulburărilor alimentare, care să vizeze simultan îmbunătățirea imaginii corporale, reducerea presiunii sociale percepute, consolidarea concepției de sine, gestionarea anxietății legate de aparență și abordarea perfecționismului dezadaptativ.

3. PROGRAM DE INTERVENȚIE PSIHOLAGICĂ ASUPRA COMPORTAMENTULUI ALIMENTAR LA ADOLESCENTE

3.1. Proiectarea, elaborarea, implementarea și validarea programului formativ

Prezentarea generală a programului formativ

Cercetarea constatativă, rezultatele obținute și concluziile formulate sugerează că în rândul adolescenților din România există un potențial important pentru ameliorarea comportamentelor alimentare problematice prin îmbunătățirea unor particularități psihologice. Ameliorarea comportamentelor alimentare problematice poate fi definită ca: „Procesul de reducere a frecvenței și intensității comportamentelor alimentare problematice, însoțit de dezvoltarea unor obiceiuri alimentare mai sănătoase și a unei relații mai echilibrate cu alimentația.” Această definiție include următoarele elemente:

1. Reducerea simptomelor specifice, cum ar fi diminuarea episoadelor de supraalimentare, scăderea comportamentelor compensatorii, atenuarea restricțiilor alimentare severe;
2. Îmbunătățirea atitudinilor față de alimentație și corp, adică dezvoltarea unei imagini corporale mai pozitive și reducerea preocupărilor excesive legate de greutate și formă corporală;
3. Adoptarea unor obiceiuri alimentare mai sănătoase, precum creșterea varietății alimentelor consumate, stabilirea unui program de mese mai regulat, îmbunătățirea capacității de a recunoaște și răspunde la semnalele de foame și sațietate;
4. Dezvoltarea unor strategii de coping mai adaptative, cum ar fi gestionarea mai eficientă a emoțiilor fără a recurge la comportamente alimentare dezadaptative;
5. Creșterea calității vieții prin reducerea impactului negativ al comportamentelor alimentare asupra funcționării sociale, academice sau profesionale;
6. Îmbunătățirea stării generale de sănătate fizică și mentală.

În experimentul constativ am identificat asocieri semnificative între comportamentul alimentar problematic și anumite particularități psihologice, precum și diferențe între grupul de adolescente cu comportament problematic și cel al adolescenților cu comportament alimentar echilibrat. Aceste particularități psihologice sunt anxietatea legată de aspectul fizic, stima de sine corporală, concepția de sine și perfecționismul.

Scopul experimentului formativ constă în elaborarea, implementarea și evaluarea sistematică a eficienței unui program de intervenție psihologică multifățetat destinat adolescenților cu comportament alimentar problematic. Caracterul multifățetat a vizat multiple niveluri de

funcționare: dimensiunea cognitivă (restructurarea gândurilor disfuncționale despre corp, greutate și alimentație), dimensiunea emoțională (îmbunătățirea reglării emoționale și dezvoltarea toleranței la stres), dimensiunea comportamentală (modificarea pattern-urilor alimentare dezadaptative), dimensiunea relațională (îmbunătățirea dinamicii familiale și a relațiilor interpersonale), dimensiunea corporal-senzorială (reconstruirea unei relații sănătoase cu propriul corp).

Obiectivele specifice ale experimentului formativ sunt:

O1. Ameliorarea comportamentului alimentar problematic.

- Reducerea tendințelor problematice și a riscului de tulburări alimentare
- Diminuarea comportamentului de alimentație emoțională

O2. Dezvoltarea și conștientizarea propriei persoane:

- Îmbunătățirea concepției de sine
- Creșterea imaginii de sine corporale
- Reducerea anxietății legate de aspectul fizic
- Cultivarea unei atitudini pozitive și acceptarea calităților și limitelor personale

O3. Dezvoltarea personalității:

- Optimizarea factorilor generali de personalitate
- Îmbunătățirea factorilor relevanți pentru starea de sănătate
- Reducerea perfecționismului dezadaptativ

O4. Reducerea percepției presiunii sociale privind corpul.

Ipoteza principală a studiului formativ este că intervențiile psihologice multifacetate, pot facilita ameliorarea comportamentelor alimentare problematice (cum ar fi alimentația emoțională, restricționarea și supraalimentarea) la adolescente și a corelatelor sale psihologice. Această ameliorare se realizează prin reducerea anxietății legate de corp, a perfecționismului și a presiunii sociale percepute, precum și prin creșterea concepției de sine, a imaginii de sine corporale și optimizarea personalității. Se anticipează că efectele pozitive ale intervenției se vor menține pe termen lung.

Această ipoteză fundamentează experimentul formativ. Prin colectarea și analizarea datelor rezultate din intervenția psihologică, se va evalua validitatea acestor presupuneri și se va măsura impactul semnificativ al intervențiilor asupra comportamentului alimentar problematic la adolescente. Rezultatele obținute vor contribui la dezvoltarea unor programe de intervenție mai eficiente și personalizate pentru această grupă de vârstă.

Cercetarea formativă a fost realizată cu participarea a 24 de persoane, cu vârste cuprinse între 14 și 18 ani. Participantele au fost distribuite în două grupuri omogene: Grup experimental (GE - 12 participante) și Grup de control (GC - 12 participante).

Pentru a selecta participantele la grup, s-au utilizat criteriile de apartenență la categoria adolescenților cu comportament alimentar problematic (CAP), dar care nu depășesc scorul limită pentru tulburări alimentare conform EAT-26, adică intervalul de scor a fost 16-20 puncte.

Variabila independentă este reprezentată de Programul formativ, cu două niveluri de tratament:

1. Participare la program (grupul experimental - GE)
2. Non-participare la program (grupul de control - GC)

Variabilele dependente sunt:

1. Comportament alimentar problematic.
2. Tendințe de tulburări alimentare (dieta, preocuparea pentru mâncare, control oral).
3. Alimentație (mâncat) emoțională.
4. Anxietate privind aparența fizică.
5. Stima de sine corporală.
6. Concepția de sine și dimensiunile sale (academică, socială, altletică, fizică, profesională, romantică, conduită, prietenii, globală).
7. Factori de personalitate (Extraversie, Agreabilitate, Nevrotism, Conștiinciozitate, Deschidere).
8. Factori de personalitate relevanți pentru sănătate (Antagonism, Impulsivitate, Capacitate hedonică, Afectivitate negativă, Alexitimie).
9. Perfecționismul dezadaptativ.
10. Presiunea socială percepută privind aspectul fizic.

Acest design experimental permite evaluarea eficacității Programului formativ prin compararea rezultatelor între grupul experimental și grupul de control, precum și prin măsurarea modificărilor în variabilele dependente înainte și după intervenție.

Principiile programului de intervenție

În dezvoltarea unui program de intervenție eficient pentru adolescentele care se confruntă cu comportamente alimentare problematice și perfecționism dezadaptativ, am identificat următoarele principii cheie, bazate pe cercetări recente și practici dovedite în domeniu:

Crearea unui mediu sigur și suportiv. Stabilirea unui cadru în care adolescentele să se simtă confortabil să își împărtășească experiențele și să exploreze vulnerabilitățile [154].

Promovarea acceptării de sine. Încurajarea dezvoltării unei atitudini mai compasive față de sine, reducând criticismul intern excesiv [177; 231].

Restructurarea cognitivă. Identificarea și modificarea gândurilor distorsionate legate de imaginea corporală, alimentație și perfecționism [70; 97].

Dezvoltarea flexibilității psihologice. Utilizarea tehnicilor de acceptare și angajament pentru a crește adaptabilitatea în fața provocărilor [191].

Educație nutrițională. Oferirea de informații bazate pe dovezi despre nutriție și sănătate, promovând o relație echilibrată cu alimentația [239].

Îmbunătățirea imaginii corporale. Implementarea activităților care promovează o imagine corporală pozitivă și acceptarea diversității corporale [277].

Gestionarea emoțiilor. Învățarea tehnicilor de reglare emoțională pentru a face față anxietății și stresului asociate cu perfecționismul și comportamentele alimentare [6; 69; 99].

Abordarea familială. Implicarea familiei în procesul de intervenție, oferind educație și strategii pentru a sprijini adolescența [154].

Dezvoltarea abilităților sociale. Facilitarea exersării abilităților de comunicare și asertivitate în context de grup [298].

Prevenirea recăderilor. Dezvoltarea unui plan personalizat pentru menținerea progresului și gestionarea potențialelor provocări viitoare [163].

Promovarea auto-eficacității. Încurajarea stabilirii și atingerii unor obiective realiste, întărind încrederea adolescentelor în propriile capacități [17].

Evaluare continuă. Monitorizarea progresului prin utilizarea instrumentelor standardizate și ajustarea intervențiilor în funcție de nevoile individuale [72].

Implementarea acestor principii necesită:

Adaptabilitate. Ajustarea intervențiilor în funcție de feedbackul și progresul participanților.

Abordare multidisciplinară. Colaborarea între psihologi, nutriționiști și alți specialiști relevanți.

Utilizarea tehnicilor bazate pe dovezi. Integrarea intervențiilor validate științific, precum terapia cognitiv-comportamentală și mindfulness.

Crearea unui mediu de grup suportiv. Facilitarea învățării interpersonale și a suportului reciproc între participante.

Prin aplicarea acestor principii, programul de intervenție vizează nu doar reducerea comportamentelor alimentare problematice și a perfecționismului dezadaptativ, ci și promovarea

unei dezvoltări psihologice sănătoase și a unei relații echilibrate cu sine și cu alimentația în rândul adolescenților.

Apreciem că aceste principii au contribuit la dezvoltarea unui program de intervenție psihologică coerent și eficient, adaptat nevoilor individuale și bazat pe evidențe științifice. A fost important să se țină cont de specificul fiecărei situații și să se adapteze principiile în funcție de cerințele și contextul particular al intervenției.

Programul de intervenție s-a bazat pe principiile, tehnicile și metodele abordărilor cognitive-comportamentale, dat fiind faptul că reprezintă corpul de orientări cu cea mai largă bază de eficacitate dovedită științific [77]. Terapiile cognitive și comportamentale (TCC) se bazează pe premisa că gândurile, credințele și interpretările individuale afectează modul în care persoana se simte și se comportă. Prin urmare, aceste terapii se concentrează pe identificarea și ameliorarea gândurilor, schemelor cognitive și comportamentelor disfuncționale.

1. *Modelul cognitiv-comportamental*. Este una dintre cele mai studiate și validate abordări în psihoterapie. Aceasta se concentrează pe identificarea și modificarea gândurilor iraționale sau disfuncționale (cognitive) și pe comportamentele care sunt dăunătoare sau inadecvate. Se bazează pe premisa că modificarea acestor gânduri și comportamente poate duce la îmbunătățirea stării emoționale și comportamentale a individului [23].
2. *Modelul rațional-emoțional și comportamental (REBT)*, dezvoltat de Albert Ellis, se concentrează pe ideea că gândurile raționale și iraționale influențează direct emoțiile și comportamentele individuale. REBT îi învață pe oameni cum să identifice credințele iraționale și să le schimbe în credințe mai raționale și mai productive, ajutând astfel la rezolvarea problemelor emoționale și comportamentale [64].
3. *Modelul Terapiei centrate pe soluții (SPFT)*, dezvoltat de Steve de Shazer și Insoo Kim Berg, se concentrează pe explorarea și amplificarea soluțiilor și resurselor individului, mai degrabă decât pe probleme și deficiențe. Această abordare este orientată spre viitor și spre construirea de soluții practicabile [57, 184].
4. *Modelul de flexibilitate psihologică conform ACT (Acceptance and Commitment Therapy)*, creat de Steven Hayes și alții, integrează acceptarea și atenția conștientă ca parte a procesului de schimbare. Scopul este de a crește flexibilitatea psihologică, permițând individului să acționeze în concordanță cu valorile sale, chiar și în prezența gândurilor și sentimentelor negative [110].
5. *Terapia de acceptare și angajament (ACT)*. Această abordare se concentrează pe acceptarea gândurilor și sentimentelor dificile, în loc de încercarea de a le elimina. În contextul

comportamentului alimentar problematic, ACT poate ajuta participanții să dezvolte o relație mai sănătoasă cu corpul lor și cu alimentația, acceptând imperfecțiunile și focalizându-se pe valorile personale [122].

6. *Mindfulness și tehnici de conștientizare corporală.* Aceste practici pot ajuta participanții să devină mai conștienți de semnalele de foame și sațietate, reducând alimentația emoțională și impulsivă. Tehnicile de mindfulness pot fi integrate în programul de intervenție pentru a îmbunătăți relația cu mâncarea și corpul [124; 131; 134].
7. *Restructurarea cognitivă.* Această tehnică implică identificarea și modificarea gândurilor negative sau distorsionate legate de imaginea corporală și alimentație. Participanții învață să recunoască și să conteste aceste gânduri, înlocuindu-le cu unele mai realiste și adaptative [74].
8. *Expunere graduală.* În cazul comportamentelor de evitare legate de alimente sau situații sociale, expunerea graduală poate ajuta participanții să-și depășească temerile și să dezvolte o relație mai sănătoasă cu mâncarea și cu corpul lor [234].
9. *Tehnici de reglare emoțională.* Învățarea unor strategii eficiente de gestionare a emoțiilor poate reduce tendința de a folosi mâncarea ca mecanism de coping. Aceste tehnici pot include respirația diafragmatică, relaxarea progresivă musculară și alte metode de auto-liniștire [9].
10. *Antrenamentul abilităților sociale.* Îmbunătățirea competențelor sociale poate ajuta la reducerea anxietății sociale și a presiunii percepute legate de aspectul fizic, contribuind astfel la ameliorarea comportamentului alimentar problematic [151].
11. *Psiho-educația.* Oferirea de informații despre nutriție, efectele dietetelor restrictive, și impactul presiunii sociale asupra imaginii corporale poate ajuta participanții să ia decizii mai informate și sănătoase [237].
12. *Tehnici de management al stresului.* Învățarea unor metode eficiente de gestionare a stresului poate reduce tendința de a recurge la comportamente alimentare problematice ca mecanism de coping [53; 104].
13. *Jurnalul alimentar și emoțional.* Această tehnică ajută participanții să identifice legăturile dintre emoții, gânduri și comportamente alimentare, facilitând o mai bună înțelegere a tiparelor proprii [221].
14. *Stabilirea de obiective și planificarea acțiunilor.* Ajută participanții să-și stabilească obiective realiste și să dezvolte planuri concrete pentru a-și schimba comportamentul alimentar problematic [93].

Aceste metode și tehnici, integrate în programul de intervenție, contribuie la o abordare cuprinzătoare și personalizată a comportamentului alimentar problematic, adresând multiple aspecte ale acestei problematice complexe.

Programul de intervenție a fost inițial proiectat în 14 module separate, cu scopul de a aborda în mod comprehensiv aspectele legate ameliorarea comportamentelor alimentare problematice și a corelatelor acestora. Durata programului a fost de 7 luni, în perioada februarie-octombrie 2021, cu o pauză planificată în lunile iulie și august.

Au fost programate câte 2 module pe lună. Fiecare modul a avut în medie 2-3 ore/zi în continuarea orelor de dirigenție.

Grupul a fost format din 12 participante, pentru posibilitatea activităților în perechi și triade. Aceste formate permit interacțiunea și colaborarea activă între participante, oferindu-le oportunitatea de a beneficia de diferite perspective și experiențe.

Au fost organizate și întâlniri online, atât de grup, cât și individuale. Acestea au furnizat suport suplimentar și consiliere personalizată, pentru a răspunde nevoilor individuale și pentru a aborda situațiile care au apărut pe parcursul programului de intervenție.

Scopul final al programului a fost sprijinirea participanților în ameliorarea comportamentelor alimentare problematice.

În concluzie, programul nostru de intervenție a fost conceput cu grijă pentru a aborda în mod comprehensiv nevoile participantelor și pentru a le oferi sprijinul și resursele necesare pentru a-și depăși comportamentele alimentare problematice. După o sesiune de brainstorming, participantele s-au decis asupra unui nume semnificativ pentru programul de intervenție (*Anexa 4*):

„METAMORFOZA” - Modificarea Emoțiilor, Tiparelor Alimentare și Mentalității pentru Optimizarea Relației cu Sinele și Alimentația

Argumentele pentru această alegere au fost:

Relevanța. Termenul „Metamorfoză” sugerează o transformare profundă, ceea ce se aliniază cu obiectivele ambițioase ale programului de a schimba comportamente, gânduri și emoții.

Comprehensivitatea. Acronimul acoperă toate aspectele principale ale intervenției: emoții, comportamente alimentare, mentalitate, relația cu sine și cu alimentația.

Atractivitatea pentru adolescente. Conceptul de „metamorfoză” poate rezona puternic cu adolescentele, care se află într-o perioadă de transformare și dezvoltare personală.

Pozitivitatea. Sugerează o schimbare pozitivă și împuternicire, fără a stigmatiza sau a pune accentul pe aspectele problematice.

Memorabilitatea. Este un termen ușor de reținut și de înțeles, putând deveni o „marcă” puternică pentru program.

Flexibilitatea. Permite includerea diverselor tehnici și metode menționate în obiective (cognitive, comportamentale, mindfulness etc.) sub umbrela largă a „metamorfozei”.

Orientarea spre viitor. Implică o transformare continuă, ceea ce încurajează participantele să vadă programul ca un proces de creștere pe termen lung.

Acest nume captează esența programului de intervenție, reflectând atât complexitatea abordării, cât și potențialul de schimbare pozitivă pentru participante. De asemenea, oferă o imagine inspirațională care poate motiva adolescențele să se implice activ în proces.

În Tabelul 3.1 sunt prezentate, sintetic, modulele, scopurile, activitățile principale și timpul de desfășurare.

Tabelul 3.1. Programul de intervenție

Modul	Scop	Exerciții principale	Timp (min)
1. Introducere și Autocunoaștere	Stabilirea bazelor programului și inițierea autocunoașterii	• „În autobuzul cunoașterii” - exercițiu de deschidere • „Cele șapte camere” - explorarea aspectelor sinelui • „Lista realizărilor personale” • „Portretul meu” • „Linia vieții corpului meu” • „Colajul valorilor”	105-115
2. Relația cu alimentația	Explorarea și conștientizarea tiparelor alimentare	• „Călătorie în lumea senzațiilor” - tehnică de focalizare • „Exerciții respiratorii cu formule autosugestive” • „Jurnalul alimentar conștient” • „Exercițiul de degustare mindful”	60-65
3. Gânduri și credințe despre corp	Identificarea și modificarea cognițiilor disfuncționale	• „Tehnica săgeții verticale” - identificarea convingerilor • „Scheme cognitive” - exerciții de restructurare • „Detectivul gândurilor/Restructurarea cognitivă” • „Scrisoare către corpul meu”	100-110
4. Emoții și comportament alimentar	Înțelegerea legăturii dintre emoții și alimentație	• „Analiza tiparelor” - pe baza jurnalului • „Cascada angoasei” - anxietate și comportament alimentar • „Harta emoțiilor” - vizualizarea emoțiilor • „Exprimarea sentimentelor” • „Tehnica STOP” - întreruperea mâncatului emoțional	95-105
5. Presiunea socială și standardele de frumusețe	Dezvoltarea rezistenței la presiunea socială	• „Bula cu o fereastră” - gestionarea presiunii • „Analiza critică media” • „Crearea unui mediu pozitiv” • „Joc de rol - Respingerea comentariilor negative”	80-90

6. Perfecționismul și imaginea corporală	Reducerea impactului perfecționismului	• „Provocarea Perfecționismului” • „Perfecționismul și viața” - autoevaluare • „Celebrarea imperfecțiunilor”	80-90
7. Acceptarea și aprecierea corpului	Cultivarea unei atitudini pozitive față de corp	• „Locul favorit” - exercițiu de relaxare • „Exercițiul tablei” - metodă hipnoanalitică • „Scanarea corporală mindfulness” • „Jurnal de gratitudine corporală” (acasă) • „Oglinda pozitivă” (acasă)	60-70
8. Dezvoltarea stimei de sine	Îmbunătățirea stimei și imaginii de sine	• „Tehnica celor două oglinzi” • „Cufărul cu comori” - identificarea calităților • „Floarea Autocunoașterii” • „Afirmatii pozitive personalizate” • „Cercul de suport”	100-110
9. Nutriție și sănătate	Educație despre alimentația sănătoasă	• „Model de intervenție cognitiv-comportamentală” • „Planificarea meniului echilibrat” • „Dezbaterea miturilor alimentare” • „Crearea unui nou obicei alimentar” • „Experimentul gusturilor noi” (acasă)	90-100
10. Activitate fizică și conexiunea cu corpul	Promovarea relației pozitive cu activitatea fizică	• „Dansul liber” - mișcare conștientă • „Limbajul corpului” - exerciții polivagale • „Scala angajării sociale” • „Planul personal pentru conectare” • „Explorarea mișcărilor” • „Jurnal de activitate și stare de spirit”	120-130
11. Relații interpersonale și imagine corporală	Îmbunătățirea abilităților de comunicare	• „Harta relațiilor” - evaluarea relațiilor • „Joc de rol - Comunicare asertivă” • „Scrisoare de susținere”	90-100
12. Gestionarea stresului și auto-îngrijirea	Dezvoltarea abilităților de gestionare a stresului	• „Exercițiu de desensibilizare sistematică” • „Tehnica de respirație 4-7-8” • „Ecranele schimbării” - metoda ecranului • „Planul personalizat de auto-îngrijire” • „Vizualizare ghidată”	95-105
13. Prevenirea recăderilor și consolidarea progresului	Pregătirea pentru menținerea progresului	• „Înfruntarea temerilor, treaptă cu treaptă” • „Harta provocărilor” • „Cutia cu instrumente de coping” • „Scrisoare către sine în viitor”	100-110
14. Celebrarea schimbării și planuri de viitor	Evaluarea progresului și stabilirea direcțiilor viitoare	• „Lista realizărilor personale” - revizuită • „Linia timpului și progresului” • „Viziunea viitorului” • „Ceremonia de absolvire”	100-110

3.2. Prezentarea și interpretarea rezultatelor ameliorării comportamentului alimentar problematic

Pentru a evalua eficiența programului de intervenție psihologică asupra adolescenților cu comportament alimentar problematic, am utilizat instrumentele (probele) psihologice de investigare care au fost aplicate și în experimentul constatativ.

Comportamente și atitudini alimentare. CICAP-5 (Chestionar de comportament alimentar problematic la adolescenți), EAT-26 (Testul de atitudini alimentare) și EEQ (Chestionarul de alimentație emoțională)

Imagine corporală și stimă de sine. AAI (Inventarul de anxietate legată de aspect), BESAA (Scala de stimă corporală pentru adolescenți și adulți) și SPPA (Profilul de auto-percepție pentru adolescenți)

Factori psihologici și de personalitate. Testul de personalitate - BFI-10, Inventarul HP5 și CPQ (Chestionarul de perfecționism clinic)

Presiune socioculturală. PSPS (Scala de presiune socioculturală percepută).

Testarea omogenității grupurilor

Rezultatele prezentate în Anexa 3, statistică arată că grupurile experimentale (GE) și de control (GC) au demonstrat omogenitate în etapa de testare. Nu au fost găsite diferențe semnificative între aceste grupuri în urma aplicării testului U Mann-Whitney, grupurile au fost similare în ceea ce privește vârsta și rezultatele obținute la *Dimensiunea Comportamente și atitudini alimentare* (Anexa 3.1).

Pentru a evalua eficiența programului nostru de intervenție în detaliu, am realizat o analiză comparativă a rezultatelor obținute de adolescentele din grupul experimental (GE) la testul inițial și retest, rezultatele adolescenților din grupul de control (GC) la testul inițial și retest, precum și rezultatele adolescenților din grupul experimental la retest în comparație cu rezultatele adolescenților din grupul de control la retest. Această analiză ne va permite să evaluăm impactul intervenției psihologice și să determinăm dacă există diferențe semnificative între grupurile de intervenție și de control în ceea ce privește evoluția rezultatelor în timp.

Prin compararea rezultatelor inițiale și de retest, vom putea evalua dacă există o îmbunătățire semnificativă în rezultatele participantelor din grupul experimental după intervenție. De asemenea, vom putea evalua dacă această îmbunătățire este mai mare decât cea observată în grupul de control. Aceasta ne va oferi informații importante cu privire la impactul și eficacitatea intervenției.

Prin urmare, prin această analiză comparativă, ne propunem să obținem o imagine detaliată a modului în care intervenția psihologică afectează rezultatele participantelor și să determinăm

dacă există diferențe semnificative între grupurile de intervenție și de control. Aceste informații vor fi valoroase pentru a evalua eficiența și relevanța programului de intervenție și pentru a face recomandări pentru îmbunătățiri într-un program viitor.

Comparații ale GE în etapele test și retest

A. Comportamente și atitudini alimentare

Din această dimensiune fac parte variabilele Comportament alimentar problematic, Atitudini alimentare și Alimentație (mâncat emoțional). Analiza statisticilor descriptive pentru CICAP-5, EAT-26 și EEQ reflectă modificări pozitive între momentul testării inițiale și retestare.

Tabelele 11, 12 și 13 din Anexa 3.2 prezintă rezultatele analizei ce compară scorurile test-retest pentru diferite dimensiuni ale comportamentului alimentar în grupul experimental (GE). Voi interpreta datele statistic și psihologic pentru fiecare dimensiune.

1. CICAP - Comportament alimentar problematic

Media a scăzut de la 14,92 (DS=0,66) la 11,58 (DS=2,06). Testul Wilcoxon: $Z=-2,953$, $p=0,003$. Există o scădere semnificativă statistic a comportamentului alimentar problematic. Acest lucru sugerează că intervenția a avut un efect pozitiv în reducerea comportamentelor alimentare problematice.

2. EAT-26 Atitudini alimentare (total)

Media a scăzut de la 18,75 (DS=1,42) la 12,75 (DS=1,76). Testul Wilcoxon: $Z=-3,089$, $p=0,002$. Se observă o reducere semnificativă a atitudinilor alimentare problematice. Acest rezultat indică o îmbunătățire generală a relației participantelor cu alimentația.

EAT-26 - Dieta

Media a scăzut de la 5,75 (DS=0,45) la 4,17 (DS=0,83). Testul Wilcoxon: $Z=-3,071$, $p=0,002$. Reducerea semnificativă a scorului pentru Dietă sugerează o diminuare a comportamentelor restrictive și a preocupărilor excesive legate de dietă.

EAT-26 - Preocupare pentru mâncare

Media a scăzut de la 8,58 (DS=0,6) la 4,75 (DS=1,21). Testul Wilcoxon: $Z=-3,088$, $p=0,002$. Scăderea semnificativă a preocupării pentru mâncare indică o reducere a obsesiilor legate de alimentație și a gândurilor intruzive despre mâncare.

EAT-26 - Control oral

Media a scăzut de la 4,42 (DS=0,51) la 3,75 (DS=0,45). Testul Wilcoxon: $Z=-2,271$, $p=0,023$. Deși mai puțin pronunțată decât în celelalte dimensiuni, se observă o scădere semnificativă a controlului oral. Acest lucru poate indica o relaxare a comportamentelor de control rigid asupra alimentației.

3. EEQ - Alimentație emoțională

Media a scăzut de la 19,5 (DS=1,24) la 15,42 (DS=1,44). Testul Wilcoxon: $Z=-3,068$, $p=0,002$. Reducerea semnificativă a scorului pentru alimentația emoțională sugerează că participanții au dezvoltat strategii mai bune de gestionare a emoțiilor, fără a recurge la mâncare ca mecanism de coping.

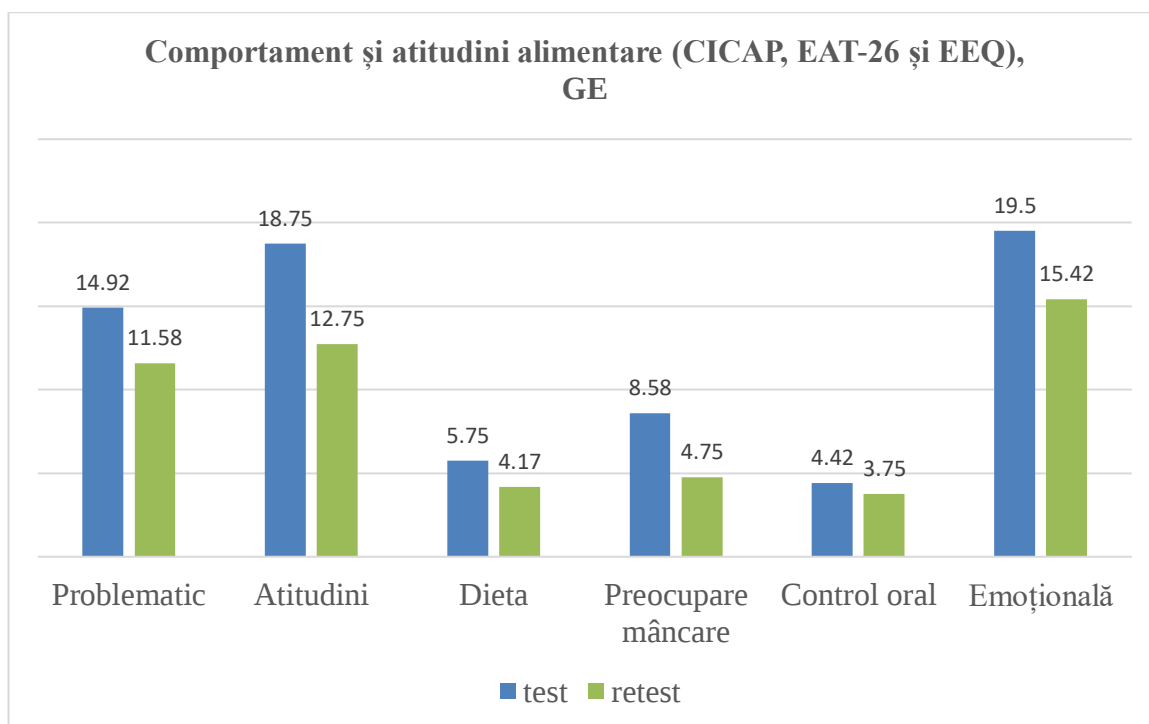


Figura 3.1. Comparații pentru comportament și atitudini alimentare, GE

Programul de intervenție și-a propus să amelioreze comportamentele și atitudinile alimentare problematice. Rezultatele testului Wilcoxon, care compară scorurile test și retest pentru dimensiunile acestui comportament indică o îmbunătățire semnificativă statistic la toate variabilele examinate. Aceste rezultate sugerează că intervențiile și activitățile întreprinse între cele două evaluări au avut un efect pozitiv asupra participanților, înregistrându-se o ameliorare. Toate dimensiunile evaluate prezintă scăderi semnificative statistic ($p<0,05$) între test și retest. Acest lucru indică faptul că intervenția aplicată grupului experimental a avut un impact pozitiv semnificativ asupra comportamentelor și atitudinilor alimentare problematice.

Cea mai mare scădere procentuală se observă la dimensiunea „Preocupare pentru mâncare” din EAT-26, urmată de scăderea scorului total EAT-26 și a alimentației emoționale. Aceste rezultate sugerează că intervenția a fost deosebit de eficientă în reducerea obsesiilor legate de mâncare și în îmbunătățirea relației generale cu alimentația.

Dimensiunea „Control oral” prezintă cea mai mică scădere, deși încă semnificativă. Acest lucru poate indica faptul că aspectele legate de controlul rigid al alimentației sunt mai rezistente la schimbare și ar putea necesita o atenție suplimentară în intervențiile viitoare.

În concluzie, datele sugerează că intervenția a fost eficientă în îmbunătățirea comportamentelor alimentare problematice și a atitudinilor asociate în grupul experimental, cu efecte pozitive observate în toate dimensiunile evaluate. Există numeroase studii care susțin rezultatele de față, demonstrând eficacitatea intervențiilor în reducerea comportamentelor alimentare problematice și îmbunătățirea atitudinilor legate de alimentație. Amintim studiul realizat de Stice [243], care a evaluat eficacitatea unui program de prevenție a tulburărilor de alimentație pentru adolescenți și a raportat rezultate similare. Cercetătorii au observat reduceri semnificative ale simptomelor tulburărilor de alimentație, insatisfacției corporale și internalizării idealului de subțirime. Aceste constatări subliniază importanța intervențiilor preventive timpurii în combaterea dezvoltării tulburărilor de alimentație la adolescenți. Cercetarea condusă de Fairburn [77] s-a concentrat pe investigarea eficacității terapiei cognitiv-comportamentale îmbunătățite (CBT-E) pentru tulburările de alimentație. Autorii au raportat îmbunătățiri semnificative în comportamentele alimentare problematice și atitudinile asociate, subliniind potențialul terapiei cognitiv-comportamentale în tratamentul tulburărilor de alimentație. Wade [290], a examinat în 2017 eficacitatea unei intervenții online pentru prevenirea tulburărilor de alimentație. Cercetătorii au observat reduceri semnificative ale factorilor de risc pentru tulburările de alimentație, inclusiv insatisfacția corporală și comportamentele alimentare restrictive. Aceste constatări subliniază potențialul intervențiilor online în prevenirea tulburărilor de alimentație. Cercetarea realizată de Smolak și Levine [225] s-a concentrat pe evaluarea unui program de prevenție a tulburărilor de alimentație bazat pe școală și a raportat rezultate comparabile cu cele din studiul de față. Autorii au observat îmbunătățiri semnificative în atitudinile legate de alimentație și imagine corporală, subliniind importanța intervențiilor în mediul școlar. McIntosh și colab.[166] au investigat eficacitatea terapiei interpersonale pentru bulimia nervoasă și au raportat reduceri semnificative ale comportamentelor de supraalimentare și compensatorii, evidențiind potențialul terapiei interpersonale în tratamentul bulimiei nervoase.

Aceste cercetări oferă o bază solidă pentru înțelegerea impactului diferitelor abordări terapeutice și preventive în domeniul tulburărilor de comportament alimentar. Există studii care au evaluat eficacitatea unor programe de prevenție a tulburărilor de comportament alimentar pentru adolescenți și care au raportat rezultate similare [243]. Cercetările au observat reduceri semnificative ale simptomelor tulburărilor de comportament alimentar, insatisfacției corporale și

internalizării idealului de subțirime. Aceste constatări subliniază importanța intervențiilor preventive timpurii în combaterea dezvoltării tulburărilor de comportament alimentar la adolescenți. A fost, de asemenea, examinată eficacitatea unei intervenții online pentru prevenirea tulburărilor de comportament alimentar [290]. Cercetarea a observat reduceri semnificative ale factorilor de risc pentru tulburările de comportament alimentar, inclusiv insatisfacția corporală și comportamentele alimentare restrictive. Aceste constatări subliniază potențialul intervențiilor online în prevenirea tulburărilor de comportament alimentar.

Amintim și un program de prevenție a tulburărilor de comportament alimentar bazat pe școală a raportat rezultate comparabile cu cele din studiul de față [144]. S-au observat îmbunătățiri semnificative în atitudinile legate de alimentație și imagine corporală, subliniind importanța intervențiilor în mediul școlar. De asemenea, a fost investigată eficacitatea terapiei interpersonale pentru bulimia nervoasă [166], raportându-se reduceri semnificative ale comportamentelor de supraalimentare și compensatorii, evidențiind potențialul terapiei interpersonale în tratamentul bulimiei nervoase.

Aceste studii, împreună cu rezultatele noastre, formează un corpus solid de cercetare care demonstrează eficacitatea diverselor intervenții în îmbunătățirea comportamentelor și atitudinilor alimentare problematice. Ele subliniază importanța abordărilor multidimensionale în prevenirea și tratamentul tulburărilor de comportament alimentar, precum și necesitatea continuării cercetărilor în acest domeniu.

B. Imagine corporală și stimă de sine

Dimensiunea cuprinde Anxietatea corporală (AAI), Stima de sine corporală (BESSA) și Profilul Percepției de sine (SPPA). Raportul statisticilor descriptive pentru setul de variabile din această secțiune înainte și după intervenție arată îmbunătățiri generale în toate domeniile evaluate. Datele au fost analizate folosind testul Wilcoxon (*Tabelele 14, 15 și 16 din Anexa 3.2*).

4. AAI - Îngrijorarea cu privire la aparența fizică

Media scorurilor a scăzut de la 13,58 (DS = 0,9) la test, la 9,58 (DS = 1,08) la retest. Testul Wilcoxon indică o diferență semnificativă statistic ($Z = -3,081$, $p = 0,002$). Din punct de vedere psihologic, această scădere semnificativă sugerează că participanții au experimentat o reducere a anxietății legate de aspectul lor fizic după intervenție. Acest lucru poate indica o îmbunătățire a încrederii în sine și o diminuare a preocupărilor excesive legate de aparență.

5. BESSA - Imagine corporală globală

Scorurile medii au crescut de la 42,92 (DS = 4,23) la test, la 55,42 (DS = 2,15) la retest. Diferența este semnificativă statistic ($Z = -3,068$, $p = 0,002$). Psihologic, această creștere

semnificativă în scorul imaginii corporale globale sugerează o îmbunătățire substanțială a percepției participanților asupra propriului corp. Acest lucru poate indica o atitudine mai pozitivă și o satisfacție crescută față de aspectul lor fizic în general.

BESSA - Satisfacție cu aparența fizică

Media scorurilor a crescut de la 17,5 (DS = 2,71) la test, la 22,5 (DS = 0,79) la retest. Diferența este semnificativă statistic ($Z = -2,816$, $p = 0,005$). Din perspectivă psihologică, această creștere indică o îmbunătățire semnificativă a satisfacției participanților cu propria aparență fizică. Acest rezultat sugerează o acceptare mai mare a propriului corp și posibil o reducere a comparațiilor negative cu standardele de frumusețe idealizate.

BESSA - Satisfacție cu greutatea

Scorurile medii au crescut de la 17,92 (DS = 2,31) la test, la 21,67 (DS = 1,37) la retest. Diferența este semnificativă statistic ($Z = -2,741$, $p = 0,006$). Psihologic, această creștere sugerează o îmbunătățire a satisfacției participanților cu propria greutate. Aceasta poate indica o atitudine mai sănătoasă față de greutatea corporală și posibil o reducere a comportamentelor nesănătoase de control al greutății.

BESSA - Satisfacție cu imaginea atribuită

Media scorurilor a crescut de la 7,5 (DS = 1,44) la test, la 11,25 (DS = 1,21) la retest. Diferența este semnificativă statistic ($Z = -3,093$, $p = 0,002$). Din punct de vedere psihologic, această creștere sugerează o îmbunătățire a modului în care participanții cred că sunt percepuți de ceilalți. Acest lucru poate indica o creștere a încrederii în sine și o reducere a preocupării excesive față de opiniile altora despre aspectul lor fizic.

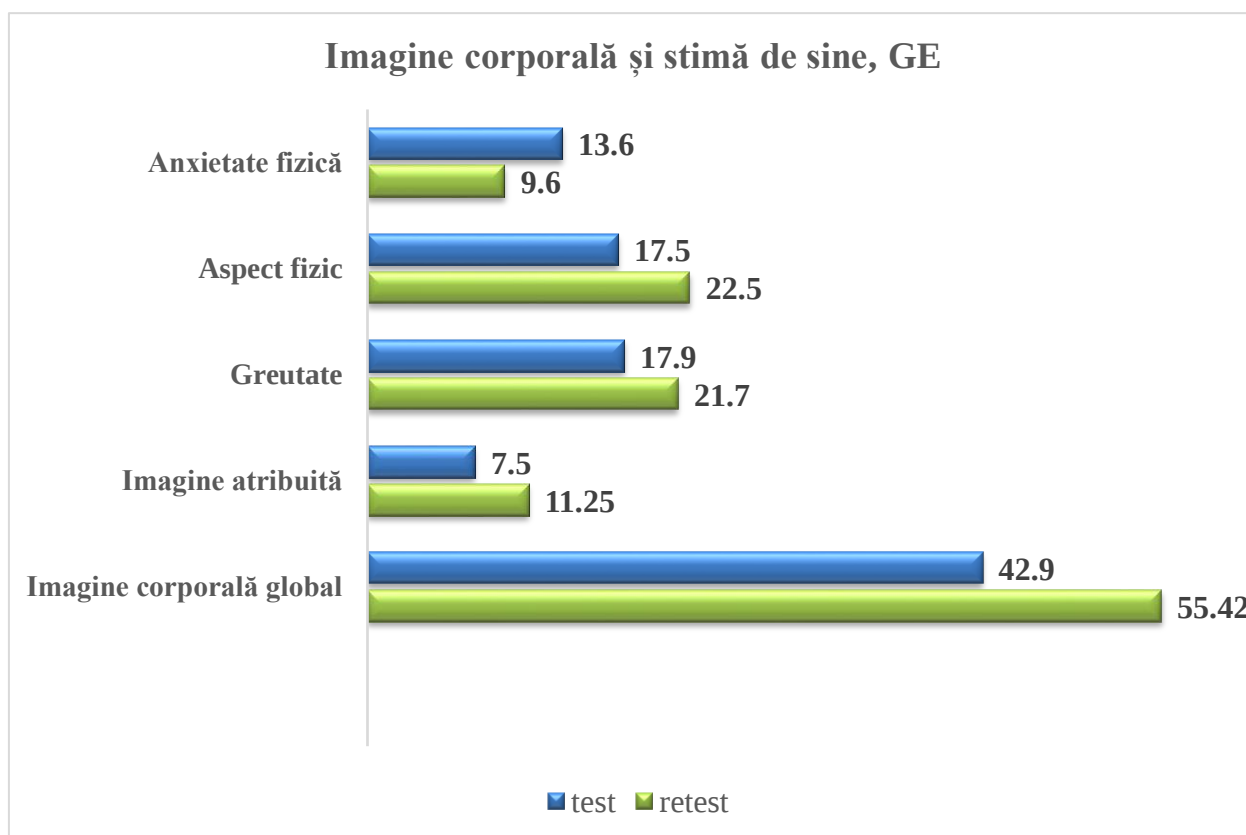


Figura 3.2. Comparații test și retest pentru AAI și BESSA, GE

În concluzie, toate variabilele măsurate au arătat îmbunătățiri semnificative statistic după intervenție. Scorurile AAI au scăzut, indicând o reducere a anxietății legate de aparență, în timp ce scorurile BESSA au crescut, sugerând o îmbunătățire a imaginii corporale și a stimei de sine. Aceste rezultate indică faptul că intervenția a fost eficientă în îmbunătățirea imaginii corporale, reducerea îngrijorărilor legate de aspectul fizic și creșterea satisfacției cu propria aparență și greutate.

Din perspectivă psihologică, aceste schimbări pot indica o îmbunătățire generală a stării de bine psihologice, o atitudine mai sănătoasă față de propriul corp și o creștere a stimei de sine. Este important de menționat că, deși rezultatele sunt promițătoare, ar fi util să se efectueze studii de follow-up pentru a evalua durabilitatea acestor efecte pe termen lung și pentru a investiga factorii care contribuie la menținerea acestor îmbunătățiri.

6. Profilul percepției de sine (SPPA)

Tabelele 17, 18 și 19 din Anexa 3.2 prezintă rezultatele studiului care compară scorurile test-retest pentru diverse dimensiuni ale concepției de sine, utilizând instrumentul SPPA (*The Self-Perception Profile for Adolescents*). Datele au fost analizate folosind testul Wilcoxon. Voi interpreta aceste date pe rând, atât din perspectivă statistică, cât și psihologică.

Competența academică. Media a crescut ușor de la 10,08 (DS = 2,67) la 10,17 (DS = 2,48), dar diferența nu este semnificativă statistic ($Z = -0,577$, $p = 0,564$). Psihologic, aceasta sugerează că percepția participanților asupra competenței lor academice a rămas relativ stabilă.

Competența socială. Media a crescut de la 10,67 (DS = 2,46) la 11,25 (DS = 0,62), dar diferența nu este semnificativă statistic ($Z = -0,772$, $p = 0,440$). Acest lucru indică o ușoară îmbunătățire a percepției competenței sociale, deși nu semnificativă.

Competența athletică. Media a crescut de la 11,75 (DS = 2,98) la 12,08 (DS = 2,87), dar diferența nu este semnificativă statistic ($Z = -1,633$, $p = 0,102$). Aceasta sugerează o ușoară îmbunătățire a percepției competenței atletice, deși nu semnificativă.

Aspectul fizic. Media a crescut semnificativ de la 7,5 (DS = 2,61) la 9,75 (DS = 2,37), cu o diferență semnificativă statistic ($Z = -3,164$, $p = 0,002$). Psihologic, aceasta indică o îmbunătățire semnificativă a percepției participanților asupra propriului aspect fizic, sugerând o creștere a satisfacției cu propriul aspect.

Competența în activități profesionale. Media a scăzut ușor de la 11,67 (DS = 2,21) la 11,25 (DS = 2,13), dar diferența nu este semnificativă statistic ($Z = -3,101$, $p = 0,317$). Aceasta sugerează că percepția competenței profesionale a rămas relativ stabilă.

Atracție romantică. Media a crescut semnificativ de la 7,92 (DS = 3,2) la 10,75 (DS = 3,01), cu o diferență semnificativă statistic ($Z = -3,108$, $p = 0,002$). Psihologic, aceasta indică o îmbunătățire semnificativă a percepției participanților asupra propriei atractivități romantice, sugerând o creștere a încrederii în sine în contextul relațiilor romantice.

Conduită comportamentală. Media a crescut semnificativ de la 10,17 (DS = 3,18) la 12,17 (DS = 2,79), cu o diferență semnificativă statistic ($Z = -2,989$, $p = 0,003$). Aceasta sugerează o îmbunătățire semnificativă a percepției participanților asupra propriei conduite comportamentale, indicând posibil o creștere a autocontrolului și a comportamentelor prosoziale.

Prietenii apropiate. Media a crescut semnificativ de la 11,58 (DS = 4,18) la 13 (DS = 3,56), cu o diferență semnificativă statistic ($Z = -2,859$, $p = 0,004$). Psihologic, aceasta indică o îmbunătățire semnificativă a percepției participanților asupra calității și cantității prietenilor apropiați, sugerând o creștere a satisfacției în relațiile interpersonale.

Concepția de sine globală. Media a crescut semnificativ de la 9,75 (DS = 0,96) la 14,92 (DS = 1,31), cu o diferență semnificativă statistic ($Z = -3,071$, $p = 0,002$). Aceasta indică o îmbunătățire semnificativă a concepției de sine globale, sugerând o creștere substanțială a stimei de sine și a percepției generale asupra propriei valori.

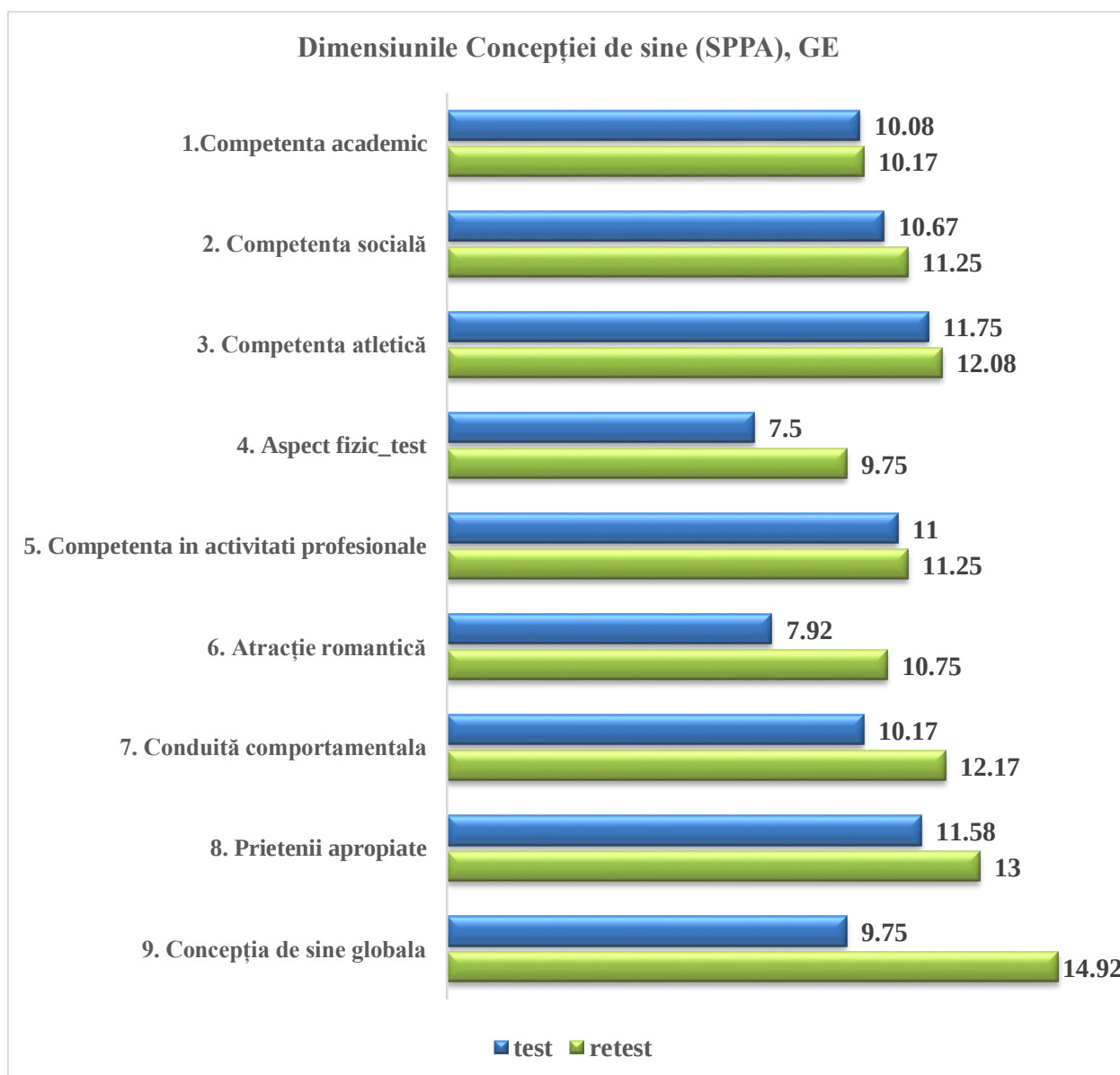


Figura 3.3. Comparații test-retest pentru Dimensiunile Concepției de sine (SPPA), GE

În concluzie, studiul arată îmbunătățiri semnificative în mai multe dimensiuni ale concepției de sine, în special în ceea ce privește aspectul fizic, atracția romantică, conduita comportamentală, prietenii apropiate și concepția de sine globală. Dimensiunile legate de competența academică, socială, athletică și profesională au rămas relativ stabile.

Din perspectivă psihologică, aceste rezultate sugerează că intervenția a avut un impact pozitiv asupra mai multor aspecte ale imaginii de sine a participanților, în special în domeniile legate de aspectul fizic, relațiile interpersonale și stima de sine globală. Aceste îmbunătățiri ar putea avea implicații pozitive pentru sănătatea mentală, funcționarea socială și bunăstarea generală a participanților.

Rezultatele obținute se aliniază unor studii care au investigat schimbările în imaginea corporală, stima de sine și diferite aspecte ale concepției de sine în urma unor intervenții. Aceste studii oferă un context mai larg pentru rezultatele prezentate.

Amintim studiul lui O'Dea și Abraham [186], care a examinat efectele unui program de îmbunătățire a imaginii corporale și a stimei de sine în rândul adolescenților. Cercetarea lui Richardson și Paxton [204] a evaluat eficacitatea unui program de prevenție a imaginii corporale negative pentru fete adolescente. Ei au raportat îmbunătățiri semnificative în satisfacția cu imaginea corporală și reduceri ale internalizării idealurilor de frumusețe, susținând rezultatele noastre legate de aparența fizică și imaginea corporală. Studiul lui Golan [91] a investigat efectele unei intervenții bazate pe școală pentru îmbunătățirea imaginii corporale și a stimei de sine în rândul adolescenților. Ei au găsit îmbunătățiri semnificative în percepția imaginii corporale și în stima de sine, în concordanță cu rezultatele noastre. Cercetarea lui Diedrichs și colab. [59] a examinat eficacitatea unei intervenții de o singură sesiune pentru îmbunătățirea imaginii corporale în rândul adolescenților. Ei au raportat îmbunătățiri semnificative în satisfacția cu imaginea corporală și stima de sine. Studiul lui Yager și O'Dea [297] a comparat eficacitatea diferitelor tipuri de intervenții pentru îmbunătățirea imaginii corporale și a stimei de sine în rândul studenților. Ei au găsit că intervențiile care se concentrează pe îmbunătățirea stimei de sine generale sunt la fel de eficiente ca și cele specifice imaginii corporale, susținând rezultatele noastre privind îmbunătățirile în concepția de sine globală.

Cercetarea lui Atkinson și Wade [13] a investigat eficacitatea unei intervenții bazate pe mindfulness pentru îmbunătățirea imaginii corporale și a stimei de sine în rândul adolescentelor. Ei au raportat îmbunătățiri semnificative în satisfacția cu imaginea corporală și reduceri ale preocupărilor legate de greutate, similar cu rezultatele noastre. Studiul lui Wilksch și Wade [294] a evaluat eficacitatea unui program de prevenție a tulburărilor de alimentație și a imaginii corporale negative în rândul adolescenților. Ei au găsit îmbunătățiri semnificative în satisfacția cu imaginea corporală și reduceri ale internalizării idealurilor de frumusețe, susținând rezultatele noastre.

Aceste studii, deși realizate în contexte și populații diferite, susțin în general rezultatele prezentate obținute. Ele demonstrează că intervențiile bine concepute pot avea un impact pozitiv asupra imaginii corporale, stimei de sine și diferitelor aspecte ale concepției de sine în rândul adolescenților și tinerilor adulți.

Este important de menționat că, deși există similarități, pot exista și diferențe în magnitudinea efectelor sau în aspectele specifice care se îmbunătățesc, în funcție de natura exactă a intervenției, contextul cultural și caracteristicile populației studiate. Prin urmare, este întotdeauna

valoros să se efectueze studii în contexte locale specifice pentru a valida și adapta intervențiile la nevoile particulare ale populației țintă.

C. Factori de personalitate

7. BFI 10

Tabelele 20, 21 și 22 din Anexa 3.2 prezintă modificările în cei cinci factori fundamentali de personalitate în urma intervenției la grupul experimental.

Extraversia. S-a înregistrat o creștere semnificativă de la 4,58 (DS=1,73) la 6.0 (DS=1,3), $Z=-2,919$, $p=0,004$. Această îmbunătățire sugerează că participantele au devenit mai deschise social, mai asertive și posibil mai energice în interacțiunile sociale, un aspect important pentru adolescentele care inițial ar fi putut prezenta tendințe de izolare socială din cauza problemelor legate de imaginea corporală.

Agreabilitatea. A crescut semnificativ de la 7 (DS=1,41) la 8.5 (DS=1,16), $Z=-2,994$, $p=0,003$. Creșterea agreabilității indică dezvoltarea unor atitudini mai pozitive față de ceilalți, posibil o mai mare empatie și cooperare, precum și o reducere a tendințelor critice care adesea se reflectă și în autocriticism.

Conștiinciozitatea. S-a observat o creștere ușoară, nesemnificativă statistic, de la 6,67 (DS=1,43) la 6,92 (DS=1,5), $Z=-1.732$, $p=0,083$. Această trăsătură pare să fie mai stabilă și mai puțin influențată de intervenție.

Nevrotismul. A scăzut semnificativ de la 7,58 (DS=2,02) la 5,92 (DS=0,99), $Z=-2,831$, $p=0,005$. Reducerea nevrotismului este deosebit de relevantă, indicând o diminuare a tendințelor anxioase, depresive și a labilității emoționale, factori frecvent asociați cu comportamentele alimentare problematice.

Deschiderea. S-a înregistrat o creștere semnificativă de la 7,58 (DS=2,39) la 8,67 (DS=1,96), $Z=-2,919$, $p=0,004$. Această modificare sugerează o mai mare receptivitate la experiențe noi, flexibilitate cognitivă și posibil o capacitate îmbunătățită de a adopta perspective alternative asupra corpului și alimentației.

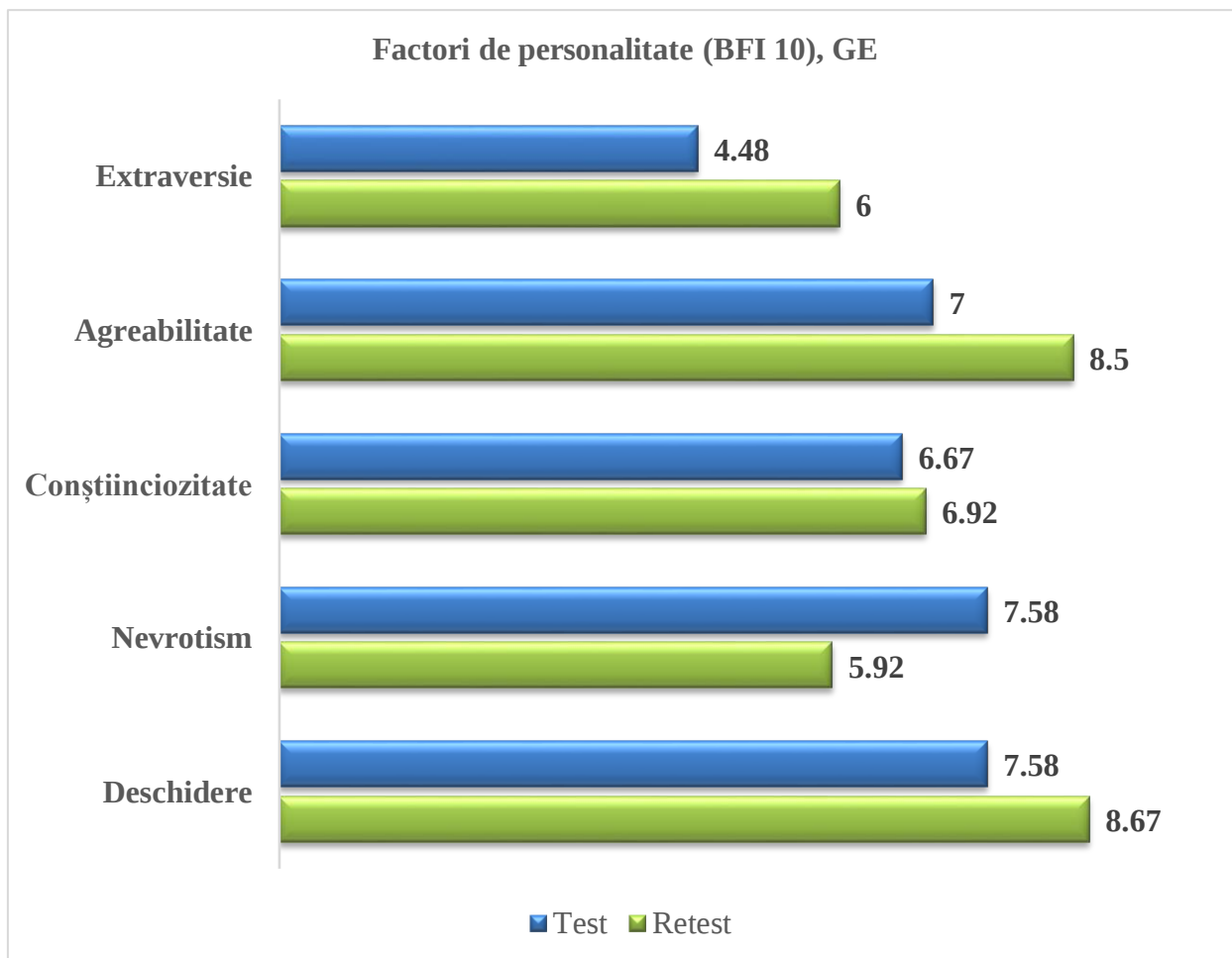


Figura 3.4. Comparații test-retest pentru Factori de personalitate (BFI 10), GE

8. *Factori de personalitate relaționați cu sănătatea (HP5) și Perfecționismul (CPQ)*

Tabelele 23, 24 și 25 din Anexa 3.2 evidențiază modificări semnificative în trăsăturile de personalitate cu impact direct asupra sănătății.

Antagonismul a scăzut semnificativ de la 14,17 (DS=3,56) la 10,75 (DS=10,75), $Z=-3,097$, $p=0,002$. Reducerea antagonismului indică o diminuare a ostilității și a tendințelor defensive, favorizând relații interpersonale mai armonioase.

Impulsivitatea a înregistrat o scădere semnificativă de la 10 (DS=4) la 7,33 (DS=2,64), $Z=-2,829$, $p=0,005$. Reducerea impulsivității este esențială pentru controlul comportamentelor alimentare problematice, permițând adolescentelor să ia decizii mai deliberate privind alimentația.

Capacitatea hedonică a crescut semnificativ de la 11,75 (DS=3,04) la 13,67 (DS=2,49), $Z=-2,994$, $p=0,003$. Îmbunătățirea capacității hedonice sugerează o mai bună abilitate de a simți plăcere și satisfacție, reducând potențial nevoia de a folosi alimentația ca sursă compensatorie de plăcere.

Afectivitatea negativă a scăzut semnificativ de la 13,75 (DS=3,1) la 10,83 (DS=2,55), $Z=-3,100$, $p=0,002$. Această reducere indică o diminuare a stărilor emoționale negative, care adesea declanșează comportamente alimentare disfuncționale.

Alexitimia s-a redus semnificativ de la 13 (DS=1,75) la 9,75 (DS=1,54), $Z=-3,109$, $p=0,002$. Scăderea alexitimiei reflectă o îmbunătățire a capacității de a identifica și exprima emoții, o abilitate esențială pentru gestionarea emoțională fără a recurge la comportamente alimentare compensatorii.

Perfecționismul a scăzut semnificativ de la 25,33 (DS=5,15) la 21,33 (DS=3,79), $Z=-2,949$, $p=0,003$. Deși reducerea este mai mică comparativ cu alte trăsături, aceasta indică o diminuare a standardelor nerealiste și a autoevaluării negative, factori frecvent implicați în tulburările alimentare.

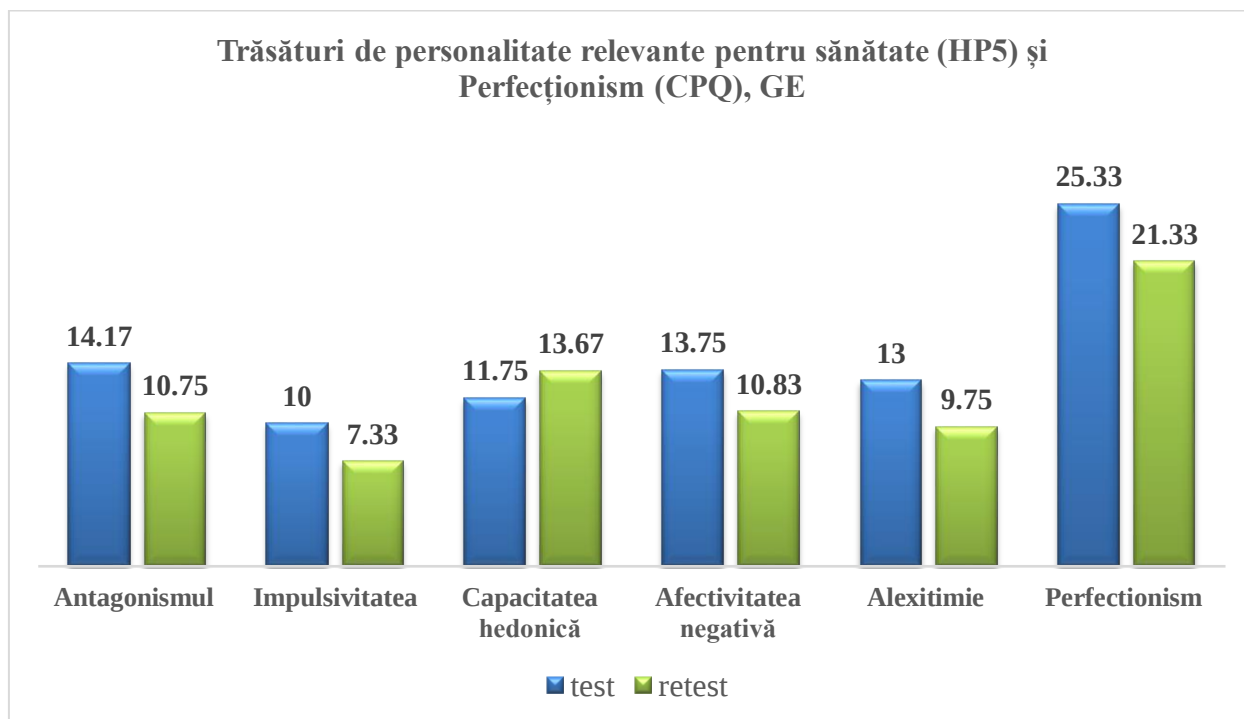


Figura 3.5. Trăsături de personalitate relevante pentru sănătate (HP5) și Perfecționism (CPQ), GE

D. Presiune socio-culturală

Tabelele 26, 27 și 28 din Anexa 3.2 prezintă o reducere semnificativă a percepției presiunii sociale, care a scăzut de la 30,42 (DS=2,42) la 21,92 (DS=2,46), $Z=-3,075$, $p=0,002$. Această modificare reprezintă una dintre cele mai importante realizări ale programului, indicând că adolescentele au dezvoltat rezistență la presiunile sociale privind idealurile de frumusețe și greutate corporală, un factor determinant în dezvoltarea comportamentelor alimentare problematice.

Aceste rezultate demonstrează eficacitatea programului "Metamorfoza" în modificarea trăsăturilor de personalitate relevante pentru comportamentele alimentare problematice și în reducerea vulnerabilității adolescenților la presiunile socioculturale. Modificările sunt consistente și complementare, sugerând o abordare integrativă reușită care adresează multiplele aspecte psihologice implicate în relația cu alimentația și imaginea corporală.

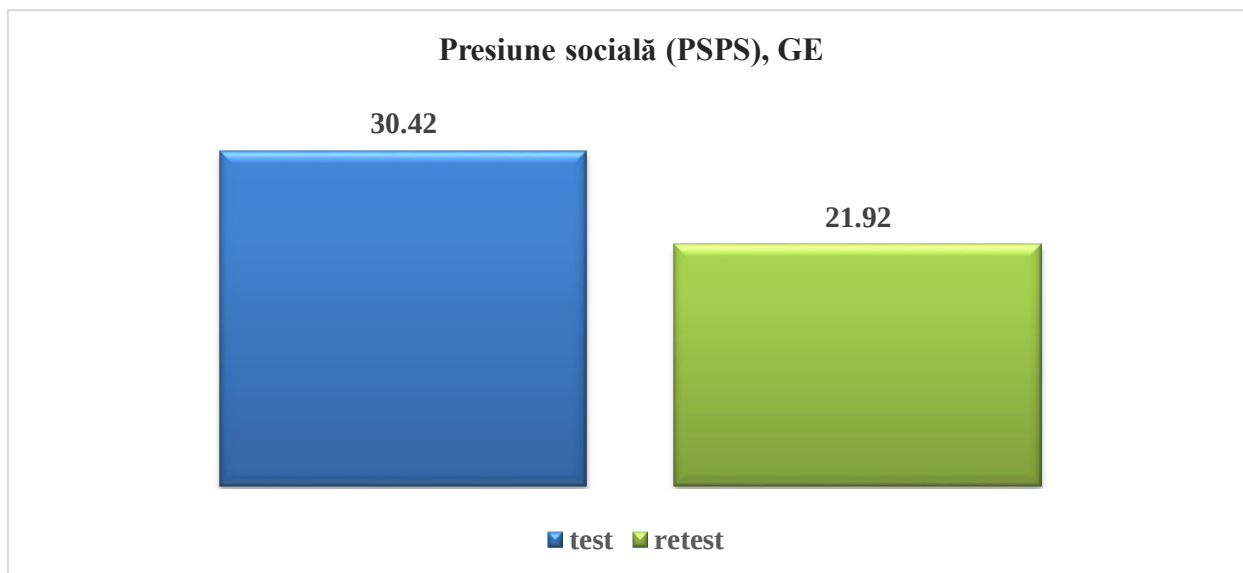


Figura 3.6. Comparații test-retest pentru Presiune socială (PSPS), GE

Rezultatele analizei comparative pentru GC în etapele test și retest sunt prezentate în *Anexa 3.3*.

A. Comportamente și atitudini alimentare

Datele arată că pentru toate variabilele măsurate (CICAP, EAT-26 și subscalele sale, precum și EEQ), diferențele între mediile test și retest sunt minore și nesemnificative statistic (toate valorile $p > 0,05$). Comportamentul alimentar problematic (CICAP) și atitudinile alimentare (EAT-26) au rămas practic neschimbate, cu variații nesemnificative în subscalele EAT-26. Alimentația emoțională (EEQ) a înregistrat cea mai notabilă schimbare, cu o ușoară scădere a mediei de la 19,83 la 19,42, apropiindu-se de pragul de semnificație statistică ($p = 0,059$). În ansamblu, aceste rezultate sugerează o stabilitate a comportamentului alimentar în grupul de control între cele două momente de testare, indicând potențial o bună fiabilitate a instrumentelor utilizate și absența unor schimbări semnificative în comportamentul alimentar al participanților din grupul de control pe perioada studiului.

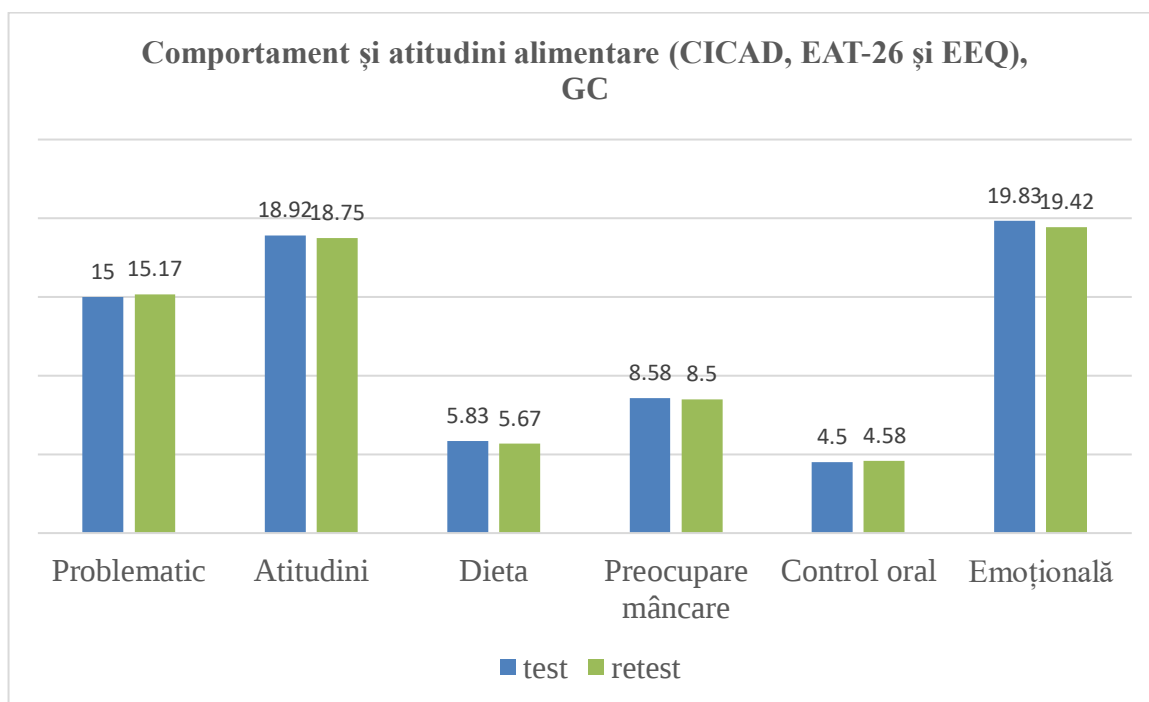


Figura 3.7. Comparații pentru CICAP, EAT-26 și EEQ, GC test și retest

B. Imagine corporală și stimă de sine

Dimensiunea cuprinde Anxietatea corporală (AAI), Stima de sine corporală (BESSA) și Profilul Percepției de sine (SPPA). Datele arată că pentru toate variabilele măsurate, diferențele între mediile test și retest sunt minore și nesemnificative statistic (toate valorile $p > 0,05$). Îngrijorarea cu privire la aparența fizică (AAI) a scăzut ușor, dar nesemnificativ ($p = 0,197$). Imaginea corporală globală (BESSA) a crescut marginal ($p = 0,263$), la fel și satisfacția cu aparența fizică ($p = 0,131$). Satisfacția cu greutatea a înregistrat cea mai notabilă creștere, apropiindu-se de pragul de semnificație statistică ($p = 0,059$). Satisfacția cu imaginea atribuită a scăzut ușor, dar nesemnificativ ($p = 0,461$). În general, aceste rezultate indică o stabilitate a percepției imaginii corporale și a stimei de sine în grupul de control între cele două momente de testare, sugerând o consistență a acestor constructe psihologice și potențial o bună fiabilitate a instrumentelor utilizate în studiu.

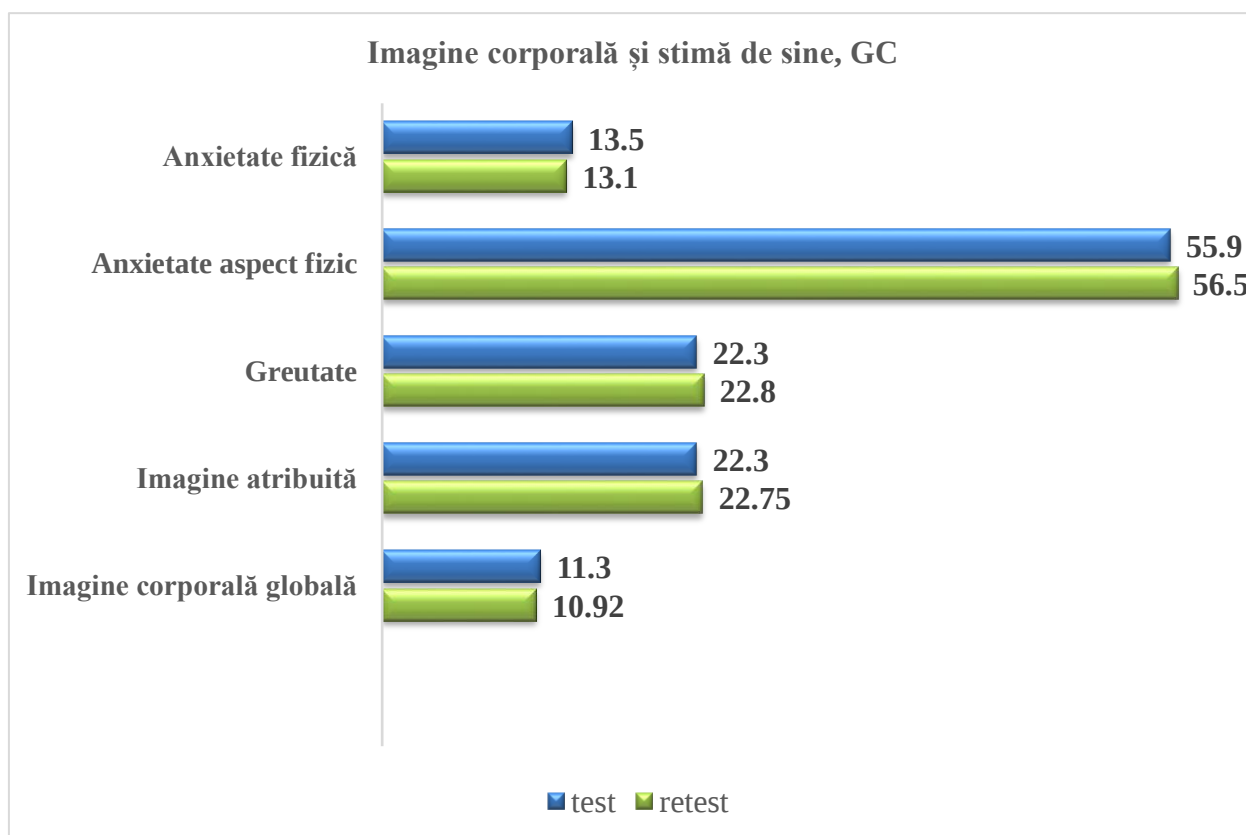


Figura 3.8. Comparații test și retest pentru AAI și BESSA, GC

6. Profilul percepției de sine (SPPA)

Pentru majoritatea dimensiunilor, diferențele între mediile test și retest sunt minore și ne semnificative statistic (toate valorile $p > 0,05$). Competența athletică, atracția romantică și conduita comportamentală au rămas neschimbate. Competența academică, aparența fizică, competența în activități profesionale și prietenii apropiate au înregistrat modificări ne semnificative. Competența socială a arătat cea mai mare scădere (de la 11,25 la 8,42), apropiindu-se de pragul de semnificație statistică ($p = 0,067$). Concepția de sine globală a scăzut ușor (de la 10,58 la 9,58), apropiindu-se și ea de pragul de semnificație ($p = 0,086$). Rezultatele indică o stabilitate relativă a majorității dimensiunilor concepției de sine în grupul de control între cele două momente de testare, cu excepția competenței sociale și a concepției de sine globale, care ar putea sugera o ușoară tendință de scădere, deși ne semnificativă statistic.

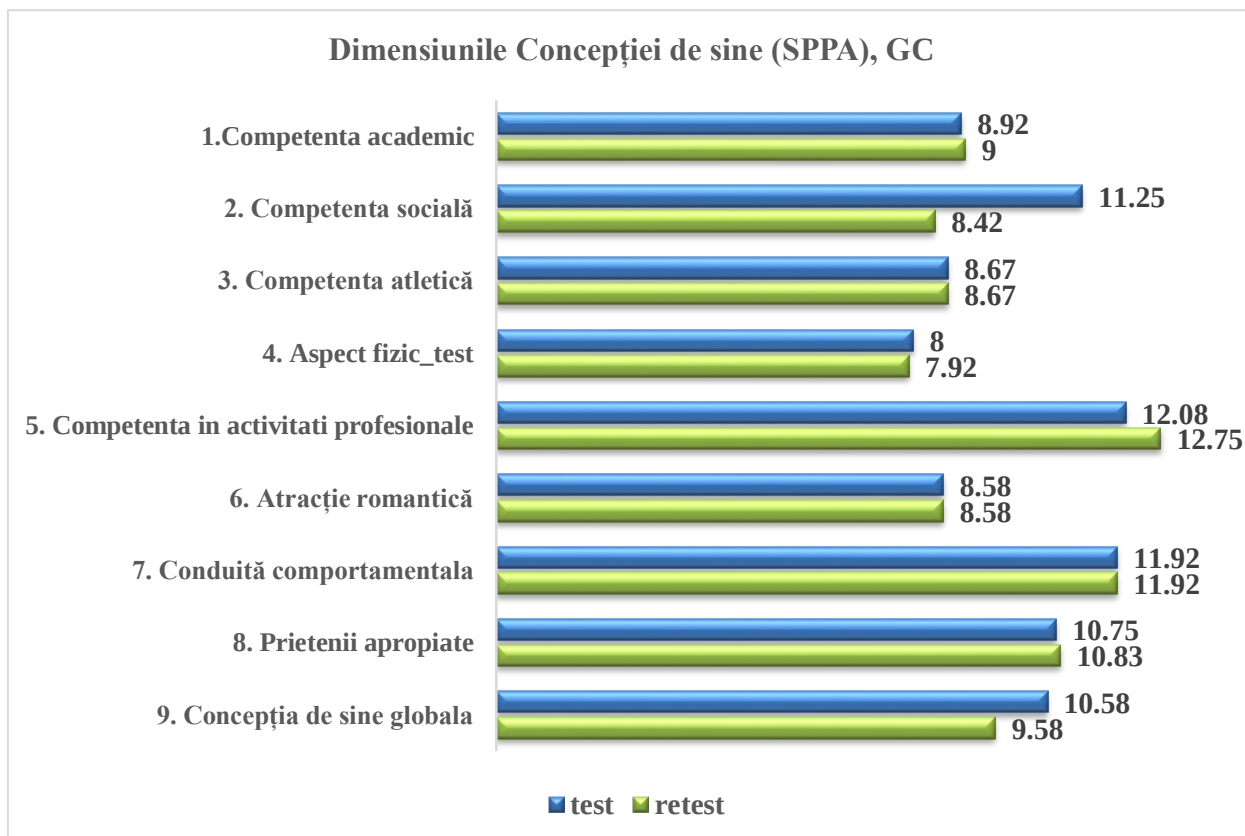


Figura 3.9. Comparații test-retest pentru Dimensiunile Concepției de sine (SPPA), GC

C. Factori de personalitate

9. BFI 10

Pentru toți cei cinci factori de personalitate (Extraversie, Agreabilitate, Conștiinciozitate, Nevrotism și Deschidere), diferențele între mediile test și retest sunt minore și ne semnificative statistic (toate valorile $p > 0,05$). Se observă o ușoară tendință de creștere pentru toate dimensiunile, dar aceste creșteri sunt minime. Nevrotismul prezintă cea mai mare creștere (de la 7,5 la 7,83), urmată de Deschidere (de la 7,17 la 7,42), însă aceste modificări rămân ne semnificative statistic ($p = 0,102$ și respectiv $p = 0,317$). Extraversia, Agreabilitatea și Conștiinciozitatea au înregistrat creșteri foarte mici. Rezultate indică stabilitatea trăsăturilor de personalitate în grupul de control între cele două momente de testare, ceea ce este în concordanță cu teoria că trăsăturile de personalitate sunt relativ stabile în timp.

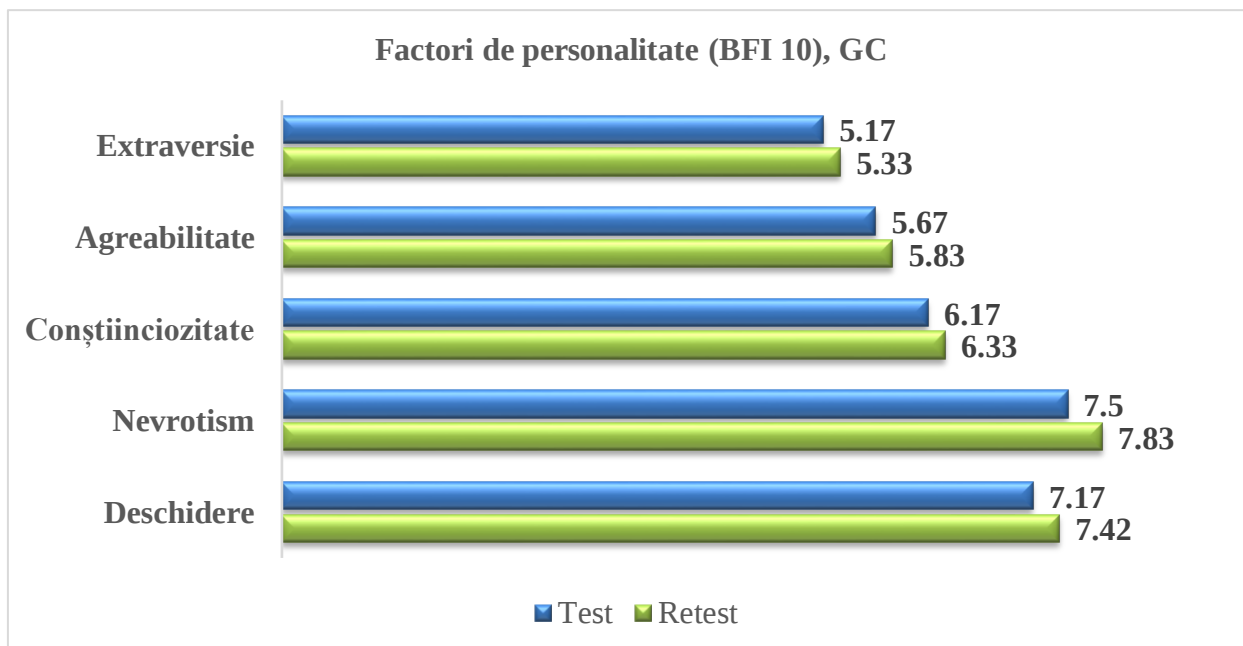


Figura 3.10. Comparații test-retest pentru Factori de personalitate (BFI 10), GC

10. Factori de personalitate relaționați cu sănătatea (HP5)

Datele arată că pentru toate dimensiunile măsurate, diferențele între mediile test și retest sunt extrem de mici și ne semnificative statistic (toate valorile $p > 0,05$). Antagonismul a scăzut ușor (de la 13,67 la 13,5), în timp ce Impulsivitatea și Capacitatea hedonică au crescut marginal. Afectivitatea negativă și Alexitimia au înregistrat scăderi minore. Perfecționismul a rămas practic neschimbat (de la 21,75 la 21,67). Cea mai mică valoare p observată este 0,157 pentru Antagonism, dar este încă departe de pragul de semnificație statistică. Rezultate indică stabilitatea trăsăturilor de personalitate relevante pentru sănătate și a perfecționismului în grupul de control între cele două momente de testare.

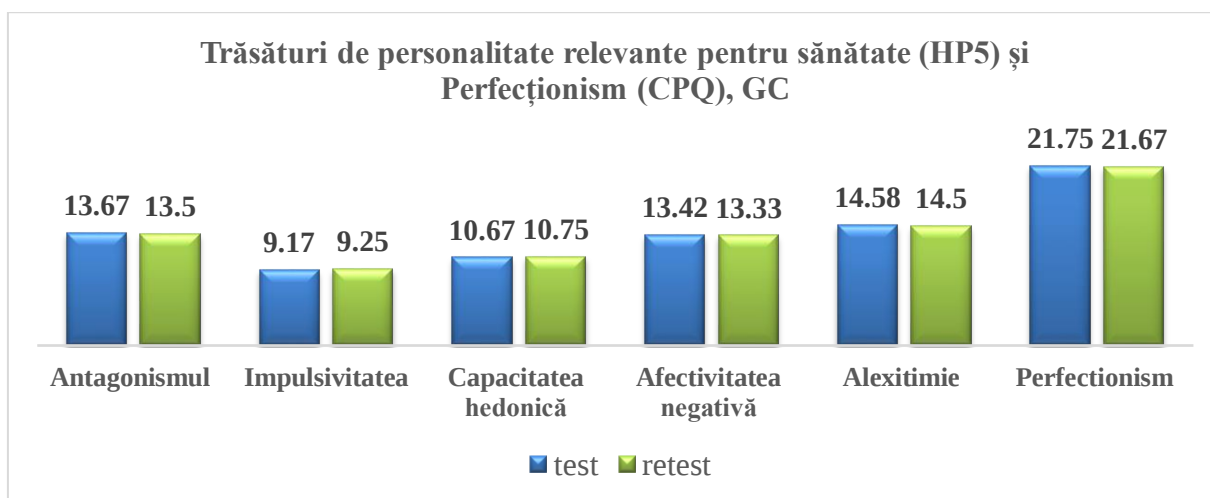


Figura 3.11. Trăsături de personalitate relevante pentru sănătate (HP5) și Perfecționism (CPQ), GC

D. Presiune socio-culturală

Am constatat o ușoară scădere a mediei scorului de presiune socială de la 30,75 (DS = 2,76) în faza de test la 30,25 (DS = 3,04) în faza de retest. Cu toate acestea, această diferență este foarte mică și nesemnificativă statistic, așa cum indică rezultatul testului Wilcoxon ($Z = -0,447$, $p = 0,655$). Valoarea p fiind mult mai mare decât pragul convențional de 0,05 sugerează că nu există o diferență semnificativă între cele două măsurători. Aceste rezultate indică stabilitatea percepției presiunii sociale în grupul de control între cele două momente de testare. Absența unor schimbări semnificative în grupul de control este de asemenea importantă pentru validitatea internă a studiului, indicând că orice schimbări observate în grupul experimental pot fi atribuite intervenției și nu unor factori externi sau trecerii timpului.

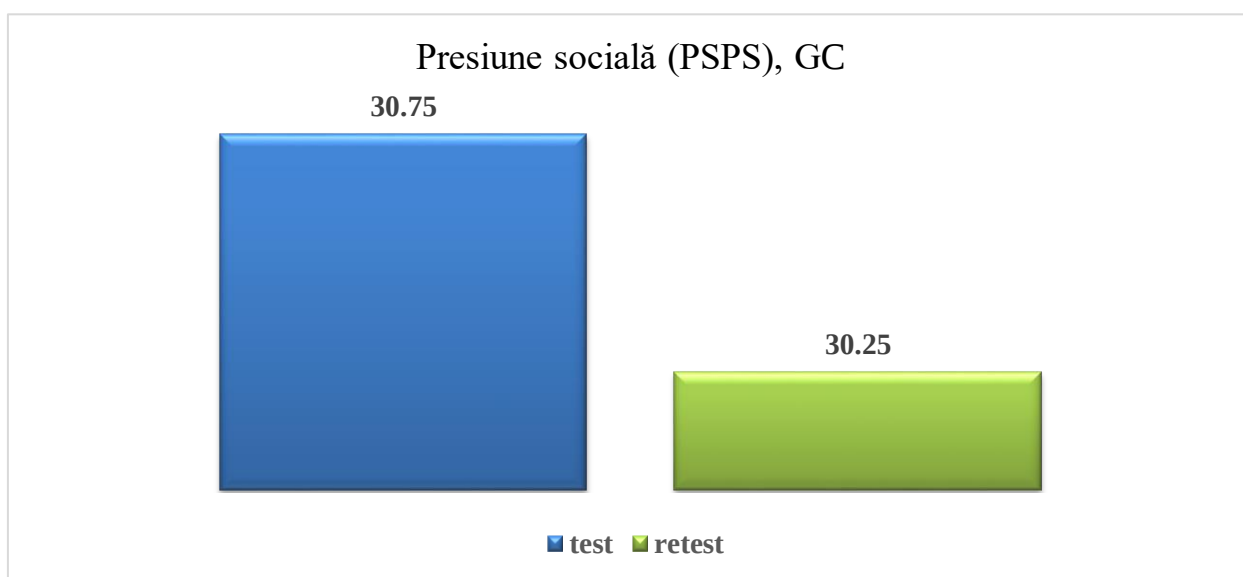


Figura 3.12. Comparații test-retest pentru Presiune socială (PSPS), GC

Comparații ale GE și GC în etapa retest

Datele obținute în urma analizei comparative între GE și GC în etapa retest sunt prezentate în Anexa 3.4.

A. Comportamente și atitudini alimentare

Am obținut diferențe semnificative statistic (toate valorile $p < 0,001$) între cele două grupuri pentru toate variabilele măsurate. Grupul experimental prezintă scoruri semnificativ mai mici decât grupul de control în toate dimensiunile. Comportamentul alimentar problematic (CICAP) este semnificativ redus în GE (7,58) comparativ cu GC (15). Atitudinile alimentare totale (EAT-26) sunt de asemenea mult mai scăzute în GE (12,75) față de GC (18,92). Subscalele EAT-26 (Dieta, Preocupare pentru mâncare, Control oral) urmează aceeași tendință, cu scoruri

semnificativ mai mici în GE. Alimentația emoțională (EEQ) este, de asemenea, semnificativ redusă în GE (15,42) comparativ cu GC (19,58).

Aceste rezultate sugerează că intervenția aplicată grupului experimental a avut un impact semnificativ și pozitiv asupra comportamentului alimentar, reducând comportamentele alimentare problematice, atitudinile alimentare negative și alimentația emoțională. Diferențele mari și consistente între GE și GC indică eficacitatea intervenției în îmbunătățirea comportamentului alimentar al participanților din grupul experimental.

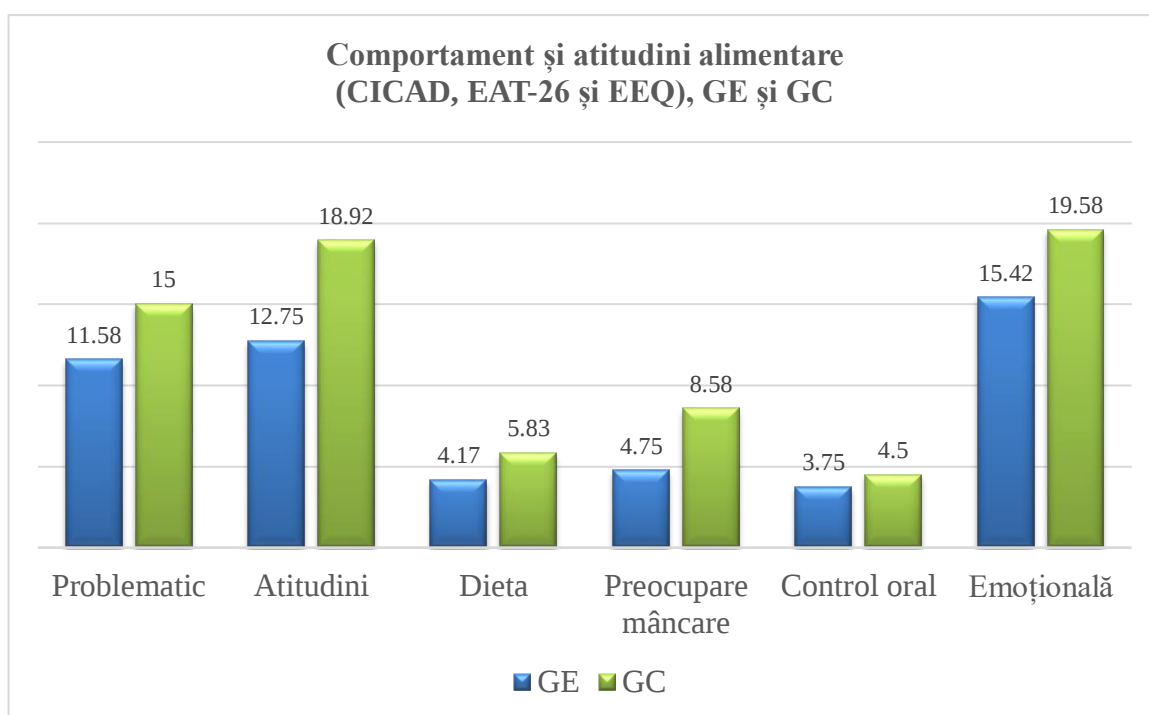


Figura 3.13. Comparații pentru CICAP, EAT-26 și EEQ, GE și GC retest

B. Imagine corporală și stimă de sine

Dimensiunea cuprinde Anxietatea corporală (AAI), Stima de sine corporală (BESSA) și Profilul Percepției de sine (SPPA). Datele arată că, deși există unele diferențe între cele două grupuri, acestea nu sunt semnificative statistic pentru niciuna dintre variabilele măsurate (toate valorile $p > 0,05$). Îngrijorarea cu privire la aspectul fizic (AAI) este mai scăzută în GE (9,58) comparativ cu GC (13,08), apropiindu-se de pragul de semnificație statistică ($p = 0,062$). Imaginea corporală globală (BESSA) este ușor mai scăzută în GE, dar diferența nu este semnificativă ($p = 0,198$). Satisfacția cu aspectul fizic și cu greutatea sunt ușor mai scăzute în GE, cu satisfacția cu greutatea apropiindu-se de pragul de semnificație ($p = 0,055$). Satisfacția cu imaginea atribuită este ușor mai ridicată în GE, dar diferența este nesemnificativă ($p = 0,755$). Aceste rezultate

sugerează că, deși intervenția aplicată grupului experimental ar putea avea un efect pozitiv asupra îngrijorării legate de aspectul fizic și satisfacției cu greutatea, efectele nu sunt suficient de puternice pentru a atinge semnificația statistică. Este posibil ca schimbările în imaginea corporală și stima de sine să necesite mai mult timp pentru a se manifesta semnificativ sau ca intervenția să fi avut un impact mai subtil asupra acestor dimensiuni comparativ cu efectele asupra comportamentului alimentar.

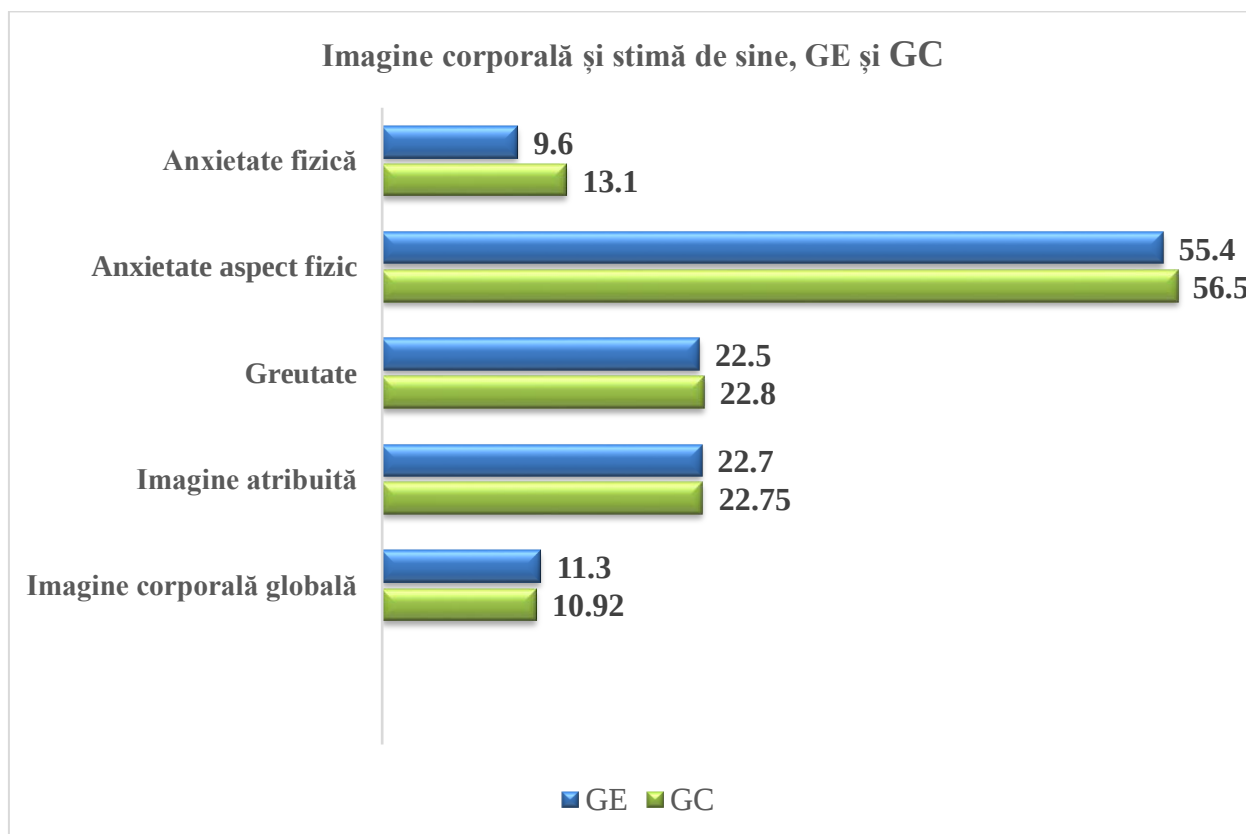


Figura 3.14. Comparării retest pentru AAI și BESSA, GE și GC

6. Profilul percepției de sine (SPPA)

Am constatat diferențe semnificative statistic între cele două grupuri pentru mai multe dimensiuni. Competența socială ($p = 0,004$), competența athletică ($p = 0,004$), aparența fizică ($p = 0,009$) și concepția de sine globală ($p < 0,001$) sunt semnificativ mai ridicate în GE comparativ cu GC. Cea mai mare diferență se observă în concepția de sine globală, unde GE are o medie de 14,92 comparativ cu 9,58 în GC. Competența academică, atracția romantică și prietenii apropiate sunt de asemenea mai ridicate în GE, deși diferențele nu ating pragul de semnificație statistică. Competența în activități profesionale este ușor mai scăzută în GE, dar diferența nu este semnificativă. Conduita comportamentală este similară între cele două grupuri.

Rezultatele sugerează că intervenția aplicată grupului experimental a avut un impact pozitiv semnificativ asupra mai multor aspecte ale concepției de sine, în special asupra competenței sociale, atletice, percepției aspectului fizic și, cel mai notabil, asupra concepției de sine globale. Efectul este mai puternic în domeniile legate de imaginea de sine fizică și socială, ceea ce este în concordanță cu obiectivele probabile ale intervenției.

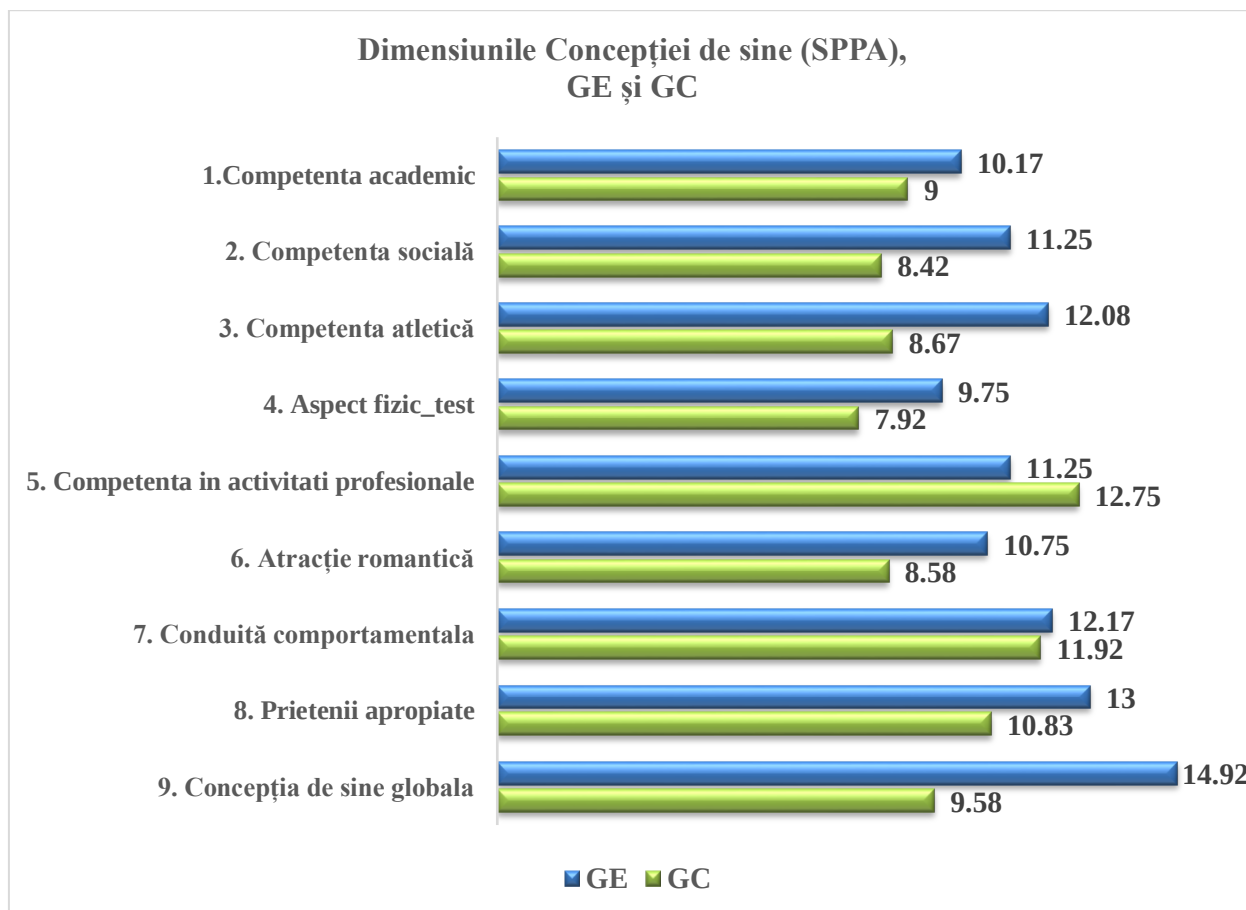


Figura 3.15. Comparații retest pentru Dimensiunile Concepției de sine (SPPA), GE și GC

C. Factori de personalitate

11. BFI 10

Datele obținute arată diferențe semnificative statistic între cele două grupuri pentru două dintre cei cinci factori. Agreabilitatea este semnificativ mai ridicată în GE (8,50) comparativ cu GC (5,83), cu $p < 0,001$. Nevrotismul este semnificativ mai scăzut în GE (5,9) față de GC (7,83), tot cu $p < 0,001$. Pentru ceilalți trei factori - Extraversie, Conștiinciozitate și Deschidere - diferențele nu sunt semnificative statistic, deși se observă tendințe ușoare. Extraversia și Deschiderea sunt ușor mai ridicate în GE, în timp ce Conștiinciozitatea este aproape similară între cele două grupuri. Aceste rezultate sugerează că intervenția aplicată grupului experimental a avut un impact semnificativ asupra Agreabilității și Nevrotismului, două trăsături de personalitate

importante pentru relațiile interpersonale și starea emoțională. Creșterea Agreabilității și scăderea Nevrotismului în GE pot indica o îmbunătățire a funcționării sociale și emoționale ca urmare a intervenției. Este important de notat că, deși personalitatea este considerată în general stabilă, aceste rezultate sugerează că anumite aspecte ale personalității pot fi influențate prin intervenții specifice, cel puțin pe termen scurt.

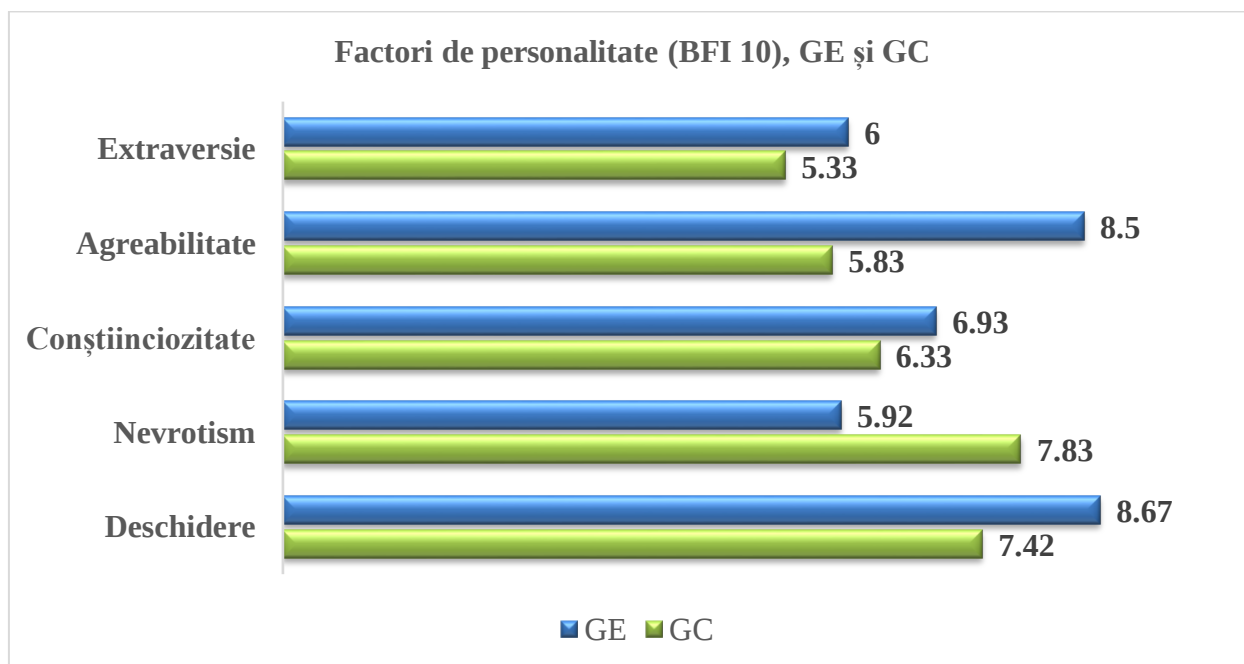


Figura 3.16. Comparații retest pentru Factori de personalitate (BFI 10), GE și GC

12. Factori de personalitate relaționați cu sănătatea (HP5)

Pentru majoritatea dimensiunilor, diferențele între GE și GC nu sunt semnificative statistic ($p > 0,05$), cu excepția alexitimiei. Alexitimia este semnificativ mai scăzută în GE (9,75) comparativ cu GC (14,5), cu $p < 0,001$. Pentru celelalte trăsături, se observă unele tendințe, deși ne semnificative statistic: Antagonismul și Impulsivitatea sunt ușor mai scăzute în GE, în timp ce Capacitatea hedonică este mai ridicată. Afectivitatea negativă este mai scăzută în GE, iar Perfecționismul este aproape identic între cele două grupuri. Aceste rezultate sugerează că intervenția aplicată grupului experimental a avut un impact semnificativ asupra alexitimiei, reducând dificultatea de a identifica și exprima emoțiile. Acest efect ar putea fi deosebit de benefic pentru sănătatea mentală și funcționarea emoțională a participanților. Pentru celelalte trăsături, deși se observă unele tendințe pozitive în GE (de exemplu, scăderea antagonismului și impulsivității, creșterea capacității hedonice), efectele nu sunt suficient de puternice pentru a

atinge semnificația statistică. Acest lucru poate sugera că aceste trăsături sunt mai stabile și mai rezistente la schimbare și că intervenția a avut un efect mai subtil asupra acestora.

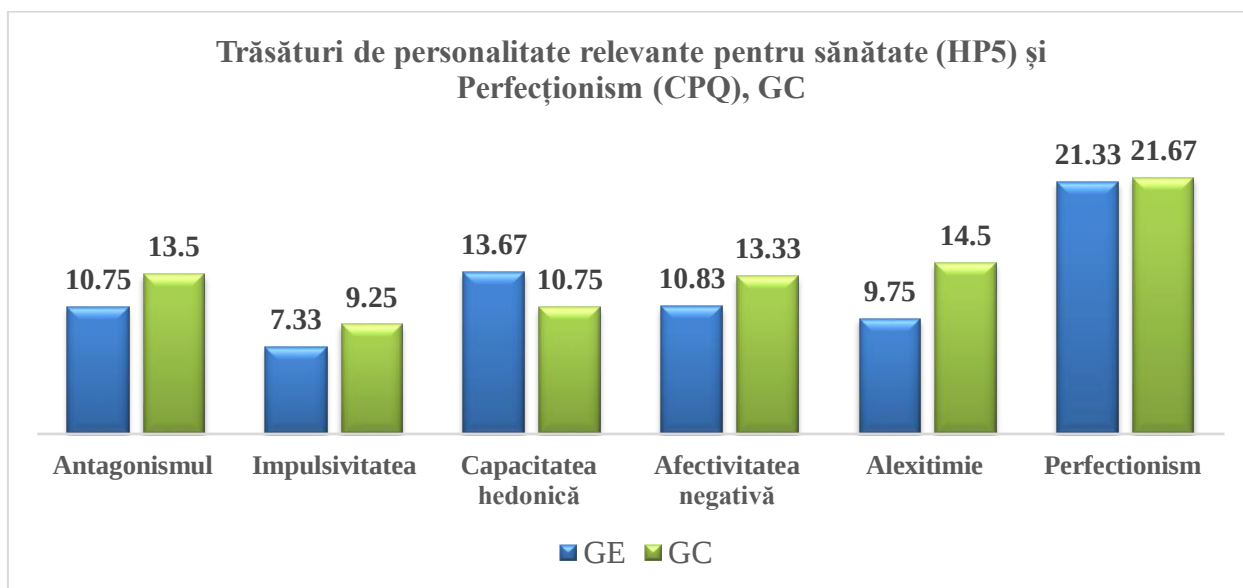


Figura 3.17. Trăsături de personalitate relevante pentru sănătate (HP5) și Perfecționism (CPQ), GC

D. Presiune socio-culturală

Am constatat o diferență semnificativă statistic între cele două grupuri ($p < 0,001$). Grupul experimental prezintă un scor mediu semnificativ mai scăzut (21,92, DS = 2,46) comparativ cu grupul de control (30,25, DS = 3,04) (Fig. 3.18). Această diferență substanțială sugerează că intervenția aplicată grupului experimental a avut un impact puternic și pozitiv în reducerea percepției presiunii sociale. Participanții din GE par să resimtă considerabil mai puțină presiune socioculturală legată de aspecte precum imaginea corporală, greutatea sau aspectul fizic, comparativ cu participanții din GC.

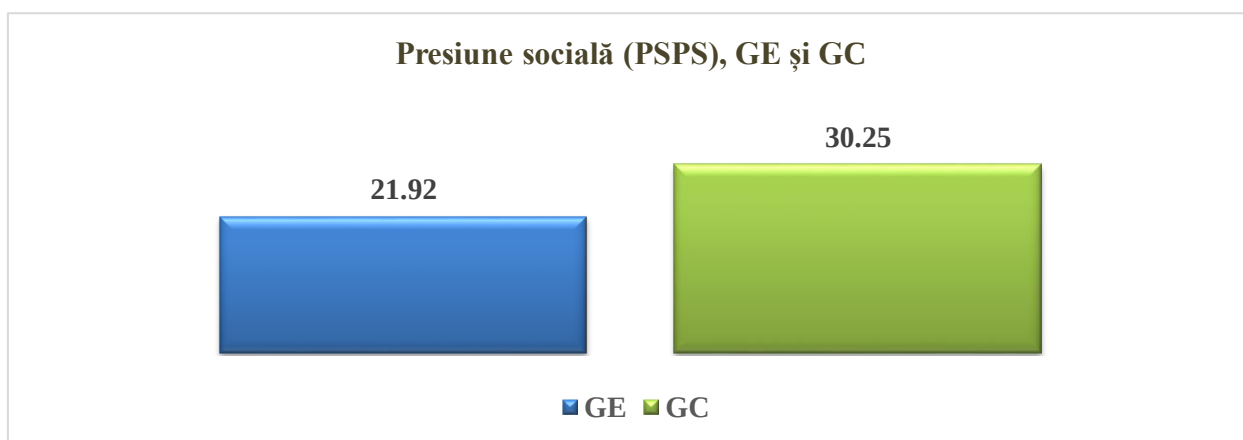


Figura 3.18. Comparații retest pentru Presiune socială (PSPS), GE și GC

Acest rezultat este deosebit de important, deoarece presiunea socială ridicată este adesea asociată cu probleme de imagine corporală, comportamente alimentare problematice și stres psihologic. Reducerea semnificativă a presiunii sociale percepute în GE poate indica o îmbunătățire a rezilienței participanților față de influențele socioculturale negative și potențial o creștere a stimei de sine și a satisfacției cu propria imagine corporală. Acest efect ar putea avea implicații pozitive pe termen lung pentru sănătatea mentală și bunăstarea generală a participanților din grupul experimental.

3.3. Concluzii la capitolul 3

Implementarea și evaluarea programului „Metamorfoza” a generat următoarele concluzii relevante:

1. *Eficiența abordării integrative.* Programul a demonstrat eficacitate semnificativă în abordarea complexă a comportamentului alimentar problematic la adolescente, prin integrarea multiplelor dimensiuni psihologice implicate.
2. *Ameliorarea comportamentului alimentar.* Participantele din grupul experimental au înregistrat o reducere semnificativă a comportamentelor alimentare problematice, inclusiv scăderea alimentației emoționale, a preocupărilor excesive pentru mâncare și a tendințelor restrictive.
3. *Îmbunătățirea imaginii corporale.* S-a constatat o diminuare semnificativă a anxietății legate de aspectul fizic și o creștere a stimei de sine corporale, demonstrând eficiența tehnicilor de restructurare a percepției asupra corpului.
4. *Optimizarea concepției de sine.* Adolescente care au beneficiat de intervenție au raportat creșteri semnificative în dimensiunile relevante ale concepției de sine, în special în ceea ce privește aspectul fizic, atracția romantică, conduita comportamentală și concepția de sine globală.
5. *Modificări în trăsăturile de personalitate.* S-au înregistrat schimbări pozitive în factori de personalitate relevanți pentru sănătate, cu creșterea extraversiei și agreabilității și reducerea nevrotismului și alexitimiei, demonstrând potențialul de adaptare psihologică.
6. *Dezvoltarea rezilienței la presiunea socioculturală.* Una dintre cele mai importante realizări ale programului a fost reducerea semnificativă a percepției presiunii sociale legate de aspectul fizic, indicând dezvoltarea unor mecanisme protective împotriva standardelor de frumusețe nerealiste.

7. *Stabilitatea grupului de control.* Absența modificărilor semnificative în grupul de control confirmă că schimbările observate în grupul experimental se datorează intervenției și nu altor factori externi sau maturizării naturale.
8. *Validarea abordării multidimensionale.* Rezultatele susțin valoarea unei intervenții care adresează simultan multiplele aspecte implicate în comportamentul alimentar problematic, de la factori cognitivi și emoționali până la influențe sociale și trăsături de personalitate.

Aceste concluzii demonstrează eficacitatea programului „Metamorfoza” și oferă o bază solidă pentru dezvoltarea unor intervenții preventive și terapeutice pentru adolescentele cu comportament alimentar problematic, subliniind importanța abordării personalizate și multidimensionale a acestei problematice.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Comportamentul alimentar problematic la adolescente reprezintă o preocupare semnificativă în domeniul sănătății publice, al psihologiei dezvoltării și psihologiei clinice, cu implicații profunde pentru dezvoltarea fizică, psihologică și socială a adolescentelor. Această lucrare a explorat complexitatea factorilor care influențează comportamentul alimentar la adolescente, precum și eficacitatea diverselor strategii de intervenție și prevenție. Cercetarea noastră a îmbinat o analiză teoretică cuprinzătoare cu un studiu experimental riguros, oferind o perspectivă holistică asupra acestui fenomen multifățetat. Am examinat rolul factorilor psihologici, sociali și culturali în formarea atitudinilor și comportamentelor alimentare, acordând o atenție deosebită impactului imaginii corporale, stimei de sine, presiunii sociale și trăsăturilor de personalitate.

Concluziile și recomandările prezentate în continuare sunt rezultatul unei analize atente a datelor colectate și a literaturii de specialitate. Ele oferă o sinteză a principalelor noastre descoperiri și propun direcții concrete de acțiuni pentru cercetători, psihologi, consilieri școlari, clinicieni, educatori și factori de decizie în domeniul politicilor de sănătate publică. Aceste concluzii și recomandări sunt menite să ghideze eforturile viitoare de cercetare, prevenție și intervenție în domeniul comportamentelor alimentare problematice la adolescente. Ele subliniază necesitatea unei abordări comprehensive, multidisciplinare și adaptate cultural, care să țină cont de complexitatea și diversitatea experiențelor adolescentelor în societatea contemporană.

În cele ce urmează, vom prezenta concluziile noastre principale, urmate de recomandări specifice și direcții de cercetare viitoare, cu scopul de a contribui la îmbunătățirea sănătății și bunăstării adolescentelor în ceea ce privește comportamentul alimentar și imaginea corporală.

Analiza rezultatelor teoretice și experimentale ne-a permis să tragem următoarele *concluzii*:

1. Comportamentul alimentar la adolescente este un fenomen complex, influențat de o multitudine de factori psihologici, sociali și culturali. Această concluzie subliniază natura multifactorială a comportamentului alimentar la adolescente. Factorii psihologici pot include stima de sine, imaginea corporală, și mecanismele de coping. Factorii sociali pot implica presiunea grupului, relațiile familiale și influența mass-media. Factorii culturali pot include idealurile de frumusețe specifice culturii, normele alimentare și atitudinile societale față de greutate și formă corporală.

2. Anxietatea privind aspectul fizic, imaginea corporală negativă și stima de sine scăzută sunt factori determinanți în dezvoltarea comportamentelor alimentare problematice. Adolescente cu o imagine corporală negativă și o stimă de sine scăzută sunt mai predispuse să adopte comportamente alimentare nesănătoase ca mecanism de coping sau în încercarea de a-și îmbunătăți

aparență. Procese interne precum autocritica intensă, ruminația și comparațiile negative cu propriile standarde idealizate contribuie la amplificarea anxietății legate de aparență și la menținerea acestor comportamente problematice.

3. Presiunea socială și standardele de frumusețe nerealistice joacă un rol semnificativ în formarea atitudinilor și comportamentelor alimentare dezadaptative la adolescente. Mass-media, rețelele sociale și presiunea grupului pot promova standarde de frumusețe nerealizabile, conducând la insatisfacție corporală și comportamente alimentare problematice. Aceste mesaje externalizate sunt adesea internalizate de adolescente, fapt care duce la formarea unor comparații sociale constante și la crearea unor standarde de autoevaluare distorsionate. Expunerea repetată la astfel de modele estetice produce un comportament psihologic orientat spre perfecționism corporal, care amplifică vulnerabilitatea emoțională și favorizează strategii alimentare compensatorii. Internalizarea acestor norme sociale poate perturba dezvoltarea unei relații sănătoase cu propriul corp, ceea ce contribuie la menținerea unui ciclu de evaluare negativă și comportamente alimentare dezadaptative.

4. Trăsăturile de personalitate, în special perfecționismul dezadaptativ, sunt corelate cu un risc crescut de dezvoltare a tulburărilor de comportament alimentar. Perfecționismul dezadaptativ poate duce la stabilirea unor standarde nerealist de înalte pentru aspectul fizic și la adoptarea unor comportamente alimentare extreme pentru a atinge aceste standarde. Acest tip de perfecționism este frecvent asociat cu o autoevaluare rigidă și condiționată, în care valoarea personală este percepută ca fiind direct dependentă de criteriile estetice idealizate. Tendința de autocritică persistentă și intoleranța la greșeală pot intensifica comportamentele restrictive sau compensatorii, deoarece orice abatere este percepută ca un eșec personal. Procesele cognitive specifice perfecționismului dezadaptativ contribuie la menținerea și agravarea acestor patternuri disfuncționale. Interacțiunea dintre perfecționism și imagine corporală negativă generează un context psihologic vulnerabil, predispunând adolescentele la dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar.

5. Intervențiile multidimensionale, care abordează simultan aspecte psihologice, comportamentale și sociale, sunt cele mai eficiente în tratamentul și prevenția comportamentelor alimentare problematice și ameliorarea factorilor psihologici subiacenți și contextul social în care acestea apar.

Această cercetare nu doar că răspunde unei nevoi acute în domeniul psihologiei dezvoltării și educaționale, sănătății publice, dar are potențialul de a contribui semnificativ la îmbunătățirea calității vieții unei întregi generații, oferind baze științifice solide pentru politici și programe educaționale adaptate realităților contemporane.

Recomandări pentru implementare

1. *Educație și prevenție.* Implementarea programelor de educație nutrițională și psihologică în școli, oferind adolescentelor informații și abilități pentru dezvoltarea unei relații sănătoase cu alimentația și propriul corp.
2. *Conștientizare publică și formare profesională.* Dezvoltarea campaniilor de conștientizare pentru schimbarea normelor sociale privind imaginea corporală, alături de formarea specialiștilor din domeniul sănătății mentale și nutriției în tehnici specifice pentru adolescente.
3. *Suport familial și abordare interdisciplinară.* Crearea programelor de sprijin pentru părinți și promovarea colaborării între specialiști din diverse domenii pentru o îngrijire comprehensivă a adolescentelor cu comportamente alimentare problematice.
4. *Adaptare și inovație.* Integrarea tehnologiilor moderne (aplicații mobile, platforme online) și adaptarea intervențiilor la specificul cultural și social al beneficiarelor, alături de promovarea politicilor publice care reglementează reprezentarea corpului în media.
5. *Cercetare continuă.* Încurajarea studiilor longitudinale și explorarea noilor direcții de cercetare privind evoluția comportamentelor alimentare, impactul mediului digital, factorii de protecție și mecanismele psihologice implicate, pentru dezvoltarea intervențiilor personalizate și eficiente.

Lucrarea de față își propune să deschidă perspective noi în cercetarea din domeniul psihologiei comportamentului alimentar în adolescență. Continuarea cercetărilor în acest domeniu este esențială pentru a rafina înțelegerea factorilor de risc și protectivi și pentru a dezvolta intervenții mai eficiente. Direcțiile de cercetare propuse oferă o hartă comprehensivă pentru viitoarele studii, acoperind aspecte precum evoluția longitudinală a comportamentelor alimentare, impactul mediului digital, comorbidități psihiatrice, factori de protecție, intervenții familiale, prevenție primară, personalizarea tratamentului, mecanisme psihologice, influența mass-media, tehnologii emergente, factori socio-economici și studii de follow-up pe termen lung. Aceste direcții de cercetare sunt esențiale pentru a aprofunda înțelegerea și a îmbunătăți abordările de prevenție și tratament ale comportamentelor alimentare problematice la adolescente.

BIBLIOGRAFIE

1. AARDOOM, J. J., DINGEMANS, A. E., & VAN FURTH, E. F. E-Health Interventions for Eating Disorders: Emerging Findings, Issues, and Opportunities. *Curr. Psychiatry Rep.*, 2016, 18(4), 42. ISSN: 1523-3812
2. ACHENBACH, T. M., KRUKOWSKI, R. A., DUMENCI, L., & IVANOVA, M. Y. Assessment of adult psychopathology: Meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychol. Bull.*, 2005, 131(3), 361-382. ISSN: 0033-2909
3. AGRAS, W. S. *What we have learned about eating disorders: Science at the service of practice*. Oxford University Press, 2010. ISBN: 978-0-19-923396-4
4. ALBASHTAWY, M. Exploring the reasons why school students eat or skip breakfast. *Nurs Child Young People*, 2015;27:16-22. ISSN: 2046-2336
5. ALLEVA, J. M., SHEERAN, P. WEBB, T. L., MARTIJN, C., & MILES, E. A meta-analytic review of stand-alone interventions to improve body image. *PLoS One*, 2015, 10(9), e0139177. ISSN: 1932-6203
6. ALONSO-PEDRERO, L., BES-RASTROLLO, M. AND MARTI, A. The relationship between emotional eating and disordered eating: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 2023, 15(2), p.486. ISSN: 2072-6643
7. ANDONI, A., CIOBANU, E. Evaluarea obiceiurilor alimentare ale populației rezidente din Republica Moldova. *Arta Medica*, nr. 4 (69), 2018. ISSN: 1810-1879
8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5, Manual de Diagnostic si Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale*, Editura CALLISTO, 2016. ISBN: 978-606-8043-14-2
9. ANGHELUȚĂ, V. Perfecționismul și tulburările de alimentație la adolescenți. In: *Analele Științifice ale Universității de Stat din Moldova. Științe umanistice. Științe ale educației*, 16 septembrie 2022, Chișinău. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic al Universității de Stat din Moldova, 2022, SU, SaE, pp. 132-134. ISBN ISBN 978-9975-142-54-0. ISBN (pdf) 978-9975-62-492-3 (PDF).
10. ASTANI, C. A. *Reglarea comportamentului alimentar - diferențe individuale și presiuni socio-culturale* [Teză de doctorat], Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași, Școala Doctorală de Psihologie și Științe ale Educației.
11. ATA, R. N., LUDDEN, A. B., & LALLY, M. M. The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *J. Youth Adolesc.*, 2007, 36(8), 1024-1037. ISSN: 0047-2891

12. ATTIE, I., & BROOKS-GUNN, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25(1), 70–79.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.1.70>
13. ATKINSON, M.J., AND WADE, T.D. Mindfulness based prevention for eating disorders: A school based cluster randomized controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 2015, 48(7), 1024-1037. ISSN: 0276-3478
14. BALGIU, B. Impactul mass-media asupra imaginii corporale la adolescenți. În: *Revista Medicală Română*. București: Universitatea Politehnica, 2010, vol. LVII, nr.4.
https://rmj.com.ro/articles/2010.4/RMR_Nr-4_2010_Art-7.pdf. ISSN 1220-5478
15. BANDURA, A. *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman, 1997. ISBN: 978-0716728504
16. BANDURA, A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1977 ISBN: 978-0138167448
17. BARDONE-CONE, A. M., ET AL. Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behav. Res. Ther.*, 2007, 45(7), 1647-1655. ISSN: 0005-7967
18. BARDONE-CONE, A. M., WONDERLICH, S. A., FROST, R. O., BULIK, C. M., MITCHELL, J. E., UPPALA, S., & SIMONICH, H. Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 2007, 27(3), 384-405. ISSN: 0272-7358
19. BARTELS, A., AND ZEKI, S. The neural basis of romantic love. *Neuroreport*, 2000, 11, 3829–3834. ISSN: 0959-4965
20. BASSETT, R., CHAPMAN, G. E., & BEAGAN, B. L. Autonomy and control: The co-construction of adolescent food choice. *Appetite*, 2008, 50(2-3), 325-332. ISSN: 0195-6663
21. BAUER, S., & MOESSNER, M. Harnessing the power of technology for the treatment and prevention of eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.*, 2013, 46(5), 508-515. ISSN: 0276-3478
22. BUMEISTER, R. F. & Heatherton, T. F. Self-regulation failure: An overview. *Psychological Inquiry*, 7(1), 1–15, 1996.
https://doi.org/10.1207/s15327965pli0701_1
23. BECK, A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: *International Universities Press*, 1976. ISBN: 978-0452009288
24. BECK, A. T., HAIGH, E. A. P. Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2014, 10, 1-24. ISSN: 1548-5943

25. BECK, J. S. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.). *Guilford Press*, 2011. ISBN: 978-1609185046
26. BERRIDGE, K. C., KRINGELBACH, M. L. Neuroscience of affect: brain mechanisms of pleasure and displeasure. *Curr. Opin. Neurobiol.*, 23, 294–303. ISSN: 0959-4388
27. BIRCH, L. L., & FISHER, J. O. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 1998, 101(Supplement 2), 539-549. ISSN: 0031-4005
28. BIRCH, L. L., FISHER, J. O., GRIMM-THOMAS, K., MARKEY, C. N., SAWYER, R., & JOHNSON, S. L. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 2001, 36(3), 201-210. ISSN: 0195-6663
29. BISOGNI, CA, CONNORS, M., DEVINE, CM, SOBAL, J. Who We Are and How We Eat: A Qualitative Study of Identities in Food Choice, *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 2002, Vol. 34, No. 3, pp. 128-139. ISSN: 1499-4046
30. BISSONNETTE, M. M., & CONTENTO, I. R. Adolescents' perspectives and food choice behaviors in terms of the environmental impacts of food production practices: application of a psychosocial model. *J. Nutr. Educ.*, 2001, 33(2), 72-82. ISSN: 0022-3182
31. BLECHERT, J., GOLTSCHKE, J. E., HERBERT, B. M., AND WILHELM, F. H. Eat your troubles away: electrocortical and experiential correlates of food image processing are related to emotional eating style and emotional state. *Biol. Psychol.*, 2014, 96, 94–101. ISSN: 0301-0511
32. BOONE, L., BRAET, C., VANDEREYCKEN, W. AND CLAES, L. Are maladaptive schema domains and perfectionism related to body image concerns in eating disorder patients? *European Eating Disorders Review*, 2010, 18(5), pp.373-379. ISSN: 1072-4133
33. BOONE, L., SOENENS, B., BRAET, C., & GOOSSENS, L. An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation with eating disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 2010, 48(7), 686-691. ISSN: 0005-7967
34. BRADEN, A., EMLEY, E., WATFORD, T., ANDERSON, L., MUSHER-EIZENMAN, D. Self-Compassion and Mindfulness-Based Eating Awareness Training (SC-MB-EAT) for Emotional Eating Among Adolescents: A Pilot Study. *Mindfulness*, 2023, 14(2), pp.513-523. ISSN: 1868-8527
35. BRUCH, H. *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Basic Books, 1973. ISBN: 978-0465017829

36. BÜHREN, K., ET AL. Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first-onset anorexia nervosa. *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 2014, 22(1), 39-44. ISSN: 1072-4133
37. CARMODY, J., AND BAER, R. A. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 2008, 31(1), 23-33. ISSN: 0160-7715
38. CARROTTE, E. R., VELLA, A. M., & LIM, M. S. Predictors of "liking" three types of health and fitness-related content on social media: a cross-sectional study. *J. Med. Internet Res.*, 2015, 17(8), e205. ISSN: 1438-8871
39. CASH, T. F., & PRUZINSKY, T. (EDS.). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford Press, 2002. ISBN: 978-1572307773
40. CASH, T. F., & SMOLAK, L. (EDS.). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. Guilford Press, 2011. ISBN: 978-1609181826
41. CASSIN, S.E. AND VON RANSON, K.M. Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 2005, 25(7), pp.895-916. ISSN. 02727358
42. CASULA, C. Giardini principesse porcospini: metafore per l'evoluzione personale e professionale. *Angeli*, 2007. ISBN: 9788846439420
43. CECCHETTO, C., AIELLO, M., GENTILI, C., IONTA, S. AND OSIMO, S.A. Increased emotional eating during COVID-19 associated with lockdown, psychological and social distress. *Appetite*, 2021, 160, p.105122. ISSN: 0195-6663
44. CERLAT, R., ANGHELUȚĂ, V. Dimensiuni ale perfecționismului și caracteristici ale bulimiei la adolescenți. *Studia universitatis Moldaviae*, 2022, nr.9 (159). Seria științe ale educației. ISSN: 1857-2103, ISSN online 2345-1025 p.142-147. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7408476>
45. CERNELEV, O. *Impactul nivelului activității fizice și alimentației asupra dezvoltării obezității la adulți* [Teză de doctorat], Ministerul Sănătății, Muncii Și Protecției Sociale al Republicii Moldova, Agenția Națională Pentru Sănătate Publică, Chișinău, 2019. CZU: 613.25:613.71/.73+613.2(043.2)
46. CLYNE, C., & BLAMPIED, N. M. Training in emotion regulation as a treatment for binge eating: A preliminary study. *Behaviour Change*, 2004, 21(4), 269-281. <https://doi.org/10.1375/bech.21.4.269.66105>. ISSN: 0813-4839
47. COHEN, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). *Lawrence Erlbaum Associates*, 1988. ISBN: 978-0805802832

48. CONDREA, V. *Particularități psihologice ale tulburărilor de comportament alimentar la adolescenții cu diabet zaharat tip 1* [Teză de doctorat], Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, 2023
49. COOPER, M. J., & FAIRBURN, C. G. Thoughts about eating, weight and shape in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 1992, 30(5), 501-511. ISSN: 0005-7967
50. COOPER, M. J., WELLS, A., & TODD, G. A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 2004, 43(1), 1-16. ISSN:2044-8260
51. CULBERT KM, RACINE SE, KLUMP KL. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *J Child Psychol Psychiatry*, 2015; 56(11):1141-64. doi: 10.1111/jcpp.12441. Epub 2015 Jun 19. PMID: 26095891. ISSN: 1359-1045
52. DAFINOIU, I., ENEA, V. Anorexia nervoasă. Teorie, evaluare și tratament. *Editura Polirom*, 2012. ISBN 978-973-46-3281-7
53. DAFINOIU, I. Bulimia nervoasă. Teorie, evaluare și tratament. *Editura Polirom*, 2016. ISBN: 978-973-46-6324-8
54. DAKANALIS, A., CARRÀ, G., CALOGERO, R., FIDA, R., CLERICI, M., ZANETTI, M. A., & RIVA, G. The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2015 24(8), 997-1010. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0649-1>. ISSN 1018-8827
55. DANA, D. Anchored: How to befriend your nervous system using polyvagal theory. *Sounds True*, 2020. ISBN: 978-1683646341
56. DARMON, N., & DREWNOWSKI, A. Does social class predict diet quality? *The American journal of clinical nutrition*, 2008, 87(5), 1107-1117. ISSN: 0002-9165
57. DE SHAZER, S., & DOLAN, Y. More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy. *Routledge*, 2012. ISBN: 978-0789033987
58. DEVONPORT, T. J., NICHOLLS, W., AND FULLERTON, C. A systematic review of the association between emotions and eating behaviour in normal and overweight adult populations. *J. Health Psychol.*, 2019, 24, 3–24. ISSN: 1359-1053
59. DIEDRICHS, P.C., ATKINSON, M.J., STEER, R.J., GARBETT, K.M., RUMSEY, N., AND HALLIWELL, E. Effectiveness of a brief school-based body image intervention 'Dove Confident Me: Single Session' when delivered by teachers and researchers: Results from a

- cluster randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 2015, 74, 94-104. ISSN: 0005-7967
60. DOLAN, R. J. Emotion, cognition, and behavior. *Science*, 2002, 298, 1191–1194. ISSN: 0036-8075
61. DOLPACIU, E. *Obezitatea și supraponderabilitatea la copii în perioada de pubertate: diagnosticul precoce și impactul asupra calității vieții* [Teză de doctorat], Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” Chișinău, 2018. CZU: 616-056.52-053.2(043.2)
62. EGAN, S.J., WADE, T.D. AND SHAFRAN, R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 2011, 31(2), pp.203-212. ISSN: 0272-7358
63. EISENBERG, M. E., & NEUMARK-SZTAINER, D. Friends' dieting and disordered eating behaviors among adolescents five years later: Findings from Project EAT. *J. Adolesc. Health*, 2010, 47(1), 67-73. ISSN: 1054-139X
64. ELLIS, A., & DRYDEN, W. The practice of rational emotive behavior therapy (2nd ed.). *Springer Publishing Company*, 2007. ISBN: 978-0826122179
65. ENGEL, G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 1977, 196(4286), 129-136. ISSN: 0036-8075
66. ENEA, V., MOLDOVAN, A., ANTON, R. Tulburările de comportament alimentar și obezitatea la copii și adolescenți. *Editura: POLIROM*, 2017, 248 p. ISBN 978-973-46-6466-5
67. ERIKSON, E. H. Identity: Youth and crisis. New York: *Norton*, 1968. ISBN: 978-0393311440
68. EVERS, C., DINGEMANS, A., JUNGHANS, A. F., AND BOEVE, A. Feeling bad or feeling good, does emotion affect your consumption of food? A meta-analysis of the experimental evidence. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 2018, 92, 195–208. ISSN: 0149-7634
69. EVERS, C., MARIJN STOK, F., & DE RIDDER, D. T. Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2010, 36(6), 792-804. ISSN: 0146-1672
70. FAIRBURN, C. G. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: *Guilford Press*, 2008. ISBN: 978-1593857097
71. FAIRBURN, C. G. Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar. *Editura ASCR*, 2022. ISBN 978-606-977-072-6

72. FAIRBURN, C. G., & BEGLIN, S. J. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *Int. J. Eat. Disord.*, 1994, 16(4), 363-370. ISSN: 0276-3478
73. FAIRBURN, C. G., & HARRISON, P. J. Eating disorders. *The Lancet*, 2003, 361(9355), 407-416. ISSN: 0140-6736
74. FAIRBURN, C. G., COOPER, Z., & SHAFRAN, R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A „transdiagnostic“ theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 2003, 41(5), 509-528. ISSN: 0005-7967
75. FAIRBURN, C. G., COOPER, Z., & SHAFRAN, R. Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behav. Res. Ther.*, 2003, 41(7), 773-791. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00059-6. ISSN: 1873-622X
76. FAIRBURN, C. G., ET AL. Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behav. Res. Ther.*, 2013, 51(1), R2-R8. ISSN: 0005-7967
77. FAIRBURN, C.G., COOPER, Z., DOLL, H.A., O'CONNOR, M.E., BOHN, K., HAWKER, D.M., WALES, J.A., AND PALMER, R.L. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 2009, 166(3), 311-319. ISSN: 0002-953X
78. FARDOULY, J., & VARTANIAN, L. R. Social media and body image concerns: Current research and future directions. *Curr. Opin. Psychol.*, 2016, 9, 1-5. ISSN: 2352-250X
79. FERNANDES, J., FERREIRA-SANTOS, F., MILLER, K., AND TORRES, S. Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Obes. Rev.*, 2018, 19, 111–120. ISSN: 1467-7881
80. FISHER, C. B., ET AL. Ethical issues in research with children and adolescents with eating disorders. In J. Lock & D. Le Grange (Eds.), *Eating disorders in children and adolescents: A clinical handbook* (pp. 145-161). New York: *Guilford Press*, 2011. ISBN: 978-1606239674
81. FLETCHER, A., BONELL, C., & SORHAINDO, A. You are what your friends eat: systematic review of social network analyses of young people's eating behaviours and bodyweight. *J. Epidemiol. Community Health*, 2011, 65(6), 548-555. doi: 10.1136/jech.2010.113936. ISSN 0141-7681
82. FOLKMAN, S., LAZARUS, S., SCHETTER, R., DELONGIS, C. & RAND, G., Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes, *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1986, p. 992–1003.

83. FRANK, G. K., ET AL. Altered brain activity in women recovered from bulimic-type eating disorders after a glucose challenge: A pilot study. *Int. J. Eat. Disord.*, 2006, 39(1), 76-79. doi: 10.1002/eat.20210. ISSN 1098-108X
84. FREDRICKSON, B. L., & ROBERTS, T. A. Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 1997, 21(2), 173-206. ISSN: 0361-6843
85. GARAULET, M., M. CANTERAS, M., MORALES, E., LÓPEZ-GUIMERA, G., SÁNCHEZ-CARRACEDO, D., CORBALÁN-TUTAU, M.D. Validation of a Questionnaire on Emotional Eating for use in cases of obesity; The Emotional Eater Questionnaire (eeq). *Nutr. Hosp.* 2012; vol. 27(2), pp. 645-651 ISSN 0212-1611. CODEN NUHOEQ S.V.R. 31. ISSN: 0212-1611
86. GARNER, D. M., OLMSTED, M. P., BOHR, Y., & GARFINKEL, P. E. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 1982, 12(4), 871-878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>. ISSN 0033-2917
87. GENDLIN, E. T. *Focusing*. Bantam Books, 1981. ISBN 9780553145267
88. GILLMAN, MW, RIFAS-SHIMAN, SL, FRAZIER, AL, ROCKETT, HR, CAMARGO, CA JR, FIELD, AE, ET AL. Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Arch Fam Med.*, 2000;9:235-40. ISSN 1938-3800
89. GLASOFER, D. R., HAAGA, D. A., HANNALLAH, L., FIELD, S. E., KOZLOSKY, M., REYNOLDS, J., ... & TANOFISKY-KRAFF, M. (2013). Self-efficacy beliefs and eating behavior in adolescent girls at-risk for excess weight gain and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 2013, 46(7), 663-668. ISSN: 1098-108X
90. GODART, N. T., FLAMENT, M. F., LECRUBIER, Y., & JEAMMET, P. Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 2002, 17(1), 1-6. ISSN: 0924-9338
91. GOLAN, M., HAGAY, N., AND TAMIR, S. The effect of "in favor of myself": preventive program to enhance positive self and body image among adolescents. *PLoS One*, 2013, 8(11), e78223. ISSN: 1932-6203
92. GOLDSCHMIDT, A. B., JONES, M., MANWARING, J. L., LUCE, K. H., OSBORNE, M. I., CUNNING, D., ... & TAYLOR, C. B. The clinical significance of loss of control over eating in overweight adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 2008, 41(2), 153-158. ISSN: 1098-108X

93. GOLLWITZER, P. M., & SHEERAN, P. Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in experimental social psychology*, 2006, vol. 38, pp. 69-119. ISSN: 0065-2601
94. GOOSSENS, L., BRAET, C., VAN VLIERBERGHE, L., & MELS, S. Loss of control over eating in overweight youngsters: The role of anxiety, depression and emotional eating. *European Eating Disorders Review*, 2009, 17(1), 68-78. <https://doi.org/10.1002/erv.892>. ISSN: 1099-0968
95. GOOSSENS, L., VAN VLIERBERGHE, L., & MELS, S. The role of anxiety, depression and emotional eating. *European Eating Disorders Review*, 2010, 19(1), 67-72. <https://doi.org/10.1002/erv.892>. ISSN: 1072-4133
96. GOTCĂ, I. *Factorii psihologici și neuroendocrini care influențează comportamentul alimentar indus de stres* [Teză de doctorat]. Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa" din Iași.
97. GOWERS, S. G., & GREEN, L. Eating disorders: cognitive behaviour therapy with children and young people. London: *Routledge*, 2009. ISBN: 978-0-415-444637
98. GRABE, S., WARD, L. M., & HYDE, J. S. The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychol. Bull.*, 2008, 134(3), 460-476. doi: 10.1037/0033-2909.134.3.460. ISSN: 0033-2909
99. GRATZ, K. L., & TULL, M. T. Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance: Illuminating the processes of change*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2010. ISBN: 978-1-572-24695-5
100. GROSS, J. J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 1998, 2(3), 271–299
<https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
101. GUSTAVSSON, J.P., JÖNSSON, E.G., LINDER, J., AND WEINRYB, R.M. The HP5 inventory: Definition and assessment of five health-relevant personality traits from a five-factor model perspective. *Personality and Individual Differences*, 2003, 35(1), 69-89. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00142-3. ISSN: 0191-8869
102. HA, O. R., BRUCE, A. S., PRUITT, S. W., CHERRY, J. B., SMITH, T. R., BURKART, D., ET AL. Healthy eating decisions require efficient dietary self-control in children: a mouse-tracking food decision study. *Appetite*, 2016, 105, 575–581. ISSN: 0195-6663. doi: 10.1016/j.appet.2016.06.027. ISSN: 0195-6663

103. HA, O. R., LIM, S. L., BRUCE, J. M., AND BRUCE, A. S. Unhealthy foods taste better among children with lower self-control. *Appetite*, 2019, 139, 84–89. ISSN: 0195-6663. doi: 10.1016/j.appet.2019.04.015. ISSN: 0195-6663
104. HALLIWELL, E., & DIEDRICHS, P. C. Testing a dissonance body image intervention among young girls. *Health Psychology*, 2014, vol. 33(2), pp. 201. ISSN: 0278-6133
105. HARRIS, J. L., BARGH, J. A., & BROWNELL, K. D. Priming effects of television food advertising on eating behavior. *Health Psychol.*, 2009, 28(4), 404-413. doi: 10.1037/a0014399. ISSN: 0278-6133
106. HART, T.A., FLORA, D.B., PALYO, S.A., FRESCO, D.M., HOLLE, C. AND HEIMBERG, R.G. Development and examination of the social appearance anxiety scale. *Assessment*, 2008, 15(1), pp.48-59. ISSN: 1073-1911
107. HARTER, S. Self-perception profile for adolescents: Manual and questionnaires. Denver, CO: *University of Denver*. 2012.
108. HAUSENBLAS, H. A., & FALLON, E. A. Exercise and body image: A meta-analysis. *Psychology and Health*, 2006, 21(1), 33-47. <https://doi.org/10.1080/14768320500105270>. ISSN: 0887-0446
109. HAY, P., ET AL. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 2014, 48(11), 977-1008. doi: 10.1177/0004867414555814. ISSN: 0004-8674
110. HAYES, S. C., STROSAHL, K. D., & WILSON, K. G. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (3rd ed.). *Guilford Press*, 2016. ISBN-10: 1462528945
111. HAYNOS, AF, WALL, MM, CHEN, C, WANG, SB, LOTH, K, NEUMARK-SZTAINER, D. Patterns of weight control behavior persisting beyond young adulthood: Results from a 15-year longitudinal study. *Int J Eat Disord.*, 2018 Sep;51(9):1090-1097. doi: 10.1002/eat.22963. Epub 2018 Oct 24. PMID: 30353938; PMCID: PMC6391054. ISSN: 0276-3478
112. HENDRICKS, M. N. Focusing-oriented/experiential psychotherapy. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 221-251). *American Psychological Association*, 2001. doi: 10.1037/10439-007. ISSN: 0003-066X
113. HENRIKSEN, R. E., TORSHEIM, T., AND THUEN, F. Loneliness, social integration and consumption of sugar-containing beverages: testing the social baseline theory. *PLoS One* 9:e104421, 2014. doi: 10.1371/journal.pone.0104421. ISSN: 1932-6203

114. HERMAN, C. P., & POLIVY, J. (1975). Anxiety, restraint, and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(6), 666–672.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.84.6.666>.
115. HOLDEVICI, I., AND VASILESCU, I.P. *Autodepasirea în sport*. Editura: Sport-Turism, 1988, 233 p.
116. HUTCHINSON, D. M., & RAPEE, R. M. Do friends share similar body image and eating problems? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behav. Res. Ther.*, 2007, 45(7), 1557-1577. doi: 10.1016/j.brat.2007.01.004. ISSN: 0005-7967
117. INHELDER, B., & PIAGET, J. The growth of logical thinking from childhood to adolescence. New York: *Basic Books*, 1958. ISBN-10: 041521002X
118. JACKSON, L.W. The most important meal of the day: why children skip breakfast and what can be done about it. *Pediatr Ann.*, 2013;42:184-7. ISSN: 0090-4481
119. JACOB, G. A., AND ARNTZ, A. Schema therapy for personality disorders—A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2013, 6(2), 171-185. doi: 10.1521/ijct.2013.6.2.171. ISSN: 1937-1209
120. JEFFREY, E. YOUNG, JANET, S.KLOSKO, & MARJORIE, E.WEISHAAR Schema Therapy: A Practitioner's Guide, *Guilford Publications*. Copyright © 2003
121. JONES, D. C., ET AL. Body image and the appearance culture among adolescent girls and boys: An examination of friend conversations, peer criticism, appearance magazines, and the internalization of appearance ideals. *J. Adolesc. Res.*, 2004, 19(3), 323-339. doi: 10.1177/0743558403258847. ISSN: 0743-5584
122. JUARASCIO, A. S., FORMAN, E. M., & HERBERT, J. D. Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification*, 2010, vol. 34(2), pp. 175-190. ISSN: 0145-4455
123. JUARASCIO, A. S., MANASSE, S. M., GOLDSTEIN, S. P., FORMAN, E. M., & BUTRYN, M. L. Review of smartphone applications for the treatment of eating disorders. *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 2015, 23(1), 1-11. doi: 10.1002/erv.2327. ISSN: 1072-4133
124. KATTERMAN, S. N., KLEINMAN, B. M., HOOD, M. M., NACKERS, L. M., & CORSICA, J. A. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors*, 2014, 15(2), 197-204. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>. ISSN: 1471-0153

125. KAYE, W. H., BULIK, C. M., THORNTON, L., BARBARICH, N., & MASTERS, K. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 2004, 161(12), 2215-2221. ISSN: 0002-953X
126. KAYE, W. H., ET AL. New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nat. Rev. Neurosci.*, 2009, 10(8), 573-584. doi: 10.1038/nrn2682. ISSN: 1471-003X
127. KEATING, D. P. Adolescent thinking. In S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 54-89). Cambridge, MA: Harvard University Press, 1990. ISBN: 978-0674050365
128. KEERY, H, VAN DEN BERG, P, THOMPSON, JK. An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body Image*, 2004; 1:237-51. ISSN: 1740-1445
129. KLUMP, K. L., CULBERT, K. M., & SISK, C. L. Sex differences in binge eating: Gonadal hormone effects across development. *Annual review of clinical psychology*, 2017, 13, 183-207. ISSN: 1548-5943
130. KOCH, S. C., RIEGE, R. F. F., TISBORN, K., BIONDO, J., MARTIN, L., AND BEELMANN, A. Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes. A meta-analysis update. *Frontiers in Psychology*, 2019, 10, 1806. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01806. ISSN: 1664-1078
131. KOELSCH, S. A neuroscientific perspective on music therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2009, 1169(1), 374-384. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04592.x. ISSN: 0077-8923
132. KOSTI, RI, PANAGIOTAKOS, DB, MARIOLIS, A, ZAMPELAS, A, ATHANASOPOULOS, P, TOUNTAS, Y. The diet-lifestyle index evaluating the quality of eating and lifestyle behaviours in relation to the prevalence of overweight/obesity in adolescents. *Int J Food Sci Nutr.*, 2009; 60(Suppl 3):34-47. DOI: 10.1080/09637480802534525. ISSN: 0963-7486
133. KRINGELBACH, M. L., STEIN, A., AND VAN HARTEVELT, T. J. The functional human neuroanatomy of food pleasure cycles. *Physiol. Behav.*, 2012, 106, 307–316. doi: 10.1016/j.physbeh.2012.03.023. ISSN: 0031-9384
134. KRISTELLER, J. L., & WOLEVER, R. Q. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating disorders*, 2011, vol. 19(1), pp. 49-61. ISSN: 1064-0266

135. KUHN, D. Adolescent thinking. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology (3rd ed., Vol. 1, pp. 152-186)*. Hoboken, NJ: Wiley, 2009. ISBN: 978-0470149218
136. LANGFORD, R., BONELL, C. P., JONES, H. E., POULIOU, T., MURPHY, S. M., WATERS, E., ... & CAMPBELL, R. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane database of systematic reviews*, 2014, (4). ISSN: 1469-493X
137. LARSON N, MACLEHOSE R, FULKERSON JA, BERGE JM, STORY M, NEUMARK-SZTAINER D. Eating breakfast and dinner together as a family: associations with sociodemographic characteristics and implications for diet quality and weight status. *J Acad Nutr Diet*, 2013;113:1601-9. DOI: 10.1016/j.jand.2013.08.011. ISSN: 2212-2672
138. LARSON, N., & STORY, M. A review of environmental influences on food choices. *Ann. Behav. Med.*, 2009, 38(1), 56-73. doi: 10.1007/s12160-009-9120-9. ISSN: 0883-6612
139. LAVENDER, J. M., WONDERLICH, S. A., ENGEL, S. G., GORDON, K. H., KAYE, W. H., & MITCHELL, J. E. Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 2015, 40, 111-122. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010>. ISSN: 0272-7358
140. LE GRANGE, D., ET AL. Randomized clinical trial of family-based treatment and cognitive-behavioral therapy for adolescent bulimia nervosa. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2015, 54(11), 886-894. doi: 10.1016/j.jaac.2015.08.008. ISSN: 0890-8567
141. LEPAGE ML, CROWTHER JH. The effects of exercise on body satisfaction and affect. *Body Image*, 2010;7:124-30. DOI: 10.1016/j.bodyim.2009.12.002. ISSN: 1740-1445
142. LESLIE S.; GREENBERG, Ph.D. AUTHORS INFO & AFFILIATIONS. Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis ,Publication: *FOCUS*, Volume 8, Number 1. <https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32>
143. LEVINE, M. P., & MURNEN, S. K. "Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders": A critical review of evidence for a causal link between media, negative body image, and disordered eating in females. *J. Soc. Clin. Psychol.*, 2009, 28(1), 9-42. doi: 10.1521/jscp.2009.28.1.9. ISSN: 0736-7236
144. LEVINE, M. P., & SMOLAK, L. The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating. *Eat. Disord.*, 2016, 24(1), 39-46. doi: 10.1080/10640266.2015.1113826. ISSN: 1064-0266

145. LEVINSON, C. A., & RODEBAUGH, T. L. Social anxiety and eating disorder comorbidity: The role of negative social evaluation fears. *Eating Behaviors*, 2012, 13(1), 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.11.006>. ISSN: 1471-0153
146. LEVINSON, C.A., RODEBAUGH, T.L., WHITE, E.K., MENATTI, A.R., WEEKS, J.W., IACOVINO, J.M. AND WARREN, C.S. Social appearance anxiety, perfectionism, and fear of negative evaluation: Distinct or shared risk factors for social anxiety and eating disorders? *Appetite*, 2013, 67, pp.125-133. ISSN: 0195-6663
147. LICU, M. Perspective în psihologia nutrițională. *Editura: Universitatea Carol Davila*. ISBN: 9786060112198, p. 136
148. LIM, S. L., CHERRY, J. B., DAVIS, A. M., BALAKRISHNAN, S. N., HA, O. R., BRUCE, J. M., ET AL. The child brain computes and utilizes internalized maternal choices. *Nat. Commun.*, 2016, 7:11700. doi: 10.1038/ncomms11700. ISSN: 2041-1723
149. LIM, S. L., PENROD, M. T., HA, O. R., BRUCE, J. M., AND BRUCE, A. S. Calorie labeling promotes dietary self-control by shifting the temporal dynamics of health- and taste-attribute integration in overweight individuals. *Psychol. Sci.*, 2018, 29, 447–462. doi: 10.1177/0956797617737871. ISSN: 0956-7976
150. LIMBURG, K., WATSON, H.J., HAGGER, M.S. AND EGAN, S.J. The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 2017, 73(10), pp.1301-1326. ISSN: 0021-9762
151. LINARDON, J., FAIRBURN, C. G., FITZSIMMONS-CRAFT, E. E., WILFLEY, D. E., & BRENNAN, L. The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*, 2017, vol. 58, pp. 125-140. ISSN: 0272-7358
152. LINEHAN MM. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York, NY: Guilford Press; 1993. [[Google Scholar](#)]
153. LOCK, J. An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.*, 2015, 44(5), 707-721. doi: 10.1080/15374416.2014.971458. ISSN: 1537-4416
154. LOCK, J., & LE GRANGE, D. Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach. New York: *Guilford Press*, 2013. ISBN: 978-1462506842
155. LOȘÎI, E. Psihologia tânărului, adultului și vârstnicului. *Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău*, 2018. ISBN: 978-9975-46-374-4

156. LOSÎI, E., PERJAN, C., TINTIUC, T. Introducere în psihologia unicității umane. *Suport didactic*. Chișinău: IIC, 2015. ISBN: 978-9975-3036-5-8
157. LOSÎI, E.; ȘTEFAN, M. Impactul perfecționismului maladaptativ asupra comportamentului alimentar al adolescenților. *Univers Pedagogic*. Chișinău: CEP UPSC, 2024, nr. 4 (84), pp 87-92. ISSN 1811-5470. DOI: <https://doi.org/10.52387/1811-5470.2024.4.11>
158. LOSÎI, E.; ȘTEFAN, M. Impactul curei de slăbire asupra dezvoltării adolescenților. In: Dezvoltarea personală și integrarea socială a actorilor educaționali: materialele conferinței științifice naționale cu participare internațională, 12 noiembrie 2021, Chișinău: CEP UPS, 2021, pp. 78-85. ISBN 978-9975-46-570-0. https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/154284
159. LUMINET, O., BAGBY, R. M., & TAYLOR, G. J. (Eds.). (2018). Alexithymia: Advances in research, theory, and clinical practice. *Cambridge University Press*. <https://doi.org/10.1017/9781108241595>
160. LUTTER, M., AND NESTLER, E. J. Homeostatic and hedonic signals interact in the regulation of food intake. *J. Nutr.*, 2009, 139, 629–632. doi: 10.3945/jn.108.097618. ISSN: 0022-3166
161. MACHT, M. How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 2008, 50(1), 1-11. ISSN: 0195-6663. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
162. MARCIA, J. E. *Identity in adolescence. Handbook of adolescent psychology*, 1980, 9(11), 159-187. ISBN: 978-0471055709
163. MARLATT, G. A., & DONOVAN, D. M. (Eds.). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. *Guilford Press*, 2005. ISBN: 978-1593851767
164. MATOS, MG, PALMEIRA, AL, GASPAR, T, DE WIT, JB, LUSZCZYNSKA, A. Social support influences on eating awareness in children and adolescents: the mediating effect of self-regulatory strategies. *Glob Public Health*, 2016;11:437-48. DOI: 10.1080/17441692.20145.1094106. ISSN: 1744-1692
165. MATOS, MG, SIMÕES C, CAMACHO, I, REIS, M, EQUIPA AVENTURA SOCIAL. The health of Portuguese adolescents in times of recession. HBSC 2014 national data. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL, FMH/Universidade de Lisboa; 2015. ISBN: 978-9899886230
166. MCINTOSH, V.V., JORDAN, J., CARTER, F.A., LUTY, S.E., MCKENZIE, J.M., BULIK, C.M., FRAMPTON, C.M., AND JOYCE, P.R. Three psychotherapies for anorexia

- nervosa: A randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 2016, 162(4), 741-747. doi: 10.1176/appi.ajp.162.4.741. ISSN: 0002-953X
167. MENDELSON, B. K., MENDELSON, M. J., & WHITE, D. R. Body-esteem scale for adolescents and adults. *Journal of Personality Assessment*, 2001, 76(1), 90-106. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7601_6. ISSN: 0022-3891
168. MENDELSON, B. K., WHITE, D. R., & MENDELSON, M. J. 1997. Manual for the body-esteem scale for adolescents and adults, *Res. Bull.*, 1997, vol. 16, No. 2. Montreal: Concordia University. ISSN 1548-4327
169. MEULE, A., AND VOGELE, C. The psychology of eating. *Front. Psychol.*, 2013, 4:215. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00215. ISSN: 1664-1078
170. MEYE, F. J., AND ADAN, R. A. Feelings about food: the ventral tegmental area in food reward and emotional eating. *Trends Pharmacol. Sci.*, 2014, 35, 31–40. doi: 10.1016/j.tips.2013.11.003. ISSN: 0165-6147
171. MIKHAIL, M.E., KRING, A.M., BECKER, C.B., ARNOW, K.D. AND WILDES, J.E. Examining associations between emotion regulation difficulties and disordered eating in a transdiagnostic sample: The mediating role of emotional eating. *Eating Behaviors*, 2021, 41, p.101509. ISSN: 1471-0153
172. MILLER, J.L., SCHMIDT, L.A. AND VAILLANCOURT, T. Shyness, sociability and eating problems in a non-clinical sample of female university students. *Eating Behaviors*, 2008, 9(3), pp.352-359. ISSN: 1471-0153
173. MINTZ, L. B., & O'HALLORAN, M. S. The Eating Attitudes Test: Validation with DSM-IV eating disorder criteria. *Journal of Personality Assessment*, 2000, 74(3), 489-503. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7403_11. ISSN: 0022-3891
174. MISRA, M., ET AL. Physiologic estrogen replacement increases bone density in adolescent girls with anorexia nervosa. *J. Bone Miner. Res.*, 2011, 26(10), 2430-2438. doi: 10.1002/jbmr.447. ISSN: 0884-0431
175. MUELLER, A. S., ET AL. Sizing up peers: Adolescent girls' weight control and social comparison in the school context. *J. Health Soc. Behav.*, 2010, 51(1), 64-78. doi: 10.1177/0022146509361191. ISSN: 0022-1465
176. NANSEL, TR, HAYNIE DL, LIPSKY, LM, WANG, J, MEHTA, SN, LAFFEL, LM. Relationships among parent and youth healthful eating attitudes and youth dietary intake in a cross-sectional study of youth with type 1 diabetes. *Int J Behav Nutr Phys Act.*, 2013;10:125. DOI: 10.1186/1479-5868-10-125. ISSN: 1479-5868

177. NEFF, K. D., & GERMER, C. K. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J. Clin. Psychol.*, 2013, 69(1), 28-44. ISSN: 0021-9762
178. NEUMARK-SZTAINER, D., ET AL. Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents? *J. Adolesc. Health*, 2004, 35(5), 350-359. doi: 10.1016/j.jadohealth.2004.01.004. ISSN: 1054-139X
179. NEUMARK-SZTAINER, D., ET AL. Family weight talk and dieting: How much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls? *J. Adolesc. Health*, 2010, 47(3), 270-276. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.02.001. ISSN: 1054-139X
180. NEUMARK-SZTAINER, D., ET AL. Protective factors for disordered eating in adolescent and young adult females: Findings from Project EAT. *J. Adolesc. Health*, 2023, 72(1), 80-87. doi: 10.1016/j.jadohealth.2022.07.007. ISSN: 1054-139X
181. NEUMARK-SZTAINER, D., WALL, M., LARSON, N. I., EISENBERG, M. E., & LOTH, K. Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, 2011, 111(7), 1004-1011. ISSN: 0002-8223
182. NICTER, M. Fat talk: What girls and their parents say about dieting. London: *Harvard University Press*, 2003. ISBN: 978-0674009820
183. OAKES, E.M., SULLIVAN, K., SLOTTERBACK, C. A comparison of categorical beliefs about foods in children and young adults, *Food Quality and Preference*, 2007, Volume 18, Issue 5, pp. 713-719, ISSN 0950-3293, <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2006.11.003>.
184. O'CONNELL, B. Solution-focused therapy (2nd ed.). *Sage Publications*, 2005. ISBN: 978-1412907781
185. O'DEA, J. A. Evidence for a self-esteem approach in the prevention of body image and eating problems among children and adolescents. *Eating Disorders*, 2004, 12(3), 225-239. ISSN: 1064-0266
186. O'DEA, J.A., AND ABRAHAM, S. Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 2000, 28(1), 43-57. ISSN: 0276-3478
187. OGDEN, J. The psychology of eating: From healthy to disordered behavior. John Wiley & Sons, 2010. ISBN: 978-1405191203
188. O'REILLY, G. A., COOK, L., SPRUIJT-METZ, D., & BLACK, D. S. Mindfulness based interventions for obesity related eating behaviours: A literature review. *Obesity Reviews*, 2014, 15(6), 453-461. <https://doi.org/10.1111/obr.12156>. ISSN: 1467-7881

189. PALLISTER, E., WALLER, G. Anxiety in the eating disorders: understanding the overlap. *Clinical Psychology Review*, 2008, 28(3), pp.366-386. ISSN: 0272-7358
190. PAXTON, S. J., ET AL. Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *J. Abnorm. Psychol.*, 1999, 108(2), 255-266. doi: 10.1037/0021-843X.108.2.255. ISSN: 0021-843X
191. PEARSON, A. N., ET AL. Acceptance and commitment therapy for body image dissatisfaction: A practitioner's guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies. Oakland, CA: *New Harbinger Publications*, 2012. ISBN: 978-1608822461
192. PIAGET, J. Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human development*, 1972, 15(1), 1-12. ISSN: 0018-716X
193. POTÂNG, A., CONDREA, V. Aspecte psihologice ale diabolimiei. În: *Studia Universitatis Moldaviae (Seriă Științe ale Educației)*, 2021, nr. 9(149), pp. 79-82. ISSN 1857-2103. [citat 10.12.2021]. Disponibil: <https://educational.studiamsu.md/nr-9-2021>
194. PORGES, S. W., AND DANA, D. (Eds.). Clinical applications of the polyvagal theory: The emergence of polyvagal-informed therapies. W. W. Norton & Company, 2018. ISBN: 978-1324000501
195. PREFIT A. B. *Investigating emotion regulation in eating pathology (investigarea reglării emoționale în psihopatologia comportamentului alimentar)* [Teză de doctorat], Universitatea "Babeș-Bolyai" din Cluj-Napoca, Școala doctorală Psihodiagnostic și intervenții psihologice validate științific.
196. PROCHASKA, J.O.,& DiClemente, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3),1982, 276–288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
197. PUTTEVILS, L., VANDERHASSELT, M. A., & VERVAET, M. Investigating transdiagnostic factors in eating disorders: Does self-esteem moderate the relationship between perfectionism and eating disorder symptoms? *European Eating Disorders Review*, 2019, 27(4), 381-390. <https://doi.org/10.1002/erv.2666>. ISSN: 1072-4133
198. RAMMSTEDT, B., JOHN, O.P. Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 2007, 41, 203–212. ISSN: 0092-6566

199. RAPEE, R. M., SPENCE, S. H., COBHAM, V., AND WIGNALL, A. Helping your anxious child: A step-by-step guide for parents. *New Harbinger Publications*, 2000. ISBN: 978-1572241916
200. REICHENBERGER, J., KUPPENS, P., LIEDLGRUBER, M., WILHELM, F. H., TIEFENGRABNER, M., GINZINGER, S., ET AL. No haste, more taste: an EMA study of the effects of stress, negative and positive emotions on eating behavior. *Biol. Psychol.*, 2018, 131, 54–62. doi: 10.1016/j.biopsycho.2016.09.002. ISSN: 0301-0511
201. RACU, I., BIVOL, R. *Studiul tulburărilor alimentare la adolescente*. În: *Psihologia în mileniul III – provocări și soluții*, 25-26 octombrie 2019. Volumul 1. Bălți: Universitatea de Stat „Alecu Russo” Bălți, 2020) pp. 264-267. ISBN 978-9975-50-246-7
202. RICH, E. Anorexic dis(connection): Managing anorexia as an illness and an identity. *Sociol. Health Illn.*, 2006, 28(3), 284-305. doi: 10.1111/j.1467-9566.2006.00493.x. ISSN: 0141-9889
203. RICCIARDELLI & McCabe, M. P., L. A. Weight and Shape Concerns of Boys and Men. In J. K. Thompson (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity*, pp. 606–634, 2004, John Wiley & Sons, Inc.
204. RICHARDSON, S.M., AND PAXTON, S.J. An evaluation of a body image intervention based on risk factors for body dissatisfaction: A controlled study with adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 2010, 43(2), 112-122. ISSN: 0276-3478
205. RODGERS, R. F., ET AL. Cultural differences in body image: A review of the literature. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance*, 2012, pp. 337-342. London: Elsevier Academic Press. ISBN: 978-0123849250
206. RODGERS, R. F., SLATER, A., GORDON, C. S., MCLEAN, S. A., JARMAN, H. K., & PAXTON, S. J. A biopsychosocial model of social media use and body image concerns, disordered eating, and muscle-building behaviors among adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 2020, 49(2), 399-409. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01190-0>. ISSN: 0047-2891
207. RODGERS, R. F., GORDON, C. S., MCLEAN, S. A. A biopsychosocial model of social media use and body image concerns, disordered eating, and muscle-building behaviors among adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 2022, 45(2), 399-409. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01180-0>. ISSN: 0047-2891

208. RODGERS, R., & CHABROL, H. Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: *A review. Eur. Eat. Disord. Rev.*, 2009, 17(2), 137-151. doi: 10.1002/erv.907. ISSN: 1072-4133
209. ROSA, E. M. & TUDGE, J. R. H. Urie Bronfenbrenner's theory of human development: Its evolution from ecology to bioecology. *Journal of Family Theory and Review*, 2013, 5(6), 243–258. DOI:10.1111/jftr.12022
210. ROZIN, P. The socio-cultural context of eating and food choice. In *Food choice, acceptance and consumption*, pp. 83-104, 1996. Springer, Boston, MA. ISBN: 978-1461358398
211. ROZIN, P., & ZELLNER, D. The role of Pavlovian conditioning in the acquisition of food likes and dislikes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1985, 443, 189–202. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1985.tb27073.x>. ISSN: 0077-8923
212. RUIZ DE MINTEGUA, M. *Descoperă psihologia. Comportamentul alimentar. Dincolo de corp și mâncare*. Editura: LITERA, 2023. ISBN: 978-606-33-9238-2
213. RYAN, R. M., & DECI, E. L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78, 2000. https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_SDT.pdf
214. SAFER, D. L., ROBINSON, A. H., & JO, B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 2010, 41(1), 106-120. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.006>. ISSN: 0005-7894
215. SALERNO, A., LARAN, J., AND JANISZEWSKI, C. Hedonic eating goals and emotion: when sadness decreases the desire to indulge. *J. Consum. Res.*, 2014, 41, 135–151. doi: 10.1086/675299. ISSN: 0093-5301
216. SALVY, S. J., DE LA HAYE, K., BOWKER, J. C., & HERMANS, R. C. Influence of peers and friends on children's and adolescents' eating and activity behaviors. *Physiology & behavior*, 2012, 106(3), 369-378. ISSN: 0031-9384
217. SAVAGE, J. S., FISHER, J. O., & BIRCH, L. L. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *J. Law Med. Ethics*, 2007, 35(1), 22-34. doi: 10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x. ISSN: 1073-1105
218. SCARPINA, F., VARALLO, G., CASTELNUOVO, G., CAPODAGLIO, P., MOLINARI, E., AND MAURO, A. Implicit facial emotion recognition of fear and anger in obesity. *Eat. Weight Disord.*, 2021, 26, 1243–1251. doi: 10.1007/s40519-020-01010-6. ISSN: 1124-4909

219. SELIGMAN, M. E. P., STEEN, T. A., PARK, N., AND PETERSON, C. Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 2005, 60(5), 410–421. doi: 10.1037/0003-066X.60.5.410. ISSN: 0003-066X
220. SHAFRAN, R., COOPER, Z., & FAIRBURN, C. G. Clinical perfectionism: A cognitive–behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 2002, 40(7), 773-791. ISSN: 0005-7967
221. SHAFRAN, R., COOPER, Z. Clinical perfectionism: A cognitive–behavioural analysis and eating disorders. *Behaviour research and therapy*, 2003, vol. 22(7), pp. 767-791. ISSN: 0005-7967
222. SHAFRAN, R. Short Psychological Intervention for Children and adolescents with Eating disorders (SPICE) study [Clinical trial registration]. *UCL Great Ormond Street Institute of Child Health*. 2023. ISRCTN16038125. Disponibil la <https://www.hra.nhs.uk/planning-and-improving-research/application-summaries/research-summaries/spice-study/>
222. SILVA JR, ORTIZ M, QUIÑONES Á, VERA-VILLARROEL P, SLACHEVSKY A. Affective style and eating disorders: a field study. *Eat Weight Disord*. 2011 Jun;16(2):e73-80. doi: 10.3275/7310. Epub 2010 Oct 21. PMID: 20966636
223. SÎMBRAC, G. M. C. *Evaluarea comportamentului alimentar în relație cu indicele de masă corporală și programul de activitate fizică la școlari gimnaziali și liceeni* [Teză de doctorat], Universitatea De Medicină Și Farmacie "Victor Babeș" din Timișoara. Școala Doctorală Medicină – Farmacie
224. SMINK, F. R., VAN HOEKEN, D., & HOEK, H. W. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr. Psychiatry Rep.*, 2012, 14(4), 406-414. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y. ISSN: 1523-3812
225. SMOLAK, L., LEVINE, M.P. A two-year follow-up of a primary prevention program for negative body image and unhealthy weight regulation. *Eating Disorders*, 2001, 9(4), 313-325. doi: 10.1080/106402601753454886. ISSN: 1064-0266
226. SMOLAK, L., & THOMPSON, J. K. Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment (3rd ed.). *American Psychological Association*, 2021. ISBN: 978-1-433-83355-1
227. SNOEK, HM, VAN STRIEN T, JANSSENS JM, ENGELS RC. Restrained eating and BMI: a longitudinal study among adolescents. *Health Psychol.*, 2008, 27:753-9. DOI: 10.1037/0278-6133.27.6.753. ISSN: 0278-6133

228. SOLMI, F., ET AL. Prevalence of purging at age 16 and associations with negative outcomes among girls in three community-based cohorts. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 2015, 56(1), 87-96. doi: 10.1111/jcpp.12283. ISSN: 0021-9630
229. SPOOR, S. T., BEKKER, M. H., VAN STRIEN, T., AND VAN HECK, G. L. Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*, 2007, 48, 368–376. ISSN: 0195-6663. doi: 10.1016/j.appet.2006.10.005
230. STEIN, K. F., & CORTE, C. Identity impairment and the eating disorders: Content and organization of the self-concept in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 2007, 15(1), 58-69. <https://doi.org/10.1002/erv.726>. ISSN: 1072-4133
231. STEIN, M. *Jung's map of the soul: An introduction*. Open Court, 2020. ISBN: 978-0812693768
232. STEINHAUSEN, H. C. *Eating disorders in adolescence: Anorexia and bulimia nervosa*. Walter de Gruyter, 2002. ISBN: 978-3-11-017255-1
233. STEINBERG, L. *Adolescence (11th ed.)*. McGraw-Hill Education, 2017. ISBN: 978-1259567827
234. STEINGLASS, J. E., ALBANO, A. M., SIMPSON, H. B., WANG, Y., ZOU, J., ATTIA, E., & WALSH, B. T. Confronting fear using exposure and response prevention for anorexia nervosa: A randomized controlled pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 2014, vol. 47(2), pp. 174-180. ISSN: 0276-3478
235. STICE, E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 2002, 128(5), 825-848. ISSN: 0033-2909
236. STICE, E., & SHAW, H. E. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002, 53(5), 985-993. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00488-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00488-9). ISSN: 0022-3999
237. STICE, E., & SHAW, H. Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 2004, vol. 130(2), pp. 206. ISSN: 0033-2909
238. STICE, E., ET AL. An effectiveness trial of a selected dissonance-based eating disorder prevention program for female high school students: Long-term effects. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2011, 79(4), 500-508. doi: 10.1037/a0024351. ISSN: 0022-006X
239. STICE, E., ET AL. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2008, 76(2), 329-340. ISSN: 0022-006X

240. STICE, E., ET AL. Dissonance-based Interventions for the prevention of eating disorders: using persuasion principles to promote health. *Prev. Sci.*, 2008, 9(2), 114-128. doi: 10.1007/s11121-008-0093-x. ISSN: 1389-4986
241. STICE, E., ET AL. Meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2007, 3, 207-231. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447. ISSN: 1548-5943
242. STICE, E., MARTI, C. N., & DURANT, S. Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 2011, 49(10), 622-627. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.009>. ISSN: 0005-7967
243. STICE, E., MARTI, C. N., ROHDE, P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of abnormal psychology*, 2013, 122(2), 445-457. ISSN: 0021-843X
244. STICE, E., MARTI, C. N., SHAW, H., & JACONIS, M. An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 2017, 118(3), 587-597. <https://doi.org/10.1037/a0016481>. ISSN: 0021-843X
245. STICE, E., MARTI, C. N., SHAW, H., & ROHDE, P. Meta-analytic review of dissonance-based eating disorder prevention programs: Intervention, participant, and facilitator features that predict larger effects. *Clinical Psychology Review*, 2019, 70, 91-107. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.04.004>. ISSN: 0272-7358
246. STICE, E., MARTI, C.N., SPOOR, S., PRESNELL, K., AND SHAW, H. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: Long-term effects from a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2008, 76(2), 329-340. doi: 10.1037/0022-006X.76.2.329. ISSN: 0022-006X
247. STICE, E., NEMEROFF, C., & SHAW, H. E. Perceived Sociocultural Pressure Scale (PSPS) [Database record]. APA PsycTests, 1996. <https://doi.org/10.1037/t04547-000>
248. STICE, E., ONIPEDE, Z. A., & MARTI, C. N. A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset. *Clinical Psychology Review*, 2019, 73, 101754. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101754>. ISSN: 0272-7358
249. STICE, E., PRESNELL, K., & SPANGLER, D. Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 2002, 21(2), 131-138. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.21.2.131>. ISSN: 0278-6133

250. STOEGER, J., MADIGAN, D.J., DAMIAN, L.E., ESPOSITO, R.M. AND LOMBARDO, C. Perfectionism and eating disorder symptoms in female university students: The central role of perfectionistic self-presentation. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2017, 22(4), pp.641-648. ISSN: 1124-4909
251. STOEGER, J. *The psychology of perfectionism: An introduction*. London: Routledge, 2017. ISBN: 1138691046
252. STORY, M., NEUMARK-SZTAINER, D., & FRENCH, S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *J. Am. Diet. Assoc.*, 2002, 102(3), S40-S51. doi: 10.1016/S0002-8223(02)90421-9. ISSN: 0002-8223
253. ȘTEFAN, M. Relația dintre presiunea socială privind aspectul fizic, atitudinile alimentare dezadaptative și alimentația emoțională la adolescente. *Revista științifico-practică de Psihologie*. Chișinău: CEP UPSC, 2024, nr. 2 (45), pp. 63-70. ISSN 1857-2502. DOI: <https://doi.org/10.46728/pspj.2024.v45.i2.p63-70>
254. ȘTEFAN, M. Preventing disordered eating behaviours in adolescent girls through enhancing self-concept: A pilot intervention study. *Romanian Journal Of psychological Studies*. Hyperion University 2024. Vol.12, Issue 2-2024, pp34-39. ISSN 2559-1649, ISSN-L 2559-1649. <http://rjps.hyperion.ro/wp-content/uploads/2024/11/RJPS-vol12-issue2-full-2024.pdf>
255. ȘTEFAN, M. Anorexia nervoasă: implicații psihologice și metode de intervenție. Probleme actuale ale științelor umaniste. Volumul 18, Partea 4. Conferința “Probleme actuale ale științelor umaniste”. Chișinău, Moldova, 2019. ISBN 978-9975-46-235-8 https://ibn.idsi.md/ro/vizualizare_articol/131673
256. ȘTEFAN, M. Cauze și consecințe ale supraponderalității la adolescente. In: *Preocupări contemporane ale criminologiei, dreptului și psihologiei în condiții de pandemie dedicată împlinirii a 25 de ani a învățământului criminologic și 30 de ani de dezvoltare a Psihologiei Aplicate*. Conferință științifică națională cu participare internațională, 17 octombrie 2020. Chișinău: Institutul de Științe Penale și Criminologie Aplicată, 2020, pp. 238-245. ISBN.978-9975-3314-2-5 https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/115395
257. ȘTEFAN, M. Psihoeducația, metoda de prevenție în tulburările alimentare la adolescenți. În: *Inovații pedagogice în sfera digitală, ediția a VIII-a*. Materialele conferinței științifico-practice cu participare internațională, 27 noiembrie 2020. Chișinău: IFC, 2020, pp. 476-479. ISBN 978-9975-3405-1-9. https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/190931
258. ȘTEFAN, M. Alimentația și calitatea dietei la adolescenți. In: *Probleme actuale ale științelor umaniste. Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*. Chișinău: CEP

- UPS, 2021, vol. 19, partea 2, pp. 328-338. ISBN 978-9975-46-235-8.
https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/155937
259. ȘTEFAN, M. Imaginea corporală șa adolescenți. In: *Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective*. Materialele conferinței științifice internaționale, ediția XXXII, 22 octombrie 2021. Bălți: Centrul Editorial Universitar, 2021, pp.230-234. ISBN.978-9975-50-269-6. https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/148894
260. ȘTEFAN, M. Manifestarea concepției de sine la adolescențele care au un comportament alimentar defectuos sau prezintă o tulburare de comportament alimentar. În: *Probleme actuale ale științelor umanistice*. Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor. Chișinău: CEP UPS, 2022, vol.20, partea 1, pp. 257-262. ISSN 1857-0267.
https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/171471
261. ȘTEFAN, M.; LOSÎI E. Self-esteem, anxiety, and their influence on eating behavior in adolescent girls. *Journal Of Romnian Literary Studies*. Issue No 39/2024, International Humanities Journal. Târgu Mureș. ISSN 2248-3004. pp 163-169
<https://asociatia-alpha.ro/jrls.php?page=Volumes>
262. TAFUNI, O., RUSU, R., TOMACINSCHI, A. Chestionarul SCOFF, instrument pentru optimizarea timpului de diagnosticaăre a tulburărilor de alimentație. *One Health & Risk Management*, p. 86. Available at: <https://journal.ohrm.bba.md/index.php/journal-ohrm-bba-md/article/view/544>. ISSN : 2587-3466
263. TAN, C. C., & CHOW, C. M. Stress and emotional eating: The mediating role of eating dysregulation. *Personality and Individual Differences*, 2014, 66, 1-4.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.02.033>. ISSN: 0191-8869
264. TANOFISKY-KRAFF, M., ET AL. A prospective study of pediatric loss of control eating and psychological outcomes. *J. Abnorm. Psychol.*, 2011, 120(1), 108-118. doi: 10.1037/a0021406. ISSN: 0021-843X
265. TANOFISKY-KRAFF, M., THEIM, K. R., YANOVSKI, S. Z., BASSETT, A. M., BURNS, N. P., RANZENHOFER, L. M., ... & YANOVSKI, J. A. Validation of the emotional eating scale adapted for use in children and adolescents (EES-C). *International Journal of Eating Disorders*, 2007, 40(3), 232-240. <https://doi.org/10.1002/eat.20362>. ISSN: 0276-3478
266. TĂNSANU (MANDIA) C. Andreea-Mirela. *Strategii cognitive și motivaționale în autoreglarea comportamentului alimentar la adolescenții și adulții tineri* [Teză de doctorat]. Universitatea „ALEXANDRU IOAN CUZA” din Iași. Școala Doctorală de Psihologie și Științe ale Educației.

267. TĂUT, D. *Influențe calde în autoreglarea comportamentului alimentar la adolescenți și adulți tineri* [Teză de doctorat], Universitatea Babeș-Bolyai, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Departamentul de Psihologie, Cluj-Napoca, 2012
268. THOMPSON, J. K., & STICE, E. Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 2001, 10(5), 181-183. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00144>. ISSN: 0963-7214
269. THOMPSON, J. K., HEINBERG, L. J., ALTABE, M., & TANTLEFF-DUNN, S. *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. American Psychological Association, 1999. ISBN: 978-1557985415
270. THOMPSON, J. K. (Ed.). *Handbook of eating disorders and obesity*. John Wiley & Sons, Inc., 2004. ISBN: 978-0-471-23073-1
271. TIGGEMANN, M., GARDINER, M., SLATER, A. "I would rather be size 10 than have straight A's": A focus group study of adolescent girls' wish to be thinner, *Journal of Adolescence*, 2000, Volume 23, Issue 6, Pages 645-659, <https://doi.org/10.1006/jado.2000.0350>. ISSN 0140-1971 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197100903506>).
272. TIGGEMANN, M., SLATER, A. NetGirls: The Internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 2013, 46(6), 630-633. ISSN: 0276-3478
273. TITCHENER, K. AND WONG, Q.J. A weighty issue: Explaining the association between body mass index and appearance-based social anxiety. *Eating Behaviors*, 2015, 16, pp.13-16. ISSN: 1471-0153
274. TOMOVA, L., WANG, K. L., THOMPSON, T., MATTHEWS, G. A., TAKAHASHI, A., TYE, K. M., ET AL. Acute social isolation evokes midbrain craving responses similar to hunger. *Nat. Neurosci.*, 2020, 23, 1597–1605. doi: 10.1038/s41593-020-00742-z. ISSN: 1097-6256
275. TREASURE, J., & SCHMIDT, U. The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *J. Eat. Disord.*, 2013, 1(1), 13. doi: 10.1186/2050-2974-1-13. ISSN: 2050-2974
276. TUDOSE, F., TUDOSE, C., & DOBRANICI, L. *Psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi*. 2011. Editura Trei. ISBN: 978-973-707-499-8

277. TYLKA, T. L., & WOOD-BARCALOW, N. L. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 2015, 14, 118-129. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.04.001. ISSN: 1740-1445
278. UTSCHIG, A.C., PRESNELL, K., MADELEY, M.C. AND SMITS, J.A. An investigation of the relationship between fear of negative evaluation and bulimic psychopathology. *Eating Behaviors*, 2010, 11(4), pp.231-238. ISSN: 1471-0153
279. VAN MEER, F., CHARBONNIER, L., AND SMEETS, P. A. M. Food decision-making: effects of weight status and age. *Curr. Diab. Rep.*, 2016, 16:84. doi: 10.1007/s11892-016-0773-z ISSN: 1534-4827
280. VAN STRIEN, T., CEBOLLA, A., ETCHEMENDY, E., GUTIERREZ-MALDONADO, J., FERRER-GARCIA, M., BOTELLA, C., ET AL. Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite*, 2013, 66, 20–25. doi: 10.1016/j.appet.2013.02.016. ISSN: 0195-6663
281. VAN STRIEN, T., HERMAN, C. P., & VERHEIJDEN, M. W. Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role?. *Appetite*, 2009, 52(2), 380-387. ISSN: 0195-6663
282. VAN STRIEN, T., KONTTINEN, H., HOMBERG, J. R., ENGELS, R. C., & WINKENS, L. H. Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. *Appetite*, 2016, 100, 216-224. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.034>. ISSN: 0195-6663.
283. VANDERLINDEN, J. VANDEREYCKEN, W., & CLAES, L. Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol: Lessons from the eating disorders field. In E. Vermetten, M. Dorahy, & D. Spiegel (Eds.), *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment* (pp. 317–331). 2007. American Psychiatric Publishing, Inc..
284. VANHAUDENHUYSE, A., LAUREYS, S., AND FAYMONVILLE, M. E. Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, 2014, 44(4), 343-353. doi: 10.1016/j.neucli.2013.09.006. ISSN: 0987-7053
285. VEALE, D. The Appearance Anxiety Inventory: Validation of a Process Measure in the Treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2013, vol. 42(5):1-12. DOI: 10.1017/S1352465813000556. ISSN: 1352-4658
286. VEALE, D., ESHKEVARI, E., KANAKAM, N., ELLISON, N., COSTA, A., & WERNER, T. The Appearance Anxiety Inventory: Validation of a process measure in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2014, 42(5), 605-616. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000556>. ISSN: 1352-4658

287. VOLKOW, N. D., WANG, G.-J., TOMASI, D., AND BALER, R. D. Obesity and addiction: neurobiological overlaps. *Obes. Rev.*, 2013, 14, 2–18. doi: 10.1111/j.1467-789X.2012.01031.x. ISSN: 1467-789X
288. WADE, T. D., TIGGEMANN, M., BULIK, C. M., FAIRBURN, C. G., WRAY, N. R., & MARTIN, N. G. Shared temperament risk factors for anorexia nervosa: a twin study. *Psychosomatic Medicine*, 2008, 70(2), 239-244. ISSN: 0033-3174
289. WADE, T.D. et al. How perfectionism and ineffectiveness influence growth of eating disorder risk in young adolescent girls. In: *Behaviour Research and Therapy (Elsevier)*, 2015, no.66, p.56-63. ISSN: 0005-7967
290. WADE, T.D., WILKSCH, S.M., PAXTON, S.J., BYRNE, S.M., AND AUSTIN, S.B. Do universal media literacy programs have an effect on weight and shape concern by influencing media internalization? *International Journal of Eating Disorders*, 2017, 50(7), 731-738. doi: 10.1002/eat.22689. ISSN: 0276-3478
291. WAGNER, D. D., BOSWELL, R. G., KELLEY, W. M., AND HEATHERTON, T. F. Inducing negative affect increases the reward value of appetizing foods in dieters. *J. Cogn. Neurosci.*, 2012, 24, 1625–1633. doi: 10.1162/jocn_a_00238. ISSN: 0898-929X
292. WALTON, K, KLEINMAN, KP, RIFAS-SHIMAN, SL, HORTON, NJ, GILLMAN, MW, FIELD, AE, ET AL. Secular trends in family dinner frequency among adolescents. *BMC Research Notes*, 2016; 9:35. ISSN: 1756-0500
293. WILLIAMSON DA, MARTIN CK, STEWART T. Psychological aspects of eating disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2004 Dec;18(6):1073-88. ISSN 1521-6918. doi: 10.1016/j.bpg.2004.06.023. PMID: 15561639.
294. WILKSCH, S. M., & WADE, T. D. Reduction of shape and weight concern in young adolescents: a 30-month controlled evaluation of a media literacy program. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2009, 48(6), 652-661. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181a1f559. ISSN: 0890-8567
295. WILLS, W. Food, eating, health and fatness: The perceptions and experiences of young teenagers from disadvantaged families. *RUHBC Research Findings Series*, 2005, Issue No. 8. Edinburgh: RUHBC. ISSN: 1740-7753
296. WILLS, W., BACKETT-MILBURN, K., GREGORY, S., & LAWTON, J. The influence of the secondary school setting on the foodpractices of young teenagers from disadvantaged backgrounds in Scotland. *Health Education Research*, 2005, vol. 20, pp. 458–465. ISSN: 0268-1153

297. YAGER, Z., AND O'DEA, J.A. A controlled intervention to promote a healthy body image, reduce eating disorder risk and prevent excessive exercise among trainee health education and physical education teachers. *Health Education Research*, 2010, 25(5), 841-852. ISSN: 0268-1153
298. YALOM, I. D., & LESZCZ, M. The theory and practice of group psychotherapy (5th ed.). Basic Books, 2005. ISBN: 978-0465092840
299. YANOVER, T., & THOMPSON, J. K. Eating problems, body image disturbances, and academic achievement: Preliminary evaluation of the eating and body image disturbances academic interference scale. *International Journal of Eating Disorders*, 2008, 41(2), 184-187. <https://doi.org/10.1002/eat.20483>. ISSN: 0276-3478
300. ZÂNCU, M. S.-A. *Imaginea corporală și comportamentul alimentar în rândul manechinelor. Perspectivă bio-psiho-socială în contextul reglementărilor profesionale actuale* [Teză de doctorat], Universitatea "Alexandru Ioan Cuza" din Iași. Școala Doctorală de Psihologie și Științe ale Educației.
301. ZHOU, Y., AND TSE, C.-S. Sweet taste brings happiness, but happiness does not taste sweet: the unidirectionality of taste-emotion metaphoric association. *J. Cogn. Psychol.*, 2022, 34, 339–361. doi: 10.1080/20445911.2021.2020797. ISSN: 2044-591
302. ZHU, H., LUO, X., CAI, T., LI, Z., AND LIU, W. Self-control and parental control mediate the relationship between negative emotions and emotional eating among adolescents. *Appetite*, 2014, 82, 202–207. doi: 10.1016/j.appet.2014.06.106

ANEXE

Anexa 1. Instrumente de investigare

Anexa 1.0. Chestionar demografic

Vă rugăm să completați următoarele informații. Toate răspunsurile vor rămâne confidențiale.

1. Vârsta: _____
2. Sexul: _____
3. Localitatea (urban/rural): _____
4. Ce înălțime aveți?
5. Ce greutate aveți?

Sunt de acord ca informațiile furnizate în acest chestionar să fie utilizate în scopuri de cercetare și statistici.

- ☐ Da
- ☐ Nu

Anexa 1.1. CICAP-5A

Chestionar pentru Identificarea Comportamentului Alimentar Problematic (CICAP-5)

Instrucțiuni: Vă rugăm să citiți cu atenție fiecare afirmație și să alegeți numărul care descrie cel mai bine cât de des ați avut aceste gânduri sau comportamente în ultimele 3 luni.

- 1 = Niciodată
- 2 = Rareori
- 3 = Uneori
- 4 = Adesea
- 5 = Întotdeauna

1. Mă compar des cu alți colegi sau cu imagini din social media în ceea ce privește aspectul fizic.

1 - 2 - 3 - 4 - 5

3 Mă simt inconfortabil(ă) să mănânc în fața altora (de exemplu, la cantina școlii sau la petreceri).

1 - 2 - 3 - 4 - 5

4 Încerc să urmez diete sau reguli stricte despre ce și când să mănânc.

1 - 2 - 3 - 4 - 5

5 Mă simt vinovat(ă) sau anxios(ă) după ce mănânc alimente pe care le consider „nesănătoase” sau „interzise”.

1 - 2 - 3 - 4 - 5

6 Îmi fac griji că schimbările corporale din adolescență mă vor face să arăt „gras(ă)” sau „urât(ă)”.

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Studiu de validare

1. Introducere

Acest studiu a avut ca scop validarea Chestionarului pentru Identificarea Comportamentului Alimentar Problematic la Adolescenți (CICAP-5A), un instrument de screening cu 5 itemi dezvoltat pentru a identifica riscul de comportament alimentar dezordonat în rândul adolescenților.

2. Metodologie

Participanți: 486 de adolescenți (18-65 ani), 56% fete, 44% băieți, recrutați din școli din mediul urban și rural.

Procedură: Studiu transversal, online, consimțământ informat obținut de la cadrele didactice

Instrumente adiționale:

- EAT-26 (adaptat pentru adolescenți)
- Scala de Satisfacție Corporală pentru Adolescenți (SBSA)
- Interviu Clinic Structurat pentru DSM-5 (SCID-5) - secțiunea pentru tulburări alimentare (subgrup de 100 participanți)

3. Rezultate

3.1 Validitate de conținut

- Panel de 4 experți în tulburări alimentare (psiholog pediatric, nutriționist, psihiatru, psihoterapeut)
- Indicele de Validitate de Conținut (CVI) = 0.91

3.2 Structură factorială

- Analiza Factorială Confirmatorie a susținut structura unifactorială
- CFI = 0.95, TLI = 0.93, RMSEA = 0,06

3.3 Consistență internă

Coeficientul alfa Cronbach = 0.82

3.4 Validitate convergentă

- Corelație cu EAT-26 (adaptat): $r = 0.75$, $p < 0,001$
- Corelație cu SBSA: $r = -0.68$, $p < 0,001$

3.5 Validitate discriminantă

- Corelație cu Scala de Anxietate Socială pentru Adolescenți: $r = 0.32$, $p < 0,01$

3.6 Fiabilitate test-retest (interval de 3 săptămâni)

- Coeficientul de corelație intra-clasă = 0.81

3.7 Sensibilitate și Specificitate

- Aria de sub curba ROC (AUC) = 0.88
- Pentru un scor cut-off de 15:

Sensibilitate = 0.85

Specificitate = 0.78

3.8 Valori predictive

- Valoare predictivă pozitivă = 0.72
- Valoare predictivă negativă = 0.88

3.9 Invarianță de măsurare

Analizele multi-grup au confirmat invarianța de măsurare între sexe și grupele de vârstă (12-14 și 15-18 ani)

Discuție

CICAP-5A demonstrează proprietăți psihometrice bune pentru utilizarea ca instrument de screening al comportamentelor alimentare problematice la adolescenți. Structura unifactorială și consistența internă ridicată sugerează că instrumentul măsoară un construct coerent.

Validitatea convergentă puternică cu EAT-26 și corelația negativă cu satisfacția corporală susțin capacitatea CICAP-5A de a identifica atitudini și comportamente problematice legate de alimentație. Corelația moderată cu anxietatea socială reflectă suprapunerea parțială, dar distinctă, a acestor constructe în adolescență.

Sensibilitatea și specificitatea sunt adecvate pentru un instrument de screening, oferind un bun echilibru între identificarea cazurilor potențiale și minimizarea rezultatelor fals pozitive.

Limitări și direcții viitoare

Deși eșantionul a inclus participanți din medii diverse, este necesară validarea suplimentară în contexte culturale variate.

Studii longitudinale ar putea evalua capacitatea CICAP-5A de a prezice dezvoltarea tulburărilor alimentare.

Investigarea utilității instrumentului în contexte clinice și educaționale ar fi benefică.

Concluzie

CICAP-5A se dovedește a fi un instrument valid și fiabil pentru screening-ul rapid al riscului de comportament alimentar dezordonat în rândul adolescenților. Proprietățile sale psihometrice îl recomandă pentru utilizare în contexte educaționale și de sănătate primară, ca primul pas în identificarea adolescenților care ar putea beneficia de o evaluare mai aprofundată.

Recomandări pentru interpretarea scorurilor:

5-10: Risc scăzut

11-15: Risc ușor crescut

16-20: Risc moderat

21-25: Risc ridicat

Este esențial ca rezultatele să fie interpretate în contextul dezvoltării normale a adolescenților și că orice îngrijorare să fie discutată cu un profesionist în sănătate mentală specializat în lucrul cu această grupă de vârstă.

Acest studiu de validare oferă o bază solidă pentru utilizarea CICAP-5A, dar cercetări continue sunt necesare pentru a rafina și extinde aplicabilitatea sa în diverse contexte clinice și de cercetare.

Anexa 1.2. EAT-26

Apreciați următorii itemi:

Întotdeauna	De obicei	Des	Uneori	Rareori	Niciodată
6	5	4	3	2	1

1. Sunt îngrozit/ă de ideea de a fi supraponderal/ă.
2. Evit să mănânc atunci când îmi este foame.
3. Mă găsesc preocupat/ă de mâncare.
4. Am avut episoade de mâncat compulsiv în care am simțit că s-ar putea să nu mă pot opri.
5. Îmi tai mâncarea în bucăți mici.
6. Sunt conștient/ă de conținutul caloric al alimentelor pe care le mănânc.
7. Evit în mod special alimentele cu un conținut ridicat de carbohidrați (de ex. pâine, orez, cartofi etc.)
8. Simt că alții ar prefera dacă aş mânca mai mult.
9. Vomit după ce am mâncat.
10. Mă simt extrem de vinovat/ă după ce mănânc.
11. Sunt preocupat/ă de dorința de a fi mai slab/ă.
12. Mă gândesc la arderea caloriilor când fac exerciții fizice.
13. Cred că alți oameni consideră că sunt prea slab/ă.
14. Sunt preocupat/ă de gândul că am grăsime pe corp.
15. Îmi ia mai mult timp decât altora să-mi termin mesele.
16. Evit alimentele care conțin zahăr.
17. Mănânc alimente dietetice.
18. Simt că mâncarea îmi controlează viața.
19. Îmi arăt autocontrolul în ceea ce privește mâncarea.

20. Simt că alții mă presează să mănânc.
21. Acord prea mult timp și gânduri mâncării.
22. Mă simt inconfortabil/ă după ce mănânc dulciuri.
23. Adopt comportamente de dietă.
24. Îmi place să am stomacul gol.
25. Am impulsul de a vomita după mese.
26. Îmi place să încerc alimente noi și bogate.

Anexa 1.3. EEQ

Instrucțiune: Vă rugăm să indicați cât de puternic sunteți de acord sau dezacord cu următoarele afirmații. Folosiți scala de mai jos și scrieți răspunsurile în spațiile prevăzute.

Niciodată	Uneori	În general	Întotdeauna
0	1	2	3

1. Cântarul are o mare putere asupra ta și îți pot schimba starea de spirit?
2. Poftești la anumite alimente?
3. Ți este greu să nu mai mănânci dulciuri, în special ciocolată?
4. Ai probleme în a controla cantitatea anumitor tipuri de alimente pe care le consumi?
5. Mănânci când ești stresată, furioasă sau plictisită?
6. Mănânci mai mult din mâncarea preferată și cu mai puțin control atunci când ești singură?
7. Te simți vinovată dacă consumi alimente „interzise”, cum ar fi dulciurile sau gustările?
8. Simți mai puțin control asupra dietei tale când ești obosită, mai ales noaptea?
9. Când mănânci în exces în timp ce ești la dietă, renunți și începi să mănânci fără control, în special alimente despre care crezi că îngrașă?
10. Cât de des simți că mâncarea vă controlează, în loc să controlezi mâncarea?

Anexa 1.4. AAI (*Appearance Anxiety Inventory*)

Instrucțiuni. Lista de mai jos cuprinde afirmații folosite de o persoană cu privire la sine. Vă rugăm citiți cu atenție fiecare afirmație și decideți cât de bine vă descrie pe dvs.. Când nu sunteți sigură, răspundeți în funcție de ceea ce simțiți și nu în funcție de ceea ce credeți că este adevărat.

0	1	2	3	4
total neadevărat în ceea ce mă privește	de cele mai multe ori neadevărat în ceea ce mă privește	mai degrabă fals decât adevărat	mai degrabă adevărat decât fals	de cele mai multe ori adevărat în ceea ce mă privește

1. Îmi verific aspectul (de exemplu, în oglinzi, aranjându-mă sau făcându-mi fotografii). 0 1 2 3 4
2. Compar aspecte ale fizicului meu cu al altor persoane. 0 1 2 3 4
3. Evit situațiile sau oamenii din cauza aspectului meu fizic. 0 1 2 3 4
4. Mă gândesc cum să-mi camuflez sau să-mi modific aspectul fizic. 0 1 2 3 4
5. Evit suprafețele reflectorizante, fotografiile sau videoclipurile cu mine. 0 1 2 3 4
6. Încerc să-mi camuflez sau să modific unele aspecte ale felului în care arăt. 0 1 2 3 4
7. Mă gândesc la evenimentele trecute sau motivele pentru a-mi explica de ce arăt în felul în care arăt. 0 1 2 3 4
8. Sunt concentrat/ă mai degrabă pe felul în care simt în legătură cu modul în care arăt decât pe cei din preajma mea sau pe lucrurile care mă înconjoară. 0 1 2 3 4
9. Discut despre aspectul meu cu alții sau îi întreb ce părere au despre asta. 0 1 2 3 4
10. Încerc să îi împiedic pe oameni să vadă unele aspecte ale fizicului meu în anumite situații (de exemplu, schimbându-mi postura și evitând luminile puternice). 0 1 2 3 4

Anexa 1.5. BESAA (Body Esteem Scale for Adolescents and Adults)

Indicație. Evaluați cât de des sunteți de acord cu următoarele afirmații, de la „niciodată” (0) la „întotdeauna” (4). Încercuiți numărul corespunzător de lângă fiecare afirmație.

1. Îmi place cum arăt în imagini .
2. Alți oameni mă consideră arătos.
3. Sunt mândru de corpul meu.
4. Sunt preocupat să încerc să-mi schimb greutatea corporală.
5. Cred că înfățișarea mea m-ar ajuta să obțin un loc de muncă.
6. Îmi place ce văd când mă privesc în oglindă.
7. Sunt o mulțime de lucruri pe care mi-aș schimba aspectul dacă aș putea.
8. Sunt mulțumit de greutatea mea.
9. Aș vrea să arăt mai bine.
10. Îmi place foarte mult ceea ce cântăresc.
11. Aș vrea să arăt ca altcineva.
12. Oamenilor de vârsta mea le place aspectul meu.
13. Aspectul meu m-a supărat.
14. Arăt la fel de drăguț ca majoritatea oamenilor.
15. Sunt destul de fericită de felul în care arăt.
16. Simt că cântăresc cantitatea potrivită pentru înălțimea mea.
17. Mi-e rușine de cum arăt.
18. Cântărirea mă deprimă.
19. Greutatea mea mă face nefericit.
20. Aspectul meu mă ajută să obțin întâlniri.
21. Îmi fac griji pentru felul în care arăt.
22. Cred că am un corp bun.
23. Arăt la fel de drăguț pe cât mi-aș dori.

Trei sub-scale:

BE-Aspect (1, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 21, 23);

BE-Greutate (3, 4, 8, 10, 16, 18, 19, 22);

BE-Atribuire (2, 5, 12, 14, 20). [itemi negativi, care trebuie recodificați pentru punctare prin inversarea scalei (adică, 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1, 4 = 0).]

Anexa 1.6. SPPA (Self-Perception Profile for Adolescents)

Item #	Competență școlară/academică
1	Unii adolescenți simt că sunt la fel de deștepti ca și alții de vârsta lor, DAR alți adolescenți nu sunt atât de siguri și se întreabă dacă sunt la fel de deștepti.
10	Unii adolescenți sunt destul de lenți în a-și termina munca școlară, DAR alți adolescenți își pot face munca la școală rapid.
19	Unii adolescenți se descurcă foarte bine la lucrările lor de clasă, DAR alți adolescenți nu se descurcă foarte bine la lucrările lor de clasă.
28	Unii adolescenți întâmpină dificultăți în a afla răspunsurile la școală, DAR alți adolescenți pot afla aproape întotdeauna răspunsurile.
37	Unii adolescenți simt că sunt destul de inteligenți, DAR alți adolescenți se întreabă dacă sunt inteligenți.

Item #	Competență socială
2	Unor adolescenți le este greu să-și facă prieteni, DAR altor adolescenți le este destul de ușor să-ți facă prieteni.
11	Unii adolescenți știu să-i facă pe colegii de clasă să îi placă, DAR alți adolescenți nu știu să-i facă pe colegi să îi placă.
20	Unii adolescenți nu au abilitățile sociale pentru a-și face prieteni, DAR alți adolescenți au abilitățile sociale pentru a-și face prieteni.
29	Unii adolescenți înțeleg cum să-i convingă pe colegi să-i accepte, DAR alți adolescenți nu înțeleg cum să-i facă pe colegi să-i accepte.
38	Unii adolescenți știu să devină populari DAR alți adolescenți nu știu să devină populari.

Item #	Competență athletică
3	Unii adolescenți se descurcă foarte bine la tot felul de sporturi DAR alți adolescenți nu simt că sunt foarte buni când vine vorba de sport.
12	Unii adolescenți cred că s-ar putea descurca bine la aproape orice activitate sportivă nouă, DAR alți adolescenți se tem că ar putea să nu se descurce bine la o nouă activitate sportivă.
21	Unii adolescenți simt că sunt mai buni decât alții de vârsta lor la sport, DAR alți adolescenți nu simt că se pot juca la fel de bine
30	Unii adolescenți simt că sunt mai buni decât alții de vârsta lor la sport, DAR alți adolescenți nu simt că pot juca la fel de bine.
39	Unii adolescenți nu simt că sunt foarte atletici, DAR alți adolescenți simt că sunt foarte atletici.

Item #	Aparență fizică
4	Unii adolescenți nu sunt mulțumiți de felul în care arată, DAR alți adolescenți sunt mulțumiți de felul în care arată
13	Unii adolescenți își doresc ca corpul lor să fie diferit, DAR altor adolescenți le place corpul așa cum este.
22	Unii adolescenți își doresc ca aspectul lor fizic să fie diferit, DAR altor adolescenți le place aspectul lor fizic așa cum este.

31	Unii adolescenți cred că sunt arătoși DAR alți adolescenți cred că nu sunt foarte arătoși.
40	Unor adolescenți le place aspectul lor, DAR alți adolescenți își doresc să arate diferit.

Item #	Competență profesională
5	Unii adolescenți simt că sunt pregătiți să se descurce bine la un job part-time DAR alți adolescenți simt că nu sunt deloc pregătiți să se ocupe de un job part-time.
14	Unii adolescenți simt că nu au suficiente abilități pentru a se descurca bine la un loc de muncă, DAR alți adolescenți simt că au suficiente abilități pentru a face bine o slujbă.
23	Unii adolescenți simt că sunt suficient de mari pentru a obține și păstra un loc de muncă plătit, DAR alți adolescenți nu simt că sunt încă suficient de mari pentru a se descurca cu adevărat bine la un loc de muncă.
32	Unii adolescenți simt că ar putea face mai bine munca pentru care sunt plătiți, DAR alți adolescenți simt că se descurcă foarte bine la munca pentru care sunt plătiți.
41	Unii adolescenți simt că sunt cu adevărat capabili să facă față muncii la un loc de muncă plătit, DAR alți adolescenți se întreabă dacă chiar fac o treabă la fel de bună la muncă pe cât ar trebui să o facă.
Item #	Atracție romantică
6	Unii adolescenți simt că dacă sunt interesați romantic de cineva, acea persoană îi va plăcea la rândul ei, DAR alți adolescenți se îngrijorează că atunci când le place romantic de cineva, acea persoană nu îi va plăcea la rândul ei.
15	Unii adolescenți nu se întâlnesc cu persoanele de care sunt cu adevărat atrași, DAR alți adolescenți se întâlnesc cu acele persoane de care sunt atrași.
24	Unii adolescenți simt că persoanele de vârsta lor vor fi atrase romantic de ei, DAR alți adolescenți se îngrijorează dacă persoanele de vârsta lor vor fi atrase de ei.
33	Unii adolescenți simt că sunt distractivi și interesanți la o întâlnire, DAR alți adolescenți se întreabă cât de distractivi și interesanți sunt la o întâlnire.
42	Unii adolescenți de obicei nu ies cu persoanele cu care ar dori cu adevărat să se întâlnească, DAR alți adolescenți ies cu persoanele cu care își doresc cu adevărat să se întâlnească.

Item #	Conduită
7	Unii adolescenți de obicei fac ceea ce este corect, DAR alți adolescenți adesea nu fac ceea ce știu că este corect.
16	Unii adolescenți intră adesea în necazuri din cauza lucrurilor pe care le fac, DAR alți adolescenți de obicei nu fac lucruri care să îi bage în necazuri.
25	Unii adolescenți se simt foarte bine în legătură cu felul în care se comportă, DAR Alți adolescenți nu se simt atât de bine în legătură cu felul în care se comportă adesea.
34	Unii adolescenți fac lucruri despre care știu că nu ar trebui să le facă, DAR alți adolescenți aproape niciodată nu fac lucruri despre care știu că nu ar trebui să le facă.
43	Unii adolescenți de obicei se comportă așa cum știu că ar trebui să se comporte, DAR alți adolescenți adesea nu se comportă așa cum ar trebui să se comporte.

Item #	Prietenii apropiate
8	Unii adolescenți sunt capabili să-și facă prieteni foarte apropiați, DAR altor adolescenți le este greu să-și facă prieteni foarte apropiați.
17	Unii adolescenți nu știu cum să găsească un prieten apropiat căruia să-i poată împărtăși secrete, DAR alți adolescenți știu cum să găsească un prieten apropiat căruia să-i poată împărtăși secrete.
26	Unii adolescenți știu ce este nevoie pentru a dezvolta o prietenie strânsă cu un egal, DAR alți adolescenți nu știu ce să facă pentru a forma o prietenie strânsă cu un egal.
35	Unor adolescenți le este greu să își facă prieteni în care să aibă încredere, DAR alți adolescenți își pot face prieteni apropiați în care să aibă încredere.
44	Unii adolescenți nu înțeleg ce ar trebui să facă pentru a avea un prieten suficient de apropiat pentru a-i împărtăși gânduri personale, DAR alți adolescenți înțeleg ce să facă pentru a avea un prieten apropiat cu care să-și poată împărtăși gânduri personale.

Item #	Stimă de sine globală
9	Unii adolescenți sunt adesea dezamăgiți de ei înșiși, DAR alți adolescenți sunt destul de mulțumiți de ei înșiși.
18	Unii adolescenți nu le place felul în care își duc viața, DAR altor adolescenți le place felul în care își duc viața.
27	Unii adolescenți sunt fericiți de ei înșiși de cele mai multe ori, DAR alți adolescenți nu sunt adesea fericiți de ei înșiși.
36	Unii adolescenți le place genul de persoană care sunt DAR alți adolescenți își doresc adesea să fie altcineva.
45	Unii adolescenți sunt foarte fericiți că sunt așa cum sunt, DAR alți adolescenți își doresc adesea să fie diferiți.

Anexa 1.7. BFI 10

Dezacord total 1	Dezacord 2	Neutru 3	De acord 4	Total de acord 5
---------------------	---------------	-------------	---------------	---------------------

1. Mă văd ca pe cineva care este rezervat sau mai retras
2. Mă văd ca pe cineva care este, în general, încrezător
3. Mă văd ca pe cineva care tinde să fie mai leneș sau comod
4. Mă văd ca pe cineva care este relaxat și gestionează bine stresul
5. Mă văd ca pe cineva care are puține interese artistice
6. Mă văd ca pe cineva căruia îi place să iasă în societate, cineva care este sociabil
7. Mă văd ca pe cineva care tinde să dea vina pe alții
8. Mă văd ca pe cineva care face o treabă temeinică
9. Mă văd ca pe cineva care se enervează ușor
10. Mă văd ca pe cineva care are o imaginație active

Anexa 1.8. HP5

Niciodată – 1	F. rar – 2	Uneori - 3	Adesea - 4	Întotdeauna - 5
---------------	------------	------------	------------	-----------------

- A.1. Fac adesea comentarii sarcastice sau răutăcioase.
- A.2. Dacă sunt tratat/ă prost sau nedrept, cred că ar trebui să răspund în același fel
- A.3. Ofer răspunsuri pătrunzătoare și rău intenționate
- A.4. Atunci când cineva mă jignește are probleme cu mine

- I.1 Acționez din impulsul momentului
- I.2. Mă implic prea grăbit în tot felul de activități
- I.3. Vorbesc înainte să mă gândesc prea bine
- I.4. Sunt o persoană impulsivă

- H.1. Mă simt simte adesea entuziasmat/ă.
- H.2. Mă bucur de viață.
- H.3. Socializarea mă bine dispune
- H.4. Sunt dornic/ă să încerc lucruri noi.

- N.1. Mă simt adesea destul de rău/inconfortabil.
- N.2. Simt presiune atunci când sunt îndemnat/ă să mă grăbesc.
- N.3. Mușchii îmi sunt atât de încordați încât obosesc.
- N.4. Zgomotele neașteptate mă fac să tresar.

- Al.1 Nu-mi analizez sentimentele.
- Al.2. Emoțiile mele sunt exagerate.
- Al.3. Nu înțeleg sentimentele altora.
- Al.4. Evit să mă implic în problemele altora.

Anexa 1.9. Chestionarul perfecționismului clinic

Instrucțiune: Apreciați următoarele afirmații pe următoarea scală, de la 1 (deloc) la 4 (tot timpul).

1. V-ați forțat foarte mult pentru a vă atinge obiectivele?
2. Ați avut tendința de a vă concentra pe ceea ce ați realizat, mai degrabă decât pe ceea ce nu ați realizat? (r)
3. Vi s-a spus că standardele dumneavoastră sunt prea înalte?
4. V-ați simțit un eșec ca persoană pentru că nu ați reușit să vă atingeți obiectivele?
5. V-a fost teamă că s-ar putea să nu atingeți standardele dumneavoastră?
6. V-ați ridicat standardele pentru că ați considerat că sunt prea ușoare?
7. V-ați judecat pe baza capacității dumneavoastră de a atinge standarde înalte?
8. Ați făcut doar atât cât să vă descurcați? (r)
9. Ați verificat în mod repetat cât de bine vă descurcați în atingerea standardelor dumneavoastră (de exemplu, comparându-vă performanța cu cea a altora)?
10. Credeți că alți oameni v-ar fi considerat un “perfecționist”?
11. Ați continuat să încercați să vă atingeți standardele, chiar dacă acest lucru a însemnat că ați ratat alte lucruri?
12. Ați evitat orice test al performanței dumneavoastră (în atingerea obiectivelor) de teama că ați putea eșua?

Anexa 1.10. PSPS (Perceived Sociocultural Pressure Scale)

Indicație. *Vă rog să citiți cu atenție și să răspundeți la fiecare afirmație, utilizând scala de mai jos. Evitați pe cât posibil o poziție neutră.*

Scala:

1 = dezacord puternic

2 = într-o oarecare măsură neadevărat pentru mine

3 = neutru

4 = într-o oarecare măsură adevărat pentru mine

5 = acord puternic

1	Am simțit presiunea prietenilor mei să slăbesc.
2	Am observat un mesaj puternic de la prietenii mei de a avea un corp subțire.
3	Am simțit presiune din partea familiei mele să slăbesc.
4	Am observat un mesaj puternic din partea familiei mele de a avea un corp subțire
5	Am simțit presiunea oamenilor cu care m-am întâlnit să slăbesc.
6	Am observat un mesaj puternic de la oameni cu care m-am întâlnit că au un corp subțire.
7	Am simțit presiune din partea mass-media (de exemplu, TV, reviste) să slăbesc.
8	Am observat un mesaj puternic din mass-media pentru a avea un corp subțire.
9	Membrii familiei mă tachinează cu privire la greutatea sau forma corpului meu.
10	Copiii de la școală mă tachinează cu privire la greutatea sau forma corpului meu.

Anexa 2. Rezultate statistice obținute în urma experimentului constatativ

Tabel 1. Date descriptive pentru EAT-26 pentru lotul de participante

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Atitudinile față de alimentație	206	1	33	17.49	5.789
EAT – dieta	206	0	10	5.55	1.854
EAT - preocupare pentru mancare	206	1	13	7.75	2.298
EAT - control oral	206	0	12	4.19	1.727
Valid N (listwise)	206				

Tabel 2. Analiza normalității pentru EAT-26 și factorii săi

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Atitudinile față de alimentație	.158	206	.000	.948	206	.000
EAT – dieta	.153	206	.000	.946	206	.000
EAT - preocupare pentru mancare	.246	206	.000	.923	206	.000
EAT - control oral	.222	206	.000	.894	206	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Tabel 3. Comparații între mediile scorurilor pentru EAT-26, CAP și CAE

Group Statistics					
	Categorie	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
EAT – dieta	CAP	103	6.91	1.147	.113
	CAE	103	4.19	1.365	.135
EAT - preocupare pentru mancare	CAP	103	9.53	1.046	.103
	CAE	103	5.96	1.754	.173
EAT - control oral	CAP	103	5.46	1.136	.112
	CAE	103	2.92	1.210	.119
EAT-26	CAP	103	21.90	3.185	.314
	CAE	103	13.08	4.228	.417

Tabel 4. Comparații între mediile și sumele rangurilor pentru EAT-26, CAP și CAE

Ranks				
	Categorie	N	Mean Rank	Sum of Ranks
EAT-26	CAP	103	154.92	15957.00
	CAE	103	52.08	5364.00

	Total	206		
EAT – dieta	CAP	103	152.20	15677.00
	CAE	103	54.80	5644.00
	Total	206		
EAT - preocupare pentru mâncare	CAP	103	151.97	15653.00
	CAE	103	55.03	5668.00
	Total	206		
EAT - control oral	CAP	103	154.65	15929.00
	CAE	103	52.35	5392.00
	Total	206		

Tabel 5. Testul U Mann Whitney pentru factorii EAT-26, CAP și CAE

Test Statistics ^a				
	EAT-26	EAT - dieta	EAT - preocupare pentru mancare	EAT - control oral
Mann-Whitney U	8.000	288.000	312.000	36.000
Wilcoxon W	5364.000	5644.000	5668.000	5392.000
Z	-12.486	-11.977	-12.158	-12.840
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000

a. Grouping Variable: Categorie

Tabel 6. Date descriptive pentru EEQ pentru lotul de participante

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Alimentatie emotionala	206	1	26	16.10	6.327
Valid N (listwise)	206				

Tabel 7. Analiza normalității pentru EEQ

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Alimentatie emotionala	.294	206	.000	.804	206	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Anexa 3. Rezultatele statistice obținute în urma experimentului formativ

Anexa 3.1. Testarea omogenității GE și GC

Tabel 8. Date descriptive GE și GC în etapa test

Group Statistics					
	Categorie	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Varsta	GE	12	16.58	.900	.260
	GC	12	16.17	.835	.241
Screening_test	GE	12	14.92	.669	.193
	GC	12	15.00	.603	.174
Atitudinile față de alimentație_test	GE	12	18.75	1.422	.411
	GC	12	18.92	1.379	.398
EAT - dieta_test	GE	12	5.75	.452	.131
	GC	12	5.83	.389	.112
Alimentatie emotionala_test	GE	12	19.50	1.243	.359
	GC	12	19.83	.577	.167
Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_test	GE	12	13.58	.900	.260
	GC	12	13.50	1.000	.289
Imagine corporală globală_test	GE	12	56.25	1.960	.566
	GC	12	55.92	1.379	.398
9. Concepția de sine globala_test	GE	12	9.75	.965	.279
	GC	12	10.58	1.165	.336

Tabel 9. Mediile și sumele rangurilor pentru variabilele investigate, GE și GC etapa test

Ranks				
	Categorie	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Varsta	GE	12	13.88	166.50
	GC	12	11.13	133.50
	Total	24		
Screening_test	GE	12	12.08	145.00
	GC	12	12.92	155.00
	Total	24		
Atitudinile față de alimentație_test	GE	12	12.04	144.50
	GC	12	12.96	155.50
	Total	24		
Alimentatie emotionala_test	GE	12	11.96	143.50
	GC	12	13.04	156.50
	Total	24		
Imagine corporală globală_test	GE	12	13.54	162.50
	GC	12	11.46	137.50
	Total	24		
Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_test	GE	12	13.25	159.00
	GC	12	11.75	141.00
	Total	24		

Tabel 10. Testul U Mann Whitney pentru variabilele investigate GE și GC etapa test (testarea omogenității)

Test Statistics ^a						
	varsta	Screening test	Atitudinile față de alimentație test	Alimentație emotională test	Imagine corporală globală test	Îngrijorarea cu privire la aparența fizică test
Mann-Whitney U	55.500	67.000	66.500	65.500	59.500	63.000
Wilcoxon W	133.500	145.000	144.500	143.500	137.500	141.000
Z	-1.009	-.335	-.336	-.653	-.763	-.623
Asymp. Sig. (2-tailed)	.313	.738	.737	.514	.446	.533
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.347 ^b	.799 ^b	.755 ^b	.713 ^b	.478 ^b	.630 ^b

a. Grouping Variable: Categorie

b. Not corrected for ties.

Anexa 3.2. Comparații pentru GE test-retest

Comportament și atitudini alimentare

Tabel 11. Comparații test-retest pentru CICAP, EAT-26 și EEQ, GE

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Screening_test	12	14	16	14.92	.669
Screening_retest	12	9	15	11.58	2.065
Atitudinile față de alimentație_test	12	16	20	18.75	1.422
Atitudinile față de alimentație_retest	12	10	16	12.75	1.765
EAT - dieta_test	12	5	6	5.75	.452
EAT - dieta_retest	12	3	6	4.17	.835
EAT - preocupare pentru mancare_test	12	7	9	8.58	.669
EAT - preocupare pentru mancare_retest	12	3	7	4.75	1.215
EAT - control oral_test	12	4	5	4.42	.515
EAT - control oral_retest	12	3	4	3.75	.452
Alimentatie emotionala_test	12	16	20	19.50	1.243
Alimentatie emotionala_retest	12	13	18	15.42	1.443
Valid N (listwise)	12				

Tabel 12. Comparații test-retest pentru CICAP, EAT-26 și EEQ, GE

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Screening_retest - Screening_test	Negative Ranks	11 ^a	6.00	66.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	1 ^c		
	Total	12		
Atitudinile față de alimentație_retest - Atitudinile față de alimentație_test	Negative Ranks	12 ^d	6.50	78.00
	Positive Ranks	0 ^e	.00	.00
	Ties	0 ^f		
	Total	12		
EAT - dieta_retest - EAT - dieta_test	Negative Ranks	11 ^g	6.00	66.00
	Positive Ranks	0 ^h	.00	.00
	Ties	1 ⁱ		
	Total	12		
EAT - preocupare pentru mancare_retest - EAT - preocupare pentru mancare_test	Negative Ranks	12 ^j	6.50	78.00
	Positive Ranks	0 ^k	.00	.00
	Ties	0 ^l		
	Total	12		
EAT - control oral_retest - EAT - control oral_test	Negative Ranks	6 ^m	3.50	21.00
	Positive Ranks	0 ⁿ	.00	.00
	Ties	6 ^o		
	Total	12		
Alimentatie emotionala_retest - Alimentatie emotionala_test	Negative Ranks	12 ^p	6.50	78.00
	Positive Ranks	0 ^q	.00	.00
	Ties	0 ^r		
	Total	12		

a. Screening_retest < Screening_test

b. Screening_retest > Screening_test

- c. Screening_retest = Screening_test
d. Atitudinile față de alimentație_retest < Atitudinile față de alimentație_test
e. Atitudinile față de alimentație_retest > Atitudinile față de alimentație_test
f. Atitudinile față de alimentație_retest = Atitudinile față de alimentație_test
g. EAT - dieta_retest < EAT - dieta_test
h. EAT - dieta_retest > EAT - dieta_test
i. EAT - dieta_retest = EAT - dieta_test
j. EAT - preocupare pentru mancare_retest < EAT - preocupare pentru mancare_test
k. EAT - preocupare pentru mancare_retest > EAT - preocupare pentru mancare_test
l. EAT - preocupare pentru mancare_retest = EAT - preocupare pentru mancare_test
m. EAT - control oral_retest < EAT - control oral_test
n. EAT - control oral_retest > EAT - control oral_test
o. EAT - control oral_retest = EAT - control oral_test
p. Alimentatie emotionala_retest < Alimentatie emotionala_test
q. Alimentatie emotionala_retest > Alimentatie emotionala_test
r. Alimentatie emotionala_retest = Alimentatie emotionala_test

Tabel 13. Comparații test-retest pentru CICAP, EAT-26 și EEQ, GE

Test Statistics ^a						
	Screening_retest - Screening_test	Atitudinile față de alimentație_retest - Atitudinile față de alimentație_test	EAT - dieta_retest - EAT - dieta_test	EAT - preocupare pentru mancare_retest - EAT - preocupare pentru mancare_test	EAT - control oral_retest - EAT - control oral_test	Alimentatie emotionala_retest - Alimentatie emotionala_test
Z	-2.953 ^b	-3.089 ^b	-3.071 ^b	-3.088 ^b	-2.271 ^b	-3.068 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.003	.002	.002	.002	.023	.002

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Imagine corporală și stimă de sine

Tabel 14. Comparații test-retest pentru AAI și BESSA, GE

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_test	12	13	16	13.58	.900
Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_retest	12	8	11	9.58	1.084
Imagine corporală globală_test	12	37	49	42.92	4.231
Imagine corporală globală_retest	12	52	59	55.42	2.151
Satisfacție aparență_test	12	13	22	17.50	2.714
Satisfacție aparență_retest	12	21	24	22.50	.798
Satisfacție greutate_test	12	15	22	17.92	2.314
Satisfacție greutate_retest	12	19	24	21.67	1.371
Satisfacție imagine atribuită_test	12	5	10	7.50	1.446
Satisfacție imagine atribuită_retest	12	10	14	11.25	1.215

Valid N (listwise)	12				
--------------------	----	--	--	--	--

Tabel 15. Comparații test-retest pentru AAI și BESSA, GE (mediile rangurilor)

Ranks		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_retest - Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_test	Negative Ranks	12 ^a	6.50	78.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	0 ^c		
	Total	12		
Imagine corporală globală_retest - Imagine corporală globală_test	Negative Ranks	0 ^d	.00	.00
	Positive Ranks	12 ^e	6.50	78.00
	Ties	0 ^f		
	Total	12		
Satisfacție aparență_retest - Satisfacție aparență_test	Negative Ranks	0 ^g	.00	.00
	Positive Ranks	10 ^h	5.50	55.00
	Ties	2 ⁱ		
	Total	12		
Satisfacție greutate_retest - Satisfacție greutate_test	Negative Ranks	1 ^j	1.00	1.00
	Positive Ranks	9 ^k	6.00	54.00
	Ties	2 ^l		
	Total	12		
Satisfacție imagine atribuită_retest - Satisfacție imagine atribuită_test	Negative Ranks	0 ^m	.00	.00
	Positive Ranks	12 ⁿ	6.50	78.00
	Ties	0 ^o		
	Total	12		

a. Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_retest < Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_test

b. Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_retest > Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_test

c. Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_retest = Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_test

d. Imagine corporală globală_retest < Imagine corporală globală_test

e. Imagine corporală globală_retest > Imagine corporală globală_test

f. Imagine corporală globală_retest = Imagine corporală globală_test

g. Satisfacție aparență_retest < Satisfacție aparență_test

h. Satisfacție aparență_retest > Satisfacție aparență_test

i. Satisfacție aparență_retest = Satisfacție aparență_test

j. Satisfacție greutate_retest < Satisfacție greutate_test

k. Satisfacție greutate_retest > Satisfacție greutate_test

l. Satisfacție greutate_retest = Satisfacție greutate_test

m. Satisfacție imagine atribuită_retest < Satisfacție imagine atribuită_test

n. Satisfacție imagine atribuită_retest > Satisfacție imagine atribuită_test

o. Satisfacție imagine atribuită_retest = Satisfacție imagine atribuită_test

Tabel 16. Comparații test-retest pentru AAI și BESSA, GE

Test Statistics ^a					
	Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_retest - Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_test	Imagine corporală globală_retest - Imagine corporală globală_test	Satisfacție aparență_retest - Satisfacție aparență_test	Satisfacție greutate_retest - Satisfacție greutate_test	Satisfacție imagine atribuită_retest - Satisfacție imagine atribuită_test
Z	-3.081 ^b	-3.068 ^b	-2.816 ^b	-2.741 ^b	-3.093 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002	.002	.005	.006	.002

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. Based on positive ranks.

Profilul percepției de sine (SPPA)

Tabel 16. Comparații test-retest pentru Profilul percepției de sine (SPPA), GE

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
1.Competenta academica_test	12	7	14	10.08	2.678
1.Competenta academica_retest	12	7	13	10.17	2.480
2. Competenta sociala_test	12	5	14	10.67	2.462
2. Competenta sociala_retest	12	10	12	11.25	.622
3. Competenta atletica_test	12	9	18	11.75	2.989
3. Competenta atletica_retest	12	9	18	12.08	2.875
4. Aparenta fizica_test	12	5	14	7.50	2.611
4. Aparenta fizica_retest	12	7	15	9.75	2.379
5. Competenta in activitati profesionale_test	12	7	15	11.00	2.216
5. Competenta in activitati profesionale_retest	12	8	15	11.25	2.137
6. Atracție romantică_test	12	5	17	7.92	3.204
6. Atracție romantică_retest	12	7	18	10.75	3.019
7. Conduită comportamentală_test	12	6	16	10.17	3.186
7. Conduită comportamentală_retest	12	8	16	12.17	2.791
8. Prietenii apropiate_test	12	6	20	11.58	4.188
8. Prietenii apropiate_retest	12	8	20	13.00	3.568
9. Concepția de sine globală_test	12	8	12	9.75	.965
9. Concepția de sine globală_retest	12	13	17	14.92	1.311
Valid N (listwise)	12				

Tabel 18. Comparații test-retest pentru Profilul percepției de sine (SPPA), GE

Ranks					
		N	Mean Rank	Sum of Ranks	
1.Competenta academica_retest - 1.Competenta academica_test	Negative Ranks	1 ^a	2.00	2.00	
	Positive Ranks	2 ^b	2.00	4.00	
	Ties	9 ^c			
	Total	12			
2. Competenta sociala_retest - 2. Competenta sociala_test	Negative Ranks	4 ^d	5.00	20.00	
	Positive Ranks	6 ^e	5.83	35.00	
	Ties	2 ^f			
	Total	12			
3. Competenta atletica_retest - 3. Competenta atletica_test	Negative Ranks	0 ^g	.00	.00	
	Positive Ranks	3 ^h	2.00	6.00	
	Ties	9 ⁱ			
	Total	12			
4. Aparenta fizica_retest - 4. Aparenta fizica_test	Negative Ranks	0 ^j	.00	.00	
	Positive Ranks	12 ^k	6.50	78.00	
	Ties	0 ^l			
	Total	12			
	Negative Ranks	2 ^m	3.00	6.00	

5. Competența în activități profesionale_retest - 5. Competența în activități profesionale_test	Positive Ranks	4 ⁿ	3.75	15.00
	Ties	6 ^o		
	Total	12		
6. Atracție romantică_retest - 6. Atracție romantică_test	Negative Ranks	0 ^p	.00	.00
	Positive Ranks	12 ^q	6.50	78.00
	Ties	0 ^r		
	Total	12		
7. Conduită comportamentală_retest - 7. Conduită comportamentală_test	Negative Ranks	0 ^s	.00	.00
	Positive Ranks	11 ^t	6.00	66.00
	Ties	1 ^u		
	Total	12		
8. Prietenii apropiate_retest - 8. Prietenii apropiate_test	Negative Ranks	0 ^v	.00	.00
	Positive Ranks	10 ^w	5.50	55.00
	Ties	2 ^x		
	Total	12		
9. Concepția de sine globală_retest - 9. Concepția de sine globală_test	Negative Ranks	0 ^y	.00	.00
	Positive Ranks	12 ^z	6.50	78.00
	Ties	0 ^{aa}		
	Total	12		

a.1. Competența academică_retest < 1. Competența academică_test
b.1. Competența academică_retest > 1. Competența academică_test
c.1. Competența academică_retest = 1. Competența academică_test
d.2. Competența socială_retest < 2. Competența socială_test
e.2. Competența socială_retest > 2. Competența socială_test
f. 2. Competența socială_retest = 2. Competența socială_test
g.3. Competența athletică_retest < 3. Competența athletică_test
h.3. Competența athletică_retest > 3. Competența athletică_test
i. 3. Competența athletică_retest = 3. Competența athletică_test
j. 4. Aparența fizică_retest < 4. Aparența fizică_test
k.4. Aparența fizică_retest > 4. Aparența fizică_test
l. 4. Aparența fizică_retest = 4. Aparența fizică_test
m.5. Competența în activități profesionale_retest < 5. Competența în activități profesionale_test
n.5. Competența în activități profesionale_retest > 5. Competența în activități profesionale_test
o.5. Competența în activități profesionale_retest = 5. Competența în activități profesionale_test
p.6. Atracție romantică_retest < 6. Atracție romantică_test
q.6. Atracție romantică_retest > 6. Atracție romantică_test
r. 6. Atracție romantică_retest = 6. Atracție romantică_test
s.7. Conduită comportamentală_retest < 7. Conduită comportamentală_test
t. 7. Conduită comportamentală_retest > 7. Conduită comportamentală_test
u.7. Conduită comportamentală_retest = 7. Conduită comportamentală_test
v.8. Prietenii apropiate_retest < 8. Prietenii apropiate_test
w.8. Prietenii apropiate_retest > 8. Prietenii apropiate_test
x. 8. Prietenii apropiate_retest = 8. Prietenii apropiate_test
y. 9. Concepția de sine globală_retest < 9. Concepția de sine globală_test
z. 9. Concepția de sine globală_retest > 9. Concepția de sine globală_test
aa.9. Concepția de sine globală_retest = 9. Concepția de sine globală_test

Tabel 19. Comparații test-retest pentru Profilul percepției de sine (SPPA), GE

Test Statisticsa	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
1. Competența academică_retest - 1. Competența academică_test	-.577b	0.564
2. Competența socială_retest - 2. Competența socială_test	-.772b	0.44
3. Competența athletică_retest - 3. Competența athletică_test	-1.633b	0.102
4. Aparența fizică_retest - 4. Aparența fizică_test	-3.165b	0.002
5. Competența în activități profesionale_retest - 5. Competența în activități profesionale_test	-1.000b	0.317

6. Atracție romantică_retest - 6. Atracție romantică_test	-3.108b	0.002
7. Conduită comportamentală_retest - 7. Conduită comportamentală_test	-2.989b	0.003
8. Prietenii apropiate_retest - 8. Prietenii apropiate_test	-2.859b	0.004
9. Concepția de sine globală_retest - 9. Concepția de sine globală_test	-3.071b	0.002

Factori psihologici

Tabel 17. Comparații test-retest pentru factori de personalitate (BFI 10), GE

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Extraversie test	12	2	7	4.58	1.730
Extraversie retest	12	3	7	6.00	1.348
Agreabilitate test	12	6	11	7.00	1.414
Agreabilitate retest	12	8	12	8.50	1.168
Constiinciozitate test	12	5	9	6.67	1.435
Constiinciozitate retest	12	5	10	6.92	1.505
Nevrotism test	12	4	12	7.58	2.021
Nevrotism retest	12	4	8	5.92	.996
Deschidere test	12	4	13	7.58	2.392
Deschidere retest	12	6	13	8.67	1.969
Valid N (listwise)	12				

Tabel 18. Comparații test-retest pentru BFI 10, GE

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Extraversie retest - Extraversie test	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	10 ^b	5.50	55.00
	Ties	2 ^c		
	Total	12		
Agreabilitate retest - Agreabilitate test	Negative Ranks	0 ^d	.00	.00
	Positive Ranks	11 ^e	6.00	66.00
	Ties	1 ^f		
	Total	12		
Constiinciozitate retest - Constiinciozitate test	Negative Ranks	0 ^g	.00	.00
	Positive Ranks	3 ^h	2.00	6.00
	Ties	9 ⁱ		
	Total	12		
Nevrotism retest - Nevrotism test	Negative Ranks	10 ^j	5.50	55.00
	Positive Ranks	0 ^k	.00	.00
	Ties	2 ^l		
	Total	12		
Deschidere retest - Deschidere test	Negative Ranks	0 ^m	.00	.00
	Positive Ranks	10 ⁿ	5.50	55.00
	Ties	2 ^o		
	Total	12		

a. Extraversie retest < Extraversie test

b. Extraversie retest > Extraversie test

c. Extraversie retest = Extraversie test

d. Agreabilitate retest < Agreabilitate test

e. Agreabilitate retest > Agreabilitate test

f. Agreabilitate retest = Agreabilitate test

g. Constiinciozitate retest < Constiinciozitate test

h. Constiinciozitate retest > Constiinciozitate test

i. Constiinciozitate retest = Constiinciozitate test

- j. Nevrotism retest < Nevrotism test
k. Nevrotism retest > Nevrotism test
l. Nevrotism retest = Nevrotism test
m. Deschidere retest < Deschidere test
n. Deschidere retest > Deschidere test
o. Deschidere retest = Deschidere test

Tabel 22. Comparații test-retest pentru BFI 10, GE

Test Statistics ^a					
	Extraversie retest - Extraversie test	Agreeabilitate retest - Agreeabilitate test	Conștiinciozitate retest - Conștiinciozitate test	Nevrotism retest - Nevrotism test	Deschidere retest - Deschidere test
Z	-2.919 ^b	-2.994 ^b	-1.732 ^b	-2.831 ^c	-2.919 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.004	.003	.083	.005	.004

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. Based on negative ranks.
c. Based on positive ranks.

Tabel 19. Comparații test-retest pentru HP5 și CPQ, GE

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Antagonismul test	12	9	20	14.17	3.563
Impulsivitatea test	12	4	17	10.00	4.000
Capacitatea hedonică test	12	6	15	11.75	3.049
Afectivitatea negativă test	12	10	19	13.75	3.108
Alexitimie test	12	10	15	13.00	1.758
Perfectionism test	12	15	35	25.33	5.158
Antagonismul retest	12	6	16	10.75	3.494
Impulsivitatea retest	12	4	12	7.33	2.640
Capacitatea hedonică retest	12	9	16	13.67	2.498
Afectivitatea negativă retest	12	8	15	10.83	2.552
Alexitimie retest	12	7	12	9.75	1.545
Perfectionism retest	12	15	28	21.33	3.798
Valid N (listwise)	12				

Tabel 24. Comparații test-retest pentru HP5 și CPQ, GE

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Antagonismul retest - Antagonismul test	Negative Ranks	12 ^a	6.50	78.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	0 ^c		
	Total	12		
Impulsivitatea retest - Impulsivitatea test	Negative Ranks	10 ^d	5.50	55.00
	Positive Ranks	0 ^e	.00	.00
	Ties	2 ^f		
	Total	12		
Capacitatea hedonică retest - Capacitatea hedonică test	Negative Ranks	0 ^g	.00	.00
	Positive Ranks	11 ^h	6.00	66.00
	Ties	1 ⁱ		
	Total	12		
Afectivitatea negativă retest - Afectivitatea negativă test	Negative Ranks	12 ^j	6.50	78.00
	Positive Ranks	0 ^k	.00	.00

	Ties	0 ^l		
	Total	12		
Alexitimie retest - Alexitimie test	Negative Ranks	12 ^m	6.50	78.00
	Positive Ranks	0 ⁿ	.00	.00
	Ties	0 ^o		
	Total	12		
Perfectionism retest - Perfectionism test	Negative Ranks	11 ^p	6.00	66.00
	Positive Ranks	0 ^q	.00	.00
	Ties	1 ^r		
	Total	12		

- a. Antagonismul retest < Antagonismul test
b. Antagonismul retest > Antagonismul test
c. Antagonismul retest = Antagonismul test
d. Impulsivitatea retest < Impulsivitatea test
e. Impulsivitatea retest > Impulsivitatea test
f. Impulsivitatea retest = Impulsivitatea test
g. Capacitatea hedonică retest < Capacitatea hedonică test
h. Capacitatea hedonică retest > Capacitatea hedonică test
i. Capacitatea hedonică retest = Capacitatea hedonică test
j. Afectivitatea negativă retest < Afectivitatea negativă test
k. Afectivitatea negativă retest > Afectivitatea negativă test
l. Afectivitatea negativă retest = Afectivitatea negativă test
m. Alexitimie retest < Alexitimie test
n. Alexitimie retest > Alexitimie test
o. Alexitimie retest = Alexitimie test
p. Perfectionism retest < Perfectionism test
q. Perfectionism retest > Perfectionism test
r. Perfectionism retest = Perfectionism test

Tabel 25. Comparații test-retest pentru HP5 și CPQ, GE

Test Statistics ^a						
	Antagonismul retest - Antagonismul test	Impulsivitatea retest - Impulsivitatea test	Capacitatea hedonică retest - Capacitatea hedonică test	Afectivitatea negativă retest - Afectivitatea negativă test	Alexitimie retest - Alexitimie test	Perfectionism retest - Perfectionism test
Z	-3.097 ^b	-2.829 ^b	-2.994 ^c	-3.100 ^b	-3.109 ^b	-2.949 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002	.005	.003	.002	.002	.003

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. Based on positive ranks.
c. Based on negative ranks.

Presiune socială

Tabel 20. Comparații test-retest pentru PSPS, GE

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Presiune sociala test	12	28	37	30.42	2.429
Presiune sociala retest	12	17	25	21.92	2.466
Valid N (listwise)	12				

Tabel 21. Comparații test-retest pentru PSPS, GE

Ranks		
N	Mean Rank	Sum of Ranks

Presiune sociala retest - Presiune sociala test	Negative Ranks	12 ^a	6.50	78.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	0 ^c		
	Total	12		

- a. Presiune sociala retest < Presiune sociala test
b. Presiune sociala retest > Presiune sociala test
c. Presiune sociala retest = Presiune sociala test

Tabel 22. Comparații test-retest pentru PSPS, GE

Test Statistics^a

Presiune sociala retest - Presiune sociala test	
Z	-3.075 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. Based on positive ranks.

Anexa 3.3. Comparații GC test-retest

Comportament și atitudini alimentare

Tabel 23. Comparații test-retest pentru CICAP, EAT-26 și EEQ, GE

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Screening_test	12	14	16	15.00	.603
Atitudinile față de alimentație_test	12	16	20	18.92	1.379
EAT - dieta_test	12	5	6	5.83	.389
EAT - preocupare pentru mancare_test	12	7	9	8.58	.669
EAT - control oral_test	12	4	5	4.50	.522
Alimentatie emotionala_test	12	18	20	19.83	.577
Screening_retest	12	14	16	15.17	.718
Atitudinile față de alimentație_retest	12	16	20	18.75	1.288
EAT - dieta_retest	12	5	6	5.67	.492
EAT - preocupare pentru mancare_retest	12	7	9	8.50	.674
EAT - control oral_retest	12	4	5	4.58	.515
Alimentatie emotionala_retest	12	18	20	19.42	.793
Valid N (listwise)	12				

Tabel 24. Comparații test-retest pentru CICAP, EAT-26 și EEQ, GC

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Screening_retest - Screening_test	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	2 ^b	1.50	3.00
	Ties	10 ^c		
	Total	12		
Atitudinile față de alimentație_retest - Atitudinile față de alimentație_test	Negative Ranks	2 ^d	1.50	3.00
	Positive Ranks	0 ^e	.00	.00
	Ties	10 ^f		
	Total	12		
EAT - dieta_retest - EAT - dieta_test	Negative Ranks	2 ^g	1.50	3.00
	Positive Ranks	0 ^h	.00	.00

	Ties	10 ^l		
	Total	12		
EAT - preocupare pentru mancare_retest - EAT - preocupare pentru mancare_test	Negative Ranks	2 ^j	2.00	4.00
	Positive Ranks	1 ^k	2.00	2.00
	Ties	9 ^l		
	Total	12		
EAT - control oral_retest - EAT - control oral_test	Negative Ranks	1 ^m	2.00	2.00
	Positive Ranks	2 ⁿ	2.00	4.00
	Ties	9 ^o		
	Total	12		
Alimentatie emotionala_retest - Alimentatie emotionala_test	Negative Ranks	4 ^p	2.50	10.00
	Positive Ranks	0 ^q	.00	.00
	Ties	8 ^r		
	Total	12		

- a. Screening_retest < Screening_test
b. Screening_retest > Screening_test
c. Screening_retest = Screening_test
d. Atitudinile față de alimentație_retest < Atitudinile față de alimentație_test
e. Atitudinile față de alimentație_retest > Atitudinile față de alimentație_test
f. Atitudinile față de alimentație_retest = Atitudinile față de alimentație_test
g. EAT - dieta_retest < EAT - dieta_test
h. EAT - dieta_retest > EAT - dieta_test
i. EAT - dieta_retest = EAT - dieta_test
j. EAT - preocupare pentru mancare_retest < EAT - preocupare pentru mancare_test
k. EAT - preocupare pentru mancare_retest > EAT - preocupare pentru mancare_test
l. EAT - preocupare pentru mancare_retest = EAT - preocupare pentru mancare_test
m. EAT - control oral_retest < EAT - control oral_test
n. EAT - control oral_retest > EAT - control oral_test
o. EAT - control oral_retest = EAT - control oral_test
p. Alimentatie emotionala_retest < Alimentatie emotionala_test
q. Alimentatie emotionala_retest > Alimentatie emotionala_test
r. Alimentatie emotionala_retest = Alimentatie emotionala_test

Tabel 25. Comparații test-retest pentru CICAP, EAT-26 și EEQ, GC

Test Statistics ^a					
Screening_retest - Screening_test	Atitudinile față de alimentație_retest - Atitudinile față de alimentație_test	EAT - dieta_retest - EAT - dieta_test	EAT - preocupare pentru mancare_retest - EAT - preocupare pentru mancare_test	EAT - control oral_retest - EAT - control oral_test	Alimentatie emotionala_retest - Alimentatie emotionala_test
Z	-1.414 ^b	-1.414 ^c	-1.414 ^c	-.577 ^c	-.577 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.157	.157	.157	.564	.564

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. Based on negative ranks.
c. Based on positive ranks.

Imagine corporală și stimă de sine

Tabel 26. Comparații test-retest pentru AAI și BESSA, GC

Descriptive Statistics				
N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation

Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_test	12	13	16	13.50	1.000
Imagine corporală globală_test	12	54	57	55.92	1.379
Satisfacție aparență_test	12	20	23	22.33	.888
Satisfacție greutate_test	12	20	23	22.33	.888
Satisfacție imagine atribuită_test	12	10	14	11.25	1.138
Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_retest	12	12	14	13.08	.515
Imagine corporală globală_retest	12	53	59	56.50	1.732
Satisfacție aparență_retest	12	21	24	22.83	.718
Satisfacție greutate_retest	12	20	24	22.75	1.138
Satisfacție imagine atribuită_retest	12	10	12	10.92	.515
Valid N (listwise)	12				

Tabel 27. Comparații test-retest pentru AAI și BESSA, GC

Ranks		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_retest - Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_test	Negative Ranks	3 ^a	2.83	8.50
	Positive Ranks	1 ^b	1.50	1.50
	Ties	8 ^c		
	Total	12		
Imagine corporală globală_retest - Imagine corporală globală_test	Negative Ranks	3 ^d	2.50	7.50
	Positive Ranks	4 ^e	5.13	20.50
	Ties	5 ^f		
	Total	12		
Satisfacție aparență_retest - Satisfacție aparență_test	Negative Ranks	1 ^g	2.00	2.00
	Positive Ranks	4 ^h	3.25	13.00
	Ties	7 ⁱ		
	Total	12		
Satisfacție greutate_retest - Satisfacție greutate_test	Negative Ranks	0 ^j	.00	.00
	Positive Ranks	4 ^k	2.50	10.00
	Ties	8 ^l		
	Total	12		
Satisfacție imagine atribuită_retest - Satisfacție imagine atribuită_test	Negative Ranks	2 ^m	3.50	7.00
	Positive Ranks	2 ⁿ	1.50	3.00
	Ties	8 ^o		
	Total	12		

a. Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_retest < Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_test

b. Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_retest > Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_test

c. Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_retest = Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_test

d. Imagine corporală globală_retest < Imagine corporală globală_test

e. Imagine corporală globală_retest > Imagine corporală globală_test

f. Imagine corporală globală_retest = Imagine corporală globală_test

g. Satisfacție aparență_retest < Satisfacție aparență_test

h. Satisfacție aparență_retest > Satisfacție aparență_test

i. Satisfacție aparență_retest = Satisfacție aparență_test

j. Satisfacție greutate_retest < Satisfacție greutate_test

k. Satisfacție greutate_retest > Satisfacție greutate_test

l. Satisfacție greutate_retest = Satisfacție greutate_test

m. Satisfacție imagine atribuită_retest < Satisfacție imagine atribuită_test

n. Satisfacție imagine atribuită_retest > Satisfacție imagine atribuită_test

o. Satisfacție imagine atribuită_retest = Satisfacție imagine atribuită_test

Tabel 28. Comparații test-retest pentru AAI și BESSA, GE

Test Statistics ^a					
	Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_retest - Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_test	Imagine corporală globală_retest - Imagine corporală globală_test	Satisfacție aparență_retest - Satisfacție aparență_test	Satisfacție greutate_retest - Satisfacție greutate_test	Satisfacție imagine atribuită_retest - Satisfacție imagine atribuită_test
Z	-1.289 ^b	-1.119 ^c	-1.511 ^c	-1.890 ^c	-.736 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.197	.263	.131	.059	.461

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

c. Based on negative ranks.

Profilul percepției de sine (SPPA)

Tabel 29. Comparații test-retest pentru Profilul percepției de sine (SPPA), GE

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
1. Competenta academica_test	12	5	13	8.92	2.778
2. Competenta sociala_test	12	10	12	11.25	.622
3. Competenta atletica_test	12	6	12	8.67	1.923
4. Aparenta fizica_test	12	5	11	8.00	2.216
5. Competenta in activitati profesionale_test	12	6	20	12.08	4.944
6. Atracție romantică_test	12	5	15	8.58	2.843
7. Conduită comportamentală_test	12	8	15	11.92	2.392
8. Prietenii apropiate_test	12	7	19	10.75	3.888
9. Concepția de sine globala_test	12	9	13	10.58	1.165
1. Competenta academica_retest	12	5	13	9.00	2.763
2. Competenta sociala_retest	12	5	13	8.42	2.539
3. Competenta atletica_retest	12	6	12	8.67	1.923
4. Aparenta fizica_retest	12	5	11	7.92	2.193
5. Competenta in activitati profesionale_retest	12	8	19	12.75	3.864
6. Atracție romantică_retest	12	5	15	8.58	2.843
7. Conduită comportamentală_retest	12	8	15	11.92	2.392
8. Prietenii apropiate_retest	12	7	19	10.83	3.762
9. Concepția de sine globala_retest	12	8	10	9.58	.669
Valid N (listwise)	12				

Tabel 30. Comparații test-retest pentru Profilul percepției de sine (SPPA), GC

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
1. Competenta academica_retest - 1. Competenta academica_test	Negative Ranks	1 ^a	2.00	2.00
	Positive Ranks	2 ^b	2.00	4.00
	Ties	9 ^c		
	Total	12		
2. Competenta sociala_retest - 2. Competenta sociala_test	Negative Ranks	10 ^d	7.30	73.00
	Positive Ranks	2 ^e	2.50	5.00
	Ties	0 ^f		

	Total	12		
3. Competenta atletica_retest - 3. Competenta atletica_test	Negative Ranks	0 ^g	.00	.00
	Positive Ranks	0 ^h	.00	.00
	Ties	12 ⁱ		
	Total	12		
4. Aparenta fizica_retest - 4. Aparenta fizica_test	Negative Ranks	1 ^j	1.00	1.00
	Positive Ranks	0 ^k	.00	.00
	Ties	11 ^l		
	Total	12		
5. Competenta in activitati profesionale_retest - 5. Competenta in activitati profesionale_test	Negative Ranks	2 ^m	5.00	10.00
	Positive Ranks	7 ⁿ	5.00	35.00
	Ties	3 ^o		
	Total	12		
6. Atracție romantică_retest - 6. Atracție romantică_test	Negative Ranks	0 ^p	.00	.00
	Positive Ranks	0 ^q	.00	.00
	Ties	12 ^r		
	Total	12		
7. Conduită comportamentala_retest - 7. Conduită comportamentala_test	Negative Ranks	1 ^s	1.50	1.50
	Positive Ranks	1 ^t	1.50	1.50
	Ties	10 ^u		
	Total	12		
8. Prietenii apropiate_retest - 8. Prietenii apropiate_test	Negative Ranks	1 ^v	2.00	2.00
	Positive Ranks	2 ^w	2.00	4.00
	Ties	9 ^x		
	Total	12		
9. Concepția de sine globala_retest - 9. Concepția de sine globala_test	Negative Ranks	6 ^y	3.50	21.00
	Positive Ranks	0 ^z	.00	.00
	Ties	6 ^{aa}		
	Total	12		

a. 1. Competenta academica_retest < 1. Competenta academica_test

b. 1. Competenta academica_retest > 1. Competenta academica_test

c. 1. Competenta academica_retest = 1. Competenta academica_test

d. 2. Competenta sociala_retest < 2. Competenta sociala_test

e. 2. Competenta sociala_retest > 2. Competenta sociala_test

f. 2. Competenta sociala_retest = 2. Competenta sociala_test

g. 3. Competenta atletica_retest < 3. Competenta atletica_test

h. 3. Competenta atletica_retest > 3. Competenta atletica_test

i. 3. Competenta atletica_retest = 3. Competenta atletica_test

j. 4. Aparenta fizica_retest < 4. Aparenta fizica_test

k. 4. Aparenta fizica_retest > 4. Aparenta fizica_test

l. 4. Aparenta fizica_retest = 4. Aparenta fizica_test

m. 5. Competenta in activitati profesionale_retest < 5. Competenta in activitati profesionale_test

n. 5. Competenta in activitati profesionale_retest > 5. Competenta in activitati profesionale_test

o. 5. Competenta in activitati profesionale_retest = 5. Competenta in activitati profesionale_test

p. 6. Atracție romantică_retest < 6. Atracție romantică_test

q. 6. Atracție romantică_retest > 6. Atracție romantică_test

r. 6. Atracție romantică_retest = 6. Atracție romantică_test

s. 7. Conduită comportamentala_retest < 7. Conduită comportamentala_test

t. 7. Conduită comportamentala_retest > 7. Conduită comportamentala_test

u. 7. Conduită comportamentala_retest = 7. Conduită comportamentala_test

v. 8. Prietenii apropiate_retest < 8. Prietenii apropiate_test

w. 8. Prietenii apropiate_retest > 8. Prietenii apropiate_test

x. 8. Prietenii apropiate_retest = 8. Prietenii apropiate_test

y. 9. Concepția de sine globala_retest < 9. Concepția de sine globala_test

z. 9. Concepția de sine globala_retest > 9. Concepția de sine globala_test

aa. 9. Concepția de sine globala_retest = 9. Concepția de sine globala_test

Tabel 31. Comparații test-retest pentru Profilul percepției de sine (SPPA), GC – de verificat cu lucrarea

Test Statisticsa	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
1.Competenta academica_retest - 1.Competenta academica_test	-0,577	0.564
2. Competenta sociala_retest - 2. Competenta sociala_test	-2,689	0.067
3. Competenta atletica_retest - 3. Competenta atletica_test	0,000	1
4. Aparenta fizica_retest - 4. Aparenta fizica_test	-1,000	0.317
5. Competenta in activitati profesionale_retest - 5. Competenta in activitati profesionale_test	-1,513	0.13
6. Atracție romantică_retest - 6. Atracție romantică_test	0,000	1
7. Conduită comportamentala_retest - 7. Conduită comportamentala_test	0,000	1
8. Prietenii apropiate_retest - 8. Prietenii apropiate_test	-0,577	0.564
9. Concepția de sine globala_retest - 9. Concepția de sine globala_test	-1,232	0.026

Factori psihologici

Tabel 32. Comparații test-retest pentru factori de personalitate (BFI 10), GC

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Extraversie test	12	1	11	5.17	2.552
Agreabilitate test	12	4	8	5.67	.985
Constiinciozitate test	12	2	10	6.17	2.209
Nevrotism test	12	5	10	7.50	1.168
Deschidere test	12	5	10	7.17	1.749
Extraversie retest	12	1	11	5.33	2.425
Agreabilitate retest	12	5	7	5.83	.718
Constiinciozitate retest	12	3	10	6.33	2.103
Nevrotism retest	12	6	10	7.83	1.115
Deschidere retest	12	5	11	7.42	1.676
Valid N (listwise)	12				

Tabel 33. Comparații test-retest pentru BFI 10, GC

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Extraversie retest - Extraversie test	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	2 ^b	1.50	3.00
	Ties	10 ^c		
	Total	12		
Agreabilitate retest - Agreabilitate test	Negative Ranks	1 ^d	2.50	2.50
	Positive Ranks	3 ^e	2.50	7.50
	Ties	8 ^f		
	Total	12		
Constiinciozitate retest - Constiinciozitate test	Negative Ranks	0 ^g	.00	.00
	Positive Ranks	2 ^h	1.50	3.00
	Ties	10 ⁱ		
	Total	12		
Nevrotism retest - Nevrotism test	Negative Ranks	1 ^j	3.50	3.50
	Positive Ranks	5 ^k	3.50	17.50

	Ties	6 ^l		
	Total	12		
Deschidere retest - Deschidere test	Negative Ranks	3 ^m	5.00	15.00
	Positive Ranks	6 ⁿ	5.00	30.00
	Ties	3 ^o		
	Total	12		

- a. Extraversie retest < Extraversie test
b. Extraversie retest > Extraversie test
c. Extraversie retest = Extraversie test
d. Agreabilitate retest < Agreabilitate test
e. Agreabilitate retest > Agreabilitate test
f. Agreabilitate retest = Agreabilitate test
g. Constiinciozitate retest < Constiinciozitate test
h. Constiinciozitate retest > Constiinciozitate test
i. Constiinciozitate retest = Constiinciozitate test
j. Nevrotism retest < Nevrotism test
k. Nevrotism retest > Nevrotism test
l. Nevrotism retest = Nevrotism test
m. Deschidere retest < Deschidere test
n. Deschidere retest > Deschidere test
o. Deschidere retest = Deschidere test

Tabel 34. Comparații test-retest pentru BFI 10, GC

Test Statistics ^a					
	Extraversie retest - Extraversie test	Agreabilitate retest - Agreabilitate test	Constiinciozitate retest - Constiinciozitate test	Nevrotism retest - Nevrotism test	Deschidere retest - Deschidere test
Z	-1.414 ^b	-1.000 ^b	-1.414 ^b	-1.633 ^b	-1.000 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.157	.317	.157	.102	.317

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. Based on negative ranks.

Tabel 35. Comparații test-retest pentru BFI 10 și CPQ, GC

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Antagonismul test	12	10	17	13.67	2.708
Impulsivitatea test	12	5	14	9.17	2.725
Capacitatea hedonică test	12	5	18	10.67	3.725
Afectivitatea negativă test	12	8	20	13.42	3.118
Alexitimie test	12	10	19	14.58	2.875
Perfectionism test	12	12	28	21.75	4.093
Antagonismul retest	12	10	17	13.50	2.611
Impulsivitatea retest	12	4	14	9.25	2.800
Capacitatea hedonică retest	12	6	18	10.75	3.571
Afectivitatea negativă retest	12	9	19	13.33	2.605
Alexitimie retest	12	11	19	14.50	2.680
Perfectionism retest	12	12	27	21.67	3.892
Valid N (listwise)	12				

Tabel 36. Comparații test-retest pentru BFI 10 și CPQ, GC

Ranks			
	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Negative Ranks	2 ^a	1.50	3.00

Antagonismul retest - Antagonismul test	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	10 ^c		
	Total	12		
Impulsivitatea retest - Impulsivitatea test	Negative Ranks	2 ^d	3.00	6.00
	Positive Ranks	3 ^e	3.00	9.00
	Ties	7 ^f		
	Total	12		
Capacitatea hedonică retest - Capacitatea hedonică test	Negative Ranks	2 ^g	3.00	6.00
	Positive Ranks	3 ^h	3.00	9.00
	Ties	7 ⁱ		
	Total	12		
Afectivitatea negativă retest - Afectivitatea negativă test	Negative Ranks	3 ^j	3.00	9.00
	Positive Ranks	2 ^k	3.00	6.00
	Ties	7 ^l		
	Total	12		
Alexitimie retest - Alexitimie test	Negative Ranks	2 ^m	2.00	4.00
	Positive Ranks	1 ⁿ	2.00	2.00
	Ties	9 ^o		
	Total	12		
Perfectionism retest - Perfectionism test	Negative Ranks	3 ^p	3.00	9.00
	Positive Ranks	2 ^q	3.00	6.00
	Ties	7 ^r		
	Total	12		

- a. Antagonismul retest < Antagonismul test
b. Antagonismul retest > Antagonismul test
c. Antagonismul retest = Antagonismul test
d. Impulsivitatea retest < Impulsivitatea test
e. Impulsivitatea retest > Impulsivitatea test
f. Impulsivitatea retest = Impulsivitatea test
g. Capacitatea hedonică retest < Capacitatea hedonică test
h. Capacitatea hedonică retest > Capacitatea hedonică test
i. Capacitatea hedonică retest = Capacitatea hedonică test
j. Afectivitatea negativă retest < Afectivitatea negativă test
k. Afectivitatea negativă retest > Afectivitatea negativă test
l. Afectivitatea negativă retest = Afectivitatea negativă test
m. Alexitimie retest < Alexitimie test
n. Alexitimie retest > Alexitimie test
o. Alexitimie retest = Alexitimie test
p. Perfectionism retest < Perfectionism test
q. Perfectionism retest > Perfectionism test
r. Perfectionism retest = Perfectionism test

Tabel 37. Comparații test-retest pentru BFI 10 și CPQ, GC

Test Statistics ^a						
	Antagonismul retest - Antagonismul test	Impulsivitatea retest - Impulsivitatea test	Capacitatea hedonică retest - Capacitatea hedonică test	Afectivitatea negativă retest - Afectivitatea negativă test	Alexitimie retest - Alexitimie test	Perfectionism retest - Perfectionism test
Z	-1.414 ^b	-.447 ^c	-.447 ^c	-.447 ^b	-.577 ^b	-.447 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.157	.655	.655	.655	.564	.655

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. Based on positive ranks.
c. Based on negative ranks.

Presiune socială

Tabel 38. Comparații test-retest pentru PSPS, GC

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Presiune sociala test	12	28	38	30.75	2.768
Presiune sociala retest	12	26	38	30.25	3.049
Valid N (listwise)	12				

Tabel 39. Comparații test-retest pentru PSPS, GC

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Perfectionism retest - Perfectionism test	Negative Ranks	3 ^a	3.00	9.00
	Positive Ranks	2 ^b	3.00	6.00
	Ties	7 ^c		
	Total	12		

a. Perfectionism retest < Perfectionism test

b. Perfectionism retest > Perfectionism test

c. Perfectionism retest = Perfectionism test

Tabel 40. Comparații test-retest pentru PSPS, GC

Test Statistics ^a		Perfectionism retest - Perfectionism test
Z		-.447 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)		.655

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Anexa 3.4. Comparații GE retest și GC retest

Comportament și atitudini alimentare

Tabel 41. Comparații retest pentru CICAP, EAT-26 și EEQ, GE și GC

Group Statistics					
	Categorie	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Screening_retest	GE	12	11.58	2.065	.596
	GC	12	15.00	.603	.174
Atitudinile față de alimentație_retest	GE	12	12.75	1.765	.509
	GC	12	18.92	1.379	.398
EAT - dieta_retest	GE	12	4.17	.835	.241
	GC	12	5.83	.389	.112
EAT - preocupare pentru mancare_retest	GE	12	4.75	1.215	.351
	GC	12	8.58	.669	.193
EAT - control oral_retest	GE	12	3.75	.452	.131
	GC	12	4.50	.522	.151
Alimentatie emotionala_retest	GE	12	15.42	1.443	.417
	GC	12	19.58	.793	.229

Tabel 42. Comparații test-retest pentru CICAP, EAT-26 și EEQ, GE și GC

Ranks				
	Categorie	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Screening_retest	GE	12	7.17	86.00
	GC	12	17.83	214.00
	Total	24		
Atitudinile față de alimentație_retest	GE	12	6.54	78.50
	GC	12	18.46	221.50
	Total	24		
EAT - dieta_retest	GE	12	7.25	87.00
	GC	12	17.75	213.00
	Total	24		
EAT - preocupare pentru mancare_retest	GE	12	6.54	78.50
	GC	12	18.46	221.50
	Total	24		
EAT - control oral_retest	GE	12	8.75	105.00
	GC	12	16.25	195.00
	Total	24		
Alimentatie emotionala_retest	GE	12	6.58	79.00
	GC	12	18.42	221.00
	Total	24		

Tabel 43. Comparații test-retest pentru CICAP, EAT-26 și EEQ, GE și GC

Test Statistics ^a						
	Screening_retest	Atitudinile față de alimentație_retest	EAT - dieta_retest	EAT - preocupare pentru mancare_retest	EAT - control oral_retest	Alimentatie emotionala_retest
Mann-Whitney U	8.000	.500	9.000	.500	27.000	1.000
Wilcoxon W	86.000	78.500	87.000	78.500	105.000	79.000
Z	-3.810	-4.169	-3.888	-4.248	-3.021	-4.227
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.003	.000

Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^b	.000 ^b	.000 ^b	.000 ^b	.008 ^b	.000 ^b
--------------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

a. Grouping Variable: Categorie

b. Not corrected for ties.

Imagine corporală și stimă de sine

Tabel 44. Comparații retest pentru AAI și BESSA, GE și GC

Group Statistics					
	Categorie	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_retest	GE	12	9.58	1.084	.313
	GC	12	13.08	.515	.149
Imagine corporală globală_retest	GE	12	55.42	2.151	.621
	GC	12	56.50	1.732	.500
Satisfacție aparență_retest	GE	12	22.50	.798	.230
	GC	12	22.83	.718	.207
Satisfacție greutate_retest	GE	12	21.67	1.371	.396
	GC	12	22.75	1.138	.329
Satisfacție imagine atribuită_retest	GE	12	11.25	1.215	.351
	GC	12	10.92	.515	.149

Tabel 45. Comparații retest pentru AAI și BESSA, GE și GC

Ranks				
	Categorie	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_retest	GE	12	6.50	78.00
	GC	12	18.50	222.00
	Total	24		
Imagine corporală globală_retest	GE	12	10.63	127.50
	GC	12	14.38	172.50
	Total	24		
Satisfacție aparență_retest	GE	12	10.83	130.00
	GC	12	14.17	170.00
	Total	24		
Satisfacție greutate_retest	GE	12	9.58	115.00
	GC	12	15.42	185.00
	Total	24		
Satisfacție imagine atribuită_retest	GE	12	12.96	155.50
	GC	12	12.04	144.50
	Total	24		

Tabel 46. Comparații retest pentru AAI și BESSA, GE și GC

Test Statistics ^a					
	Îngrijorarea cu privire la aparența fizică_retest	Imagine corporală globală_retest	Satisfacție aparență_retest	Satisfacție greutate_retest	Satisfacție imagine atribuită_retest
Mann-Whitney U	.000	49.500	52.000	37.000	66.500
Wilcoxon W	78.000	127.500	130.000	115.000	144.500
Z	-4.290	-1.314	-1.302	-2.079	-.367
Asymp. Sig. (2-tailed)	.070	.189	.193	.038	.713
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.062 ^b	.198 ^b	.266 ^b	.055 ^b	.755 ^b

a. Grouping Variable: Categorie

b. Not corrected for ties.

Profilul percepției de sine (SPPA)

Tabel 47. Comparații retest pentru Profilul percepției de sine (SPPA), GE și GC

Group Statistics					
	Categorie	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
1. Competența academica_retest	GE	12	10.17	2.480	.716
	GC	12	9.00	2.763	.798
2. Competența sociala_retest	GE	12	11.25	.622	.179
	GC	12	8.42	2.539	.733
3. Competența atletica_retest	GE	12	12.08	2.875	.830
	GC	12	8.67	1.923	.555
4. Aparența fizica_retest	GE	12	9.75	2.379	.687
	GC	12	7.92	2.193	.633
5. Competența în activități profesionale_retest	GE	12	11.25	2.137	.617
	GC	12	12.75	3.864	1.115
6. Atracție romantică_retest	GE	12	10.75	3.019	.871
	GC	12	8.58	2.843	.821
7. Conduită comportamentală_retest	GE	12	12.17	2.791	.806
	GC	12	11.92	2.392	.690
8. Prietenii apropiate_retest	GE	12	13.00	3.568	1.030
	GC	12	10.83	3.762	1.086
9. Concepția de sine globală_retest	GE	12	14.92	1.311	.379
	GC	12	9.58	.669	.193

Tabel 48. Comparații retest pentru Profilul percepției de sine (SPPA), GE și GC

Ranks				
	Categorie	N	Mean Rank	Sum of Ranks
1. Competența academica_retest	GE	12	14.00	168.00
	GC	12	11.00	132.00
	Total	24		
2. Competența sociala_retest	GE	12	16.54	198.50
	GC	12	8.46	101.50
	Total	24		
3. Competența atletica_retest	GE	12	16.54	198.50
	GC	12	8.46	101.50
	Total	24		
4. Aparența fizica_retest	GE	12	15.00	180.00
	GC	12	10.00	120.00
	Total	24		
5. Competența în activități profesionale_retest	GE	12	11.42	137.00
	GC	12	13.58	163.00
	Total	24		
6. Atracție romantică_retest	GE	12	15.08	181.00
	GC	12	9.92	119.00
	Total	24		
7. Conduită comportamentală_retest	GE	12	12.88	154.50
	GC	12	12.13	145.50
	Total	24		
8. Prietenii apropiate_retest	GE	12	14.75	177.00
	GC	12	10.25	123.00
	Total	24		
9. Concepția de sine globală_retest	GE	12	18.50	222.00

GC	12	6.50	78.00
Total	24		

Tabel 49. Comparații retest pentru Profilul percepției de sine (SPPA), GE și GC

Test Statisticsa	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
1. Competenta academica_retest	54	132	-1.058	0.29	.319b
2. Competenta sociala_retest	23.5	101.5	-2.857	0.004	.004b
3. Competenta atletica_retest	23.5	101.5	-2.833	0.005	.004b
4. Aparenta fizica_retest	42	120	-1.747	0.081	.089b
5. Competenta in activitati profesionale_retest	59	137	-0.762	0.446	.478b
6. Atracție romantică_retest	41	119	-1.817	0.069	.078b
7. Conduită comportamentală_retest	67.5	145.5	-0.262	0.794	.799b
8. Prietenii apropiate_retest	45	123	-1.575	0.115	.128b
9. Concepția de sine globală_retest	0	78	-4.254	0.15	.000b

Factori psihologici

Tabel 50. Comparații retest pentru factori de personalitate (BFI 10), GE și GC

Group Statistics					
	Categorie	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Extraversie retest	GE	12	6.00	1.348	.389
	GC	12	5.33	2.425	.700
Agreeabilitate retest	GE	12	8.50	1.168	.337
	GC	12	5.83	.718	.207
Constiinciozitate retest	GE	12	6.92	1.505	.434
	GC	12	6.33	2.103	.607
Nevrotism retest	GE	12	5.92	.996	.288
	GC	12	7.83	1.115	.322
Deschidere retest	GE	12	8.67	1.969	.569
	GC	12	7.42	1.676	.484

Tabel 51. Comparații retest pentru BFI 10, GE și GC

Ranks				
	Categorie	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Extraversie retest	GE	12	14.54	174.50
	GC	12	10.46	125.50
Agreeabilitate retest	GE	12	18.50	222.00
	GC	12	6.50	78.00
Constiinciozitate retest	GE	12	13.25	159.00
	GC	12	11.75	141.00
Nevrotism retest	GE	12	7.63	91.50
	GC	12	17.38	208.50
Deschidere retest	GE	12	14.67	176.00
	GC	12	10.33	124.00

Tabel 52. Comparații retest pentru BFI 10, GE și GC

	Test Statistics ^a				
	Extraversie retest	Agreeabilitate retest	Conștiinciozitate retest	Nevrotism retest	Deschidere retest
Mann-Whitney U	47.500	.000	63.000	13.500	46.000
Wilcoxon W	125.500	78.000	141.000	91.500	124.000
Z	-1.441	-4.317	-.529	-3.474	-1.529
Asymp. Sig. (2-tailed)	.149	.000	.597	.001	.126
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.160 ^b	.000 ^b	.630 ^b	.000 ^b	.143 ^b

a. Grouping Variable: Categorie

b. Not corrected for ties.

Tabel 53. Comparații retest pentru BFI 10 și CPQ, GE și GC

Group Statistics					
	Categorie	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Antagonismul retest	GE	12	10.75	3.494	1.008
	GC	12	13.50	2.611	.754
Impulsivitatea retest	GE	12	7.33	2.640	.762
	GC	12	9.25	2.800	.808
Capacitatea hedonică retest	GE	12	13.67	2.498	.721
	GC	12	10.75	3.571	1.031
Afectivitatea negativă retest	GE	12	10.83	2.552	.737
	GC	12	13.33	2.605	.752
Alexitimie retest	GE	12	9.75	1.545	.446
	GC	12	14.50	2.680	.774
Perfectionism retest	GE	12	21.33	3.798	1.096
	GC	12	21.67	3.892	1.124

Tabel 54. Comparații retest pentru BFI 10 și CPQ, GE și GC

Ranks				
	Categorie	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Antagonismul retest	GE	12	9.58	115.00
	GC	12	15.42	185.00
	Total	24		
Impulsivitatea retest	GE	12	10.13	121.50
	GC	12	14.88	178.50
	Total	24		
Capacitatea hedonică retest	GE	12	15.21	182.50
	GC	12	9.79	117.50
	Total	24		
Afectivitatea negativă retest	GE	12	9.46	113.50
	GC	12	15.54	186.50
	Total	24		
Alexitimie retest	GE	12	7.04	84.50
	GC	12	17.96	215.50
	Total	24		
Perfectionism retest	GE	12	11.67	140.00
	GC	12	13.33	160.00
	Total	24		

Tabel 55. Comparații retest pentru BFI 10 și CPQ, GE și GC

Test Statistics ^a						
	Antagonismul retest	Impulsivitatea retest	Capacitatea hedonică retest	Afectivitatea negativă retest	Alexitimie retest	Perfectionism retest
Mann-Whitney U	37.000	43.500	39.500	35.500	6.500	62.000
Wilcoxon W	115.000	121.500	117.500	113.500	84.500	140.000
Z	-2.033	-1.664	-1.893	-2.127	-3.817	-.583
Asymp. Sig. (2-tailed)	.042	.096	.058	.033	.000	.560
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.045 ^b	.101 ^b	.060 ^b	.033 ^b	.000 ^b	.590 ^b

a. Grouping Variable: Categorie

b. Not corrected for ties.

Presiune socială

Tabel 56. Comparații retest pentru PSPS, GE și GC

Group Statistics					
	Categorie	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Presiune sociala retest	GE	12	21.92	2.466	.712
	GC	12	30.25	3.049	.880

Tabel 57. Comparații retest pentru PSPS, GE și GC

Ranks				
	Categorie	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Presiune sociala retest	GE	12	6.50	78.00
	GC	12	18.50	222.00
	Total	24		

Tabel 58. Comparații retest pentru PSPS, GE și GC

Test Statistics ^a		Presiune sociala retest
Mann-Whitney U		.000
Wilcoxon W		78.000
Z		-4.171
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]		.000 ^b

a. Grouping Variable: Categorie

b. Not corrected for ties.

Anexa 4. Programul de intervenție

METAMORFOZA

Modificarea Emoțiilor, Tiparelor Alimentare și Mentalității pentru Optimizarea Relației cu Sinele și Alimentația

Structura Generală a Programului de Intervenție

Modul 1: Introducere și Autocunoaștere

Scop: Stabilirea bazelor programului și inițierea procesului de autocunoaștere.

Obiective:

- Familiarizarea participantelor cu programul și colegile
- Evaluarea stării inițiale și stabilirea obiectivelor personale
- Inițierea explorării conceptului de imagine corporală

Metode și tehnici

- Jocuri de cunoaștere și încălzire
- Chestionar de evaluare inițială (Anexa 5, Fișa 1)
- Discuții de grup facilitate
- Exerciții de autorefecție

Exerciții tematice

1. *Exercițiu de deschidere:* „În autobuzul cunoașterii” - pentru a crea o atmosferă deschisă și de încredere în grup

Obiectiv specific: dezvoltarea abilităților de comunicare interpersonală, ascultare activă, facilitarea cunoașterii reciproce între participante.

Durată: 20 minute

Desfășurarea exercițiului: Participantele sunt împărțite în două grupe egale, fiecare grupă fiind așezată față în față, ca și cum ar fi așezați pe scaune într-un autobuz. Terapeutul explică faptul că participantele urmează să simuleze o călătorie cu autobuzul împreună. Fiecare va iniția o discuție cu persoana din fața sa. Subiectele abordate vor fi ușoare. Terapeutul dă câteva sugestii: „Cine sunt eu? Ce îmi place? Ce pasiuni am?”. Participantele sunt încurajate să pună întrebări pentru a înțelege mai bine persoana cu care discută. După terminarea timpului de discuție, fiecare participantă prezintă grupului informațiile pe care le-a aflat despre partenera sa din discuția avută.

2. „Cele șapte camere” - pentru explorarea diferitelor aspecte ale sinelui – rezumat

Obiectiv specific: Tehnica are la bază un scenariu de imagerie dirijată care implică contactul cu copilul interior cât și accesarea unei proiecții metaforice a viitorului.

Durată 30-40 minute

Desfășurarea exercițiului: Participantele se așază într-o poziție comodă, cu ochii închiși, iar cu ajutorul ghidajului terapeutic accesează fiecare dintre cele șapte camere.

În prima cameră se întâlnesc cu copilul interior, stabilesc contactul și derulează împreună amintiri ca și când ar privi un album fotografic care se derulează până în momentul prezent.

În cea de-a doua cameră, persoana descoperă ocaziile pe care le-a pierdut și conștientizează că fiecare ocazie pierdută s-a transformat în oportunități care au deschis noi căi. Fiecare ușă care s-a închis a făcut ca o altă să se deschidă. Fiecare experiență neplăcută a condus la descoperirea unui lucru mai important, plin de sens.

În a treia cameră observă toate persoanele care sunt prezente în viața ei. Observă toate legăturile pe care le are cu aceste persoane. Acestea pot fi văzute ca niște fire lungi sau scurte, colorate, sau în unele cazuri pot fi frânghii groase, poate chiar lanțuri grele de fier. Persoana observă aceste legături, le analizează și decide care anume din legături ar fi bine să se rupă sau care să fie legată mai strâns. Poate decide să rupă anumite legături pentru a elibera acele persoane.

În cea de-a patra cameră participanta descoperă toate visurile, scenariile, poveștile pe care persoana și le-a imaginat. Visuri mai mari, mai mici, mai puternice, mai slabe. În acest moment persoana alege ce visuri vrea să le transpună în realitate. Acum este momentul ca persoana să aleagă un vis cu care va merge în camera următoare.

A cincea cameră este cea în care participanta întâlnește șapte persoane înțelepte (bărbați sau femei). Cei șapte înțelepți vor ajuta ca visul să se transforme în realitate. Fiecare dintre ei poartă o pălărie colorată diferit. Înțeleptul cu pălărie albă are o perspectivă inocentă, ingenioasă, nealterată de prejudecăți. El ajută la observarea faptelor într-un mod neutru și obiectiv. Înțeleptul cu pălărie neagră, avertizează asupra dificultăților și obstacolelor. Cel cu pălărie galbenă de speranță și încredere. Cel cu pălărie verde ajută la creativitate și idei noi. Persoana cu pălărie roșie vorbește despre emoții, despre cum să le alegem pe cele potrivite, capabile să ajute la rezolvarea problemelor. Înțeleptul cu pălăria albastră face apel la gândirea logică și rațională. Persoana cu pălărie curcubeu conduce procesul de înțelepciune, conexiunea dintre gânduri, planul de lucru și acțiune.

A șasea cameră este plină de pantofi. Aici persoana alege perechea potrivită, în funcție de drumul pe care îl are de parcurs și de condițiile mediului exterior.

În cea de-a șaptea cameră persoana este condusă afară, în spațiul deschis. Se conectează la tot ce este în jur. Observă un pod trainic care așteaptă să fie traversat. Persoana traversează podul iar pe partea cealaltă a podului întâlnește un balon cu aer cald care o așteaptă. Începe o călătorie cu balonul prin spațiu și timp. Cu cât persoana înaintează mai mult, conștientizează toate schimbările, reușitele, observând tot ce va să vină bun în viitor, observând cum visul și tot ce și a propus în acest exercițiu s-a transformat în realitate. La finalul exercițiului, fiecare își notează experiența în caietul personal.

3. „Lista realizărilor personale” (Bourne, 1995) - pentru a construi o bază pozitivă de autocunoaștere

Obiectiv specific: Acest exercițiu își propune să încurajeze conștientizarea și reflectarea asupra realizărilor personale, în scopul de a construi încrederea în sine și a combate sentimentele de neadecvare.

Durată: 20 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, obiecte de scris

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul recomandă participantelor să-și noteze toate realizările de care sunt mândre, indiferent de cât de mari sau mici par. Această listă poate include realizări personale, sociale, emoționale sau școlare. Sunt încurajate să revizuiască și să o completeze periodic (zilnic sau săptămânal) și să o recitească ori de câte ori se simt neîncrezătoare. De fiecare dată când trec printr-o situație dificilă să observe cum au gestionat-o, ce abilități de reglare emoțională au folosit sau cum au făcut față provocărilor emoționale. Să identifice punctele forte sau aptitudinile care s-au dezvoltat în urma acestor experiențe de succes.

4. „*Portretul meu*”. Participantele desenează un autoportret simbolic, folosind imagini sau cuvinte care le reprezintă.

Obiectiv specific: Acest exercițiu ajută participantele să exploreze modul în care se văd și se exprimă în relație cu ceilalți, încurajând exprimarea liberă și creativitatea.

Durată: 15 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, creioane colorate.

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul le explică participantelor că vor avea la dispoziție 10 minute pentru a desena un autoportret care să reflecte percepția lor asupra propriei persoane. Fiecare participantă primește materialele necesare. Autoportretul poate fi simbolic sau realist, iar participantele pot folosi orice stil doresc pentru a se reprezenta. După ce autoportretele sunt desenate, participantele pot adăuga pe foaie câteva cuvinte sau atribute care reflectă personalitatea lor. La finalul exercițiului, participanții care doresc pot împărtăși și povesti despre portretul lor cu grupul.

Terapeutul încheie exercițiul cu o scurtă reflecție de grup, întrebând participantele cum s-au simțit în timpul exercițiului și dacă autoportretul lor reflectă modul în care se văd sau modul în care și-ar dori să fie văzute.

5. „*Linia vieții corpului meu*”: Crearea unei cronologii cu evenimente semnificative legate de percepția corporală.

Obiectiv specific: Identificarea evenimentelor semnificative care au influențat relația cu corpul.

Durată: 20 minute

Materiale necesare: coli de hârtie, creioane colorate, markere.

Desfășurarea exercițiului: Participantele își desenează linia vieții pe o foaie de hârtie. Linia va începe din punctul care reprezintă momentul nașterii și se va extinde până în prezent.

Terapeutul le cere participantelor să reflecteze la următoarele întrebări pentru a putea identifica evenimentele semnificative.

- Care sunt primele amintiri legate de mine? Ce îmi aduc aminte legat de corp?
- Ce experiențe pozitive sau negative mi-au influențat percepția despre corpul meu?
- Cum s-a schimbat modul în care mi-am perceput corpul de-a lungul timpului? Au fost momente de acceptare, respingere, iubire de sine sau dificultăți de adaptare?
- Care sunt momentele în care am simțit cea mai mare mândrie față de corpul meu? Dar cele în care am avut dificultăți în a-l accepta?
- Cum văd corpul tău acum?

Participantele reflectează asupra momentelor importante legate de corp, și dacă simt nevoia pot completa cu cuvinte, desene sau orice cred că este potrivit.

Terapeutul poate iniția o discuție de grup, invitând participantele să povestească despre ce au simțit în timpul acestui exercițiu.

6. „*Colajul valorilor*”: Realizarea unui colaj care să reprezinte valorile personale și aspirațiile legate de imaginea de sine.

Obiectiv specific: Ajută participantele să își exploreze identitatea printr-un proces creativ, facilitând înțelegerea și conștientizarea valorilor și aspirațiilor lor într-un mod vizual și intuitiv.

Durată: 20 minute

Materiale necesare: Reviste, ziare, coli de hârtie A3, foarfecă, lipici, creioane colorate, markere.

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul explică participantelor că vor crea un colaj vizual care să reprezinte valori personale, trăsături pe care le apreciază, idealurile și aspirațiile lor, legate de imaginea de sine. Colajul poate include imagini, cuvinte sau simboluri.

Participantele primesc o foaie mare de hârtie și materiale pentru colaj. Fiecare răsfoiește materialele disponibile și alege imaginile sau cuvintele care o reprezintă sau care se potrivesc felului în care ar vrea să fie percepută. Pot folosi și markere sau creioane colorate pentru a adăuga desene, simboluri sau mesaje proprii.

Terapeutul poate oferi câteva întrebări de ghidare pentru a le ajuta pe participante să se concentreze pe valorile și imaginea de sine pe care doresc să o exprime:

- Ce valori sunt importante pentru mine?
- Ce aspecte ale personalității mele vreau să dezvolt?
- Cum vreau să fiu văzut de ceilalți?
- Ce mă bucură?
- Ce cuvinte reflectă cine sunt sau cine vreau să devin?

După ce participanții finalizează colajele, cei care doresc pot împărtăși creațiile lor cu grupul și pot explica alegerea imaginilor și a cuvintelor folosite, discutând despre valorile personale și aspirațiile exprimate.

Modul 2: Relația cu Alimentația

Scop: Explorarea și conștientizarea tiparelor alimentare personale.

Obiective:

- Identificarea comportamentelor alimentare problematice
- Înțelegerea conceptului de alimentație conștientă
- Inițierea procesului de modificare a relației cu mâncarea

Metode și tehnici:

- Tehnica focalizării [87] - pentru a explora senzațiile corporale legate de foame și sațietate
- „A simți, a deveni conștient, a acționa” - exercițiu gestalt pentru conștientizarea comportamentului alimentar
- Exerciții respiratorii cu formule autosugestive (Jencks, 1977) - pentru gestionarea impulsurilor alimentare
- Jurnal alimentar
- Tehnici de *mindful eating* (alimentație conștientă)
- Discuții de grup despre experiențele alimentare
- Exerciții de conștientizare a senzațiilor corporale legate de foame și sațietate

Exerciții tematice

1. „Călătorie în lumea senzațiilor” - adaptat după E.T. Gendlin [87]

Obiectiv specific: Participantele vor învăța să identifice și să exploreze senzațiile trăite în corp, pentru a înțelege mai bine propriile emoții, gânduri și probleme personale.

Durată: 15 minute

Materiale necesare: coli de hârtie, instrumente de scris.

Desfășurarea exercițiului: Participantele se așază pe scaun, într-o poziție confortabilă și încep exercițiul cu câteva respirații profunde, timp de 5 minute. Fiecare persoană se gândește la o problemă, un gând, o întrebare care o preocupă în acel moment. Terapeutul dă următoarele indicații: „Răspundeți în scris la următoarele întrebări:

- Observați unde se simte problema în corp?
- Cum a-ți descrie această senzație, cu un cuvânt sau o imagine?
- Ce încercă această senzație să îți spună?
- Dacă senzația ar putea vorbi, ce ar spune?
- Ce poți face pentru a accepta mai ușor această senzație?”

Fiecare participantă împărtășește experiența sa: ce senzații a descoperit, ce a învățat și cum se simte acum.

2. „Exerciții respiratorii cu formule auto-sugestive” – adaptat după Charles Jencks,

Scopul specific: Exercițiile de respirație combinate cu autosugestia reprezintă o tehnică eficientă pentru gestionarea impulsurilor alimentare. Aceste exerciții ajută la gestionarea impulsurilor alimentare, oferind un echilibru între minte și corp.

Durată: 5 minute

Participantele se așază pe scaun într-o poziție relaxată, urmând indicațiile pe care la dă terapeutul: „Inspiră profund pe nas timp de 4 secunde, concentrându-te pe abdomen, ține aerul timp de 2 secunde și expiră lent pe gură timp de 6 secunde, urmărind cum corpul se relaxează în timp ce inspiri. Pe inspirație repetă mental următoarea afirmație: Mă simt bine în corpul meu. În timp ce expiri, spune afirmația: Nu am nevoie de mâncare pentru a mă simți bine. Repetă acest exercițiu de respirație de 10 ori.

3. „Jurnalul alimentar conștient”: Notarea timp de o săptămână a ceea ce mănâncă, când, unde și ce emoții asociază.(Anexa 5, fișa 2)

Obiectiv specific: Ajută participantele să devină mai conștiente de comportamentele lor alimentare și de emoțiile asociate cu acestea. Acest proces poate ajuta la descoperirea unor tipare emoționale și comportamentale legate de alimentație, ajutând astfel la adoptarea unor obiceiuri alimentare mai sănătoase.

Durată: 20 minute

Materiale necesare: caiete, creioane, fișă cu întrebări.

Desfășurarea exercițiului: Fiecare participant își setează ca scop să devină mai conștient de modul în care mâncarea și emoțiile asociate acestuia interferează cu viața lor de zi cu zi. Acest exercițiu este început în clasă și continuat acasă timp de o săptămână. Folosindu-se de fișa primită, fiecare participantă răspunde la întrebări. Exercițiul continuă în următoarea întâlnire cu reflecții bazate pe observațiile făcute în timpul săptămânii.

Participantele pot împărtăși observațiile lor, discutând despre tiparele descoperite și explorând împreună modalități de a aborda relația emoțională cu mâncarea.

4. „Exercițiul de degustare mindful”: Experimentarea consumului conștient al unui aliment, folosind toate simțurile.

Obiectiv specific: Acest exercițiu are scopul de a aduce în atenția participantelor modul în care se raportează la alimentație prin utilizarea simțurilor, pentru a dezvolta conștientizarea și atenția deplină în ceea ce privește consumul de alimente.

Durată: 20 minute

Materiale necesare: Trei produse alimentare în cantități mici, selectate de fiecare participant.

Desfășurarea exercițiului: Participantele sunt rugate să vină la întâlnire cu trei produse alimentare mici, pentru degustare. Este important ca alimentele să fie variate ca textură, gust și formă, pentru a facilita explorarea simțurilor. Exercițiul este împărțit în trei etape. În prima etapă, fiecare participantă începe prin a privi primul aliment și la indicațiile terapeutului observă culoarea, forma, textura exterioară și orice detaliu vizual pe care îl pot percepe.

În a doua etapă a exercițiului participantele închid ochii și își folosesc mâinile pentru a explora mâncarea. Observă cum se simte aceasta la atingere, dacă este tare sau moale, fină sau

grunjoasă, umedă sau uscată? Observă orice detalii legate de textură, temperatură și cum reacționează la atingere.

În cea de-a treia etapă, participantele sunt invitate să ia o mică mușcătură, să mestece încet și să observe cum se simte mâncarea în gură. Cum se schimbă textura mâncării în timp ce mestecă. Observă dacă este crocantă, moale, suculentă și ce senzații îi oferă înainte de o a înghiți.

Participantele repetă același proces pentru următoarele două alimente, urmărind să fie pe deplin conștiente de experiențele lor senzoriale și emoționale. La final, participantele sunt invitate să împărtășească experiența avută.

- Cum s-a simțit să mănânce în acest mod?
- Au observat ceva diferit la mâncarea pe care o consumă în mod obișnuit?
- Ce au învățat făcând acest exercițiu?

Modul 3: Gânduri și Credințe despre Corp

Scop: Identificarea și modificarea cognițiilor disfuncționale legate de corp.

Obiective:

- Recunoașterea gândurilor automate negative despre corp
- Învățarea tehnicilor de restructurare cognitivă
- Dezvoltarea unei perspective mai realiste despre corp

Metode și tehnici:

- Tehnici de identificare a gândurilor automate (ABC model)
- Restructurare cognitivă
- Exerciții de vizualizare pentru acceptarea corporală
- Tehnica “dovezilor pro și contra”

Exerciții tematice

1. *Tehnica săgeții verticale* (Burns, 1989) - pentru identificarea convingerilor de bază despre corp

Scop specific: Acest joc ajută participantele să identifice și să depășească gândurile negative, analizându-le în profunzime, folosind tehnica săgeții verticale. Participantele vor reflecta asupra valorilor și convingerilor lor, precum și asupra impactului acestora asupra stării lor de bine.

Durață: 30-40 minute

Materiale necesare: coli de hârtie, instrumente de scris, flipchart.

Desfășurarea exercițiului: Participantele se așază în perechi. Fiecare trebuie să reflecteze asupra unei situații specifice care îi provoacă stres sau anxietate și să-și noteze toate gândurile negative pe care le are legate de acea situație. Participantele vor analiza cum aceste gânduri le determină să devină încordate și să aibă dificultăți de concentrare. Analizează gândurile negative folosind modelul săgeții verticale care este scris pe flipchart de terapeut.

Gând negativ automat(Nu voi reuși la examen)

↓

Dacă acest lucru ar fi adevărat ce ar însemna pentru mine?(Voi fi considerat un eșec)

↓

Cât de neplăcut ar fi pentru mine?(Nu m-aș simți deloc bine)

↓

Ce ai putea să faci dacă nu te-ai simți bine?(Să găsesc metode pentru a mă liniști)

La fiecare gând negativ, se întreabă: „Și ce se întâmplă dacă acest lucru este adevărat?” sau „Ce înseamnă pentru mine dacă acest lucru este adevărat?”. Repetă acest proces până ajung la o concluzie finală, care dezvăluie o convingere sau o frică.

După ce au identificat cât mai multe gânduri negative și au folosit tehnica săgeții verticale, participanții răspund în scris la următoarele întrebări:

- Ce îmi spun aceste gânduri despre sistemul meu de valori?
- Care sunt convingerile mele legate de starea de bine?

Participantele reflectează asupra convingerilor tacite care stau la baza gândurilor lor negative. Acestea sunt credințe ascunse sau automate pe care le au despre sine, lume sau viață.

În ultima etapă a exercițiului participantele răspund în scris la următoarele întrebări, pentru a analiza beneficiile și limitările acestor convingeri:

- Este în avantajul meu să am aceste convingeri?
- Care sunt consecințele pozitive și negative ale acestor convingeri?
- Este realist acest mod de gândire?
- Este adevărată această convingere?
- Ce se va întâmpla dacă nu voi mai avea teamă și mă voi confrunta cu situația?
- Ce avantaje sau dezavantaje voi avea dacă depășesc această situație?

Exercițiul se lucrează în perechi iar la final, se va organiza o discuție de grup în care acestea pot împărtăși ce au descoperit și cum văd acum situațiile cu care se confruntă.

2. *Scheme cognitive - exerciții aplicative* [119] - pentru restructurarea cognițiilor negative despre corp

Scop specific: Acest exercițiu urmărește identificarea și restructurarea schemelor cognitive negative despre corp, folosind teoria schemelor cognitive. Participantele vor explora și modifica gândurile automate și convingerile despre imaginea corporală, ajutând la dezvoltarea acceptării de sine și a unei atitudini sănătoasă față de propriul corp.

Durată: 30-40 minute

Materiale necesare: coli de hârtie, instrumente pentru scris.

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul va face o scurtă introducere despre schema cognitivă. Va explica participantelor că schemele cognitive sunt modele mentale automate care ne influențează gândirea, emoțiile și comportamentele. Acestea se formează în copilărie și adolescență și pot afecta modul în care ne percepem corpul. Va da și câteva exemple:

- Deprivare emoțională: „Nu sunt atrăgător/atrăgătoare, nimeni nu va dori să fie aproape de mine.”

- Deficiență/rușine: „Sunt urât/urâtă, corpul meu este defect.”

- Standarde ridicate: „Trebuie să am un corp perfect pentru a fi acceptat.”

Participantele își notează gândurile negative sau auto-criticile pe care le au legate de propriul corp. Aceasta poate include observații legate de aspect, greutate, dimensiuni sau alte trăsături fizice pe care le consideră problematice.

Fiecare participantă va reflecta asupra gândurilor sale negative și va încerca să identifice schema cognitivă care stă la baza acestora.

- Gând negativ: „Sunt prea grasă și nimeni nu mă va plăcea.”

- Schema cognitivă: „Deficiență/Rușine” (credința că ești inferior sau neadecvat).

Participantele sunt încurajate să reflecteze asupra schemelor lor cognitive despre corp și să identifice care este sursa acestora. Poate că sunt experiențe din copilărie sau adolescență care au contribuit la formarea acestor convingeri negative.

Fiecare participantă va analiza schema cognitivă, gândurile negative și va încerca să le înlocuiască cu gânduri mai bune, echilibrate și ancorate în realitate.

La finalul exercițiului, participantele vor împărtăși ce au învățat și cum vor aplica aceste tehnici pentru a-și schimba perspectiva asupra corpului lor. Grupul poate oferi susținere și încurajare fiecărei participante care dorește să împărtășească experiența, grupului.

3. „*Detectivul gândurilor*”: Identificarea și notarea gândurilor automate negative despre corp. „*Restructurarea cognitivă*”: Exercițiu de transformare a gândurilor negative în unele mai realiste și echilibrate

Scopul specific: Acest exercițiu le ajută pe participante să conștientizeze și să identifice gândurile negative automate legate de corpul lor. Prin metoda observație și introspecție participantele pot dezvolta abilități de monitorizare a propriilor gânduri.

Durață: 30-40 minute

Materiale necesare: coli de hârtie, instrumente pentru scris.

Desfășurarea exercițiului: Exercițiul se lucrează în perechi. Participanților li se explică faptul că, în acest exercițiu, vor avea rolul de detectivi mentali care observă și investighează toate gândurile negative legate de corp. Sarcina lor este să devină conștiente de momentele în care apar aceste gânduri și să le noteze exact așa cum apar. Participantele sunt rugate să se gândească la momentele în care sunt mai mult în contact cu corpul lor cum ar fi momentele în care se privesc în oglindă, probatul hainelor, când se mișcă, dansează, sau situațiile în care se compară cu ceilalți. Fiecare participantă analizează aceste situații și își notează toate gândurile negative legate de acestea, fără să le modifice, să le judece sau să le eticheteze în vreun fel.

După ce fiecare gând negativ este notat, participantele vor descrie partenerului situația în care a apărut acest gând și cum s-au simțit în acel moment și cum s-au comportat. Împreună cu partenera analizează fiecare situație observând cât de realiste sau adevărate sunt aceste gânduri negative. Sunt încurajate să caute dovezi pentru și împotriva gândurilor lor.

După ce participantele au analizat fiecare gând negativ, împreună cu partenera vor reformula acel gând într-un mod mai echilibrat și realist și vor face un mic rezumat a ceea ce au învățat făcând acest exercițiu. La final terapeutul încurajează discuțiile în grup cât și continuarea acestui exercițiu acasă sau în situațiile în care persoana simte că are nevoie.

4. „*Scrisoare către corpul meu*”: Scrierea unei scrisori de apreciere către propriul corp.

Scopul specific: Acest exercițiu poate ajuta la îmbunătățirea relației cu sinele și la cultivarea recunoștinței față de propriul corp.

Durață: 20 minute

Materiale necesare: coli de hârtie, instrumente pentru scris.

Desfășurarea exercițiului: Grupul se așază în formă de cerc. Terapeutul oferă următoarele indicații:

„Vă așezați confortabil și liniștit. Închide ochii și respiră de câteva ori profund. Concentrează-te asupra respirației și a corpului tău. Fii atentă la cum te simți în interior, la fiecare parte a corpului tău. Observă senzațiile, tensiunile, disconfortul sau starea de bine, de relaxare. Apoi deschide ochii și începe să scrii o scrisoare adresată corpului tău. Poți începe cu : "Dragul meu corp,". Apoi, continuă cu aprecierile față de corpul tău. Spune-i ce apreciezi la el. Poate că apreciezi modul în care te ajută să te miști, să simți emoții sau să te porți în anumite situații. Poți să scrii și despre provocările pe care le-ai întâmpinat, momentele când te-ai simțit nemulțumită de aspectul corpului tău. Spune-i corpului tău că vei fi mai atentă la nevoile lui și că îi vei oferi mai multă îngrijire și respect. Poate că vrei să te hrănești mai sănătos, să faci mai multă mișcare sau să te odihnești mai mult. Încheie scrisoarea cu un mesaj pozitiv pe care vrei să îl transmiți corpului tău. Ar putea fi ceva de genul: „Îți mulțumesc pentru tot ce faci pentru mine și promit să te tratez cu mai multă atenție, blândețe și iubire.”

După ce toate participantele au terminat de scris, citesc scrisoarea cu voce tare. Fiecare participantă păstrează scrisoarea și o pot citi ori de câte ori simt nevoia să se conecteze cu corpul lor.

Modul 4: Emoții și Comportament Alimentar

Scop: Înțelegerea și gestionarea legăturii dintre emoții și comportamentul alimentar.

Obiective:

- Identificarea emoțiilor care declanșează alimentația emoțională
- Dezvoltarea strategiilor de gestionare a emoțiilor dificile
- Reducerea comportamentelor de alimentație emoțională

Metode și tehnici:

- Tehnici de reglare emoțională (respirație diafragmatică, relaxare musculară progresivă)
- Jurnalul emoțiilor și al comportamentului alimentar
- Tehnici de toleranță la stres
- Role-playing pentru situații emoționale dificile
- Tehnica de relaxare DMR (Deep Muscular Relaxation) (Sank & Shaffer) - pentru reducerea tensiunii emoționale

Exerciții tematice

1. „Analiza tiparelor”: Identificarea și discutarea tiparelor alimentare problematice pe baza jurnalului.
Durată: 20 minute

Desfășurarea exercițiului: Începem întâlnirea cu discuții bazate pe jurnalul alimentar și exercițiile pe care le-au continuat acasă.

2. „Cascada angoasei” (Margraf & Schneider, 1990) - pentru înțelegerea legăturii dintre anxietate și comportamentul alimentar.

Obiectiv specific: Acest exercițiu ajută la explorarea, identificarea, conștientizarea senzațiilor corporale, a gândurilor și a comportamentelor legate de acestea.

Durată: 20 minute

Materiale necesare: fișe cu diagrama cascadei, instrumente pentru scris, flipchart, markere (Anexa 5, fișa 3)

Desfășurarea exercițiului: Participantele se așază pe scaun și primesc de la terapeut fișele cu modelul corespunzător exercițiului și un instrument pentru scris. Urmărind exemplul scris pe flipchart, participantele completează în fișa primită. Terapeutul continuă cu următoarele indicații: „Gândește-te la un moment în care te-ai simțit anxioasă. Reamintește-ți detalii despre acel moment, ce ai simțit atunci. Imaginează-ți acea stare în prezent și notează-o în casetele din fișa primită, în sensul acelor de ceasornic. Notează-ți senzațiile corporale, gândurile asociate fiecărei senzații, temerile, îngrijorările. Notează-ți primele reacții pe care le-ai avut sau pe care le-ai fi putea avea. Acestea pot include și comportamentele alimentare precum mâncatul compulsiv, evitarea alimentației, sau alte obiceiuri care păreau a calma starea emoțională. Observă ce anume declanșează acest comportament alimentar pe fond emoțional. Ce din gânduri, senzații, te determină să reacționezi în acel mod? După ce ai completat, încercați să identificați tiparele și cum vă influențează acestea comportamentul alimentar.”

Exemplul scris pe flipchart:

- Senzație corporală: Nod în gât.
- Gând asociat: „Nu pot face față”.
- Reacție comportamentală: Mâncatul excesiv sau săritul peste mese.
- Reflecție: Frica de pierdere a controlului sau nevoia de confort.

3. „Harta emoțiilor”: Crearea unei reprezentări vizuale a emoțiilor și a comportamentelor alimentare asociate.

Scopul specific: Acest exercițiu ajută la explorarea și conștientizarea emoțiilor, localizarea lor în corp, modul în care acestea influențează comportamentele și la cum putem dezvolta noi mecanisme, reacții, mai eficiente pe viitor.

Durată: 30 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, instrumente pentru scris, creioane colorate, fișele corespunzătoare exercițiului- Roata emoțiilor (modelul lui Plutchik), figura umană.(Anexa 5, fișa 4, fișa 5)

Desfășurarea exercițiului: Fiecare participantă primește cele două fișe. Folosind fișa cu roata emoțiilor, va identifica emoțiile pe care le-a experimentat în ultima perioadă, fie ele pozitive sau negative. Pe o foaie separată, fiecare își notează emoțiile pe care le-a recunoscut. Folosind fișa cu figura umană, vor identifica unde simt aceste emoții în corp. Pentru a identifica mai ușor locul corespunzător emoției pot să își pună următoarea întrebare: „Atunci când simt.....(emoția), unde o simt în corpul meu?”

Participantele pot folosi creioane de culori diferite pentru a marca emoțiile pe figura umană. În continuare, participantele identifică reacțiile, comportamentele pe care le au atunci când simt aceste emoții și își notează pe foaie comportamentele specifice pentru fiecare emoție identificată.

După finalizarea exercițiului, cele care doresc sunt invitate să împărtășească în grup descoperirile lor. Împărtășirea este voluntară, dar binevenită, pentru a ajuta la conștientizarea și normalizarea emoțiilor în cadrul grupului.

4. Exprimarea sentimentelor (Bourne, 1995) - pentru gestionarea emoțiilor fără a recurge la mâncare

Scopul specific: Ajută participantele să gestioneze emoțiile prin conștientizarea și exprimarea acestora.

Durată: 20 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, instrumente pentru scris

Desfășurarea exercițiului: Grupul se împarte în perechi iar fiecare participantă va începe prin a face o listă cu toate emoțiile și sentimentele pe care le-a experimentat în ultima perioadă. Emoțiile pot fi, fie pozitive, fie negative. Fiecare participantă povestește parteneriei despre emoțiile notate pe listă, în ce context au apărut și care au fost comportamentele asociate cu acestea. Fiecare își acordă timp pentru a reflecta la ceea ce simt în acel moment, observă senzațiile din corp. Observă dacă există vreo tensiune în anumite zone ale corpului. Dacă există tensiuni să încerce să afle de unde vine acestea. Partenera ascultă fără să intervină, să ofere sfaturi, să își exprime opiniile sau să judece în vreun fel. Doar ascultă și oferă suport.

După ce ambele parteneri au avut ocazia să-și împărtășească emoțiile și senzațiile corporale, vor lucra împreună pentru a identifica posibile cauze, factori declanșatori sau tipare comportamentale care se repetă.

5. “Tehnica STOP”: Practică de oprire și evaluare înainte de a mânca emoțional.

Scopul specific: „Tehnica STOP” ajută la stoparea tiparelor automate de mâncat emoțional, conștientizarea emoțiilor și stărilor fizice și luarea unor decizii mai sănătoase în legătură cu alimentația

Durată: 15 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, instrumente pentru scris

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul va explica pe scurt participanților că „Tehnica STOP” are rolul de a întrerupe ciclul automat al mâncatului emoțional, oferindu-le posibilitatea de a-și îndrepta atenția asupra nevoilor lor reale și că cuvântul STOP este un acronim care semnifică: oprire, evaluare, conștientizare și decizie.

Participantele sunt rugate să își ia notițe, a putea practica acest exercițiu de fiecare dată când simt că urmează să mănânce emoțional. În continuare terapeutul prezintă descrierea tehnicii:

„Imaginați-vă semnul STOP pe care îl vedeți în circulație, în culori puternice de roșu . Poate fi sub forma unui semafor cu lumina roșie sau un semn clar STOP. De fiecare dată când simțiți că sunteți pe cale să mâncați din motive emoționale, vizualizați acest semn mental și opriți-vă pentru câteva momente. În timp ce vă opriți respirați adânc de câteva ori. Inspirați pe nas și expirați pe gură. Respirând în acest mod vă veți calma și ve-ți reuși să vă eliberați mintea de tensiune. În aceste momente, spuneți „stop” gândurilor inutile sau negative, sentimentelor de oboseală sau stres care vă împing către mâncat. Observați cum vă simțiți în acel moment, atât fizic cât și emoțional. Întrebați-vă: „Îmi este cu adevărat foame?” Identificați sursa senzației de foame, este emoțională sau este organică. În urma acestui proces de conștientizare, decideți dacă doriți cu adevărat să continuați să mâncați sau dacă, de fapt, nevoia de alimentație nu mai este prezentă. Dacă alegeți să mâncați, concentrați-vă doar pe alimentele din fața voastră. Fiți prezente în moment, savurați gustul, textura și mirosul mâncării, fără să vă lăsați distrase de gânduri sau emoții.”

Terapeutul va încuraja participantele să utilizeze „Tehnica STOP” de fiecare dată când simt impulsul de a mânca din motive emoționale. Cu fiecare moment în care vor practica acest exercițiu, vor putea dezvolta o mai mare conștientizare de sine și de autocontrol.

Modul 5: Presiunea Socială și Standardele de Frumusețe

Scop: Dezvoltarea abilităților de rezistență la presiunea socială și standardele irealiste de frumusețe.

Obiective:

- Analiza critică a mesajelor media despre corpul ideal
- Înțelegerea impactului presiunii sociale asupra imaginii corporale
- Dezvoltarea strategiilor de gestionare a presiunii sociale

Metode și tehnici:

- Analiza critică a imaginilor din media
- Tehnici de asertivitate
- Exerciții de împuternicire și autoacceptare
- Discuții de grup despre experiențele personale legate de presiunea socială
- Jocul de rol - pentru exersarea răspunsurilor la comentarii negative despre corp

Exerciții tematice

1. „Bula cu o fereastră” (Robert Jackman, 2020) - pentru gestionarea presiunii sociale

Scopul specific: Recunoașterea și gestionarea presiunii sociale într-un mod sănătos prin dezvoltarea auto-reflecției, limitelor sănătoase și a stării de echilibru emoțional în fața influențelor externe.

Durată: 30-40 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie sau post-it-uri, instrumente pentru scris, fișe cu desenul „Bulei cu o fereastră”(Anexa 5, fișa 6)

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul explică pe scurt ideea „Bulei cu o fereastră” și cum aceasta simbolizează granițele emoționale pe care le stabilim în relația cu mediul și presiunea socială. Explică faptul că fiecare persoană are control asupra „ferestrei” bulei sale și poate alege ce lasă să intre. Fiecare participantă își imaginează că se află în această bulă protectoare care, permițând să intre doar influențele sau persoanele pe care le consideri benefice pentru tine. Fereastra reprezintă capacitatea de a deschide sau închide accesul către lumea exterioară, permițând doar ceea ce alegi să pătrundă în spațiul tău personal. Acest exercițiu se lucrează în grupuri de patru persoane.

Participantele primesc fișa corespunzătoare exercițiului. În interiorul bulei, vor scrie lucrurile, situațiile sau persoanele care sunt benefice pentru ele și pe care vor să păstreze în viața lor. În exteriorul bulei, scriu lucrurile sau influențele sociale care le provoacă tensiune, anxietate sau stres. Fiecare își prezintă bula în cadrul grupului și explică ce a scris, atât în interior, cât și în exterior.

Terapeutul va ghida discuțiile și poate pune întrebări precum:

- „Ce influențe simți că te presează cel mai mult?”
- „Cât de des simți că îți deschizi fereastra bulei pentru aceste influențe?”
- „Ce consecințe observi atunci când permiți acestor influențe să intre?”

Fiecare participantă va alege o influență din exteriorul bulei pe care vrea să o gestioneze mai bine. Apoi, își va imagina că reglează „fereastra” bulei pentru a o gestiona într-un mod sănătos, fie prin limitarea interacțiunii cu această influență, fie prin reformularea gândurilor despre ea.

După ce fiecare participantă a făcut exercițiul de reglare, va urma o scurtă discuție de reflecție în cadrul grupului din care face parte. Vor observa cum se simt și vor vorbi despre ce vor face diferit atunci când se vor întâlni cu o situație similară.

2. „*Analiza critică media*”: Evaluarea și discutarea mesajelor din reclame și social media.

Scopul exercițiului: Conștientizarea influențelor subtile din mass-media și social media, dezvoltarea gândirii critice, pentru a recunoaște și a înțelege impactul emoțional și comportamental pe care aceste mesaje îl pot avea asupra persoanelor.

Durată: 30-40 minute

Materiale necesare: Exemple de reclame video, imagini din social media, postări influente, coli de hârtie și instrument pentru scris, flipchart, telefoane mobile

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul explică pe scurt scopul exercițiului, analiza critică a mesajelor media urmărind identificarea strategiile de influență și care este impactul acestor mesaje asupra gândirii și comportamentului nostru. Notează pe flipchart exemple de criterii:

- Ce încearcă să transmită reclama/postarea?
- Ce emoții intenționează să genereze?
- Ce tehnici de influențare sunt folosite?
- Cui i se adresează mesajul?
- Ce comportamente încurajează acest mesaj?

Terapeutul împarte participantele în grupuri de 3 persoane, alege o reclamă video, o postare pe social media sau un material publicitar și îl trimite pe un grup format din toate persoanele participante. Fiecare grup vizionează sau citește materialul selectat și folosindu-se de criteriile date ca și exemplu analizează mesajul principal, emoțiile provocate și tehnicile de influențare folosite în material. Încurajează discuțiile și compararea opiniilor, evidențiind cât de diferit poate fi perceput același mesaj de către persoane diferite. După discuția în grup, fiecare participantă scrie pe o foaie cum se simte după analiza materialului și ce anume a învățat în urma acestei experiențe.

3. „*Crearea unui mediu pozitiv*”: Exercițiu de curățare a feed-urilor social media

Durată: 10 minute

Desfășurarea exercițiului: Acest exercițiu este în continuarea celui precedent. Participantele vor face o analiză și o triere a conținutului media stocat în telefon și al celui pe care îl urmăresc în mediul online folosind instrumentele învățate în exercițiul anterior.

4. „*Joc de rol - Respingerea comentariilor negative*”: Practică de răspuns asertiv la comentarii despre corp.

Scopul specific: Dezvoltarea abilităților de răspuns asertiv la comentariile negative legate de corpul lor, într-un mod sănătos și echilibrat. Consolidarea încrederii de sine și învățarea mecanismelor de gestionarea a presiunii sociale în legătură cu imaginea corporală.

Durață: 30-40 minute.

Materiale necesare: Coli de hârtie, instrumente pentru scris, flipchart

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul roagă participantele să dea exemple de comentarii negative legate de corp, pe care le va scrie pe flipchart. Explică pe scurt ce înseamnă asertivitatea și cât de mult poate ajuta atunci când răspundem comentariilor negative.

Exercițiul se bazează pe situații de joc de rol în care participantele răspund la comentarii negative legate de corpul lor. Scopul este să exerseze un răspuns asertiv.

Participantele se împart în perechi și fiecare pereche va trece prin câteva scenarii în care unul dintre ei joacă rolul celui care face un comentariu negativ, iar celălalt răspunde asertiv. Terapeutul scrie pe flipchart un exemplu de răspuns asertiv:

„Mulțumesc pentru părerea ta, dar mă simt bine așa cum sunt și prefer să nu discut despre asta.”

Fiecare participantă își exprimă gândurile și sentimentele fără să se simtă atacată sau să răspundă agresiv. După fiecare rundă de joc de rol, participantele oferă feedback parteneriei cu care a lucrat. Se inversează rolurile, astfel încât fiecare să treacă prin ambele scenarii. La final se reunesc într-un singur grup și discută despre ce au învățat din acest exercițiu. Terapeutul recomandă participantelor să vorbească despre experiențele lor reale și să reflecteze asupra modului în care pot folosi răspunsul asertiv în viața de zi cu zi.

Modul 6: Perfecționismul și Imaginea Corporală

Scop: Reducerea impactului negativ al perfecționismului asupra imaginii corporale.

Obiective:

- Identificarea tendințelor perfecționiste legate de aspectul fizic
- Dezvoltarea unei atitudini mai flexibile și realiste
- Cultivarea auto-compasiunii

Metode și tehnici:

- Modelul de strategie cognitiv-comportamentală în zece trepte (Melemis, 2010) - adaptat pentru gestionarea perfecționismului
- Tehnica de autoprogramare psihică și modificarea convingerilor negative (Bandler, 1977)
- Tehnici cognitive pentru gestionarea perfecționismului
- Exerciții de auto-compasiune
- Stabilirea de obiective realiste și flexibile
- Tehnici de mindfulness pentru acceptarea imperfecțiunilor

Exerciții tematice

1. „Provocarea Perfecționismului” - exercițiu adaptat după Melemis(2010)

Scopul specific: Gestionarea perfecționismul prin identificarea gândurilor disfuncționale, reformularea lor și exersarea comportamentului imperfect într-un mediu controlat

Durață: 30 minute

Materiale necesare: Coli, instrumente pentru scris, cartonașe cu exerciții și provocări legate de perfecționism

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul descrie perfecționismul și cum acesta poate afecta viața persoanelor. Subliniază ideea că perfecțiunea este un standard nerealist și că greșelile sunt parte integrată a procesului de învățare. Participantele extrag un cartonaș cu un exemplu de gând perfecționist.

Exemple de gânduri:

- „Dacă nu fac totul perfect, voi fi judecată.”
- „Trebuie să fiu cal mai bună în tot ceea ce fac.”
- „Dacă fac o greșeală, voi eșua complet.”

Fiecare trebuie să reformuleze gândurile scrise pe cartonașele extrase, într-un mod mai realist și pozitiv. Terapeutul ajută grupul oferind exemple de reformulare:

- „Nu trebuie să fac totul perfect. Este în regulă să fac greșeli.”
- „Faptul că nu sunt cea mai bună nu înseamnă că nu am valoare.”

Fiecare participantă își împărtășește gândul reformulat cu grupul.

Exercițiul continuă cu extragerea unui nou cartonaș, cu o provocare care implică acceptarea imperfecțiunii.

Exemple de provocări:

- „Scrie un text rapid, fără să corectezi greșelile.”
- „Desenează ceva într-un minut, fără să îți pese de cum va arăta.”
- „Gândește-te la o situație recentă în care ai greșit și descrie ce ai învățat din acea experiență.”

Fiecare participantă va împărtăși experiența cu grupul învățând să tolereze imperfecțiunea.

În următoarea etapă participantele primesc sarcina de a alege un proiect sau o activitate din viața lor și de a o împărți în pași mici, mai ușor de gestionat. După restructurarea sarcinii, își împărtășesc planul cu grupul.

La final, terapeutul invită la o discuție în care participanții împărtășesc modul în care s-au simțit în timpul jocului, ce au învățat despre perfecționismul lor și cum pot adapta acest exercițiu la provocările din viața lor.

1. „*Perfecționismul și viața*”: Autoevaluare a tendințelor perfecționiste în diferite domenii ale vieții.

Scopul specific: Autoevaluarea tendințelor perfecționiste în diferite domenii ale vieții, conștientizarea și explorarea modurilor de gestionare a perfecționismului

Durață: 20-30 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, instrumente pentru scris, flipchart

Desfășurarea exercițiului: Participantele își notează tendințele perfecționiste în următoarele domenii: școală, relații, aspect fizic, sănătate, realizări personale.

Terapeutul scrie pe flipchart exemple de tendințe perfecționiste, pentru fiecare domeniu:

- „Simt că trebuie să fac totul perfect la școală, altfel mă simt neacceptată.”
- „Mă aștept ca relațiile mele să fie perfecte și mă învinovățesc dacă apar conflicte.”
- „Mă simt presat să arăt impecabil tot timpul.”
- „Îmi stabilesc standarde nerealiste pentru menținerea sănătății și mă simt vinovată când nu le ating.”
- „Mă simt nemulțumită dacă rezultatele mele nu sunt cele mai bune.”

Fiecare participantă își notează răspunsurile, analizează rezultatele și identifică domeniile în care tinde să manifeste perfecționismul în mod accentuat. Terapeutul inițiază o discuție de grup, încurajând participantele să împărtășească rezultatele lor și să reflecteze asupra întrebărilor:

- „În ce domeniu simți că perfecționismul îți influențează viața cel mai mult?”
- „Cum te afectează emoțional și fizic tendințele perfecționiste?”
- „Ai experimentat vreodată o situație în care perfecționismul a dus la procrastinare sau epuizare?”

După discuția de grup participantele propun soluții pentru gestionarea perfecționismului, pe care le notează pentru a le folosi ca punct de referință în viitor.

2. „*Celebrarea imperfecțiunilor*”: Identificarea și aprecierea trăsăturilor unice ale corpului.

Scopul exercițiului: Acest exercițiu ajută la acceptarea imperfecțiunilor corporale, aprecierea unicității și la construirea unei imagini de sine mai pozitivă.

Durată: 30-40 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, instrumente pentru scris, cartonașe cu întrebări și afirmații pozitive, bandă adezivă

Desfășurarea exercițiului: Participantele se așază în formă de U și primesc o foaie pe care scrie întrebări legate de percepția propriului corp. Au câteva minute pentru a reflecta și a nota răspunsurile.

Exemple de întrebări:

- „Care sunt trăsăturile corpului tău pe care le-ai considerat imperfectiuni?”
- „Cum te fac să te simți aceste trăsături?”
- „Există vreo trăsătură unică a corpului tău care îți place?”

Participantele împărtășesc (dacă se simt confortabil) una dintre trăsăturile lor „imperfecte”. Terapeutul creează o atmosferă de susținere și acceptare, subliniind faptul că toată lumea are trăsături unice.

Fiecare, transformă percepția asupra uneia dintre imperfectiunile ei corporale. Folosindu-se de cartonașele cu afirmații pozitive, participanții scriu o nouă perspectivă asupra trăsăturii lor. Terapeutul încurajează crearea propriilor afirmații pozitive, care să se potrivească mai bine fiecăreia.

Exemple de afirmații pozitive:

- „Cicatricile mele spun povestea mea și mă fac să fiu unică.”
- „Trăsăturile mele fizice reflectă cine sunt și sunt demne de apreciere.”
- „Corpul meu este puternic și mă susține, chiar și cu imperfectiunile sale.”

Participantele își afișează afirmațiile pozitive, despre propriile trăsături fizice, lipindu-le cu banda adezivă de obiectele lor vestimentare. Cine dorește, poate veni în mijlocul cercului și să citească cu voce tare afirmațiile pozitive. Fiecare observă cum se simte, ce anume s-a schimbat în atitudinea ei și cum pot aplica acest exercițiu în viitor.

Modul 7: Acceptarea și Aprecierea Corpului

Scop: Cultivarea unei atitudini pozitive și de acceptare față de propriul corp.

Obiective:

- Dezvoltarea practicilor de mindfulness centrate pe corp
- Creșterea aprecierii pentru funcționalitatea corpului
- Reducerea comportamentelor de verificare și comparare a corpului

Metode și tehnici:

- Metoda de imagerie vizuală-multisenzorială „Locul favorit” - pentru relaxare și acceptare
- Exerciții de body scan
- Tehnici de apreciere corporală
- Exerciții de oglindă pentru acceptare corporală
- Practici de grațitudine pentru corp
- Meloterapia receptivă, improvizație corporală liberă [Hegli, 1989, Schwabe/Rohrbogn, 1996, după 131] „Să ne simțim bine în corpul nostru”

Exerciții tematice

1. „Locul favorit” – Exercițiu pentru relaxare și acceptare

Durată: 20 minute

Desfășurarea exercițiului: scenariu

„Așază-te într-o poziție comodă, cu spatele drept. Închide ochii și concentrează-ți atenția asupra respirației, urmărind cum intră și cum iese aerul din corpul tău. Inspiră și expiră liniștit și

profund continuând să acorzi atenție respirației și simțind cum corpul se liniștește cu fiecare expirație. Dacă simți că o parte a corpului tău este tensionată, îți duci atenția în acel loc și pe expirație dai afară toată tensiunea din corp. Pe inspir te liniștești pe expir te relaxezi. Din când în când, atenția poate să se abată de la fluxul respirator, iar când aceasta se întâmplă în mod natural revino concentrându-te asupra respirației. Iar acum, imaginează-ți un loc preferat, un în care ai mai fost, un loc în care ți ar plăcea mergi sau un loc pe care îl creează imaginația ta chiar în acest moment. Observă ce este deosebit la acest loc. Observă cum arată acest loc. Ce culori predomină, ce sunete se aud. Este zi sau este noapte? Observă ce atingi sub picioarele tale. Observă ce face ca acest loc să fie deosebit pentru tine. Cum te face să te simți acest loc? Observi dacă te simți confortabil, minunat, liniștit. În acest loc nimeni și nimic nu te poate tulbura, totul este exact așa cum vrei tu să fie. Bucură-te de aceste momente și dă-le voie să devină din ce în ce mai puternice, din ce în ce mai prezente în mintea corpul și sufletul tău. Si, ori de câte ori te vei simți tristă, dezorientată, supărată și ai nevoie de un moment de liniște, de relaxare, este necesar doar să închizi ochii, să îți amintești acest loc și vei simți exact ceea ce simți acum, în acest moment. Vei retrăi această stare de pace de liniște și relaxare. Acum respiră profund de câteva ori, și cu fiecare respirație te întorci aici și acum și deschizi ochii.”

2. „*Exercițiul tablei*” - metodă hipno-analitică pentru explorarea și acceptarea corpului [284]

Scopul specific: Explorarea, acceptarea și modificarea percepțiilor despre sine.

Durată: 30 minute

Desfășurarea exercițiului: Participantele se așază confortabil și urmăresc indicațiile pe care terapeutul le dă în următorul scenariu:

„Înainte de a începe acest exercițiu, te rog să te gândești la o problemă pe care o ai în legătură cu corpul tău. Acum permite acestui gând să rămână în background-ul minții tale, în timp ce tu te concentrezi pe ceea ce îți spun. Închide ochii și respiră adânc de câteva ori, lăsându-te purtată de un val de relaxare cu fiecare inspirație și expirație. Relaxează-te din ce în ce mai mult... Acum, imaginează-ți că în fața ta se află o tablă neagră. Lângă tablă, vezi o cutie cu cretă albă și un burete umed. Ia o bucată de cretă și scrie, încet, litera A mare de mână pe tablă. Privește forma acestei litere, urmărește curbele ei și lasă-te cuprinsă de o senzație de liniște. În timp ce contempli litera, simți cum relaxarea se adâncește...Acum, ia buretele și, cu o mișcare lentă și blândă, șterge litera A, simțind cum relaxarea se intensifică pe măsură ce faci asta. Ia din nou creta și scrie litera B mare de mână. Observă liniile sale și permite relaxării să se așeze și mai adânc în corpul tău. Când ești pregătită, șterge litera B cu aceleași mișcări lente și blânde. Continuă acest proces cu litera C mare de mână. O privești, o contempli și te relaxezi și mai profund. Apoi, la fel ca și înainte, ștergi litera cu buretele, simțind cum corpul și mintea ta devin din ce în ce mai liniștite...Vei continua să scrii și să ștergi literele mari de mână, una câte una, până ajungi la litera Z. Fiecare literă scrisă și ștearsă te apropie și mai mult de o stare de relaxare completă. După ce ai ajuns la litera Z, ștergi tabla complet... Acum, ia din nou creta și scrie un cuvânt care să reprezinte starea de echilibru și binele pentru tine. Poate fi un cuvânt precum „pace”, „calm”, „încredere”. Scrie-l cu grijă și privește-l...Sub acest cuvânt, scrie cuvintele: „Voi reuși, voi reuși, voi reuși”. Repetarea acestui mesaj îți întărește încrederea în puterea ta interioară...Acum, poți scrie un cuvânt secret, unul pe care doar tu îl cunoști și care este esențial pentru succesul tău personal. Acest cuvânt va deveni un simbol al determinării și al reușitei tale...Foarte bine. Toate aceste cuvinte vor rămâne pe tablă și vor continua să te susțină și să te influențeze pozitiv în procesul tău de schimbare, chiar și după ce vei încheia acest exercițiu...În final, imaginează-ți că micșorezi această tablă și o plasezi undeva în corpul tău sau aproape de tine, acolo unde poate rămâne și se poate manifesta în tot ceea ce faci, gândești și ești...Respiră profund de câteva ori și, cu fiecare respirație, simte cum revii treptat la prezent, la aici și acum. Iar atunci când ești pregătită, poți deschide ochii.”

3. „*Scanarea corporală mindfulness*”: Meditație ghidată pentru conectarea cu senzațiile corporale [37].

Scopul specific: Conștientizare, acceptare și reconectare la propriului corp.

Durață: 20 minute

Desfășurarea exercițiului: Participantele se așază pe scaun și urmăresc indicațiile pe care terapeuta le dă în următorul scenariu:” Așază-te într-o poziție comodă și confortabilă. Acordă-ți câteva minute de liniște, doar pentru tine.

„Începe prin a te relaxa, lăsându-ți corpul să se așeze ușor în locul în care stai. Concentrează-te pe respirație și simte cum aerul intră și iese din corpul tău...Pe măsură ce te relaxezi, începe să îți îndrepti atenția către corp. Observă senzațiile, gândurile și emoțiile care apar în acest moment, fără să le judeci sau să le analizezi. Pur și simplu, fii prezentă și conștientă de ceea ce simți...Cu fiecare respirație, simte cum te deconectezi de la stresul și tensiunea acumulată în timpul zilei. Pe măsură ce inspiri și expiri profund, observă cum corpul tău devine din ce în ce mai relaxat, eliberat de orice presiune...Inspiră lent și profund, apoi expiră la fel de încet. Fii conștientă de fiecare mișcare a aerului în și din corpul tău, simțindu-l cum îți umple pieptul și cum te părăsește ușor. Începe să îți îndrepti atenția asupra picioarelor. Simte contactul acestora cu solul sau suprafața pe care stai. Urcă ușor cu atenția pe gambe, genunchi, coapse și observă orice senzații apar în zona pelviană și lombară...Pe măsură ce urci cu atenția pe corp, observă gândurile care îți apar în minte. Nu le respinge și nu le analiza, doar conștientizează-le și lasă-le să treacă...Continuă să îți îndrepti atenția spre abdomen, torace, piept, mâini, gât și față. Simte cum, cu fiecare respirație, te conectezi tot mai mult cu corpul tău, integrând senzațiile, gândurile și emoțiile pe care le trăiești în această călătorie interioară...Permite-ți să simți această conexiune profundă cu corpul tău, să o accepți așa cum este, fără a o schimba sau a o judeca. Bucură-te de câteva momente de această experiență unică de prezență totală...

Atunci când te simți pregătită, revin-o ușor în spațiul prezent, deschizând ochii lent și recunoscând această experiență ca fiind o oportunitate de a te conecta mai profund cu tine însăși.”

4. „*Jurnal de gratitudine corporală*”: Notarea zilnică a aspectelor pentru care sunt recunoscătoare corpului lor – temă pentru acasă

Desfășurarea exercițiului: Terapeuta face următoarele recomandări:

„Creați un jurnal al recunoștinței. În fiecare seară vă notați zece afirmații de recunoștință față de corpul vostru. Continuați cu câteva respirații profunde, urmărind traseul care duce către interiorul corpului, către inimă. Cu voce tare, rostiți afirmațiile care exprimă recunoștința pe care o oferiți corpului. După aceea vă opriți un moment pentru a reflecta la ceea ce ați simțit. Impresiile le puteți nota în jurnal.”

5. „*Oglinda pozitivă*”: Practică de a privi în oglindă și a oferi complimente sincere propriului corp – temă pentru acasă

Obiectiv specific: Dezvoltarea unei percepții pozitive asupra propriului corp, creșterea încrederii în sine și reducerea criticii interne

Durață: 10-15 minute

Desfășurarea exercițiului: Terapeuta explică cum că, acest exercițiu poate să îmbunătățească imaginea de sine și să cultive un dialog interior pozitiv. Privind în oglindă și oferind complimente sincere propriului corp, se dezvoltă acceptarea și iubirea de sine. Participantele își notează următoarele indicații, date de terapeut:

„Pentru a face acest exercițiu aveți nevoie de o oglindă, suficient de mare încât să vă puteți vedea întregul corp sau o parte semnificativă din el. Asigurați-vă că nu veți fi deranjate timp de 10-15 minute. Așezați-vă în fața oglinzii și respirați adânc de câteva ori pentru a vă relaxa. Priviți imaginea fără să analizați sau să judecați, doar observați corpul așa cum este în acest moment. Acordați-vă câteva momente pentru a deveni conștiente de toate gândurile care vă trec prin minte atunci când vă priviți. Dacă apar gânduri critice, lăsați-le să treacă fără să le dați prea multă atenție.

Începeți să vă oferiți complimente sincere. Gândiți-vă la aspecte ale corpului vostru pe care le apreciați. Dacă aveți dificultăți, începeți cu aspecte mici, cum ar fi o parte a corpului pe care o simțiți mai ușor de apreciat. Fiți blânde cu voi înșivă și acceptați că acest exercițiu este un proces. Poate nu va fi ușor la început, dar cu fiecare încercare devine mai natural să faceți asta. La final, puteți să vă notați câteva observații într-un jurnal. Dacă vă simțiți confortabil, împărtășiți această experiență cu o persoană apropiată sau în cadrul grupului, în următoarele întâlniri.

Modul 8: Dezvoltarea Stimei de Sine

Scop: *Îmbunătățirea stimei de sine globale și a imaginii de sine.*

Obiective:

- Identificarea și valorificarea calităților personale
- Dezvoltarea unei perspective mai echilibrate asupra sinelui
- Creșterea încrederii în sine

Metode și tehnici:

- Tehnica celor două oglinzi (Richard Bandler) - pentru dezvoltarea unei imagini de sine pozitive
- Exerciții de identificare a calităților personale
- Tehnici de reframing pozitiv
- Stabilirea și atingerea obiectivelor pe termen scurt
- Jurnalul realizărilor personale

Exerciții tematice

1. *Tehnica celor doua oglinzi* – adaptat dupa Richard Bandler

Durată: 10 minute

Desfășurarea exercițiului: Participantele se așază pe scaun, cu ochii închiși. Fac câteva respirații pentru relaxare, apoi își imaginează că au în față și în spate câte o oglindă. În oglinda din spate vede imaginea comportamentului nedorit. Observă cum în timp ce privește, această imagine devine tot mai ștearsă, estompată, lipsită de culoare, mai mică, îndepărtându-se tot mai mult până dispare. Acum participantele își imaginează că privesc într-o oglindă care se află în fața lor. În această oglindă apare imaginea a cum ar dori să fie în viitor. Imaginea devine tot mai strălucitoare, tot mai colorată, tot mai mare. Deschid ochii iar la final fiecare participantă observă cu care dintre cele două imagini se identifică mai mult și reflectează la modul în care ar putea să se identifice, mai mult cu imaginea dorită.

2. *„Cufărul cu comori”* (Robert Jackman, 2020) - pentru identificarea amintirilor dureroase și descoperirea calităților personale

Scopul specific: Explorarea experiențelor negative din trecut, descoperirea calităților valoroase care au rezultat din ele, oferind un spațiu sigur pentru vindecare și reflecție. oferind un cadru sigur pentru a păstra amintirile dureroase.

Durată: 30 minute

Materiale necesare: coli de hârtie, instrumente pentru scris

Desfășurarea exercițiului: Participantele urmăresc indicațiile terapeutului din următorul scenariu:

„Asigură-te că ai o poziție comodă. Închide ochii și începe să respiri profund de câteva ori. Concentrează-ți atenția pe respirația ta și simte cum, cu fiecare expirație, corpul tău se relaxează din ce în ce mai mult. Lasă-ți mintea să se liniștească și corpul să se elibereze de orice tensiune...Acum, permite imaginației tale să aducă la suprafață gânduri și amintiri din copilăria ta. Încearcă să vizualizezi acele momente care ți-au provocat răni emoționale, acele experiențe dureroase pe care încă le porți cu tine...Imaginează-ți că aceste evenimente sunt împrăștiate pe podea, asemenea unor comori de diferite forme și dimensiuni... Fiecare eveniment este însoțit de emoțiile și gândurile care l-au marcat. Aceste amintiri, deși dureroase, sunt prețioase pentru că te-

au modelat și te-au ajutat să devii persoana de azi. Lângă aceste amintiri vei observa un cufăr. Acest cufăr este special – este o capsulă ermetică, care poate păstra în siguranță toate aceste evenimente încărcate emoțional. Cufărul se poate mări pentru a primi tot ce vei așeza înăuntrul lui, fără să pierzi nimic...Începe, rând pe rând, să alegi fiecare amintire și să o așezi cu grijă în cufăr. Fie că este o amintire dureroasă sau una în care ai simțit teamă, recunoaște că aceste experiențe fac parte din tine și că au contribuit la formarea calităților tale actuale. În timp ce așezi fiecare amintire în cufăr, rostește în gând sau cu voce tare pentru ce ești recunoscătoare. Poate fi curajul, reziliența, compasiunea, sau o altă calitate pe care ai dezvoltat-o din aceste experiențe...După ce ai așezat toate amintirile în cufăr, închide capacul cu grijă. Vizualizează cum cufărul se micșorează și se așază într-un loc sigur dinăuntrul tău. Acest loc este un spațiu protejat, unde amintirile tale vor fi păstrate în siguranță până când vei fi pregătită să le revizitezi pentru vindecare...Respirația ta rămâne calmă și profundă, simțindu-te eliberată de povara emoțiilor, dar în același timp recunoscătoare pentru lecțiile și calitățile pe care le-ai descoperit în tine...Continuă să respiri adânc și simte cum corpul tău este liniștit și echilibrat. Atunci când te simți pregătită, deschide ochii încet, păstrând în tine sentimentul de pace și de recunoștință pentru propria ta putere interioară.”

După ce participantele au terminat exercițiul, folosindu-se de materialele primite, își vor nota amintirile pe care le-au pus în cufăr și calitățile personale pe care le-au descoperit. Dacă se simt confortabil, pot împărtăși o parte din experiența lor, cu grupul sau cu o persoană pe care o aleg din grup.

3. „*Floarea Autocunoașterii*” – Explorarea punctelor forte și a realizărilor personale. Îmbunătățirea conștientizării de sine, creșterea încrederii în propriile capacități și recunoașterea resurselor de sprijin disponibile.

Scopul specific: Sprijinirea, autocunoașterea și creșterea stimei de sine în rândul participantelor. Reflectarea asupra abilităților, realizărilor, calităților personale, scopurilor de viitor și relațiilor de sprijin, într-un mod creativ și vizual.

Durață: 30 minute

Materiale necesare: Fișe, creioane colorate, carioci, markere și alte materiale de colorat, foarfece(Anexa 5, fișa 7)

Desfășurarea exercițiului: Fiecare participantă va avea la dispoziție 20 minute pentru a completa floarea. În cercul din mijloc, trebuie să scrie cuvântul „EU”, iar pe fiecare dintre petalele florii să noteze următoarele:

- Trei lucruri la care se pricep cel mai bine.
- Trei realizări de care sunt mândre.
- Trei calități care le caracterizează.
- Trei scopuri de viitor.
- Trei persoane pe care se pot baza.
- Trei lucruri la alegere.

Odată ce au completat textul, participantelor li se oferă libertatea de a colora și decora floarea, folosind culorile care le inspiră sau care le reprezintă. După ce au terminat de colorat, fiecare participantă își decupează floarea, transformând-o într-un simbol personal al autoaprecierii și resurselor de care dispune.

Participantele vor împărtăși cu grupul câteva din ideile notate pe floarea lor și despre cum s-au simțit sau cât de greu sau ușor le-a fost. La final, terapeutul le recomandă să păstreze această floare ca un simbol al autocunoașterii și aprecierii de sine și să o lipească în jurnalul lor de gratitudine.

4. „*Afirmații pozitive personalizate*”(adaptat după C. Giardini)[42]: Crearea și repetarea zilnică a afirmațiilor pozitive.

Obiectiv specific: Participantele vor învăța să creeze și să utilizeze afirmații pozitive pentru a-și îmbunătăți starea emoțională și echilibrul mental.

Durață: 20 minute

Materiale necesare: Fișe, coli de hârtie, instrumente pentru scris (Anexa 5, fișa 8)

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul împarte grupul în perechi. Fiecare participantă primește o fișă corespunzătoare exercițiului, o coală de hârtie și un obiect de scris. Terapeutul explică că exercițiul de astăzi va ajuta la dezvoltarea unei gândiri pozitive și la găsirea unui echilibru emoțional prin utilizarea afirmațiilor pozitive. Participantele pot alege afirmații de pe fișă sau pot crea unele proprii în funcție de nevoile și dorințele lor. În perechi, fiecare participantă își alege sau personalizează afirmațiile, iar apoi le discută cu partenera sa. Se încurajează ca afirmațiile să fie adaptate la situațiile personale, astfel încât să fie cât mai relevante și puternice pentru fiecare. Fiecare participantă vorbește pe rând despre experiența avută în timpul exercițiului, despre cum s-au simțit, ce efecte au observat asupra emoțiilor și despre cum pot folosi aceste afirmații în viața de zi cu zi pentru a-și îmbunătăți starea emoțională. Terapeutul încurajează participarea activă și le invită pe fiecare să găsească modalități prin care să integreze afirmațiile pozitive în rutina zilnică.

5. „Cercul de suport”: Identificarea și consolidarea relațiilor care susțin o stimă de sine pozitivă

Scopul specific: Descoperirea elementelor care susțin și dezvoltă stima de sine

Durață : 30 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, instrumente pentru scris, markere, flipchart

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul scrie pe flipchart următoarele întrebări:

- Dacă ai o problemă pe cine cauți?
- În fața cărei persoane simți că te deschizi mai mult?
- Când vrei să faci o activitate plăcută împreună cu altcineva, ce persoană alegi?
- Dacă ai ceva de rezolvat cui îi ceri ajutorul?
- Care persoană crezi că te place mai mult?
- Ce persoană te ascultă fără să te critice?
- Care este persoana care îți știe toate secretele?
- Cine a fost lângă tine în situațiile sensibile?
- Dacă ai o experiență deosebită cui i-ai împărtăși-o?

Participanților li se recomandă să deseneze un cerc mare iar în centrul acestuia, unul mai mic. În mijloc vor scrie cuvântul „EU” iar în cercul mare, în jurul cercului mic, vor scrie persoanele identificate cu ajutorul întrebărilor scrise pe flipchart. La finalul exercițiului fiecare împărtășește cu colegile de grup informațiile descoperite și cum anume le pot adapta la nevoile de zi cu zi.

Modul 9: Nutriție și Sănătate

Scop: Educarea participantelor despre principiile unei alimentații sănătoase și echilibrate.

Obiective:

- Înțelegerea principiilor nutriției echilibrate
- Demistificarea miturilor despre diete și alimentație
- Dezvoltarea unui plan alimentar personalizat și flexibil

Metode și tehnici:

- Modelul de intervenție cognitiv-comportamentală prin autocontrol [103] - adaptat pentru comportamentul alimentar
- Prezentări interactive despre nutriție
- Exerciții practice de planificare a meselor
- Analiza critică a dietelor populare

- Tehnici de mindful eating în contextul nutriției sănătoase
- Exercițiu pentru reducerea rapidă a încordării emoționale [115] - pentru gestionarea impulsurilor alimentare

Exerciții tematice

1. *Model de intervenție cognitiv-comportamentală pentru autocontrol în comportamentul alimentar* (adaptat după Ronen, 1977)

Obiectiv specific: Dezvoltarea autocontrolului în comportamentul alimentar prin identificarea și modificarea gândurilor disfuncționale legate de alimentație și adoptarea unor strategii de autocontrol pentru a favoriza un comportament alimentar sănătos.

Durață: 30-40 minute

Materiale necesare: coli de hârtie, obiecte pentru scris

Desfășurarea exercițiului: Exercițiul este format din trei etape. În prima etapă, participantele sunt rugate să se gândească la un moment recent în care au mâncat mai mult decât intenționau sau au făcut o alegere alimentară nesănătoasă. Pe o coală de hârtie, fiecare își notează gândurile pe care le-au avut înainte și în timpul aceluia comportament alimentar. De exemplu: „Am avut o zi grea, merit să mănânc desert.” sau „Nu contează acum, o să revin la dietă de mâine. Terapeutul explică ce sunt gândurile disfuncționale (ex. generalizări excesive, catastrofare) și modul în care acestea influențează comportamentul alimentar.

În cea de-a doua etapă fiecare participantă își stabilește un obiectiv specific și realist legat de alimentație (ex. „Voi consuma o singură porție de desert în această săptămână” sau „Voi face alegeri mai sănătoase la prânz în fiecare zi”). Terapeutul explică tehnica „pașilor mici”, prin care participanții învață să-și împartă obiectivele în sarcini mai mici și mai ușor de realizat.

În cea de-a treia etapă participantele sunt încurajate să țină un jurnal alimentar timp de o săptămână, în care să noteze nu doar ce mănâncă, dar și gândurile și emoțiile asociate fiecărei mese. La final, participantele discută despre modalități de a întări comportamentele sănătoase pe termen lung și cum pot face față provocărilor (ex. petreceri, stres, socializare).

2. *„Planificarea meniului echilibrat”:* Crearea unui plan de mese pentru o săptămână, bazat pe principii nutriționale sănătoase.

Obiectiv specific: Participantele vor învăța să-și planifice mesele pentru o săptămână bazându-se pe principii nutriționale sănătoase și conștientizând impactul acestei planificări asupra stării lor fizice și emoționale.

Durață: 30 minute

Materiale necesare: Fișe, coli de hârtie, obiecte pentru scris (Anexa 5, fișa 9)

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul începe prin a discuta despre principiile unei alimentații echilibrate, subliniind importanța consumului variat de alimente, a meselor regulate, a porțiilor moderate, a hidratării și a evitării alimentelor procesate și a produselor pe bază de zahăr, consumate în exces. Fiecare participantă primește o fișă corespunzătoare exercițiului, în care se află informații despre principiile nutriției echilibrate. Folosind materialele primite vor crea un plan de alimentație zilnic pentru o perioadă de 7 zile. Terapeutul întreabă participantele cum se simt planificând meniul pentru o săptămână și despre ce obstacole cred că vor întâmpina în urmarea planului alimentar. Fiecare participantă își împărtășește planul și cum intenționează să-l urmeze. Participantele sunt încurajate să reflecteze zilnic asupra felului în care mesele planificate le afectează starea de spirit și nivelul de energie și dacă nevoia de echilibrare a greutății necesită o analiză mai amănunțită să apeleze la un specialist în nutriție.

3. *„Dezbaterea miturilor alimentare”:* Activitate de grup pentru a analiza și demistifica mituri comune despre alimentație.

Obiectiv specific: Participantele vor analiza miturile comune despre alimentație, vor învăța să facă diferența între informațiile corecte și cele eronate, și vor înțelege impactul pe care miturile alimentare îl au asupra alegerilor lor nutriționale și sănătății generale.

Durață: 30 minute

Materiale necesare: Flipchart, markere

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul începe activitatea explicând că miturile alimentare pot influența alegerile noastre zilnice și pot duce la comportamente alimentare nesănătoase. Grupul se împarte în echipe mici de trei persoane. Terapeutul notează pe flipchart câteva exemple de mituri cunoscute:

- „Carbohidrații îngrașă și trebuie evitați.”
- „Consumul de grăsimi te face să te îngrași.”
- „Alimentele fără gluten sunt întotdeauna mai sănătoase.”
- „Mâncatul după ora 6 seara te îngrașă.”
- „Zahărul brun este mai sănătos decât zahărul alb.”
- „Poți slăbi rapid prin diete drastice.”

Fiecare echipă va avea 10-15 minute pentru a discuta miturile și pentru a decide dacă sunt adevărate sau false. Echipele trebuie să-și susțină punctul de vedere cu argumente, iar dacă nu sunt siguri de răspuns, pot nota întrebările pentru discuția finală. După ce echipele au discutat fiecare mit din listă, terapeutul inițiază o discuție de grup în care fiecare echipă își prezintă concluziile. Fiecare mit va fi analizat pe rând, iar echipele vor prezenta dacă mitul este adevărat sau fals și de ce. Terapeutul corectează și oferă informații corecte despre fiecare mit, astfel încât participanții să înțeleagă mai bine contextul. După dezbaterea fiecărui mit, participantele sunt invitate să reflecteze asupra modului în care aceste mituri alimentare le-au influențat comportamentele în trecut și despre importanța folosirii unor surse de informare de încredere atunci când vine vorba de alimentație.

4. „Crearea unui nou obicei alimentar”

Obiectiv specific: Explorarea și conștientizarea procesului de introducere a unui nou obicei alimentar, reflectând asupra beneficiilor și impactului acestuia asupra vieții lor.

Durață: 20 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, obiecte pentru scris

Desfășurarea exercițiului: Fiecare participantă primește o coală de hârtie și este invitată să răspundă la următoarele întrebări:

- „Ce obicei alimentar ai vrea să introduci acum în viața ta?”
- „Ce beneficii îți va aduce crearea acestui nou obicei?”
- „Cum va contribui acest obicei la îmbunătățirea vieții tale?”
- „Cine vei fi tu dacă vei face asta?”
- „Ce aspect important din viața ta va fi influențat de acest obicei?”
- „Ce vei pierde din viața ta ca să faci loc acestui nou obicei?”

Terapeutul recomandă crearea unui plan concret pentru a introduce noul obicei alimentar. Fiecare participantă este invitată să scrie un plan pe care să-l urmeze timp de o săptămână, cu obiective mici și realizabile. Apoi, își asumă un angajament în scris, cu privire la implementarea noului obicei. La finalul exercițiului, participanții discută despre cum s-au simțit răspunzând la întrebări și ce provocări cred că ar putea întâmpina în implementarea obiceiului ales.

5. „Experimentul gusturilor noi”: Încercarea și evaluarea unor alimente noi, nutritive-temă pentru acasă

Durață: Temă pentru acasă- o săptămână

Desfășurarea exercițiului: Participanților li se recomandă ca în următoarea săptămână să încerce să consume alimente noi, pentru a experimenta noi gusturi, noi senzații. În timpul procesului de alimentație se recomandă ca atenția să fie pe gust, pe a mesteca încet pentru a identifica fiecare ingredient, savurând fiecare înghițitură.

Modul 10: Activitate Fizică și Conexiunea cu Corpul

Scop: Promovarea unei relații pozitive cu activitatea fizică și îmbunătățirea conexiunii minte-corp.

Obiective:

- Identificarea activităților fizice plăcute și potrivite pentru fiecare
- Înțelegerea beneficiilor activității fizice pentru starea de bine
- Dezvoltarea unei rutine de mișcare sustenabile

Metode și tehnici:

- Terapie abisală prin dans, [Trautmann-Voigt & Voigt, 1997, după 130]
- Exerciții de mișcare conștientă
- Tehnici de stabilire a obiectivelor SMART pentru activitatea fizică
- Practici de yoga sau stretching
- Discuții despre barierele în calea activității fizice și strategii de depășire

Exerciții tematice

1. „*Dansul liber*”: Exercițiu de mișcare conștientă și conectare cu emoțiile simțite în corp.

Durată: 10 minute

Desfășurarea exercițiului: Începem întâlnirea ascultând muzică și invitând fiecare participantă să se miște în ritmul muzicii în stilul propriu. Timp de 10 minute fiecare caută să simtă senzația de bine în corp. Dacă le este mai ușor se pot mișca cu ochii închiși. În timp ce fiecare se mișcă în ritmul propriu atenția este direcționată către respirație și către fiecare parte a corpului. La final, cine dorește poate împărtăși propria experiență în cadrul grupului.

2. Exerciții polivagale [55]: „Limbaul corpului”, „Scala angajării sociale”

„*Limbaul Corpului*”: Explorarea limbajului corpului și a stărilor de siguranță, luptă sau fugă și imobilizare [55]

Obiectivul specific: Participantele vor învăța să își observe și să își conștientizeze reacțiile corpului în diferite stări de siguranță, luptă sau fugă, și imobilizare, explorând modul în care se simt aceste stări în corpul lor și cum pot schimba atenția între ele.

Durată: 30 minute

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul începe explicând că acest exercițiu se poate face cu ochii deschiși sau închiși, în funcție de ceea ce le oferă mai mult confort. Participantele sunt invitate să se așeze confortabil pe scaune, într-o poziție relaxată, cu picioarele bine așezate pe podea și spatele drept, dar relaxat. Terapeutul încurajează o respirație adâncă și lentă, ajutând la o stare generală de calm. După fiecare etapă pe care terapeutul o descrie participantele iau câteva momente pentru a reflecta și a descrie senzațiile lor în scris. Terapeutul continuă cu următoarele indicații:

„Acum, te rog să te concentrezi pe a găsi în corpul tău locul în care simți o stare de siguranță, liniște și deconectare. Observă unde simți această stare. Poate fi o senzație subtilă, cum ar fi căldură, relaxare, sau o ușoară vibrație de confort. Observă calitățile acestei experiențe și încearcă să folosești cuvinte pentru a o descrie. Scrie aceste cuvinte dacă simți nevoia...”

Acum, te rog să găsești acel loc în corpul tău unde simți reacțiile tale atunci când te simți în pericol – acea energie care te pregătește pentru luptă sau fugă. Poate că simți o tensiune, un

impuls puternic de a te mișca sau o creștere a ritmului cardiac. Observă atributele acestei experiențe și descrie-le folosindu-te de cuvinte. Poți nota aceste cuvinte pe hârtie...

Acum, găsește acel loc în corpul tău în care te simți imobilizat, blocat sau în colaps. Aceasta este starea în care te simți neputincios sau prins. Observă cum se simte acest lucru în corpul tău. Poți simți rigiditate, slăbiciune sau poate o lipsă de energie. Folosește cuvinte pentru a descrie această stare și scrie-le.” În continuare terapeutul ghidează participantele să își mute atenția între cele trei stări descrise:

„Acum, te rog să te conectezi la starea de siguranță din nou. Observă cum respirația ta devine mai liniștită, cum tonusul muscular se relaxează și cum energia curge prin corpul tău. Simte această stare și cum te conectezi la ea...

Acum, mută-ți atenția la starea de luptă sau fugă. Observă cum energia din corpul tău se schimbă. Cum circulă respirația, cum tonusul muscular se modifică și cum te simți în această postură de pregătire...

Acum, treci la starea de imobilizare sau blocaj. Observă cum această energie te afectează. Simte schimbările din respirație, din postura ta și din felul în care curge energia prin corpul tău...” Terapeutul încurajează participantele să observe tranzițiile dintre aceste stări:

„Acum, te rog să treci dintr-o stare în alta, observând schimbările care apar în corpul tău pe măsură ce îți mută atenția. Cum se modifică respirația, tonusul muscular, și cum curge energia prin corpul tău? Familiarizează-te cu modul în care corpul tău trece dintr-o stare în alta.” După ce exercițiul este finalizat, participantele împărtășesc experiențele lor cu grupul.

3. „Scala Angajării Sociale” [55]

Obiectiv specific: Participantele vor învăța să își observe și să reflecteze asupra modului în care se angajează social, identificând poziția lor pe o scală de angajare socială în funcție de diferite situații și experiențe recente. Acest exercițiu îi ajută să devină mai conștiente de felul în care interacționează cu ceilalți și cum se simt în legătură cu relațiile lor.

Durață: 30 minute

Materiale necesare: Fișe, instrumente pentru scris(Anexa 5, fișa 10)

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul descrie exercițiul și explică faptul că acesta ajută la identificarea modului în care răspundem în relațiile noastre sociale, la cum ne simțim conectați sau deconectați de ceilalți în anumite momente și situații. Fiecare participantă primește o fișă cu un exemplu de „Scala Angajării Sociale”. Scala poate fi împărțită în mai multe secțiuni care descriu diferite grade de angajare socială, de la conexiune și siguranță până la deconectare și retragere. Terapeutul explică fiecare parte a scalei și ce înseamnă fiecare treaptă:

- *Implicat în socializare:* Te simți deschisă, calmă și încrezătoare în relațiile tale. Te simți în siguranță și capabilă să fii autentică.

- *„Acordat”:* Te simți conectată, dar poate există un ușor disconfort sau grijă față de cum ești percepută de ceilalți.

- *„Angajat în a asculta”:* Te simți conectată, dar nu simți nevoia să te implici, preferi să asculți.

- *„Reflectând”:* Simți că nu te poți apropia de orice persoană din grupul tău social. Poate există un sentiment de retragere.

- *„Angajat în lumea interioară”:* Chiar dacă în jurul tău se află oameni, preferi să te interiorizezi și să nu te implici.

- *„Apreciind în liniște”:* Simți că te retragi complet sau eviți interacțiunile sociale. Ești în mod clar deconectată de ceilalți.

Terapeutul invită participantele să reflecteze asupra modului în care se simt în acest moment și să identifice locul unde se află pe scală. Apoi să reflecteze asupra experiențelor sociale recente și să identifice unde s-au aflat în acele momente pe scală. Terapeutul le îndeamnă pe

participante să se gândească la ce anume influențează mișcările lor pe scală. Pot fi anumite persoane, locuri sau experiențe care le fac să se simtă mai conectate sau, dimpotrivă, mai deconectate. Participanții sunt încurajați să observe unde se potrivesc credințele lor relaționale pe scară și unde sunt de-sincronizați cu ceilalți. Să observe aceste discrepanțe și să le noteze.

Terapeutul încurajează participantele să analizeze modul în care se mișcă pe scală între conexiune și deconectare și să reflecteze asupra ce anume determină aceste mișcări și cum le pot conștientiza mai bine.

Participantele împărtășesc cu grupul ceea ce au observat în timpul exercițiului, terapeutul încurajându-le să reflecteze asupra modului în care aceste observații le pot influența relațiile sociale și inclusiv viața.

4. „Planul personal pentru conectare” [55] - adaptat pentru conectarea și angajarea socială¹

Durată: 30 minute

Materiale necesare: Fișe, instrumente pentru scris, flipchart. (Anexa 5, fișa 11)

Desfășurarea exercițiului: Fiecare participantă primește o fișă cu schema planului personal de conectare și un instrument de scris. Terapeutul scrie pe flipchart următoarele indicații:

„Identifică lucrurile care funcționează bine:

- Cu ce oameni din viața ta simți că ai o conexiune reală?
- Ce lucruri faceți împreună care stimulează conexiunea voastră?
- Ce faci pentru a hrăni conexiunea? Cu cine?

Identifică ce îți dorești:

- Cu cine ți-ai dori să intri în conexiune?
- Ce ai putea face pentru a explora noi conexiuni?
- Ce îți dorești să încerci pe cont propriu?
- Cum se încadrează în planul tău interacțiunea cu ceilalți
- Cum se încadrează în planul tău momentele de liniște împărtășită?”

Folosindu-se de răspunsurile la întrebările scrise pe flipchart, fiecare participantă își creează propriul plan de conectare pe fișa primită. Recomandarea terapeutului este ca acest plan să fie actualizat pe măsură ce participantele încearcă lucruri noi și creează conexiuni noi.

5. „Explorarea mișcărilor”: Încercarea diferitelor forme de activitate fizică pentru a descoperi ce le place.

Obiectiv specific: Descoperirea formelor de mișcare și activitate fizică, conectarea cu propriul corp identificare tipurilor de mișcare ce oferă plăcere și stare de bine.

Durată: 20 minute

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul face o introducere a temei, explicând că fiecare persoană are un mod unic de a se bucura de activitatea fizică, iar astăzi vor încerca diferite forme de mișcare pentru a vedea ce le place și cum își pot conecta corpul cu starea de bine. Se subliniază că nu există „mișcări corecte” sau „incorecte”, scopul fiind doar explorarea și descoperirea senzațiilor plăcute. Participantele încep cu o scurtă sesiune de conștientizare a corpului și a respirației, pentru a se pregăti pentru activitatea fizică. Terapeutul dă următoarele indicații:

„Începe prin a te concentra pe respirația ta. Inspiră adânc și expiră lent. Simte-ți corpul așezat, simte-ți picioarele pe podea. Fii atentă la tensiunile pe care le simți în corpul tău. Relaxează-te și permite-ți să fii prezentă în acest moment.” Participantele sunt invitate să înceapă cu mișcări lente și blânde, cum ar fi întinderi ușoare, balansarea brațelor și mișcări circulare. Terapeutul continuă cu următoarele indicații:

¹ Conceptul de 'Plan personal pentru conectare', introdus de Dana [55], se bazează pe teoria polivagală a lui Porges și pe aplicațiile sale clinice în reglarea sistemului nervos autonom. Această abordare se încadrează în contextul mai larg al intervențiilor bazate pe neuroștiințe pentru tratamentul traumei și al tulburărilor legate de stres [194; 55]

„Acum, încearcă să îți întinzi corpul, fără să forțezi, doar până acolo unde îți este confortabil. Întinde brațele, mișcă-ți umerii, capul. Explorează mișcările lente și observă cum se simte corpul tău. Simți o relaxare? Observă dacă îți place această mișcare.”

Participantele sunt încurajate să își lase corpul să se miște liber, fără reguli, sub forma unui dans liber, în ritmul propriu. Pot folosi o muzică lentă și relaxantă pentru a stimula mișcarea naturală. Următoarea parte a exercițiului presupune încercarea unei mișcări mai energice, cum ar fi alergarea ușoară pe loc, săriturile sau exerciții dinamice simple, precum genuflexiuni sau salturi. La recomandarea terapeutului, participantele observă cum se simt în timp ce se mișcă. Cum răspunde respirația, cum se simți mușchii și dacă le face plăcere această mișcare.

După fiecare secțiune de mișcare, terapeutul invită participantele să reflecteze și să descrie cum s-au simțit în timpul fiecărui tip de activitate (lentă, liberă, energică). Participantele pot împărtăși aceste gânduri în scris sau verbal, într-o discuție de grup. La final sunt invitate să reflecteze asupra tipului de mișcare care le-a plăcut cel mai mult și cum ar putea încorpora acele mișcări în rutina lor zilnică.

6. „*Jurnal de activitate și stare de spirit*”: Notarea activităților fizice și a impactului asupra stării de spirit.

Obiectiv specific: Acest exercițiu îi ajută pe participanți să își monitorizeze activitatea fizică și să observe cum aceasta le influențează starea de spirit.

Durață: 10 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, instrumente pentru scris

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul explică faptul că activitatea fizică poate avea un impact pozitiv asupra stării de spirit, ajutând la reducerea stresului, anxietății și îmbunătățirea stării generale de bine. Continuă cu descrierea exercițiului, etapă în care participantele își notează indicațiile date de terapeut.

Participantele vor ține un jurnal în care își vor nota activitățile fizice pe care le fac și cum acestea le influențează starea emoțională.

Scopul este să observe cum diferitele tipuri de mișcare contribuie la starea lor de spirit și să descopere ce activități le aduc cele mai mari beneficii emoționale. Fiecare participantă își creează propriul jurnal de activitate și stare de spirit și va trebui să completeze în el zilnic, timp de o săptămână, următoarele informații după fiecare activitate fizică:

- Tipul de activitate fizică (ex: mers pe jos, alergat, dans, yoga, etc.)
- Durata activității (ex: 30 de minute)
- Starea de spirit înainte de activitate (ex: anxioasă, obosită, plictisită)
- Starea de spirit după activitate (ex: energizată, relaxată, optimistă)
- Nivelul de energie (pe o scară de la 1 la 10)
- Comentarii suplimentare (orice observații despre cum s-au simțit în timpul sau după activitate).

Participantele vor ține acest jurnal timp de șapte zile, urmărind cum diferite tipuri de activități fizice le influențează starea de spirit și nivelul de energie. Pot încerca activități variate sau pot repeta unele, pentru a vedea dacă efectul asupra stării de spirit rămâne constant. La finalul fiecărei zile, participantele vor reflecta asupra notițelor din jurnal pentru a identifica:

- Ce activități le-au îmbunătățit starea de spirit cel mai mult?
- Care activități le-au oferit mai multă energie?
- Cum s-au simțit în timpul activităților? A fost ceva dificil sau plăcut?

Această reflecție le ajută să devină mai conștiente de preferințele lor și de legătura dintre activitatea fizică și starea de bine.

Modul 11: Relații Interpersonale și Imagine Corporală

Scop: Îmbunătățirea abilităților de comunicare și gestionare a relațiilor în contextul imaginii corporale.

Objective:

- Dezvoltarea abilităților de comunicare asertivă
- Gestionarea comentariilor negative despre corp
- Cultivarea relațiilor pozitive și de susținere

Metode și tehnici:

- Tehnici de dezvoltare a abilităților de exprimare (Burns, 1989)
- Roleplaying pentru situații sociale dificile
- Tehnici de comunicare asertivă
- Exerciții de boundary setting
- Strategii de căutare și oferire de suport social

Exerciții tematice

1. „*Harta relațiilor*”: Vizualizarea și evaluarea relațiilor din viața lor și a impactului asupra imaginii corporale.

Obiectiv specific: Acest exercițiu le ajută pe participante să își vizualizeze relațiile personale și să reflecteze asupra modului în care acestea le influențează imaginea corporală și stima de sine.

Durată: 30-40 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, creioane/markere colorate

Desfășurarea exercițiului: Fiecare participantă desenează în centrul foii un cerc. Notează numele său în acest cerc și îl decorează cum dorește. Acest cerc reprezintă imaginea de sine, inclusiv imaginea corporală și stima de sine. Participantele se gândesc la toate persoanele semnificative din viața lor (familie, prieteni, colegi, parteneri, persoane din comunitate). Pentru fiecare persoană, desenează un cerc mai mic în jurul celui central. Se pot folosi culori diferite pentru diverse categorii (familie cu o culoare, prieteni cu alta etc.) În continuare participantele conectează fiecare cerc (persoană) cu cercul central (unde este scris numele lor), folosind o linie. Linia poate varia în funcție de natura relației:

- O linie groasă pentru relații foarte apropiate sau influente.
- O linie punctată pentru relații mai distante.
- O linie subțire pentru relații cu un impact mediu.

Lângă fiecare persoană desenată, participantele scriu în câteva cuvinte cum simt că le influențează imaginea corporală și stima de sine. De exemplu:

- Te simți susținut sau criticat de această persoană?
- Comentariile sau comportamentul lor te fac să te simți mai bine sau mai rău în pielea ta?

Apoi își notează emoțiile asociate fiecărei relații (ex: bucurie, frustrare, nesiguranță, încredere). După ce fiecare a terminat harta, privește întreaga imagine și reflectează la:

- Care sunt relațiile care te fac să te simți cel mai bine în corpul tău și care sunt cele care îți afectează negativ imaginea corporală?
- Ce relații ți-ar plăcea să îmbunătățești și cum ai putea face asta?
- Există relații care îți afectează negativ stima de sine și imaginea corporală și care ar trebui gestionate diferit?

La final, participantele își notează câteva acțiuni concrete pe care le-ar putea face pentru a-și proteja și îmbunătăți imaginea corporală și stima de sine în raport cu relațiile sale. Împărțirea experienței în cadrul grupului este opțională.

2. „*Joc de rol - Comunicare asertivă*”: Practică de exprimare a nevoilor și limitelor în relații.

Obiectiv specific: Dezvoltarea comunicării asertive prin exprimarea clară a nevoilor și limitelor în relații, fără a fi pasivi sau agresivi.

Durată: 30-40 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, instrumente pentru scris

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul începe cu o descriere scurtă a comunicării asertive, explicând diferențele între cele trei tipuri principale de comunicare:

- Comunicarea pasivă: Nevoile și limitele personale nu sunt exprimate, persoana evitând conflictul.

- Comunicarea asertivă: Nevoile și limitele sunt exprimate clar și respectuos, ținând cont și de nevoile celorlalți.

- Comunicarea agresivă: Nevoile sunt exprimate într-un mod dominator, fără a lua în considerare sentimentele celorlalți. În continuare recomandă participantelor să identifice două sau trei nevoi sau limite pe care doresc să le exprime mai asertiv în relațiile lor. Acestea pot include aspecte precum:

- Nevoi: „Am nevoie de mai mult spațiu personal.”

- Limite: „Nu mă simt confortabil când îmi critici aspectul fizic.”

Fiecare participant își notează aceste nevoi și limite. În continuare fiecare își reformulează nevoile și limitele într-un mod asertiv, utilizând tehnica „Eu”. Această tehnică ajută la evitarea învinovățirii celorlalte persoane și la exprimarea clară a propriilor sentimente și nevoi. În următoarea etapă a exercițiului participantele sunt împărțite în perechi. Fiecare persoană își va juca propriul rol, în timp ce partenera joacă rolul unei persoane din viața participantei (de exemplu, un partener, coleg sau membru al familiei). Una dintre participante va exprima o nevoie sau limită personală, folosind mesajul asertiv formulat. Partenerul va reacționa în mod spontan, jucând rolul „oponentului”. Apoi, rolurile se schimbă. După fiecare rundă de joc de rol, perechile discută experiența:

- Cum s-au simțit exprimându-și nevoile sau limitele asertiv?

- Cum a fost reacția celuilalt și cum au gestionat situația?

- Ce ar putea îmbunătăți pentru a fi mai clari și mai încrezători în exprimare?

Participantele își pot oferi feedback constructiv reciproc. La finalul exercițiului, fiecare reflectează asupra progresului său și își notează două sau trei modalități prin care poate introduce comunicarea asertivă în relațiile sale.

3. „*Scrisoare de susținere*”: Scrierea unei scrisori de încurajare către cineva care se luptă cu imaginea corporală.

Obiectivul specific: Acest exercițiu le ajută pe participante să dezvolte empatie și compasiune față de cei care se confruntă cu dificultăți legate de imaginea corporală, precum și față de propria persoană, prin scrierea unei scrisori de încurajare.

Durată: 30 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, instrumente pentru scris, creioane colorate

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul dă următoarele indicații:

„Imaginează-ți că o persoană dragă ție, care se luptă cu imaginea corporală, ți-ar cere ajutorul. Poate fi cineva pe care îl cunoști sau cineva imaginar. Gândește-te la cum se simte această persoană: poate experimentează nesiguranță, frustrare, tristețe sau presiune din partea societății. Reflectează asupra emoțiilor și luptei sale interioare. Scrie-i o scrisoare încurajare acestei persoane. Începe cu un ton cald și plin de înțelegere. Îți poți începe scrisoarea cu un salut prietenos, cum ar fi: „Dragă prieten/ă” sau „Dragă X”. Exprimă faptul că înțelegi prin ce trece persoana respectivă și că este firesc să aibă aceste sentimente. Pune-te în locul ei și imaginează-ți cum ai dori să fii susținută în această situație. Amintește-i persoanei că valoarea sa nu depinde de aspectul exterior. Scrie-i despre trăsăturile sale interioare care o fac să fie specială: bunătatea, inteligența, simțul umorului, pasiunea pentru anumite lucruri. Încurajează persoana să fie blândă cu ea însăși și să

accepte că imaginea corporală este o parte din viață care poate fluctua, dar nu definește esența ei. Încurajează-o să își recunoască punctele forte și să se accepte pe sine în mod autentic. Poți chiar să îi oferi câteva sfaturi despre cum ar putea să-și îmbunătățească relația cu propriul corp, cum ar fi concentrarea pe sănătatea mentală și fizică, înconjurarea cu persoane care o susțin sau practicarea activităților care o fac să se simtă bine în pielea sa. Încheie scrisoarea pe un ton optimist, scriindu-i că ești alături de ea și că îți dorești să fie bine. Încurajează-o să continue să se iubească și să își respecte corpul. La finalul scrisorii te semnezi. Poți folosi creioanele colorate pentru a decora scrisoarea în felul în care dorești. După ce termini, reflectează asupra propriilor sentimente legate de imaginea corporală. Gândește-te la cum ai putea să aplici aceleași cuvinte de susținere și pentru tine, dacă te confrunți cu dificultăți similare.”

Modul 12: Gestionarea Stresului și Auto-îngrijirea

Scop: Dezvoltarea abilităților de gestionare a stresului și promovarea auto-îngrijirii.

Obiective:

- Învățarea tehnicilor de relaxare și mindfulness
- Dezvoltarea unui plan personalizat de auto-îngrijire
- Îmbunătățirea managementului timpului și al energiei

Metode și tehnici:

- Tehnica desensibilizării pe plan imaginativ "desensibilizare sistematică" (Joseph Wolpe)
- Metoda ecranului lui Spiegel - pentru gestionarea comportamentelor nedorite legate de imaginea corporală
- Tehnici de relaxare (respirație, relaxare musculară progresivă)
- Exerciții de mindfulness
- Planificarea activităților de auto-îngrijire
- Tehnici de gestionare a timpului

Exerciții tematice

1. *Exercițiu de desensibilizare sistematică* - inspirat de tehnica lui Joseph Wolpe

Scopul specific: Exercițiul are ca obiectiv reducerea anxietății asociate cu anumite situații prin expunerea treptată, în imaginație, la factorii declanșatori de stres, în timp ce individul se află într-o stare de relaxare profundă.

Durată: 20 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, instrumente pentru scris

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul recomandă participantelor să identifice o situație sau un stimul specific care declanșează starea de anxietate și să noteze pe o scară de la 1 la 10 nivelul de anxietate resimțit în momentul în care se gândește la această situație. Apoi creează o listă de situații legate de problema care provoacă anxietate, organizate în funcție de intensitatea fricii. De exemplu, dacă cineva are frică de a vorbi în public:

- Nivel 1: Să vorbească cu un prieten apropiat despre un subiect familiar.
- Nivel 2: Să țină o mică prezentare pentru 2-3 persoane cunoscute.
- Nivel 3: Să vorbească în fața unui grup necunoscut de 5-10 persoane.
- Nivel 4: Să susțină o prezentare pentru o audiență mai mare.

Terapeutul continuă cu următoarele indicații:

„Vă invit să respirați profund de câteva ori contractând și relaxând sistematic mușchii, pornind de la picioare până la cap. Păstrați această stare de relaxare pe parcursul întregului exercițiu. Odată ce ești într-o stare profundă de relaxare, începe cu prima situație din ierarhia ta (cea mai puțin anxioasă). Imaginează-ți clar acea scenă și cum te-ai simți în acea situație. Dacă simți că nivelul de anxietate crește, oprește-te, relaxează-te din nou și încearcă să te concentrezi pe o situație mai puțin stresantă. Repetă expunerea la aceeași situație imaginativă până când nu mai simți anxietate

asociată cu ea. Treci apoi la următoarea situație din ierarhie. Continuă să faci acest lucru până când ai abordat toate situațiile de pe lista ta, ajungând la cea cu cel mai mare grad de anxietate. După ce anxietatea s-a redus considerabil în timpul expunerii imaginative, poți trece la expunerea treptată în viața reală, pornind din nou de la cele mai puțin stresante situații. După ce ai parcurs toți pașii din ierarhia ta, reevaluează-ți nivelul de anxietate în situația inițială (cea care îți provoca cele mai multe temeri) și compară cu nivelul inițial.” La finalul exercițiului, fiecare participantă descrie experiența avută.

2. „*Tehnica de respirație 4-7-8*”: Practică de respirație pentru reducerea stresului.

Scopul specific: Reducerea stresului și inducerea stării de calm, relaxare

Durată: 5 minute

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul dă următoarele indicații: „Găsește un loc confortabil, stai într-o poziție relaxată. Închide ochii și concentrează-te asupra respirației tale. Inspiră pe nas timp de 4 secunde: Încearcă să simți cum aerul umple plămâni. Ține respirația timp de 7 secunde: Concentrează-te pe senzația din corpul tău în acest timp. Expiră complet pe gură timp de 8 secunde: Elimină tot aerul din plămâni, scoțând un sunet ușor. Repetă acest ciclu de 4-7-8, până când simți că te-ai relaxat complet.

3. „*Ecranele schimbării*” Exercițiu adaptat după metoda ecranului lui Spiegel

Scopul specific: Vizualizarea și implementarea unei schimbări dorite.

Durată: 10-15 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, obiecte pentru scris

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul dă următoarele indicații:

„Găsește un loc liniștit unde te poți relaxa. Stai comod, cu ochii închiși și respiră adânc de câteva ori pentru a te calma. Gândește-te la un comportament pe care dorești să îl schimbi. Apoi, reflectează la ce comportament nou și dorit ai dori să pui în locul celui vechi. Imaginează-ți un ecran în fața ta. Pe acest ecran proiectează comportamentul nedorit. Privește-l clar și observă-l cu atenție, fără să te judeci. După ce l-ai observat câteva secunde, imaginează-ți cum acest ecran începe să se îndepărteze încet de tine, devenind tot mai mic și mai departe, până când dispare complet din câmpul tău vizual. Acum, vizualizează un al doilea ecran, care rămâne aproape de tine. Pe acest ecran, proiectează comportamentul dorit - cel pe care vrei să îl implementezi. Imaginează-ți cum acest comportament devine parte din viața ta, cum îl practici și cum te simți făcând acest lucru. Lasă acest ecran să rămână clar și viu în fața ta pentru 10-20 de secunde, menținându-l în centrul atenției tale. După ce ai completat exercițiul, deschide încet ochii și ia-ți câteva momente să reflectezi la experiență. Notează-ți pe o foaie de hârtie cum te-ai simțit pe parcursul exercițiului și ce ai observat despre tine și despre emoțiile tale în legătură cu schimbarea comportamentului.” La finalul exercițiului fiecare participantă împărtășește experiența cu grupul.

4. „*Planul personalizat de auto-îngrijire*”: Crearea unui program săptămânal de activități de auto-îngrijire.

Scopul specific: Crearea unui plan săptămânal de autoîngrijire care să includă activități pentru bunăstarea fizică, mentală și emoțională, contribuind la reducerea stresului și la creșterea calității vieții.

Durată: 30 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, creioane/markere colorate, flipchart

Desfășurarea exercițiului: Fiecare participantă trebuie să își stabilească un obiectiv personal de autoîngrijire pentru următoarea săptămână. Acesta poate include domenii precum sănătatea fizică, sănătatea mentală sau emoțională, creativitate, relaxare, conexiuni sociale, etc. Terapeutul scrie pe flipchart o listă cu activități de autoîngrijire, ea poate fi completată de participante în funcție de nevoile lor. Fiecare, trebuie să aleagă minim 5 activități care o atrag cel mai mult și care i se par benefice.

Exemple de activități:

- Meditație sau mindfulness
- Plimbări în aer liber
- Citirea unei cărți
- Exerciții fizice (yoga, jogging, înot)
- Baie relaxantă
- Timp de reflecție sau scriere în jurnal
- Petrecerea timpului cu prietenii
- Ascultarea muzicii preferate
- O oră fără tehnologie

În continuare, participantele vor crea un plan săptămânal personalizat pentru fiecare zi în care să includă cel puțin o activitate de autoîngrijire. Activitățile trebuie să fie variate, încercând să acopere toate aspectele importante: fizic, mental, emoțional și social. Timpul alocat pentru fiecare activitate trebuie să fie realist și realizabil.

La sfârșitul săptămânii, participantele vor reflecta asupra modului în care s-au simțit după implementarea planului. Ele vor scrie într-un jurnal răspunsurile la câteva întrebări de reflecție:

- Care activitate m-a făcut să mă simt cel mai bine?
- Ce aș putea schimba pentru a-mi îmbunătăți planul?
- Cum m-am simțit fizic și mental după fiecare zi de autoîngrijire?

Scopul este de a personaliza continuu planul pentru a se potrivi cât mai bine nevoilor individuale. La final, fiecare participantă va avea un plan personalizat de autoîngrijire, pe care îl poate folosi și ajusta în mod constant, iar cei care doresc pot împărtăși experiențele lor cu ceilalți pentru a inspira noi idei de autoîngrijire.

5. „Vizualizare ghidată”: Exercițiu de relaxare și imaginație pentru reducerea anxietății.

Scopul specific: Relaxare și vizualizare ghidată pentru reducerea anxietății

Durată: 20 minute

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul dă următoarele indicații:

„Așază-te confortabil, închide ochii și începe să respiri adânc și constant. Inspiră încet pe nas și expiră încet pe gură. Lasă-ți corpul să devină tot mai greu, relaxându-te complet. Simte cum fiecare parte a corpului se relaxează. Începe cu picioarele și urcă treptat către cap, eliberând tensiunea din fiecare mușchi. Concentrează-te pe relaxarea degetelor, picioarelor, picioarelor, trunchiului, mâinilor și brațelor, până când ajungi la față și la scalp... Acum, imaginează-ți că te afli într-un loc natural liniștit, poate fi un peisaj la munte, o plajă pustie, o pajiște însorită sau o grădină luxuriantă. Alege un loc care îți dă senzația de pace și siguranță...Analizează acest loc, observă culorile, formele și texturile din jurul tău. Poți vedea copaci înalți, valurile oceanului sau florile dintr-o grădină. Privește cerul senin și cum lumina soarelui mângâie peisajul... Ascultă sunetele relaxante ale naturii, foșnetul frunzelor, ciripitul păsărilor, sunetul valurilor sau vântul ușor care trece printre crengi. Simte atingerea blândă a unei brize răcoroase pe piele sau căldura soarelui pe față. Poți simți mirosul proaspăt al ierbii, florilor sau al apei de mare. Inspiră adânc și imaginează-ți mirosul pământului, al copacilor sau al sării marine. Ești complet relaxată și în siguranță în acest loc. Simți cum toate grijile și anxietățile se topesc, lăsându-te ușoară și eliberată. Acesta este locul tău personal de refugiu, unde nimic nu te poate atinge. Imaginează-ți că te așezi pe o bancă confortabilă, pe un prosop de plajă sau pe iarbă. Simți cum corpul tău devine tot mai ușor. Orice gând negativ sau stresant care apare este purtat de vânt și dispare. Rămâi în această stare de liniște câteva minute. Observă cum te simți – calmă, sigură, plină de pace. Poți rămâne în acest loc atât timp cât ai nevoie, bucurându-te de fiecare detaliu și senzație. Când ești pregătită să te întorci, începe să îți aduci atenția înapoi la respirația ta. Inspiră adânc și simte cum aerul proaspăt te umple de energie pozitivă. Expiră și lasă orice tensiune să plece. Începi să revii treptat la prezent. Mișcă-ți ușor degetele de la mâini și picioare. Întinde-te puțin dacă simți nevoia. Când ești pregătit,

deschide ușor ochii, păstrând senzația de calm și relaxare cu tine. După ce ai terminat exercițiul, acordă-ți câteva minute să reflectezi la modul în care te simți.”

Modul 13: Prevenirea Recăderilor și Consolidarea Progresului

Scop: Pregătirea participantelor pentru menținerea progresului pe termen lung.

Obiective:

- Identificarea potențialelor provocări viitoare
- Consolidarea strategiilor învățate
- Dezvoltarea unui plan de prevenire a recăderilor

Metode și tehnici:

- Tehnica focalizării [87, 112] - pentru menținerea conexiunii cu senzațiile corporale
- Analiza situațiilor de risc
- Tehnici de rezolvare de probleme
- Planificarea strategiilor de coping
- Revizuirea și integrarea tehnicilor învățate

Exerciții tematice

1. „Înfruntarea temerilor mele, treaptă cu treaptă” [199] - adaptat pentru provocările legate de imaginea corporală

Obiectiv specific: Reducerea anxietății și a preocupărilor legate de imaginea corporală printr-o expunere treptată și controlată la situații declanșatoare și restructurare cognitivă.

Durață: 30-40 minute

Materiale necesare: coli de hârtie, instrumente pentru scris

Desfășurarea exercițiului: Participantele se așază în formă de U și urmăresc indicațiile terapeutului. Fiecare trebuie să identifice și să noteze, situațiile specifice care declanșează anxietatea legată de imaginea corporală. Acestea pot include interacțiuni sociale, evenimente publice sau expunerea corpului în anumite contexte (ex. îmbrăcarea unui anumit tip de haine, mersul la plajă).

Exemple: „Mă simt anxios/ă când merg la sală și alți oameni mă pot observa,” „Nu vreau să port haine care îmi dezvăluie corpul,” „Mă simt jenat/ă de cum arăt în fotografii.” În funcție de intensitatea anxietății vor face o ierarhie a situațiilor, evaluându-le pe o scară de la 0 la 100 (unde 100 reprezintă cea mai intensă anxietate).

Exemple:

- 50: Să îmi fac un selfie și să îl privesc cu atenție.
- 70: Să port haine mulate într-un context social.
- 90: Să merg la plajă purtând costum de baie.

Terapeutul recomandă expunerea la situațiile cel mai puțin anxiogene și se progresează treptat către cele mai provocatoare, în ordinea stabilită. Expunerea trebuie să fie repetată până când anxietatea scade considerabil în fiecare situație. În situația de față, participantele îți imaginează situațiile anxiogene.

Exemplu: Dacă te simți anxios/ă la gândul de a face un selfie, începe prin a te fotografia în haine confortabile, repetă activitatea zilnic până când anxietatea se reduce. Apoi treci la fotografii în haine care îți expun mai mult corpul. După fiecare expunere, identifică și evaluează gândurile negative care au apărut, restructurează aceste gânduri prin întrebări specifice: „Ce dovezi am că acest gând este adevărat?” sau „Care este cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla cu adevărat?”.

Exemple:

- Gând negativ: „Oamenii mă vor judeca pentru cum arăt în această rochie.”
- Restructurare: „De fapt, este puțin probabil ca oamenii să fie atât de concentrați asupra mea, iar ceea ce contează este cum mă simt eu în aceste haine.”

Unul dintre obiective este eliminarea comportamentului de evitare și expunerea constantă la aceste situații, dar într-un mod controlat și treptat. Înainte și după expunere, terapeutul utilizează tehnici de relaxare, cum ar fi respirația profundă și meditația, pentru a reduce anxietatea și pentru a consolida controlul emoțional în fața situațiilor stresante. Participantele își notează detalii despre procesul de restructurare, ajustează ierarhia și observă dacă anumite expuneri au fost mai ușoare sau mai dificile decât a anticipat. Terapeutul recomandă continuarea exercițiului acasă pentru ca fiecare participantă să abordeze treptat temerile legate de imaginea corporală, permițând o desensibilizare treptată și o restructurare a gândurilor negative. Această abordare bazată pe expunere treptată și restructurare cognitivă contribuie la reducerea anxietății și la dezvoltarea unei percepții mai pozitive asupra propriei imagini.

2. „*Harta provocărilor*”: Identificarea potențialelor obstacole și planificarea strategiilor de depășire.

Obiectiv specific: Identificarea și conștientizarea obstacolele sau provocările cu care se poate confrunta o persoană într-un anumit domeniu al vieții (profesional, personal, relațional etc.) și planificarea unor strategii eficiente pentru a le depăși.

Durată: 30 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, instrumente pentru scris

Desfășurarea exercițiului: Fiecare participantă definește clar scopul sau obiectivul pe care dorește să îl atingă. Scribe acest obiectiv în centrul unei foi de hârtie. În jurul obiectivului, notează toate provocările sau obstacolele posibile care ar putea-o împiedica să își atingă scopul. Le notează sub formă de „ramuri” care pleacă de la obiectiv.

Exemplu: Dacă obiectivul tău este să îți îmbunătățești stima de sine, provocările pot fi: „Frica de eșec,” „Lipsa de încredere,” „Judecata celorlalți.”

Participantele evaluează fiecare provocare pe o scală de la 1 la 10 în funcție de dificultatea percepută (1 = ușor de depășit, 10 = foarte dificil) și vor prioritiza provocările care necesită cea mai mare atenție și efort.

Se face analiza sursei fiecărei provocări urmărind să afle de unde provin aceste obstacolele și dacă sunt cauzate de factori interni (gânduri, emoții, comportamente) sau externi (situații de viață, relații). Pentru fiecare provocare, participantele creează o listă de strategii specifice pentru a o depăși, asigurându-se că aceste strategii sunt concrete, realiste și măsurabile.

Terapeutul recomandă ca toate informațiile să fie transformate într-o „hartă vizuală” urmărind următoarele indicații:

„În centrul foi, notează obiectivul tău. În jurul obiectivului, scribe provocările identificate. Conectează fiecare provocare cu strategiile sale specifice de depășire, astfel încât să ai o imagine clară a modului în care vei aborda fiecare obstacol. Pe măsură ce aplici strategiile, monitorizează-ți progresul și evaluează ce funcționează și ce nu. Notează provocările care au fost depășite și ajustează strategia pentru cele care încă sunt o problemă. Dacă întâmpini noi provocări pe parcurs, adaugă-le pe hartă și dezvoltă strategii pentru a le face față.”

La finalul exercițiului, terapeutul îndeamnă participantele să reflecteze asupra a ceea ce au învățat din fiecare obstacol și cum le-a ajutat să se apropie de obiectivul lor.

3. „*Cutia cu instrumente de coping*”: Crearea unei liste de tehnici învățate pentru gestionarea situațiilor dificile.

Obiectiv specific: Crearea și dezvoltarea unei colecții personalizate de tehnici și strategii de coping, pe care participantele să le poată utiliza pentru gestionarea eficientă a situațiilor dificile sau stresante.

Durată. 30-40 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, instrumente pentru scris

Desfășurarea exercițiului: Participantele încep prin a reflecta asupra situațiilor care le-au cauzat disconfort, stres sau anxietate în trecut. Identifică tiparele comune, cum ar fi problemele de

la școală, dificultățile din relații, temerile personale sau provocările legate de sănătate. Notează aceste situații sub formă de listă și reflectează asupra modului în care au gestionat aceste situații dificile în trecut. Fiecare identifică tehnicile de coping care au funcționat și cele care nu au avut rezultate pozitive.

Vor împărți aceste tehnici în două categorii:

- Coping funcțional: Tehnici care au contribuit la reducerea stresului sau la rezolvarea problemei (ex. respirația profundă, planificarea, dialogul pozitiv).
- Coping disfuncțional: Tehnici care au agravat situația sau nu au rezolvat problema (ex. evitarea, amânarea, consumul excesiv de mâncare sau alcool).

Exemple:

- Funcțional: „Am practicat meditație,” „Am vorbit cu un prieten de încredere.”
- Disfuncțional: „Am evitat să îmi exprim emoțiile,” „Am mâncat excesiv pentru a mă liniști.”

Pe baza experiențelor trecute, participantele creează o listă cu tehnici de coping funcționale pe care doresc să le păstreze în „cutia cu instrumente de coping.” Terapeutul notează pe flipchart exemple de tehnici din care vor alege participantele:

- Tehnici de relaxare: Meditație, respirație profundă, relaxare musculară progresivă.
- Tehnici de gândire pozitivă
- Tehnici de rezolvare a problemelor: Planificarea pas cu pas, identificarea soluțiilor, prioritizarea sarcinilor.
- Tehnici de sprijin social: Discutarea problemelor cu prietenii, grupuri de suport, terapie.
- Activități de auto-îngrijire: Exerciții fizice, ieșiri în natură, somn adecvat, hobby-uri creative.
- Scrierea într-un jurnal pentru a procesa emoțiile.
- Terapie prin artă.
- Dansul liber

Fiecare participantă poate completa lista cu noi tehnici de coping care ar putea fi utile în gestionarea viitoarelor situații dificile și care îi pot oferi un sentiment mai bun de control. Terapeutul continuă exercițiul cu următoarele indicații:

„Imaginează-ți că tehnicile de coping sunt instrumente pe care le poți păstra într-o „cutie virtuală” sau fizică. Poți chiar să creezi o cutie simbolică unde să păstrezi bilețele pe care ai scris aceste tehnici sau un jurnal special pentru acest scop. Alege o tehnică de coping din „cutia” ta și încearcă să o aplici într-o situație simulată sau într-o situație ușor stresantă din viața ta curentă. Monitorizează cum te simți înainte și după aplicarea tehnicii și cât de eficientă a fost în reducerea stresului. Periodic, revizuieste tehnicile de coping din „cutia” ta și evaluează cât de bine au funcționat. Adaptează și ajustează lista, eliminând tehnicile care nu au fost eficiente și înlocuindu-le cu altele noi.”

4. „*Scrisoare către sine în viitor*”: Scrierea unei scrisori de încurajare pentru momentele de dificultate.

Obiectiv specific: Acest exercițiu ajută la construirea unei surse personale de încurajare și sprijin pentru momentele dificile din viitor, prin redactarea unei scrisori către sine.

Durață: 30 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, instrumente pentru scris, creioane colorate

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul le recomandă participantelor să se gândească la un moment din viitor în care s-ar putea confrunta cu dificultăți sau s-ar putea simți descurajate. Această scrisoare va fi o sursă de sprijin pentru acel moment. Fiecare scrie de parcă ar vorbi direct cu viitorul său.

Exemplu de intenție: „Această scrisoare este pentru mine atunci când mă voi simți copleșită de o provocare sau îndoială de sine.”

Participantele încep scrisoarea prin a reflecta asupra punctelor lor forte, calităților și modului în care au depășit dificultăți în trecut.

Exemple:

- „Știu că ești puternică și ai depășit deja multe provocări.”
- „Îți amintești cum ai trecut peste acea perioadă dificilă la școală? Ai găsit soluții și ai rămas calmă.” Continuă cu cuvinte de încurajare și înțelegere pentru momentele în care se vor simți vulnerabile, oferind blândețe și sprijin emoțional.

Exemple:

- „Este în regulă să te simți nesigură uneori, toți trecem prin astfel de momente.”
- „Fii răbdătoare cu tine, ai mai trecut prin perioade dificile și ai găsit forța de a merge mai departe.”

Scriu și despre momentele de criză în care se poate pierde claritatea asupra obiectivelor și valorilor, reamintind de ceea ce este important pentru ele, legat de scopurile pe care le au și de valorile care le ghidează.

Exemple:

- „Nu uita că lucrul cel mai important pentru tine este să fii autentic/ă și să îți urmezi calea, chiar dacă este dificilă.”
- „Amintește-ți că scopul tău este să crești și să înveți din fiecare provocare.”

Includ în scrisoare câteva sugestii practice sau tehnici pe care le-au folosit pentru a face față dificultăților în trecut. Acestea pot fi pași simpli pe care viitorul lor sine îi poate urma pentru a recăpăta controlul sau pentru a reduce stresul.

Exemple:

- „Încearcă să faci o plimbare afară sau să respiri adânc pentru a-ți calma mintea.”
- „Nu te grăbi să iei decizii importante acum. Dă-ți timp să reflectezi.”

Participantele încheie scrisoarea cu un mesaj de speranță și încredere în capacitatea lor de a depăși orice provocare.

Exemple:

- „Îți promit că vei trece și peste asta. În curând vei privi în urmă și vei vedea cât de mult ai crescut.”
- „Indiferent de cât de greu pare acum, nu uita că există întotdeauna o cale de ieșire. Ai încredere în tine.”

După ce fiecare a terminat de scris, sigilează scrisoarea și o păstrează într-un loc sigur. Vor alege un moment specific când ar putea dori să o deschidă - fie un moment dificil previzibil, fie pur și simplu atunci când simt că au nevoie de încurajare.

- Exemple:

- „Această scrisoare este pentru tine atunci când te vei simți pierdută sau nesigură asupra drumului tău.”

Modul 14: Celebrarea Schimbării și Planuri de Viitor

Scop: Evaluarea progresului și stabilirea direcțiilor viitoare de dezvoltare.

Obiective:

- Recunoașterea și sărbătorirea realizărilor
- Stabilirea obiectivelor pe termen lung
- Încheierea programului într-o notă pozitivă și motivantă

Metode și tehnici:

- Evaluare post-intervenție
- Exerciții de vizualizare pentru viitor

- Tehnici de stabilire a obiectivelor pe termen lung
- Activități de grup pentru celebrarea progresului
- Jocul de rol - pentru exersarea menținerii schimbărilor pozitive în diferite scenarii viitoare

Exerciții tematice

1. „Lista realizărilor personale” [Bourne, 1995, după 219]- revizuită pentru a reflecta progresul

Obiectiv specific: Reflectarea asupra progresului obținut în urma programului terapeutic și întărirea sentimentului de realizare personală, promovând conștientizarea succeselor și creșterea stimei de sine.

Durată: 30 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, instrumente pentru scris

Desfășurarea exercițiului: Fiecare participantă începe prin a reflecta asupra perioadei de timp în care s-au derulat întâlnirile noastre. În continuare își vor nota câteva arii din viața lor care au fost influențate de ședințele de grup. Acestea pot include domenii precum:

- Gestionarea anxietății sau stresului
- Îmbunătățirea relațiilor interpersonale
- Stima de sine și auto-acceptarea
- Capacitatea de a seta limite sănătoase
- Restructurarea gândurilor negative
- Gestionarea emoțiilor intense

Fiecare reflectează asupra progresului în fiecare dintre aceste arii și scrie o listă cu realizările personale, cu toate situațiile în care a observat schimbări pozitive, chiar dacă acestea par mici.

Întreabă-te: „Ce am reușit să fac mai bine în această perioadă?” sau „Ce schimbări pozitive am observat la mine?”

Exemple:

- „Am reușit să îmi gestionez anxietatea în situațiile sociale prin tehnici de respirație.”
- „Am învățat să spun „nu” atunci când am nevoie de spațiu personal, fără să mă simt vinovată.”
- „Am înlocuit gândurile negative cu unele constructive în momente de stres.”

Realizările nu trebuie să fie neapărat mari sau spectaculoase. Chiar și pașii mici, cum ar fi schimbarea unui obicei negativ sau aplicarea unei tehnici de coping, sunt progrese semnificative. Fiecare succes notat pe listă este celebrat.

Exemplu: „Chiar dacă nu am reușit de fiecare dată să îmi controlez anxietatea, am observat o reducere semnificativă a intensității cu care se manifestă.”

Participantele scriu și despre obstacolele sau dificultățile pe care le-au depășit în această perioadă, despre momentele în care s-au simțit descurajate, dar au reușit să găsească resurse interioare pentru a merge mai departe.

Exemplu: „Am reușit să trec peste o perioadă dificilă la școală fără a mă lăsa copleșită de stres, ceea ce nu aș fi putut face înainte.”

Fac o comparație între locul în care se aflau la începutul procesului terapeutic și unde se află acum. Observă ce schimbări au avut loc și cât de mult au crescut în acest timp.

Pe baza realizărilor identificate, creează câteva afirmații pozitive despre ele, care să reflecte progresele lor.

Exemple:

- „Sunt capabilă să fac față provocărilor și să învăț din fiecare experiență.”
- „Am făcut progrese semnificative și sunt mândră de mine pentru acest lucru.”
- „Am învățat să îmi gestionez emoțiile și să îmi păstrez echilibrul.”

După ce și-au scris realizările, participantele, pun această listă într-un loc vizibil (pe perete, în agenda personală sau pe telefon). Această listă le va reaminti constant de progresul lor și le va oferi motivație în continuare.

2. „*Linia timpului și progresului*”: Crearea unei reprezentări vizuale a călătoriei și a realizărilor.

Durată: 20 minute

Materiale necesare: coli de hârtie, creioane colorate, markere.

Desfășurarea exercițiului: Participantele își desenează o linie pe o foaie de hârtie. Linia va începe din punctul în care au început întâlnirile noastre și se va extinde până în prezent.

Terapeutul le cere participantelor să reflecteze la următoarele întrebări pentru a putea identifica evenimentele semnificative:

- Care sunt primele amintiri legate de momentul în care ne-am întâlnit? Ce imi aduc aminte legat de cum mă simțeam?
- Ce experiențe pozitive sau negative m-au influențat pe parcurs?
- Cum s-a schimbat modul în care mi-am perceput corpul în această perioadă? Au fost momente de acceptare, respingere, iubire de sine sau dificultăți de adaptare?
- Care sunt momentele în care am simțit cea mai mare mândrie față de realizările mele? Dar cele în care am avut dificultăți și provocări?
- Cum îmi percep corpul tău acum?
- Ce s-a schimbat la mine în urma acestor întâlniri?
- Ce am avut de câștigat și cum pot adapta acestea la viața mea în viitor?

Participantele reflectează asupra momentelor importante, și dacă simt nevoia pot completa cu cuvinte, desene sau orice cred că este potrivit. Terapeutul poate iniția o discuție de grup, invitând participantele să povestească despre ce au simțit în timpul acestui exercițiu.

3. „*Viziunea viitorului*”: Exercițiu de vizualizare și planificare a obiectivelor pe termen lung.

Obiectiv specific: Acest exercițiu ajută la clarificarea obiectivelor pe termen lung. Prin vizualizare ghidată și planificare strategică, se dezvoltă o viziune clară și motivațională asupra viitorului personal și profesional.

Durată: 20 minute

Materiale necesare: Coli de hârtie, instrumente pentru scris

Desfășurarea exercițiului: Terapeutul dă următoarele indicații: „Așază-te într-o poziție comodă. Închide ochii și respiră adânc de câteva ori pentru a te calma și a te pregăti mental pentru vizualizare. Gândește-te la motivul pentru care dorești să faci acest exercițiu. Ce speră să obții din el? Poate dorești să îți clarifici relația cu școala, relațiile personale sau dezvoltarea personală. Păstrează în minte această intenție...Acum, imaginează-te în viitor, într-un interval de timp, atunci când ceea ce ți-ai dorit a devenit realitate... Încearcă să vezi această imagine cât mai clar posibil, ca și cum ar fi un film despre viața ta.

- Unde te afli?
- Ce faci?
- Cu cine ești?
- Cum te simți?

Vizualizează fiecare detaliu: cum arată locul, ce îmbraci, ce ai realizat până acum, cum te simți în legătură cu tine însăși. Încearcă să experimentezi fiecare detaliu cu toate simțurile tale. După vizualizare, deschide ochii și notează tot ceea ce ai vizualizat. Aceasta este viziunea ta despre viitor și poate oferi indicii importante despre valorile și dorințele tale. După ce ai notat viziunea ta asupra viitorului, încearcă să identifici valorile centrale care au apărut în vizualizarea ta. Acestea sunt lucrurile care contează cel mai mult pentru tine și care te ghidează în viață: familie, creativitate, independență financiară, contribuție socială. În continuare, identifică obiectivele pe

termen lung care reies din această viziune. Acestea ar trebui să fie obiective importante care reflectă cine vrei să devii. Transpune obiectivele generale într-o serie de obiective specifice și măsurabile. Ce anume trebuie să faci pentru a ajunge acolo unde îți dorești să fii? Pentru a face obiectivele mai ușor de gestionat, împarte-le în pași mai mici și concreți. Gândește-te la ce trebuie să faci lună de lună sau săptămână de săptămână pentru a te apropia de obiectivele tale. Reflectează asupra obstacolelor care ar putea apărea în calea atingerii obiectivelor tale. Identifică provocările și gândește-te la posibile soluții pentru a le depăși. Pe baza tuturor pașilor amintiți, creează un plan de acțiune pe termen lung, pe care să îl urmărești. Stabilește termene limită și momente de revizuire periodică pentru a evalua progresul. După ce ai realizat acest exercițiu, este important să îți revizuiesti periodic viziunea și obiectivele, pentru a te asigura că ești pe drumul cel bun. Încearcă să faci acest lucru la fiecare 6 luni sau un an și ajustează planul în funcție de noile realizări și experiențe.”

4. „*Ceremonia de absolvire*”: Activitate de grup pentru a sărbători progresul și a oferi feedback pozitiv.

Durată: 30-40 minute

Descrierea activității: La începutul activității, terapeutul explică faptul că această ceremonie marchează momentul de „absolvire” dintr-o etapă a călătoriei de dezvoltare personală. Scopul este de a recunoaște și celebra progresul realizat de fiecare participantă în cadrul grupului. Fiecare, va avea ocazia să împărtășească ceva semnificativ despre acest parcurs și va primi feedback pozitiv de la ceilalți.

Pe rând, fiecare participantă va fi invitată să vorbească despre o realizare sau un progres personal de care este mândră din cadrul acestui grup. Aceste realizări pot fi legate de abilități dezvoltate, depășirea unor provocări sau creșterea personală. Fiecare participantă va primi un „certificat de absolvire”. Terapeutul va citi cu voce tare „certificatul” înainte de a-l oferi fiecărui participant. La finalul ceremoniei, terapeutul va ghida o scurtă discuție de grup în care participantele reflectează asupra experienței lor în cadrul grupului și asupra modului în care intenționează să aplice ceea ce au învățat în viitor. Activitatea se încheie cu o rundă de aplauze pentru toată lumea și o îmbrățișare colectivă.

Anexa 5. Fișe pentru programul de intervenție „Metamorfoza”

Fișa 1 - Chestionar

Chestionar

Nume și Prenume.....

Data nașterii.....

Acest chestionar te ajută să reflectezi asupra stării tale emoționale și mentale din ultima perioadă. Nu există răspunsuri corecte sau greșite. Fii sinceră cu tine însăși și răspunde în funcție de cum te-ai simțit în ultimele săptămâni.

Scara de evaluare:

1 = Niciodată

2 = Rareori

3 = Uneori

4 = Adesea

5 = Mereu

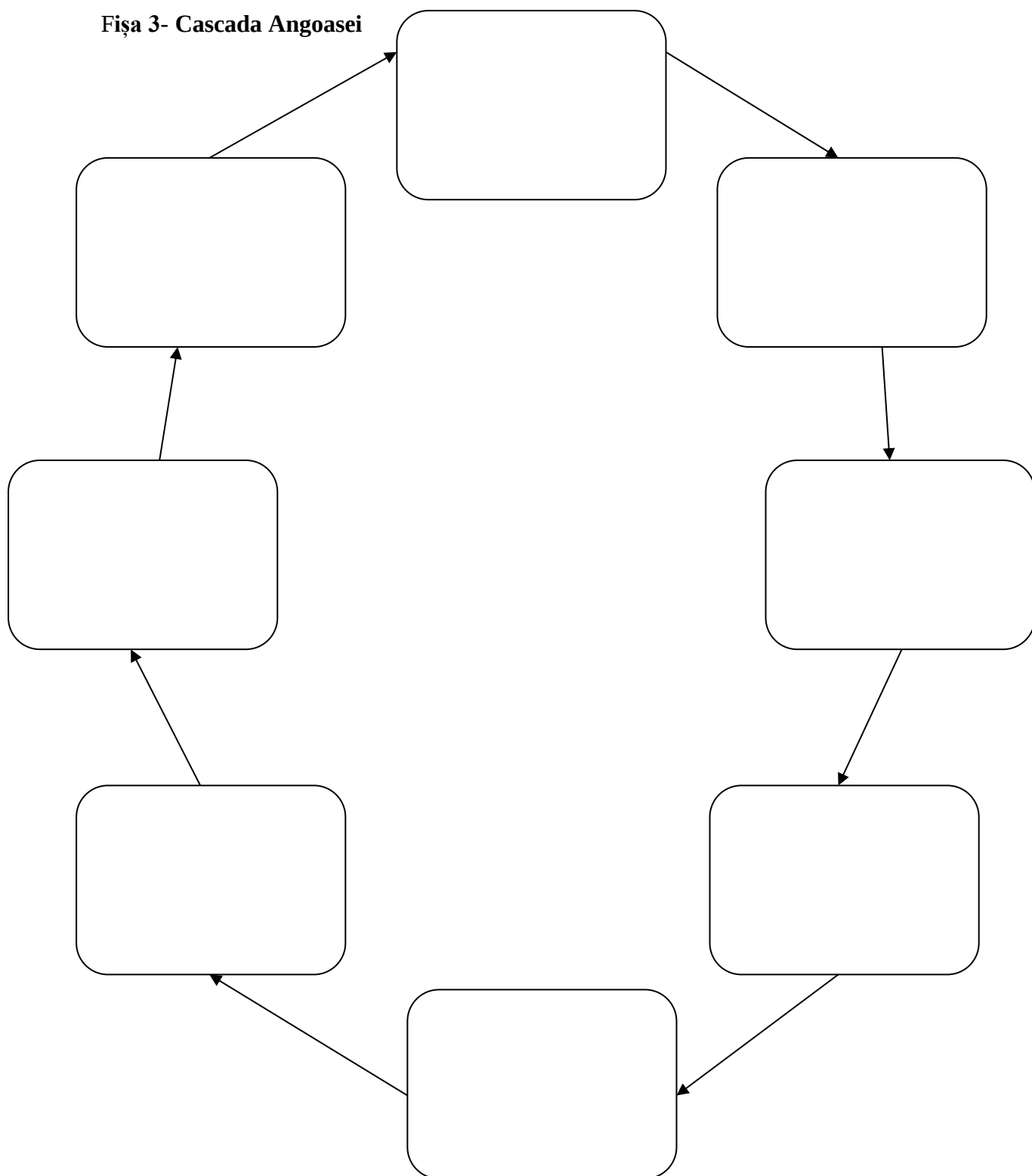
1. Mă simt în general mulțumită de mine însămi.
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
2. Mă simt copleșită de emoții precum tristețea sau anxietatea.
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
3. Mă simt încrezătoare în ceea ce privește relațiile mele cu prietenii și familia.
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
4. Am dificultăți în a-mi exprima emoțiile sau sentimentele.
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
5. Mă simt tensionată sau neliniștită în majoritatea zilelor.
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
6. Am obiceiul de a mă compara cu ceilalți și asta îmi scade stima de sine.
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
7. Mă simt capabilă să gestionez stresul și provocările din viața mea.
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
8. Am momente în care mă simt singură sau neînțeleasă de ceilalți.
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
9. Mă simt bine în corpul meu.
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
10. Simt că sunt acceptată și apreciată de cei din jurul meu.
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
11. Îmi accept cu ușurință defectele
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
12. Am momente în care mă simt vinovată pentru lucruri pe care nu le pot controla.
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
13. Îmi găsesc timp pentru activități care îmi fac plăcere și mă relaxează.
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
14. Simt că am control asupra vieții mele și a deciziilor pe care le iau.
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Fișa 2

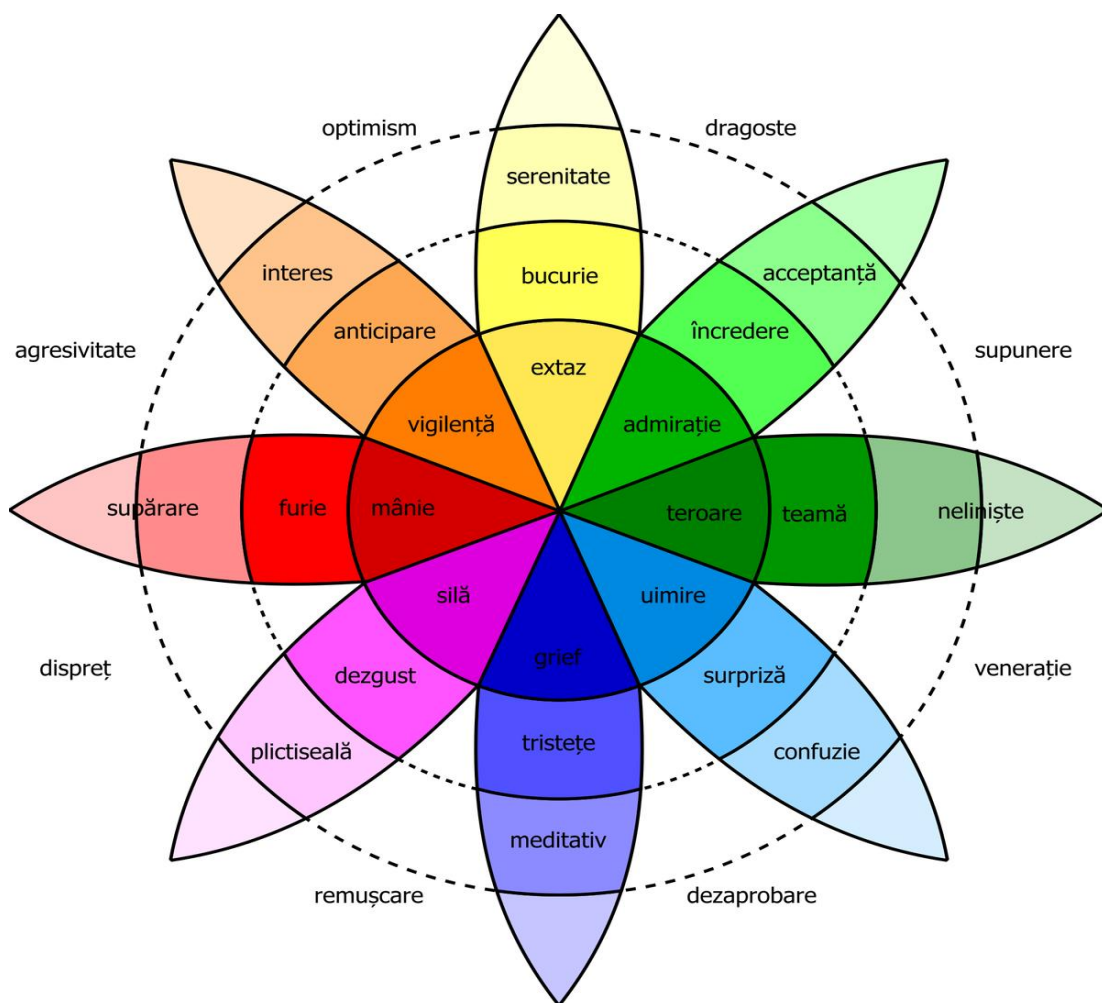
Tabel „Jurnalul Alimentar Conștient”

Data	Ora	Aliment consumat	Cantitate estimată	Stare emoțională	Nivel de foame (1-10)	Nivel de sațietate după (1-10)	Observații Conștientizare
Ziua 1.							
Mic dejun							
Prânz							
Cină							
Gustări							

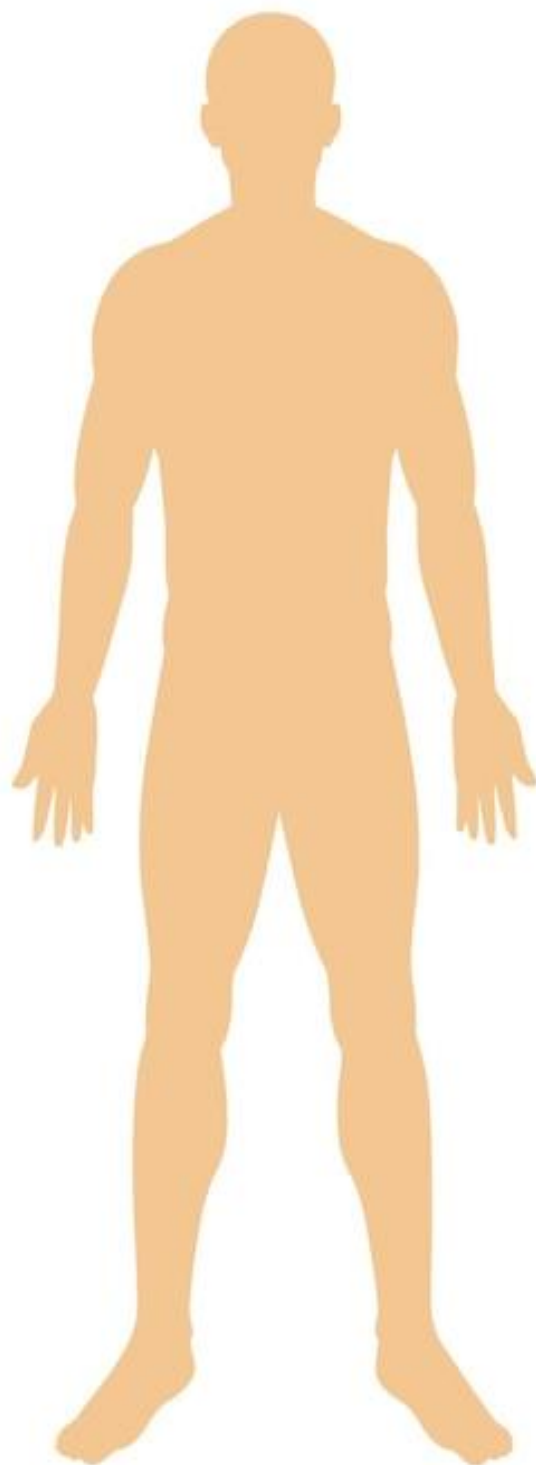
Fişa 3- Cascada Angoasei



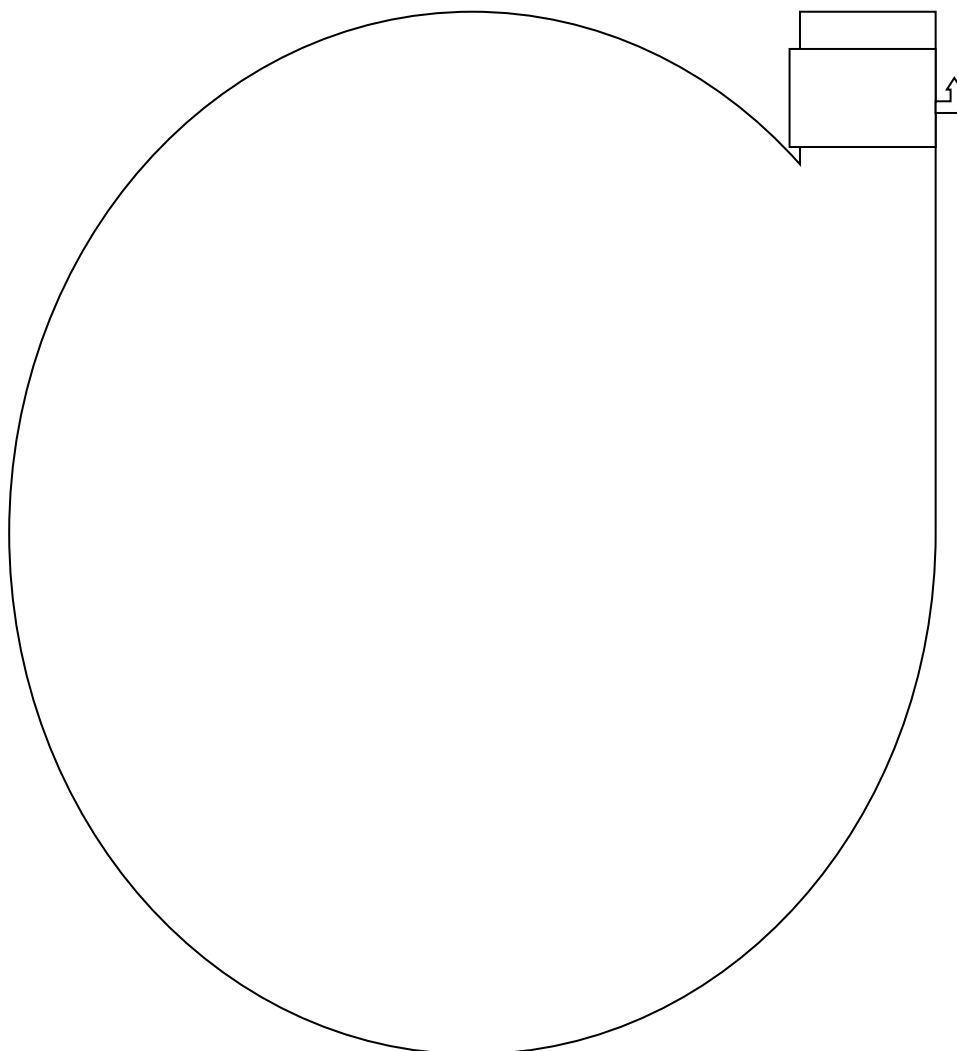
Fișa 4 - Roata emoțiilor lui Plutchik



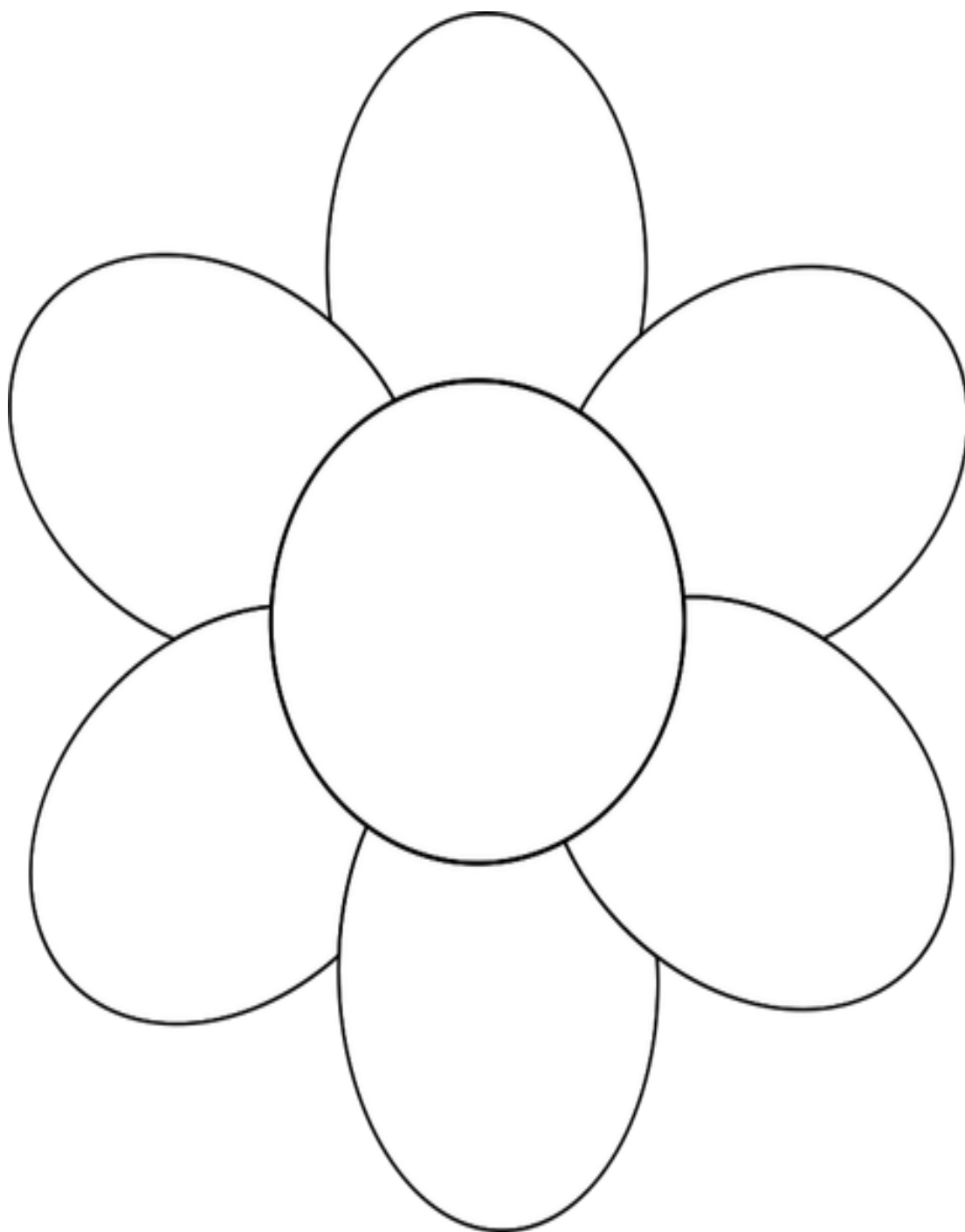
Fișa 5 - Figură umană



Fişa 6 – Bula cu o fereastră



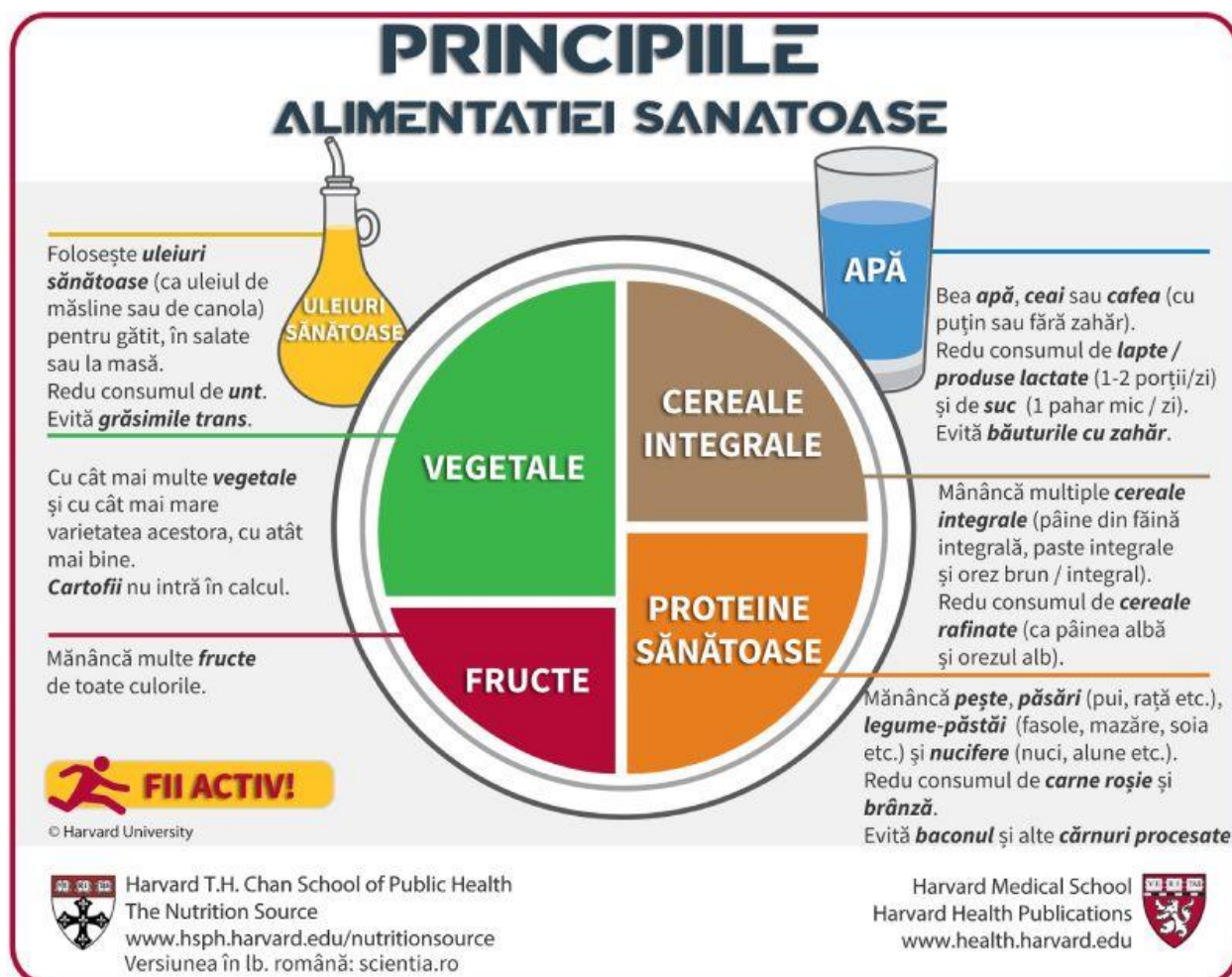
Fișa 7 – Floarea autocunoașterii



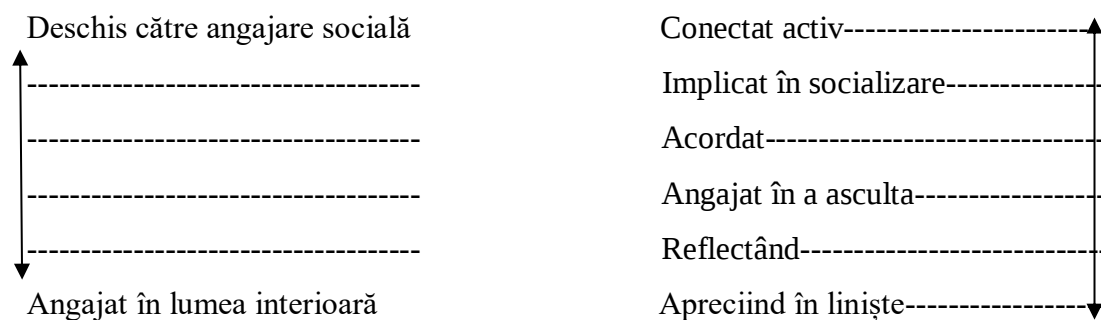
Fișa 8 – Afirmatii pozitive

- „Mă simt bine în corpul meu în fiecare zi.”
- „Mă iubesc din ce în ce mai mult.”
- „Mă plac tot mai mult.”
- „Iubesc felul în care mă simt, atunci când am grijă de mine.”
- „Mă bucur de sănătatea mea.”
- „Aleg să mă bucur de tot ceea ce sunt.”
- „Mă accept așa cum sunt.”
- „Îmi accept greșelile și le transform în oportunități de a învăța.”
- „Am puterea să fac față tuturor provocărilor.”
- „Frica este un sentiment care vine și pleacă.”
- „Am puterea să-mi urmez visurile.”
- „Încrederea mea crește cu fiecare pas pe care îl fac.”
- „Sunt recunoscătoare pentru tot ce mi se întâmplă.”
- „Cu cât mai bine mă cunosc pe mine însumi, cu atât mai clar știu ce vreau.”
- „Percep fiecare moment ca o nouă oportunitate de a învăța.”
- „Sunt recunoscătoare pentru oamenii din viața mea.”
- „Merit să fiu iubită pentru ceea ce sunt, nu pentru ceea ce vor ceilalți să devin.”
- „Mă tratez cu înțelegere și respect.”
- „Nu trebuie să fiu perfectă, trebuie să fiu doar eu însumi.”
- „Gândesc clar limpede și centrat.”
- „În fiecare zi caut să fiu în armonie cu corpul meu.”
- „Mă bucur de schimbările pozitive pe care le fac.”

Fișa 9 – Principiile alimentației sănătoase



Fișa 10 – Scala angajării sociale



Fișa 11 – Planul personal de conectare

Oamenii cu care îmi doresc să continui să mă conectez:	Oamenii pe care mi-aș dori să-i cunosc:
Lucrurile pe care vreau să le fac în continuare cu prietenii mei:	Lucrurile pe care îmi doresc să le încerc cu alte persoane:
Lucrurile pe care vreau să le fac în continuare pentru a mă conecta cu propria experiență	Lucrurile noi pe care îmi doresc să le încerc pe cont propriu:

Fișa 12 – Certificat de Participare



METAMORFOZA

Certificat de Participare

Nume Prenume

Se acordă acest certificat în semn de recunoaștere a participării
și implicării active în "Programul de Intervenție Metamorfoza"
Prin dedicarea și efortul depus, ai demonstrat dorința de a te
dezvolta personal și de a-ți îmbunătăți abilitățile pentru un viitor
de succes.



Data

Psiholog Mariana Ștefan



Anexa 6. Informații privind valorificarea rezultatelor cercetării

Articole în reviste științifice:

1. LOSÎI Elena; ȘTEFAN Mariana. Impactul perfecționismului maladaptativ asupra comportamentului alimentar al adolescenților. *Univers Pedagogic*. Chișinău: CEP UPSC, 2024, nr. 4 (84), pp 87-92. ISSN 1811-5470. DOI: <https://doi.org/10.52387/1811-5470.2024.4.11>
2. ȘTEFAN Mariana. Relația dintre presiunea socială privind aspectul fizic, atitudinile alimentare dezadaptative și alimentația emoțională la adolescente. *Revista științifico-practică de Psihologie*. Chișinău: CEP UPSC, 2024, nr. 2 (45), pp. 63-70. ISSN 1857-2502. DOI: <https://doi.org/10.46728/pspj.2024.v45.i2.p63-70>
3. ȘTEFAN Mariana. Preventing disordered eating behaviours in adolescent girls through enhancing self-concept: A pilot intervention study. *Romanian Journal Of psychological Studies*. Hyperion University 2024. Vol.12, Issue 2-2024, pp34-39. ISSN 2559-1649, ISSN-L 2559-1649. <http://rjps.hyperion.ro/wp-content/uploads/2024/11/RJPS-vol12-issue2-full-2024.pdf>
4. ȘTEFAN Mariana; LOSÎI Elena. Self-esteem, anxiety, and their influence on eating behavior in adolescent girls. *Journal Of Romanian Literary Studies*. Issue No 39/2024, International Humanities Journal. Târgu Mureș. ISSN 2248-3004. pp 163-169
<https://asociatia-alpha.ro/jrpls.php?page=Volumes>

Articole în lucrările conferințelor și altor manifestări științifice:

5. ȘTEFAN Mariana. Anorexia nervoasă: implicații psihologice și metode de intervenție. Probleme actuale ale științelor umaniste. Volumul 18, Partea 4. Conferința “Probleme actuale ale științelor umanistice”. Chișinău, Moldova, 2019. ISBN 978-9975-46-235-8
a. https://ibn.idsi.md/ro/vizualizare_articol/131673
6. ȘTEFAN Mariana. Cauze și consecințe ale supraponderalității la adolescente. In: *Preocupări contemporane ale criminologiei, dreptului și psihologiei în condiții de pandemie dedicată împlinirii a 25 de ani a învățământului criminologic și 30 de ani de dezvoltare a Psihologiei Aplicate*. Conferință științifică națională cu participare internațională, 17 octombrie 2020. Chișinău: Institutul de Științe Penale și Criminologie Aplicată, 2020, pp. 238-245. ISBN 978-9975-3314-2-5
https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/115395
7. ȘTEFAN Mariana. Psihoeducația, metoda de prevenție în tulburările alimentare la adolescenți. În: *Inovații pedagogice în sfera digitală, ediția a VIII-a*. Materialele conferinței științifico-practice cu participare internațională, 27 noiembrie 2020. Chișinău: IFC, 2020, pp. 476-479. ISBN 978-9975-3405-1-9.
https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/190931
8. ȘTEFAN Mariana. Alimentația și calitatea dietei la adolescenți. In: *Probleme actuale ale științelor umanistice. Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*. Chișinău: CEP UPS, 2021, vol. 19, partea 2, pp. 328-338. ISBN 978-9975-46-235-8.
https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/155937
9. ȘTEFAN Mariana. Imaginea corporală la adolescenți. In: *Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective*. Materialele conferinței științifice internaționale, ediția XXXII, 22 octombrie 2021. Bălți: Centrul Editorial Universitar, 2021, pp. 230-234. ISBN 978-9975-50-269-6. https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/148894
10. LOSÎI Elena; ȘTEFAN Mariana. Impactul curei de slăbire asupra dezvoltării adolescenților. In: *Dezvoltarea personală și integrarea socială a actorilor educaționali: materialele conferinței științifice naționale cu participare internațională*, 12 noiembrie

- 2021, Chișinău: CEP UPS, 2021, pp. 78-85. ISBN 978-9975-46-570-0.
https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/154284
11. ȘTEFAN Mariana. Manifestarea concepției de sine la adolescentele care au un comportament alimentar defectuos sau prezintă o tulburare de comportament alimentar. În: *Probleme actuale ale științelor umanistice*. Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor. Chișinău: CEP UPS, 2022, vol.20, partea 1, pp. 257-262. ISSN 1857-0267.
https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/171471
12. ȘTEFAN, Mariana. Intervenții psihologice în comportamentul alimentar problematic. În: *Știință și educație: noi abordări și perspective*. Materialele conferinței științifice internaționale jubiliare, 27-28 martie 2025. Chișinău: CEP UPSC, 2025, seria 27, vol. 2, pp. 79-86. ISBN 978-9975-48-269-1.
<http://dir.upsc.md:8080/xmlui/handle/123456789/7793>

Declarația privind asumarea răspunderii

Subsemnata Ștefan Mariana, 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.

Ștefan Mariana

Semnătura

Data

CV-ul autorului



Europass



CV-UL AUTORULUI

Informații personale

Nume / Prenume	Stefan Mariana
Adresă(e)	București, Sector 6, Aleea Cetățuia nr 4
Telefon(oane)	0723263700
Fax(uri)	
E-mail(uri)	marianastefan.psiholog@gmail.com
Naționalitate(-tăți)	Română
Data nașterii	25.06.1976
Sex	Feminin

Experiența profesională

Psiholog Clinician Specialist Autonom,
Psihoterapeut de Cuplu si Familie Specialist Autonom
Supervizor

Perioada	2015- prezent
Funcția sau postul ocupat	Psihoterapeut
Activități și responsabilități principale	Intervenții psihoterapeutice, consiliere psihologică individuală și de grup, hipnoterapie, psihoterapie de cuplu si familie.
Numele și adresa angajatorului	Cabinet individual de psihologie
Tipul activității sau sectorul de activitate	Psihologie Psihoterapie

Perioada	2012- prezent
Funcția sau postul ocupat	Psiholog clinician
Activități și responsabilități principale	Intervenții psihologice, evaluari și consiliere psihologică
Numele și adresa angajatorului	Asociația de Suicidologie - 2015 Cabinet individual de psihologie

Perioada	2013-2013
Funcția sau postul ocupat	Psiholog
Activități și responsabilități principale	Desfășurarea unui program de educație sexuală în școli
Numele și adresa angajatorului	Asociația Prețuiește Clipa – București

Perioada	2013-2016
----------	-----------

Funcția sau postul ocupat	Psiholog voluntar
Activități și responsabilități principale	Intervenții în situații de criză la cazurile cu risc suicidal. Supervizarea, managementul proiectelor și a resurselor umane, consiliere psihologică individuală și de grup, psihoterapie individuală și de grup, hipnoterapie.
Numele și adresa angajatorului	Asociația de Suicidologie - Spitalul Alexandru Obregia Bucuresti Instituții unde se desfășoară activitatea: Spitalul Alexandru Obregia Penitenciarul Târgșor Penitenciarul Ploiești Colegiul National Sfantul Sava
Perioada	2012-2012
Funcția sau postul ocupat	Psiholog voluntar
Activități și responsabilități principale	Consiliere psihologică individuală și de grup. Formarea de grupuri suport.
Numele și adresa angajatorului	Asociatia Wold Vision- Bucuresti
Perioada	2007-2008
Funcția sau postul ocupat	Administrator
Activități și responsabilități principale	Administrarea activității, implementarea și dezvoltarea programului de discount în România
Numele și adresa angajatorului	Economy Card- European Travel Network – Germania
Perioada	2004-2007
Funcția sau postul ocupat	Manager
Activități și responsabilități principale	Dezvoltarea activității în diferite orașe ale țării. Supervizarea managerilor locali. Trainer și formator.
Numele și adresa angajatorului	Asociația Society Club
Perioada	2002-2004
Funcția sau postul ocupat	Manager
Activități și responsabilități principale	Dezvoltarea activității în diferite orașe ale țării. Trainer cursuri de dezvoltare personală
Numele și adresa angajatorului	Asociația Clubul Dynamic Elite
Perioada	2000-2002
Funcția sau postul ocupat	Asisiant manager
Activități și responsabilități principale	Activități administrative în cadrul departamentului de producție
Numele și adresa angajatorului	Radu Paper Converting
Perioada	1999-2000
Funcția sau postul ocupat	Secretară
Activități și responsabilități principale	Activități de secretariat
Numele și adresa angajatorului	New Star
Perioada	1997-1999

Funcția sau postul ocupat	Asistent social
Activități și responsabilități principale	Asistent personal
Numele și adresa angajatorului	Consiliul local, jud. Giurgiu
Perioada	2021
Calificarea / diploma obținută	Diplomă
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Compassion Focused Therapy(CFT)
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	The Compssionate Mind Foundation Formare Internațională
Perioada	2020
Calificarea / diploma obținută	Certificat
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Practica Utiizării G Suite în Activitatea Didactică
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Institutul de Formare continuă
Perioada	2017-2018
Calificarea / diploma obținută	Certificat de absolvire
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Psich-K
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Psych-k Centre International
Nivelul în clasificarea națională sau internațională	Formare internațională – nivel avansat
Perioada	2017
Calificarea / diploma obținută	Certificat de competențe

Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Virtual Gastric Band Procedure Sheila Granger Lyfestyle Engineer Formare internațională
Calificarea / diploma obținută Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Certificat de competențe Rewind Technic International Association for Rewind Trauma Therapy Formare profesională internațională
Calificarea / diploma obținută	Diplomă
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Trainig in LGBT – Affirmative Practice Yale School Of Public Health Formare internațională
Perioadă	2016
Calificarea / diploma obținută Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Diplomă Consiliere de cuplu Confident Training & Consulting
Perioadă	2014-2016
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Diplomă de master Psihologie clinică și consiliere psihologică Universitatea Hyperion
Perioada	2015
Calificarea / diploma obținută Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Diploma Curs de consiliere sexuală Institutul de Sexologie – Școală de formare profesională Formare continuă

Calificarea / diploma obținută	Certificat profesional cu competențe
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Expertiza psihologică judiciară, de cuplu și familie sexologică
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Institutul IS Formare continuă
Calificarea / diploma obținută	Diplomă
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Diagnostic evaluare și intervenție în tulburări ale limbajului
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Romanian Association For The Study Of Gambling
Calificarea / diploma obținută	Diplomă
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Standardele internaționale de practică pentru sex-terapie și consiliere sexuală
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Institutul IS
Perioada	2014-2016
Calificarea / diploma obținută	Paihoterapeut de cuplu și familie - Diplomă de absolvire
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Formare în psihoterapie de cuplu și familie cu competențe
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Institutul de Sexologie – Școală de formare profesională Formare
Perioada	2014
Calificarea / diploma obținută	Certificat de absolvire
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Curs de formator
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Școală de formare profesională
Perioada	2014-2016
Calificarea / diploma obținută	Sexterapeut - Diplomă de absolvire
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Curs de formare în sexterapie cu competențe
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Institutul de Sexologie Formare

Perioada	2011-2014
Calificarea / diploma obținută	
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Curs de formare în psihoterapie experiențială și hipnoterapie
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Scoala de formare APEH Formare
Perioada	2014
Calificarea / diploma obținută	
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Curs de formare în psihosexologie
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Scoala de formare
Perioada	2008-2011
Calificarea / diploma obținută	Diplomă de absolvire
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Curs de formare în psihopedagogie
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Universitatea Spiru Haret
Perioada	2008-2011
Calificarea / diploma obținută	Diplomă de licență
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Psihologie
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Universitatea Spiru Haret – Facultatea de Sociologie-Psihologie