UNIVERSITATEA DE STAT DIN MOLDOVA

Cu titlu de manuscris
CZU: 159.922.8:616.89-008.441.42:616.379-008.64(043.3)

CONDREA VICTORIA

PARTICULARITĂȚI PSIHOLOGICE ALE TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT ALIMENTAR LA ADOLESCENȚII CU DIABET ZAHARAT TIP 1

PSIHOLOGIE GENERALĂ – 511.01

Teză de doctor în psihologie

Conducător științific: _____ **POTÂNG Angela**,
doctor în psihologie, conferențiar universitar

Autor: _____ **CONDREA Victoria**

CHIȘINĂU, 2025

© CONDREA Victoria, 2025

CUPRINS

ADNOTARE *(în română, engleză, rusă)* 5

LISTA ABREVIERILOR 8

LISTA FIGURILOR 9

LISTA TABELELOR..... 11

INTRODUCERE 12

1. FUNDAMENTAREA TEORETICĂ PRIVIND PARTICULARITĂȚILE PSIHOLOGICE ALE TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT ALIMENTAR LA ADOLESCENȚII CU DIABET ZAHARAT TIP 1

1.1. Sinteza studiilor internaționale privind funcționarea psihologică a adolescenților cu diabet zaharat tip 1 22

1.2. Abordări conceptuale ale tulburărilor de comportament alimentar din perspectivă psihologică 28

1.3. Modele explicative ale schemelor cognitive dezadaptative la subiecții cu tulburări de comportament alimentar 57

1.4. Clarificări teoretice privind anxietatea la adolescenții cu tulburări de comportament alimentar 66

1.5. Concluzii la capitolul 1 73

2. CERCETAREA EXPERIMENTALĂ A PARTICULARITĂȚILOR PSIHOLOGICE LA ADOLESCENȚII CU DIABET ZAHARAT TIP 1 CU TULBURĂRI DE COMPORTAMENT ALIMENTAR

2.1. Designul demersului psihodiagnostic 75

2.2. Analiza rezultatelor preliminare ale cercetării 82

2.2.1. Identificarea indicatorilor comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 82

2.2.2. Determinarea modului de manifestare a particularităților psihologice la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 89

2.3. Stabilirea relației dintre constructele psihologice (anxietate și scheme cognitive dezadaptative) și indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 100

2.4. Profilul psihologic al adolescentului diabetic cu tulburare de comportament alimentar 105

2.5. Concluzii la capitolul 2 106

3. PROGRAM DE INTERVENȚIE PSIHOLOGICĂ PENTRU DIMINUAREA ANXIETĂȚII, A NIVELULUI MANIFESTĂRII SCHEMELOR COGNITIVE DEZADAPTATIVE ȘI A TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT ALIMENTAR LA ADOLESCENȚII CU DIABET ZAHARAT TIP 1

3.1. Relevanța intervenției psihologice în cazul adolescenților cu diabet zaharat tip 1 109

3.2. Descrierea *Programului de intervenție psihologică* la adolescenții cu diabet zaharat de tip 1 114

3.3. Evaluarea impactului *Programului de intervenție psihologică* de grup în cadrul diabetului zaharat tip 1 121

3.4. Analiza studiului de caz 146

3.5. Concluzii la capitolul 3 162

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI 163

BIBLIOGRAFIE 167

ANEXE **190**

Anexa 1. Inventarul tulburărilor de comportament alimentar EDI-3 FT elaborat de D.M. Garner (Garner, 2010) 190

Anexa 2. Chestionar de identificare a nivelului anxietății școlare elaborat de B.N. Philips (Philips, 1978) 192

Anexa 3. Chestionarul schemelor cognitive Young – forma scurtă YSQ-S3R (Trip, 2006). 194

Anexa 4. „Harta de externalizare nr. 1" (White, 2007) 208

Anexa 5. „Harta de externalizare nr. 2" (White, 2007) 209

Anexa 6. Fișa de lucru „Dialogul socratic" 210

Anexa 7. Tehnica „Gânduri, emoții, acțiuni" 212

Anexa 8. Studiul de caz „Ana". Interviu preliminar 215

Anexa 9. Fișa „Jurnalul gândurilor" (David, 2017) 216

Anexa 10. Exemplu de aplicare a tehnicii „Dialogul socratic" 217

Anexa 11. Exemplu de dialog „Harta de externalizare nr. 2" 218

Anexa 12. Scrisoare de compasiune adresată corpului 219

Anexa 13. Scrisoare de compasiune adresată diabetului 220

Anexa 14. Tehnica „Identificarea episodului unic" în dezvoltarea stimei de sine 221

Anexa 15. Rezultatele testului t pentru eșantioane independente ale diferenței indicatorilor comportamentali dintre adolescenții diabetici și cei fără diabet zaharat tip 1 222

Declarația privind asumarea răspunderii 223

CURRICULUM VITAE **224**

ADNOTARE

Condrea Victoria, „Particularități psihologice ale tulburărilor de comportament alimentar la adolescenții cu diabet zaharat tip 1”, Teză de doctor în psihologie, Chișinău 2025

Structura tezei: introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 272 de titluri, 15 anexe, 165 de pagini de text de bază, 64 figuri și 22 tabele. Rezultatele obținute sunt reflectate în 12 lucrări științifice publicate.

Cuvinte-cheie: adolescent, diabet zaharat tip 1, tulburare de comportament alimentar, anxietate, schemă cognitivă dezadaptativă, indicatori comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar.

Scopul cercetării: identificarea particularităților psihologice manifestate în tulburările de comportament alimentar la adolescenții cu diabet zaharat tip 1, determinarea relației dintre aceste tulburări cu anxietatea și schemele cognitive dezadaptative, precum și elaborarea unui program de intervenție psihologică în vederea ameliorării indicatorilor asociați tulburărilor de comportament alimentar, anxietății și schemelor cognitive dezadaptative.

Obiectivele cercetării: 1) Analiza și sinteza literaturii de specialitate cu referire la particularitățile psihologice asociate tulburărilor de comportament alimentar în perioada adolescentină în general și adolescenților cu diabet zaharat tip 1 în particular. 2) Identificarea particularităților manifestării anxietății și schemelor cognitive dezadaptative la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 cu tulburări de comportament alimentar și analiza comparativă a acestor variabile la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 și adolescenții fără diabet zaharat tip 1. 3) Stabilirea gradului de corelare a schemelor cognitive dezadaptative și a anxietății cu indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar. 4) Elaborarea profilurilor psihologice ale adolescenților diabetici cu și fără tulburare de comportament alimentar. 5) Elaborarea unui program de intervenție psihologică în scopul ameliorării indicatorilor asociați tulburărilor de comportament alimentar, anxietății și schemelor cognitive dezadaptative. 6) Validarea și evaluarea eficienței *Programului de intervenție psihologică* destinat ameliorării indicatorilor asociați tulburărilor de comportament alimentar prin diminuarea anxietății și schemelor cognitive dezadaptative,

Rezultatele obținute: Studiul a identificat tipul de relații dintre particularitățile tulburărilor de comportament alimentar la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 si manifestarea anxietății si schenelor cognitive dezdaptative. A fost determinată frecvența tulburărilor de comportament alimentar în cazult adolescenților cu diabet zaharat tip 1 și fără și s-au analizat particularitățile psihologice ale anxietății și schemelor cognitive dezadaptative la această categorie de subiecți. De asemenea, cercetarea a propus un program de intervenție psihologică centrat pe reducerea anxietății și a schemelor cognitive dezadaptative.

Noutatea și originalitatea științifică: În cadrul contextului din Republica Moldova, această cercetare reprezintă una dintre puținele care reflectă aspecte psihologice legate de tulburările de comportament alimentar, anxietate și scheme cognitive dezadaptative în rândul adolescenților cu diabet zaharat tip 1. Originalitatea rezidă în elaborarea unui profil psiho-emoțional detaliat și dezvoltarea unui program de intervenție psihologică.

Semnificația teoretică a lucrării vizează cunoștințele științifice obținute despre natura psihologică a tulburărilor de comportament alimentar la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 și caracteristicile esențiale ale acestora în raport cu alte tulburări psihologice. Studiul a oferit perspective noi asupra anxietății și schemelor cognitive dezadaptative, evidențiind modul în care aceste elemente psihologice corelează cu indicatorii comportamentali ai acestor tulburări la adolescenții cu diabet zaharat tip 1.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în elaborarea ”Profilului psihologic teoretic al adolescentului cu diabet zaharat tip 1” și ”Profilului psihologic teoretic al adolescentului cu diabet zaharat tip 1 și tulburare de comportament alimentar”, implementarea și validarea unui program de intervenție psihologică orientat spre ameliorarea nivelului de anxietate și gradului de manifestare a schemelor cognitive dezadaptative la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 și tulburări de comportament alimentar, care poate fi utilizat în activitatea psihologului clinician. Acest program poate fi utilizat în cadrul serviciilor de asistență medicală și psihologică, având un efect benefic asupra gestionării diabetului și îmbunătățirii sănătății mintale a acestor adolescenți. De asemenea, lucrarea promovează un set de recomandări practice privind eficientizarea activităților de asistență psihologică pentru adolescenții cu diabet zaharat tip 1 și tulburări de comportament alimentar.

Implementarea rezultatelor științifice: *Programul de intervenție psihologică* elaborat a fost implementat în activitatea profesională în cadrul ședințelor de consiliere psihologică și psihoterapie individuală cu adolescenții cu diabet zaharat tip 1 și în cadrul predării cursurilor universitare Psihologia sănătății, Consiliere clinică, Terapii cognitiv comportamentale, Consiliere psihologică, Terapii narative și pozitive.

ANNOTATION

Condrea Victoria, „Psychological Characteristics of Eating Disorders in Adolescents with Type 1 Diabetes”, Doctoral Thesis in Psychology, Chisinau 2025

Thesis structure: Introduction, 3 chapters, general conclusions and recommendations, bibliography with 272 titles, 15 appendices, 165 pages of main text, 64 figures, and 22 tables. The results are published in 12 scientific papers.

Keywords: adolescent, type 1 diabetes, eating disorder, anxiety, maladaptive cognitive schema, behavioral indicators of eating disorders, behavioral indicators of eating disorders.

Research purpose: Identifying the psychological particularities manifested in eating disorders in adolescents with type 1 diabetes, determining the relationship between these disorders, anxiety, and maladaptive cognitive schemas, as well as developing a psychological intervention program aimed at improving the indicators associated with eating disorders, anxiety, and maladaptive cognitive schemas.

Research objectives: 1) Analyzing and synthesizing specialized literature regarding the psychological particularities associated with eating disorders in adolescence in general and in adolescents with type 1 diabetes in particular. 2) Identifying the particularities of anxiety and maladaptive cognitive schemas in adolescents with type 1 diabetes and eating disorders and conducting a comparative analysis of these variables in adolescents with and without type 1 diabetes. 3) Establishing the correlation between maladaptive cognitive schemas, anxiety, and the behavioral indicators of eating disorders. 4) Developing psychological profiles of diabetic adolescents with and without eating disorders. 5) Designing a psychological intervention program to improve the indicators associated with eating disorders, anxiety, and maladaptive cognitive schemas. 6) Validating and evaluating the effectiveness of the psychological intervention program in reducing anxiety and maladaptive cognitive schemas associated with eating disorders.

Results: The study identified the types of relationships between the particularities of eating disorders in adolescents with type 1 diabetes and the manifestation of anxiety and maladaptive cognitive schemas. The research determined the prevalence of eating disorders among adolescents with and without type 1 diabetes and analyzed the psychological particularities of anxiety and maladaptive cognitive schemas in this population. Additionally, the study proposed a psychological intervention program focused on reducing anxiety and maladaptive cognitive schemas.

Scientific novelty and originality: In the context of the Republic of Moldova, this research is one of the few that examines the psychological aspects of eating disorders, anxiety, and maladaptive cognitive schemas in adolescents with type 1 diabetes. The originality lies in the development of a detailed psycho-emotional profile and the creation of a psychological intervention program.

Theoretical significance: The research contributes to the scientific understanding of the psychological nature of eating disorders in adolescents with type 1 diabetes and their essential characteristics in relation to other psychological disorders. The study offers new perspectives on anxiety and maladaptive cognitive schemas, highlighting how these psychological elements correlate with the behavioral indicators of these disorders in adolescents with type 1 diabetes.

Practical value: The study develops the “Theoretical Psychological Profile of the Adolescent with Type 1 Diabetes” and the “Theoretical Psychological Profile of the Adolescent with Type 1 Diabetes and Eating Disorder.” Additionally, it implements and validates a psychological intervention program aimed at reducing anxiety and maladaptive cognitive schemas in adolescents with type 1 diabetes and eating disorders, which can be used in clinical psychology practice. This program can be applied within medical and psychological assistance services, contributing to better diabetes management and mental health improvement for these adolescents. Furthermore, the study provides practical recommendations for optimizing psychological support activities for adolescents with type 1 diabetes and eating disorders.

Implementation of scientific results: The developed psychological intervention program has been implemented in professional practice during psychological counseling and individual psychotherapy sessions with adolescents with type 1 diabetes, as well as in university courses such as Health Psychology, Clinical Counseling, Cognitive Behavioral Therapies, Psychological Counseling, and Narrative and Positive Therapies.

АННОТАЦИЯ

Кондря Виктория. "Психологические особенности нарушений пищевого поведения у подростков с сахарным диабетом 1 типа". Диссертация на соискание степени доктора психологии. Кишинёв, 2025.

Структура диссертации. Диссертация состоит из введения, 3 глав, общих выводов и рекомендаций, библиографии из 272 наименований, 15 приложений, 164 страницы основного текста, 64 рисунков и 22 таблиц. Полученные результаты опубликованы в 12 научных статьях.

Ключевые слова: подросток, сахарный диабет 1 типа, расстройства пищевого поведения, тревожность, дисфункциональная когнитивная схема, поведенческие показатели нарушений пищевого поведения.

Цель исследования: Определение психологических особенностей, проявляющихся при расстройствах пищевого поведения у подростков с сахарным диабетом 1 типа, выявление связи между этими расстройствами, тревожностью и дезадаптивными когнитивными схемами, а также разработка психологической программы вмешательства с целью улучшения показателей, связанных с расстройствами пищевого поведения, тревожностью и дезадаптивными когнитивными схемами.

Задачи исследования: 1) Анализ и обобщение специализированной литературы по психологическим особенностям расстройств пищевого поведения в подростковом возрасте в целом и у подростков с сахарным диабетом 1 типа в частности. 2) Определение особенностей тревожности и дезадаптивных когнитивных схем у подростков с сахарным диабетом 1 типа и расстройствами пищевого поведения, а также сравнительный анализ этих переменных у подростков с диабетом 1 типа и без него. 3) Установление степени корреляции между дезадаптивными когнитивными схемами, тревожностью и поведенческими показателями расстройств пищевого поведения. 4) Разработка психологических профилей подростков с диабетом с расстройствами пищевого поведения и без них. 6) Создание психологической программы вмешательства, направленной на улучшение показателей, связанных с расстройствами пищевого поведения, тревожностью и дезадаптивными когнитивными схемами. Валидация и оценка эффективности психологической программы вмешательства, предназначенной для снижения тревожности и дезадаптивных когнитивных схем, связанных с расстройствами пищевого поведения.

Полученные результаты Исследование выявило типы взаимосвязей между особенностями расстройств пищевого поведения у подростков с сахарным диабетом 1 типа, тревожностью и дезадаптивными когнитивными схемами. Определена распространенность расстройств пищевого поведения среди подростков с диабетом 1 типа и без него, а также проведён анализ психологических особенностей тревожности и дезадаптивных когнитивных схем у данной категории испытуемых. В рамках исследования была предложена программа психологического вмешательства, направленная на снижение тревожности и дезадаптивных когнитивных схем.

Научная новизна и оригинальность: В контексте Республики Молдова данное исследование является одним из немногих, рассматривающих психологические аспекты расстройств пищевого поведения, тревожности и дезадаптивных когнитивных схем у подростков с сахарным диабетом 1 типа. Оригинальность заключается в разработке детального психоэмоционального профиля и создании программы психологического вмешательства.

Теоретическая значимость исследования: Исследование расширяет научные знания о психологической природе расстройств пищевого поведения у подростков с сахарным диабетом 1 типа и их основных характеристиках в сравнении с другими психологическими расстройствами. Работа предлагает новые перспективы в изучении тревожности и дезадаптивных когнитивных схем, выявляя их связь с поведенческими показателями расстройств пищевого поведения у подростков с диабетом 1 типа.

Практическая значимость исследования: В исследовании разработаны «Теоретический психологический профиль подростка с сахарным диабетом 1 типа» и «Теоретический психологический профиль подростка с сахарным диабетом 1 типа и расстройством пищевого поведения». Внедрена и подтверждена эффективность программы психологического вмешательства, направленной на снижение тревожности и выраженности дезадаптивных когнитивных схем у подростков с сахарным диабетом 1 типа и расстройствами пищевого поведения, что делает её применимой в практике клинических психологов. Данная программа может использоваться в медицинских и психологических службах, способствуя лучшему управлению диабетом и улучшению психического здоровья подростков. Кроме того, работа предлагает практические рекомендации по оптимизации психологической поддержки подростков с сахарным диабетом 1 типа и расстройствами пищевого поведения.

Внедрение научных результатов: Разработанная программа психологического вмешательства была внедрена в профессиональную деятельность в рамках психологического консультирования и индивидуальной психотерапии подростков с сахарным диабетом 1 типа, а также в процессе преподавания университетских курсов «Психология здоровья», «Клиническое консультирование», «Когнитивно-поведенческая терапия», «Психологическое консультирование», «Нарративные и позитивные терапии».

LISTA ABREVIERILOR

AB – Abandon/Instabilitate;
AS – căutarea aprobării / recunoaștere;
DAWN2 – Studiul Atitudini, Dorințe și Nevoi în Diabet – 2;
DEPS-R – Chestionarul revizuit pentru probleme de alimentație asociate diabetului;
DI – dependență/incompetență;
DS – defect/rușine;
DSM-IV – Manualul de Diagnosticare și Statistică al Tulburărilor Mentale (a IV-a ediție);
DSM-V – Manualul de Diagnosticare și Statistică al Tulburărilor Mentale (a V-a ediție);
DZt1 – diabet zaharat tip 1;
EAT – Testul de atitudini alimentare;
ED – deprivare emoțională;
EDEQ – Chestionarul de examinare a tulburărilor alimentare;
EDI – Inventarul tulburărilor alimentare;
EDI-3 – Inventarul tulburărilor de comportament alimentar – 3;
EI – inhibiție emoțională;
EM – protecționism / ego infantil;
ET – grandomanie;
FA – eșec;
ICD-10 – Manualul Clasificării Internaționale a Bolilor;
IMC – indicele masei corporale;
IS – autocontrol / autodisciplină insuficientă;
MA – neîncredere/abuz;
NP – negativism/pasivitate;
PU – penalizare;
SB – subjugare/revendicare;
SCD – scheme cognitive dezadaptative;
SEEDS – Chestionarul pentru tulburări alimentare severe și persistente;
SI – izolare socială / înstrăinare;
SS – auto-sacrificiu;
TA – tulburare de anxietate;
TCA – tulburări de comportament alimentar;
TCC – terapie cognitiv-comportamentală;
TDC – tulburare dismorfică corporală;
US – standarde nerealiste / hipercriticism;
VH – vulnerabilitate la rău și boală;
YSQ-S3R – Chestionarul schemelor cognitive Young – *forma scurtă*.

LISTA FIGURILOR

Fig. 1.1. Profilul psihologic teoretic al adolescentului cu diabet zaharat tip 1 (*contribuție proprie*)
Fig. 1.2. Model multidimensional al patogenezei TCA
Fig. 1.3. Componente teoretice ale modelului căii duale
Fig. 1.4. Modelul „transdiagnostic" al TCA: abordare cognitiv-comportamentală
Fig. 1.5. Un model de anorexie nervoasă centrat pe recompensă
Fig. 1.6. Model transteoretic al tulburărilor de comportament alimentar
Fig. 1.7. Probleme legate de alimentație și continuum corporal (adaptat după Smiley, King & Avey, 1997 citat de Stice (Stice, 2001))
Fig. 1.8. Profilul psihologic teoretic al adolescentului cu diabet zaharat tip 1 și tulburare de comportament alimentar (*contribuție proprie*)
Fig. 2.1. Distribuția subiecților lotului diabetic conform duratei bolii
Fig. 2.2. Distribuția rezultatelor privind nivelul *Nemulțumirii față de corp* la grupul experimental cu DZt1 și fără DZt1
Fig. 2.3. Organizarea grupului experimental cu DZt1 și a celui fără DZt1, conform absenței sau prezenței tulburării de comportament alimentar
Fig. 2.4. Valorile medii ale nivelului schemelor cognitive dezadaptative la adolescenții cu DZt1 cu și fără tulburare de comportament alimentar și adolescenții fără DZt1 cu tulburare de comportament alimentar
Fig. 2.5. Repartizarea subiecților cu DZt1 și tulburare de comportament alimentar pe nivele ale manifestării variabilelor anxietății
Fig. 2.6. Valorile medii ale variabilelor anxietății dezadaptative la adolescenții cu DZt1 cu și fără tulburare de comportament alimentar și la adolescenții fără DZt1 cu tulburare de comportament alimentar
Fig. 2.7. Profilul psihologic al adolescentului cu DZt1 cu tulburare de comportament alimentar
Fig. 3.1. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Nemulțumire față de corp"
Fig. 3.2. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Nemulțumire față de corp"
Fig. 3.3. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Bulimie"
Fig. 3.4. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Bulimie"
Fig. 3.5. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Dorința de a fi slab"
Fig. 3.6. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Dorința de a fi slab"
Fig. 3.7. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Deprivare emoțională"
Fig. 3.8. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Deprivare emoțională"
Fig. 3.9. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Abandon/instabilitate"
Fig. 3.10. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Abandon/instabilitate"
Fig. 3.11. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Neîncredere/abuz"
Fig. 3.12. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Neîncredere/abuz"
Fig. 3.13. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Izolare socială/înstrăinare"
Fig. 3.14. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Izolare socială/înstrăinare"

Fig. 3.15. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Defect/rușine”
Fig. 3.16. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Defect/rușine”
Fig. 3.17. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Eșec”
Fig. 3.18. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Eșec”
Fig. 3.19. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Dependență/incompetență”
Fig. 3.20. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Dependență/incompetență”
Fig. 3.21. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Vulnerabilitate la rău și boală”
Fig. 3.22. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Vulnerabilitate la rău și boală”
Fig. 3.23. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Protecționism / ego infantil”
Fig. 3.24. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Protecționism / ego infantil”
Fig. 3.25. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Subjugare revendicare”
Fig. 3.26. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Subjugare revendicare”
Fig. 3.27. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Auto-sacrificiu”
Fig. 3.28. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Auto-sacrificiu”
Fig. 3.29. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Inhibiție emoțională”
Fig. 3.30. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Inhibiție emoțională”
Fig. 3.31. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Standarde nerealiste/hipercriticism”
Fig. 3.32. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Standarde nerealiste / hipercriticism”
Fig. 3.33. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Grandomanie”
Fig. 3.34. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Grandomanie”
Fig. 3.35. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Autocontrol / autodisciplină insuficientă”
Fig. 3.36. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Autocontrol / autodisciplină insuficientă”
Fig. 3.37. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Căutarea aprobării / recunoaștere”
Fig. 3.38. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Căutarea aprobării / recunoaștere”
Fig. 3.39. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Negativism/pasivitate”
Fig. 3.40. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Negativism/pasivitate”
Fig. 3.41. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Penalizare”
Fig. 3.42. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Penalizare”
Fig. 3.43. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Anxietate generală”
Fig. 3.44. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Anxietate generală”
Fig. 3.45. Nivelul anxietății pre-intervenție
Fig. 3.46. Nivelul de manifestare a schemelor cognitive dezadaptative pre-intervenție
Fig. 3.47. Nivelul indicatorilor comportamentali ai tulburări de comportament alimentar
Fig. 3.48. Evoluția nivelului anxietății la etapele pre-test/post-test
Fig. 3.49. Evoluția nivelului riscului dezvoltării unei tulburări de comportament alimentar etapele pre-test/post-test

LISTA TABELELOR

Tabelul 1.1. Studii privind legătura dintre schemele cognitive dezadaptative și tulburările de comportament alimentar

Tabelul 2.1. Distribuția rezultatelor privind nivelul comportamentului bulimic la grupul experimental cu DZt1 și la cel fără DZt1

Tabelul 2.2. Media valorii scalei „Comportament bulimic" pentru grupul experimental cu DZt1 și cel fără DZt1

Tabelul 2.3. Distribuția rezultatelor privind nivelul Nemulțumirii față de corp la grupul experimental cu DZt1 și la cel fără DZt1

Tabelul 2.4. Media valorii scalei „Nemulțumire față de corp" pentru grupul experimental cu DZt1 și cel fără DZt1

Tabelul 2.5. Distribuția rezultatelor privind nivelul Dorinței de a fi slab la grupul experimental cu DZt1 și la cel fără DZt1

Tabelul 2.6. Media valorii scalei „Dorința de a fi slab" pentru grupul experimental cu DZt1 și cel fără DZt1

Tabelul 2.7. Distribuția rezultatelor privind nivelul SCRTCA la grupul experimental cu DZt1 și la cel fără DZt1

Tabelul 2.8. Media valorii scalei „SCRTCA" pentru grupul experimental cu DZt1 și cel fără DZt1

Tabelul 2.9. Valorile medii ale nivelului schemelor cognitive dezadaptative la adolescenții cu DZt1 cu tulburare de comportament alimentar

Tabelul 2.10. Diferențele de medie ale nivelului schemelor cognitive dezadaptative dintre adolescenții cu DZt1 cu și fără tulburări de comportament alimentar

Tabelul 2.11. Diferențele de medie ale nivelului schemelor cognitive dezadaptative dintre adolescenții cu DZt1 cu tulburare de comportament alimentar și adolescenții fără DZt1 cu tulburare de comportament alimentar

Tabelul 2.12. Valorile medii ale nivelului variabilelor anxietății la adolescenții cu DZt1 cu tulburare de comportament alimentar

Tabelul 2.13. Diferențele de medie ale nivelului anxietății dintre adolescenții DZt1 cu și fără tulburări de comportament alimentar

Tabelul 2.14. Diferențele de medie ale nivelului anxietății dintre adolescenții cu DZt1 cu tulburare de comportament alimentar și adolescenții fără DZt1 cu tulburare de comportament alimentar

Tabelul 2.15. Valorile corelației dintre anxietate și indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar

Tabelul 2.16. Valorile corelației dintre schemele cognitive dezadaptative și indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar

Tabelul 2.17. Valorile corelației dintre vârstă, durata bolii și indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar

Tabelul 3.1. Program de intervenție pentru adolescenți cu diabet zaharat tip 1

Tabelul 3.2. Valorile pre-test/post-test ale indicatorilor comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar

Tabelul 3.3. Prezentarea datelor statistice la etapa pre-test/post-test privind manifestarea schemelor cognitive

Tabelul 3.4. Evoluția scorurilor schemelor cognitive dezadaptative pre-test/post-test

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța temei studiate. Tulburările de comportament alimentar (TCA), prezente în diverse patologii, devin o provocare semnificativă în diabetul zaharat tip 1 (DZt1), afectând atât aspectele fizice, cât și cele psihologice. În contextul diabetului, cerințele stricte ale regimului alimentar pot genera stres psihologic, condiționând atitudini neconstructive. Important de menționat este faptul că, în prezent, observațiile clinice, epidemiologice și studiile științifice vizând persoanele cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) indică posibilitatea unui risc crescut de apariție a tulburărilor de comportament alimentar (TCA) în acest grup de subiecți, comparativ cu populația per ansamblu. Diabetul zaharat tip 1 (DZt1) este o afecțiune cronică caracterizată prin deteriorarea parțială sau totală a celulelor beta ale insulelor pancreatice, care are ca rezultat incapacitatea progresivă de a sintetiza insulina. Scopul tratamentului diabetului este de a controla nivelul glucozei (cu dietă, exerciții fizice, medicamente care cresc secreția insulinei sau insulină cu acțiune scurtă sau lungă) și, în consecință, asigurând furnizarea de energie la celule. Acești subiecți se confruntă cu stigmatizare și anxietate, aceste fapte contribuind la relații negative cu alimentația. Prin practica clinică, se evidențiază imperativul formării unei atitudini constructive față de comportamentul alimentar, transcendând abordarea strict biomedicală. Educația și suportul psihologic devin esențiale, ajutând la gestionarea emoțiilor legate de dieta specifică diabetului. În acest context, intervențiile psihologice și consilierea devin instrumente cruciale. Lucrarea propusă explorează conexiunile profunde dintre diabetul zaharat tip 1 (DZt1) și tulburările de comportament alimentar (TCA), subliniind necesitatea abordării psihologice pentru îmbunătățirea adaptării și calității vieții acestei categorii de beneficiari. Într-o societate în evoluție, unde sănătatea mintală și fizică sunt interconectate, această perspectivă integrată asigură îngrijire adecvată și o abordare completă pentru subiecții cu DZt1.

Identificarea particularităților psihologice cu statut de factori de risc ai tulburărilor de comportament în diabetul zaharat tip 1 este de o importantă utilitate practică, deoarece permite instituirea unor intervenții țintite pentru prevenirea sau diminuarea debutului TCA și scăderea incidenței spitalizărilor și complicațiilor somatice în acest grup cu risc ridicat. În studiul nostru, remarcăm că am abordat în calitate de particularități psihologice anxietatea și schemele cognitive dezadaptative din considerentul că în practică se întâlnesc frecvente cazuri în care subiecții manifestă o comorbiditate înaltă dintre anxietate, scheme cognitive dezadaptative și tulburări de comportament alimentar.

Deși dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar poate fi influențată și de alte variabile (bunăoară perfecționismul, tulburările depresive, tulburările de personalitate), decizia

de a ne centra pe anxietate și scheme cognitive dezadaptative se argumentează prin frecvența lor ridicată la persoanele cu diabet și prin impactul acestora asupra comportamentului alimentar. În literatura de specialitate, anxietatea și schemele cognitive dezadaptative sunt factori de risc mai bine documentați și corelați cu disfuncțiile alimentare în cazul adolescenților cu diabet. Influența altor factori, deși importantă, este una indirectă sau specifică anumitor grupuri de adolescenți, ceea ce nu justifică includerea lor în acest studiu focalizat pe legătura clară între anxietate, cogniții dezadaptative și comportamentele alimentare. Astfel, alegerea variabilelor anxietate și scheme cognitive dezadaptative este fundamentată de importanța lor în dezvoltarea și menținerea tulburărilor de comportament alimentar la adolescenții cu DZt1, oferindu-ne o direcție clară pentru intervenții psihologice personalizate care să reducă riscul acestor tulburări și să îmbunătățească calitatea vieții subiecților studiați.

Creșterea rapidă a cazurilor de diabet zaharat tip 1 reprezintă una dintre cele mai stringente probleme ale secolului al XXI-lea, fiind o povară pentru sistemul de sănătate atât la nivel global, internațional, cât și național. Relația de cauzalitate a DZt1 la adolescenți, TCA și factorii de risc psihologici sunt insuficient studiați, astfel am fost motivați să optăm pentru această temă de cercetare. Motivația de a crea un plan de intervenție vine din carența în abordarea psihologică intraspitalicească.

Încadrarea temei de cercetare în preocupările internaționale, naționale, zonale ale colectivului de cercetare și în contextul inter- și transdisciplinar, prezentarea rezultatelor cercetărilor anterioare. Tulburările de comportament alimentar la persoanele cu diabet zaharat tip 1 reprezintă o problemă de sănătate complexă și semnificativă, atât la nivel internațional, precum și în Republica Moldova. Înțelegerea fenomenului tulburărilor de comportament alimentar (TCA) în rândul persoanelor cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) a evoluat de-a lungul deceniilor, datorită cercetărilor extensive și aprofundate realizate în mapamond. Aceste studii au identificat legături importante între anxietate, schemele cognitive dezadaptative (SCD) și comportamentele alimentare patologice la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1), subliniind necesitatea unei abordări holistice în tratarea și gestionarea acestei categorii de populație vulnerabile. Primele cercetări în domeniul tulburărilor de comportament alimentar (TCA) la persoanele cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) au apărut în anii 1970 și 1980, când studii de caz au început să descrie comorbiditatea dintre aceste două patologii, în special în rândul tinerelor femei. Aceste studii inițiale au fost realizate predominant în Statele Unite și Marea Britanie, constituind piatră de temelie pentru investigațiile ulterioare. Un aspect remarcabil al acestor studii a fost identificarea restricționării sau omiterii insulinei ca metodă de control a greutății, o practică cu consecințe severe pentru sănătatea subiecților (Steel et al., 1987; Striegel-Moore et al., 1992). Unul dintre primele

studii importante în acest domeniu a fost realizat de Steel și colab. (1987) în Marea Britanie. Acesta a raportat o prevalență de 7% a tulburărilor de comportament alimentar (TCA) într-un eșantion de 208 de tinere cu diabet zaharat tip 1 (DZt1), comparativ cu 2% la cei fără diabet. În contrast, un studiu realizat de Striegel-Moore și colab. (1992) în SUA a constatat o frecvență minimă a tulburărilor de comportament alimentar (TCA) la 46 de fete adolescente cu diabet zaharat tip 1 (DZt1), indicând variabilitatea rezultatelor în funcție de populația studiată și metodologia utilizată. Fairburn și colab. (1991) au observat că, deși omisiunea insulinei era relativ frecventă, prevalența tulburărilor de comportament alimentar (TCA) nu era mai mare în rândul persoanelor cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) comparativ cu grupul de control.

O contribuție semnificativă la înțelegerea tulburărilor de comportament alimentar (TCA) în diabetul zaharat tip 1 (DZt1) a fost adusă de Jones și colab. (2000). Studiul dat a arătat că fetele cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) aveau o probabilitate de 2,4 ori mai mare de a dezvolta o tulburare de comportament alimentar (TCA) manifestată clinic și de 1,9 ori mai frecvent să se angajeze într-o tulburare de comportament alimentar (TCA) subclinică față de grupul de control. Rezultatele acestui studiu au catalizat o serie de investigații mai consistente și metodologic mai vaste, recurgând la instrumente de psihodiagnostic ajustate pentru contextul diabetului zaharat.

În ultimele două decenii, cercetările s-au extins și diversificat, incluzând studii din diverse regiuni geografice. Studiile recente din Europa au contribuit semnificativ la înțelegerea aspectelor psihologice ale gestionării diabetului zaharat tip 1 (DZt1) la adolescenți. Aceste investigații, realizate în varia țări, subliniază importanța integrării suportului psihologic în managementul diabetului pentru a îmbunătăți rezultatele pentru adolescenți. În 2004, un studiu esențial realizat de Colton și colab. în Marea Britanie a explorat comportamentele alimentare perturbate și tulburările alimentare la fetele preadolescente și adolescente cu diabet zaharat tip 1 (DZt1). Cercetarea în cauză a constatat că adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) sunt expuși unui risc mai mare de a dezvolta tulburări alimentare comparativ cu colegii lor fără diabet, subliniind necesitatea unei conștientizări crescute și a screeningului în cadrul acestei populații (Colton, Olmsted, Daneman, Rydall & Rodin, 2004).

În 2008, un studiu realizat de Naughton și colab. în Marea Britanie a evaluat calitatea vieții vizând sănătatea la copiii și adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1). Aplicând *Chestionarul pediatric de calitate a vieții*, studiul a relevat că adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) au raportat scoruri mai scăzute ale calității vieții, în special în ceea ce privește funcționarea emoțională și socială. Cercetătorii au subliniat necesitatea unor abordări de tratament holistic care să includă îngrijire psihologică pentru a îmbunătăți bunăstarea generală (Naughton et al., 2008).

În 2011, un studiu norvegian realizat de Haugstvedt și colab. a examinat stresul emoțional și povara percepută a familiei în rândul părinților copiilor cu diabet zaharat tip 1 (DZt1). Cercetarea a constatat că grupurile de suport între egali au adus beneficii psihologice semnificative pentru adolescenți, inclusiv reducerea sentimentelor de izolare și îmbunătățirea strategiilor de coping. Autorii au susținut includerea programelor de suport între egali în monitorizarea completă a diabetului (Haugstvedt, Wentzel-Larsen, Rokne & Graue, 2011).

În a. 2014, Helgeson și colab. au realizat în Danemarca un studiu axat pe dinamica familială și managementul diabetului la adolescenți. Această cercetare a demonstrat că mediile familiale de suport sunt esențiale pentru un management eficient al diabetului. Adolescenții care au raportat niveluri ridicate de suport familial au avut un control glicemic mai bun și mai puține complicații legate de diabet, ceea ce a determinat cercetătorii să recomande intervenții bazate pe familie pentru a spori sistemele de suport pentru adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) (Helgeson, Reynolds, Siminerio, Escobar & Becker, 2014).

În anul următor, în 2015, Hagger și colab. în Germania au revizuit stresul legat de diabet în rândul adolescenților cu diabet zaharat tip 1 (DZt1). Această revizuire sistematică a identificat niveluri ridicate de anxietate și depresie în rândul adolescenților cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) comparativ cu colegii lor fără diabet. Studiul a subliniat importanța screeningului regulat al sănătății mentale ca parte a îngrijirii de rutină a diabetului pentru a aborda aceste provocări psihologice devreme (Hagger, Hendrieckx, Sturt, Skinner & Speight, 2015).

În 2016, un alt studiu semnificativ din Suedia realizat de Jaser și colab. s-a centrat pe anxietate și depresie la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1). Studiul a confirmat că acești adolescenți au rate mai ridicate de anxietate și depresie comparativ cu colegii lor fără diabet. Autorii au sugerat că îngrijirea sănătății mentale ar trebui integrată în managementul diabetului pentru a ajuta adolescenții să facă față poverii psihologice a afecțiunii lor (Jaser, Faulkner, Whittemore & Grey, 2016).

Mai recent, în 2017, Hood și colab. au realizat cercetări în Germania asupra relației dintre stresul psihologic și controlul glicemic la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1). Studiul a constatat că nivelurile ridicate de stres psihologic au fost asociate cu un control glicemic mai slab, subliniind necesitatea includerii suportului psihologic ca parte de rutină a îngrijirii diabetului pentru a îmbunătăți rezultatele asupra sănătății (Hood, Beavers, Tucker & Rausch, 2017).

Iar, în a. 2018, un studiu realizat de Wisting și colab. în Spania a evaluat eficacitatea terapiei comportamentale cognitive (CBT) pentru adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) și tulburări alimentare. Rezultatele atestă că intervențiile CBT au redus semnificativ simptomele de anxietate și depresie și au îmbunătățit calitatea generală a vieții. Cercetătorii au recomandat

integrarea CBT în protocoalele standard de îngrijire a diabetului pentru a aborda nevoile psihologice ale adolescenților cu diabet zaharat tip 1 (Wisting, Johnson & Skrivarhaug, 2018).

Aceste studii subliniază colectiv rolul crucial al suportului psihologic în gestionarea diabetului zaharat tip 1 (DZt1) la adolescenți în întreaga Europa. Ele susțin o abordare cuprinzătoare a îngrijirii care include intervenții în sănătatea mentală pentru a îmbunătăți atât sănătatea psihologică, cât și cea fizică a adolescenților care suportă diabet zaharat tip 1 (DZt1).

În Republica Moldova, numărul de cazuri de diabet zaharat la adulți este de 417,8 cazuri la 10 mii populație, la copii – 7,4 la 10 mii populație. Anual, sunt înregistrate 10 833 de cazuri, dintre care 10 755 la adulți și 78 la copii. Numărul de cazuri noi la adulți este de 37,4 cazuri la 10 mii populație și copii – 1,2 la 10 mii populație (Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, 2021).

În contextul local, cercetările privind tulburările de comportament alimentar (TCA) la persoanele cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) în Republica Moldova sunt încă limitate. Studiile existente abordează în profunzime aspecte tangențiale problematicii studiului nostru. De exemplu, în cercetările care investighează anxietatea la adolescenți și preadolescenți, factor care poate contribui semnificativ la dezvoltarea tulburărilor alimentare (Racu, 2012, 2019, 2023), se accentuează rolul anxietății în conturarea comportamentelor dezadaptative. De asemenea, studiile care analizează tulburările alimentare la adolescente subliniază necesitatea de a înțelege interacțiunea complexă dintre anxietate, perfecționism și comportamentele alimentare patologice (Racu, Bivol, 2019). Alte cercetări evidențiază dimensiunile perfecționismului și impactul acestuia asupra bulimiei la adolescenți, aspecte esențiale și pentru persoanele cu DZt1 (Cerlat, Angheluță, 2022). Totodată, studiile privind aplicarea terapiei cognitive comportamentale în bulimia nervoasă la tineri oferă un model de intervenție ce poate fi util și pentru adolescenții cu DZt1, ajutându-i să își gestioneze mai bine comportamentele alimentare patologice (Glavan, Rusu, 2018).

Totuși, importanța unei abordări holistice, care să ia în considerare atât aspectele medicale, cât și cele psihologice ale tulburărilor de comportament alimentar (TCA) la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1), este evidentă. Înțelegerea interacțiunii complexe dintre anxietate, scheme cognitive dezadaptative (SCD) și comportamente alimentare patologice este esențială pentru îmbunătățirea sănătății mentale și a calității vieții acestor adolescenți.

Astfel, este imperativ să se dezvolte intervenții terapeutice adecvate și să se promoveze conștientizarea tulburărilor de comportament alimentar (TCA) în comunitățile clinice și de cercetare din Republica Moldova. O abordare interdisciplinară și transdisciplinară este necesară pentru a aborda eficient această problemă de sănătate publică, asigurând o îngrijire completă și eficientă pentru adolescenții afectați de diabet zaharat tip 1 (DZt1).

Problema centrală identificată constă în faptul că, în ciuda asocierii documentate între diabetul zaharat tip 1 (DZt1) și riscul crescut de dezvoltare a tulburărilor de comportament alimentar (TCA), această relație nu a fost investigată suficient în Republica Moldova. Deși există o creștere semnificativă a cazurilor de diabet zaharat tip 1 (DZt1), lipsa studiilor specifice creează o lacună importantă în înțelegerea modului în care tulburările de comportament alimentar (TCA) afectează adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1). Această situație face dificilă abordarea manifestărilor psihologice ale anxietății și schemelor cognitive dezadaptative (SCD) în cadrul acestor tulburări. Este esențial să se recunoască această problemă și să se sublinieze necesitatea unor cercetări aprofundate pentru a adresa eficient nevoile medicale și psihologice ale subiecților vulnerabili. Aceasta ar contribui semnificativ la îmbunătățirea serviciilor de asistență medicală și psihologică pentru adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) din Republica Moldova.

Scopul cercetării constă în identificarea particularităților psihologice manifestate în tulburările de comportament alimentar la adolescenții cu diabet zaharat tip 1, determinarea relației dintre aceste tulburări cu anxietatea și schemele cognitive dezadaptative, precum și elaborarea unui program de intervenție psihologică în vederea ameliorării indicatorilor asociați tulburărilor de comportament alimentar, anxietății și schemelor cognitive dezadaptative.

Obiectivele cercetării:

1. Analiza și sinteza literaturii de specialitate cu referire la particularitățile psihologice asociate tulburărilor de comportament alimentar (TCA) în perioada adolescentină în general și adolescenților cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) în particular.
2. Identificarea particularităților manifestării anxietății și schemelor cognitive dezadaptative (SCD) la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) cu tulburări de comportament alimentar (TCA) și analiza comparativă a acestor variabile la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) și adolescenții fără diabet zaharat tip 1 (DZt1).
3. Stabilirea gradului de corelare a schemelor cognitive dezadaptative (SCD) și a anxietății cu indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar (TCA).
4. Elaborarea profilurilor psihologice ale adolescenților diabetici cu și fără tulburare de comportament alimentar (TCA).
5. Elaborarea unui program de intervenție psihologică în scopul ameliorării indicatorilor asociați tulburărilor de comportament alimentar (TCA), anxietății și schemelor cognitive dezadaptative (SCD).
6. Validarea și evaluarea eficienței *Programului de intervenție psihologică* destinat ameliorării indicatorilor asociați tulburărilor de comportament alimentar (TCA) prin diminuarea anxietății și schemelor cognitive dezadaptative (SCD).

Ipotezele cercetării:

1. Presupunem existența unor particularități ale manifestării anxietății și schemelor cognitive dezadaptative (SCD) în cazul funcționării psihice a adolescenților cu diabet zaharat tip 1 (DZt1), aceste particularități fiind mai evidențiate la adolescenții diabetici cu tulburări de comportament alimentar (TCA) comparativ cu adolescenții diabetici fără tulburări de comportament alimentar (TCA) și adolescenții fără diabet zaharat tip 1 (DZt1) cu tulburări de comportament alimentar (TCA).
2. Presupunem că există un anumit grad de corelare între schemele cognitive dezadaptative (SCD), anxietate și indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar (TCA) la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1).
3. Presupunem că implementarea unui program de intervenție psihologică adaptat particularităților psihologice ale adolescenților cu diabet zaharat tip 1 (DZt1), va modifica comportamentul alimentar disfuncțional, va reabilita dimensiunea afectivă prin scăderea intensității anxietății, va îmbunătăți funcționarea cognitivă prin diminuarea intensității schemelor cognitive dezadaptative (SCD) al acestor subiecți.

Sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare alese

- *Metode teoretice:* analiza și sinteza literaturii de specialitate, analiza comparativă.
- *Metode de empirice*: Inventarul tulburărilor de comportament alimentar EDI-3 FT, elaborat de D.M. Garner, care conține întrebări legate de indicatorii comportamentali, care sunt folosite pentru a identifica persoanele cu posibile tulburări de comportament alimentar; Chestionar de identificare a nivelului anxietății școlare, elaborat de B. N. Philips, face posibilă studierea în detaliu a nivelului și naturii anxietății legate de școală la copii și adolescenți, pentru a evalua caracteristicile emoționale ale relațiilor copilului cu semenii și profesorii; Chestionarul schemelor cognitive forma scurtă YSQ-S3R, elaborat de J. Young, care ne permite evaluare a schemelor dezadaptative timpurii.
- Metode statistico-matematice de prelucrare a datelor: analiza frecvențelor și a valorilor procentuale, compararea mediilor prin statistici descriptive, determinarea coeficienților de corelație Pearson, diferența mediilor prin testul T independent și T-pre-test/post-test pentru a calcula diferențele dintre mediile grupului până și după intervenție. Datele au fost analizate prin utilizarea programului SPSS, versiunea 23,0.

Noutatea științifică și originalitatea lucrării. În cadrul contextului din Republica Moldova, această cercetare reprezintă una dintre puținele care reflectă aspecte psihologice legate de tulburările de comportament alimentar (TCA), anxietate și scheme cognitive dezadaptative (SCD) în rândul adolescenților cu diabet zaharat tip 1 (DZt1).

Originalitatea constă în identificarea particularităților anxietății și schemelor cognitive la această grupă de subiecți, elaborarea unui profil psiho-emoțional detaliat și dezvoltarea unui program inovator de intervenție psihologică complexă. Aceste contribuții aduc o înțelegere mai profundă a complexității psihologice a adolescenților cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) și tulburări de comportament alimentar (TCA), deschizând noi direcții pentru cercetare și intervenții în domeniul sănătății mentale a acestei categorii de subiecți în Republica Moldova.

Problema științifică importantă soluționată constă în identificarea și evaluarea impactului tulburărilor de comportament alimentar (TCA) la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) din Republica Moldova. Studiul a identificat tipul de relații dintre particularitățile tulburărilor de comportament alimentar la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 si manifestarea anxietății si schemelor cognitive dezadaptative. A fost determinată frecvența tulburărilor de comportament alimentar în cazul adolescenților cu diabet zaharat tip 1 și fără și s-au analizat particularitățile psihologice ale anxietății și schemelor cognitive dezadaptative la această categorie de subiecți. De asemenea, cercetarea a propus un program de intervenție psihologică centrat pe reducerea anxietății și a schemelor cognitive dezadaptative.

Semnificația teoretică a lucrării vizează cunoștințele științifice obținute despre natura psihologică a tulburărilor de comportament alimentar (TCA) la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) și caracteristicile esențiale ale acestora în raport cu alte tulburări psihologice. Studiul a oferit perspective noi asupra anxietății și schemelor cognitive dezadaptative (SCD), evidențiind modul în care aceste elemente psihologice corelează cu indicatorii comportamentali ai acestor tulburări la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1).

Valoarea aplicativă a lucrării constă în elaborarea ”Profilului psihologic teoretic al adolescentului cu diabet zaharat tip 1” și ”Profilului psihologic teoretic al adolescentului cu diabet zaharat tip 1 și tulburare de comportament alimentar”, implementarea și validarea unui program de intervenție psihologică orientat spre ameliorarea nivelului de anxietate și gradului de manifestare a schemelor cognitive dezadaptative (SCD) la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) și tulburări de comportament alimentar (TCA), care poate fi utilizat în activitatea psihologului clinician. Acest program poate fi utilizat în cadrul serviciilor de asistență medicală și psihologică, având un efect benefic asupra gestionării diabetului și îmbunătățirii sănătății mintale a acestor adolescenți. De asemenea, lucrarea promovează un set de recomandări practice privind eficientizarea activităților de asistență psihologică pentru adolescenții cu diabet zaharat tip 1 (DZt1) și tulburări de comportament alimentar (TCA).

Aprobarea rezultatelor științifice. Aspectele importante ale cercetării au fost discutate la mai multe foruri și evenimente științifice, cum ar fi Simpozionul Internațional „Integrare Prin

Cercetare și Inovare" din 2021, Conferința Națională cu Participare Internațională a Cadrelor Didactice din Învățământul Profesional Medical din 2021, Conferința „Psihologia Aplicativă Din Perspectiva Abordărilor Societale Contemporane" din 2021, Conferința Științifică Națională „Cercetarea În Științe Ale Educației și În Psihologie: Provocări, Perspective" din 2021, Conferința Internațională „Current Affairs And Perspectives In Psychological Research" din 2022, The Sixth International Conference On Adult Education „Education For Peace And Sustainable Development" din 2023 și prin publicații în reviste de specialitate, precum Studia Universitatis Moldaviae în 2021 și 2024, Arhipelag XXI Press în 2024 și Revista Psihologie în 2024.

Implementarea rezultatelor științifice. *Programul de intervenție psihologică* elaborat a fost implementat în activitatea profesională în cadrul ședințelor de consiliere psihologică și psihoterapie individuală cu adolescenții cu diabet zaharat tip 1 și în cadrul predării cursurilor universitare Psihologia sănătății, Consiliere clinică, Terapii cognitiv comportamentale, Consiliere psihologică, Terapii narative și pozitive.

Sumarul capitolelor tezei. Teza este expusă pe... pagini de text și conține: introducere, adnotările în limbile română, rusă și engleză, 3 capitole, concluzii generale și recomandări. Bibliografia include 272 titluri. Lucrarea este ilustrată cu 22 tabele, 64 de figuri și conține 13 anexe.

În **Capitolul 1.** „Fundamentarea teoretică privind particularitățile psihologice ale tulburărilor de comportament alimentar la adolescenții cu diabet zaharat tip 1" sunt abordate principii teoretice ale dimensiunilor psihologice relevante pentru cercetarea noastră privind diabetul zaharat de tip 1. Este analizat conceptul de tulburări de comportament alimentar și clasificarea lor, anxietatea și scheme cognitive dezadaptative în cadrul funcționării psihice a acestor adolescenți. Sunt prezentate fundamentele teoretice referitoare la dimensiunile psihologice abordate în cercetarea noastră, cu referire la problematica diabetului zaharat tip 1. În plan cognitiv, sunt prezentate conceptele de gândire, memorie, limbaj, atenție. În plan afectiv, sunt prezentate conceptele de depresie și anxietate. În plan comportamental, sunt prezentate conceptele de agresivitate și timiditate. De asemenea, acest capitol oferă o sinteză și o analiză a studiilor internaționale privind particularitățile funcționării mintale a acestor adolescenți.

În **Capitolul 2.** „Cercetarea experimentală a particularităților psihologice la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 cu tulburări de comportament alimentar" este detaliat designul experimental și metodologia cercetării, incluzând descrierea caracteristicilor clinice ale participanților. La fel, sunt expuse și analizate rezultatele studiului experimental cu privire la tulburările de comportament alimentar, nivelul anxietății și schemelor cognitive dezadaptative ale subiecților cu

diabet împreună cu o analiză comparativă cu adolescenții fără diabet. De asemenea, este conturat un profil psihologic integrat al adolescentului diabetic cu tulburare de comportament alimentar.

În **Capitolul 3.** „Program de intervenție psihologică pentru diminuarea anxietății, a nivelului manifestării schemelor cognitive dezadaptative și a tulburărilor de comportament alimentar la adolescenții cu diabet zaharat tip 1" sunt expuse programele de intervenție de grup și individual utilizate în cazul subiecților cu diabet și metodele de intervenție psihologică în vederea îmbunătățirii nivelului manifestării tulburărilor de comportament alimentar, anxietății și schemelor cognitive dezadaptative. Este prezentată evaluarea eficienței, rezultatele, precum și limitele programelor de intervenție.

În **Concluzii generale și recomandări** se sumarizează rezultatele finale ale cercetării și se formulează recomandări pentru implementarea eficientă a *Programului de intervenție psihologică* destinat adolescenților cu diabet zaharat și familiilor acestora. De asemenea, sunt propuse recomandări referitoare la dezvoltarea cercetărilor de perspectivă.

1. FUNDAMENTAREA TEORETICĂ PRIVIND PARTICULARITĂȚILE PSIHOLOGICE ALE TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT ALIMENTAR LA ADOLESCENȚII CU DIABET ZAHARAT TIP 1

1.1. Sinteza studiilor internaționale privind funcționarea psihologică a adolescenților cu diabet zaharat tip 1

Diabetul zaharat tip 1 (DZt1) este o afecțiune cronică care se dezvoltă adesea în copilărie sau adolescență. Gestionarea DZt1 implică monitorizarea continuă a nivelurilor de glucoză din sânge, administrarea de insulină, menținerea unei diete echilibrate și angajarea în activitate fizică regulată. Aceste cerințe pot afecta semnificativ funcționarea psihologică a adolescenților, un grup care deja navighează prin schimbările complexe de dezvoltare ale adolescenței. Acest articol explorează funcționarea psihologică a adolescenților cu DZt1, concentrându-se pe trei domenii principale: comportament, cogniție și emoții/afect, bazându-se pe descoperiri din studii științifice, articole și cărți.

Aspecte comportamentale

Aderența la regimurile de tratament. Aderența la regimurile de tratament este o provocare comportamentală semnificativă pentru adolescenții cu DZt1. Aderența constantă la administrarea insulinei, monitorizarea glucozei din sânge, gestionarea dietei și activitatea fizică este crucială pentru gestionarea eficientă a diabetului. Cu toate acestea, adolescenții adesea se luptă cu aceste sarcini, ceea ce duce la control glicemic suboptimal. Hood et al. (2006) au constatat că neaderarea este comună printre adolescenți, deseori din dorința de a se integra cu colegii și de a evita să se simtă diferiți. Acest lucru poate duce la fluctuații ale nivelurilor de zahăr din sânge și la un risc crescut de complicații, afectând atât sănătatea fizică, precum și bunăstarea psihologică.

Angajarea în comportamente riscante. Adolescenții cu DZt1 sunt expuși unui risc mai mare de a se angaja în comportamente riscante, cum ar fi consumul de substanțe, fumatul și conducerea imprudentă. Aceste comportamente pot avea consecințe mai grave pentru cei cu diabet. Kakleas et al. (2009) au observat că adolescenții cu DZt1 ar putea să se angajeze în comportamente riscante ca formă de rebeliune împotriva constrângerilor bolii sau ca mecanism de coping pentru povara psihologică a bolii cronice. Aceste comportamente pot afecta negativ controlul glicemic și sănătatea generală, fiind esențial să fie abordate prin intervenții și sisteme de suport țintite.

Obiceiuri alimentare și activitate fizică. Menținerea unor obiceiuri alimentare sănătoase și a unei activități fizice regulate este esențială pentru gestionarea DZt1, dar mulți adolescenți se confruntă cu aceste aspecte. Caruso et al. (2014) au constatat că adolescenții întâmpină adesea

dificultăți în respectarea ghidurilor dietetice și în angajarea în activitate fizică, ceea ce poate duce la episoade de comportamente alimentare dezordonate, cum ar fi mâncatul compulsiv sau sărirea deliberată a meselor pentru a evita injecțiile cu insulină. Presiunea colegială și dorința de a se conforma normelor sociale pot complica și mai mult aderarea la dieta. Încurajarea obiceiurilor sănătoase prin sprijin familial și programe educaționale poate ajuta la atenuarea acestor provocări.

Comportamente specifice diabetului. Comportamentele specifice gestionării diabetului, cum ar fi monitorizarea nivelurilor de glucoză din sânge și administrarea insulinei în public, pot fi surse de stres pentru adolescenți. Aceste activități îi pot face pe adolescenți să se simtă autoconscienți și diferiți de colegii lor. Eilander et al. (2015) au evidențiat că stigmatizarea socială asociată cu comportamentele vizibile de gestionare a diabetului poate duce la neconformitate și control glicemic slab. Abordarea acestor preocupări prin rețele de sprijin colegial și educație despre diabet poate ajuta la reducerea stigmatizării și la promovarea comportamentelor de gestionare mai bune.

Aspecte cognitive

Impactul controlului glicemic asupra funcționării cognitive. Controlul glicemic este crucial nu doar pentru sănătatea fizică, ci și pentru funcționarea cognitivă. Controlul glicemic slab poate duce la episoade de hiperglicemie sau hipoglicemie, ambele afectând negativ procesele cognitive. van Duinkerken et al. (2020) au revizuit studiile asupra efectelor cognitive ale DZt1 și au constatat că adolescenții cu diabet slab controlat prezintă deficite în atenție, memorie și funcționare executivă comparativ cu cei cu control glicemic mai bun. Aceste deficite cognitive pot afecta performanța academică și funcționarea zilnică.

Performanța academică. Provocările cognitive asociate cu DZt1 pot avea implicații semnificative pentru performanța academică. Hipoglicemia, în special, poate provoca deficite cognitive acute, ducând la dificultăți de concentrare și rezolvare a problemelor în timpul orelor de școală. Eilander et al. (2015) au evidențiat că adolescenții cu DZt1 experimentează adesea fluctuații ale performanței academice care corelează cu controlul glicemic. Școlile joacă un rol critic în sprijinirea acestor studenți prin oferirea de acomodări, cum ar fi programe de testare flexibile și acces la gustări sau tablete de glucoză, pentru a ajuta la gestionarea condiției lor în timpul orelor de școală.

Dezvoltarea neurocognitivă. Studiile pe termen lung au indicat că DZt1 diagnosticat în copilărie sau adolescență poate interfera cu dezvoltarea neurocognitivă. Cameron et al. (2005) au constatat că hiperglicemia cronică și hipoglicemia severă recurentă ar putea duce la modificări structurale ale creierului, afectând dezvoltarea cognitivă. Aceste descoperiri subliniază importanța

menținerii unui control glicemic optim pentru a atenua efectele cognitive pe termen lung. Intervenția timpurie și monitorizarea continuă a dezvoltării cognitive sunt esențiale pentru abordarea problemelor neurocognitive potențiale la adolescenții cu DZt1.

Funcționarea executivă. Funcționarea executivă, care include abilități precum planificarea, organizarea și rezolvarea problemelor, poate fi afectată în mod deosebit la adolescenții cu DZt1. Controlul glicemic slab și episoadele frecvente de hipoglicemie pot afecta aceste funcții executive, făcând dificil pentru adolescenți să își gestioneze eficient diabetul și să performeze bine academic. Caruso et al. (2014) au constatat că adolescenții cu DZt1 care experimentează o calitate slabă a somnului prezintă, de asemenea, deficite în funcționarea executivă, complicând și mai mult capacitatea lor de a adera la sarcinile de gestionare a diabetului și de a reuși la școală.

Memoria și învățarea. Procesele de memorie și învățare pot fi, de asemenea, afectate de DZt1. van Duinkerken et al. (2020) au observat că adolescenții cu control glicemic slab prezintă adesea deficite de memorie, afectând capacitatea lor de a reține și de a-și aminti informații. Acest lucru poate fi deosebit de provocator într-un context academic, unde învățarea și memoria sunt esențiale pentru succes. Abordarea acestor provocări cognitive prin sprijin educațional și gestionarea eficientă a diabetului poate facilita îmbunătățirea rezultatelor pentru adolescenții cu DZt1.

Aspecte emoționale/afective

Depresia și anxietatea. Depresia și anxietatea sunt prevalente în rândul adolescenților cu DZt1, afectând semnificativ calitatea vieții lor. Hood et al. (2006) au constatat că prevalența simptomelor depresive este mai mare la adolescenții cu DZt1 comparativ cu colegii lor non-diabetici. Cerințele constante ale gestionării diabetului, teama de complicații și stigmatizarea socială contribuie la aceste probleme de sănătate mintală. Anxietatea, în special legată de hipoglicemie și rezultatele viitoare ale sănătății, este, de asemenea, comună. Delamater et al. (2018) au subliniat necesitatea screeningului psihologic regulat în îngrijirea diabetului pentru a identifica și aborda aceste probleme devreme.

Povara emoțională a bolii cronice. Povara emoțională a vieții cu o boală cronică precum DZt1 poate fi copleșitoare pentru adolescenți. Responsabilitățile zilnice ale gestionării diabetului, împreună cu dorința de a duce o viață „normală”, pot duce la sentimente de frustrare, neputință și izolare. Kakleas et al. (2009) au discutat conceptul de „distres diabetic”, care cuprinde tensiunea emoțională legată specific de gestionarea diabetului. Acest distres poate duce la burnout, unde adolescenții devin dezangajați de la rutinele lor de auto-îngrijire, complicând și mai mult gestionarea diabetului și crescând riscul de complicații.

Dinamica familială și suportul emoțional. Dinamica familială joacă un rol crucial în bunăstarea emoțională a adolescenților cu DZt1. Mediile familiale de sprijin, în care părinții și frații sunt implicați în gestionarea diabetului fără a fi excesiv de controlați, pot promova rezultate psihologice mai bune. Laffel et al. (2003) au demonstrat că conflictele familiale specifice diabetului sunt asociate cu un control glicemic mai slab și un distres psihologic crescut la adolescenți. În schimb, sprijinul familial pozitiv, caracterizat prin înțelegere și responsabilitate împărtășită, poate atenua povara emoțională a DZt1. Familiile pot ajuta prin crearea unui mediu de sprijin, încurajarea comunicării deschise despre provocările legate de diabet și participarea la programe educaționale împreună.

Relațiile cu colegii și suportul social. Relațiile cu colegii sunt vitale în timpul adolescenței, iar prietenii de sprijin pot avea un impact semnificativ asupra bunăstării emoționale a adolescenților cu DZt1. Eilander et al. (2015) au observat că grupurile de sprijin colegial și taberele pentru diabet oferă oportunități valoroase de interacțiune socială și suport reciproc, reducând sentimentele de izolare. Cu toate acestea, adolescenții cu DZt1 pot întâmpina și provocări în setările sociale, cum ar fi bullying-ul sau stigmatizarea legată de condiția lor. Abordarea acestor provocări sociale prin programe de educație și conștientizare poate favoriza un mediu mai inclusiv și poate ajuta adolescenții să se simtă mai acceptați și înțeleși de colegii lor.

Imaginea corporală și stima de sine. Imaginea corporală și stima de sine sunt aspecte importante ale funcționării emoționale, în special în timpul adolescenței. Adolescenții cu DZt1 pot avea preocupări legate de imaginea corporală din cauza fluctuațiilor de greutate asociate cu terapia cu insulină sau prezența dispozitivelor precum pompele de insulină. Weissberg-Benchell et al. (2020) au constatat că preocupările legate de imaginea corporală și stima de sine scăzută sunt prevalente printre adolescenții cu DZt1, afectând bunăstarea lor psihologică generală. Abordarea acestor probleme prin consiliere și suport colegial poate ajuta la îmbunătățirea stimei de sine și a percepțiilor despre imaginea corporală, conducând la rezultate psihologice mai bune.

Reglarea emoțională. Reglarea emoțională, sau capacitatea de a gestiona și răspunde la experiențele emoționale, poate fi o provocare pentru adolescenții cu DZt1. Stresul și anxietatea asociate cu gestionarea diabetului pot afecta capacitatea lor de a regla emoțiile eficient. Van Duinkerken et al. (2020) au observat că adolescenții cu DZt1 se confruntă adesea cu reglarea emoțională, ceea ce poate duce la schimbări de dispoziție, iritabilitate și dificultăți în gestionarea stresului. Învățarea abilităților de reglare emoțională prin consiliere și programe de suport poate ajuta adolescenții să gestioneze mai bine emoțiile și să îmbunătățească funcționarea lor psihologică generală.

Sentimentul de control și autonomie. Dezvoltarea unui sentiment de control și autonomie este crucială pentru adolescenții cu DZt1, deoarece afectează capacitatea lor de a-și gestiona condiția și bunăstarea lor psihologică generală. Adolescenții care simt un sentiment de control asupra gestionării diabetului sunt mai probabil să adere la regimurile de tratament și să mențină un control glicemic mai bun. Hansen et al. (2012) au constatat că promovarea unui sentiment de autonomie și oferirea de oportunități pentru adolescenți de a juca un rol activ în gestionarea diabetului lor pot conduce la rezultate psihologice îmbunătățite. Încurajarea abilităților de auto-gestionare și oferirea unui sprijin adecvat pot ajuta adolescenții să dezvolte un sentiment de control și încredere în gestionarea DZt1.

Înțelegând și abordând provocările psihologice complexe cu care se confruntă adolescenții cu DZt1, furnizorii de servicii medicale, familiile și educatorii pot ajuta acești adolescenți să depășească complexitățile condiției lor și să ducă vieți mai sănătoase și mai împlinite. Studiile realizate de Hood et al. (2006), Delamater et al. (2018), Laffel et al. (2003), Kakleas et al. (2009), Eilander et al. (2015), Caruso et al. (2014), van Duinkerken et al. (2020) și alții oferă o bază solidă pentru înțelegerea acestor provocări și subliniază necesitatea unor abordări de îngrijire comprehensive și holistice.

Profilul psihologic teoretic al adolescentului cu diabet zaharat tip 1

În urma analizei literaturii de specialitate, am elaborat un profil psihologic teoretic al adolescentului cu DZt1 fără alte patologii în comorbiditate. Acest profil oferă o înțelegere detaliată a atitudinilor adolescenților cu DZt1 a modului lor de funcționare cognitivă, comportamentală și afectivă, și a provocărilor emoționale specifice. Profilul oferă o structură clară pentru înțelegerea impactului bolii asupra vieții de zi cu zi a adolescenților, ajutând la identificarea nevoilor lor psihologice și la dezvoltarea de intervenții adecvate. Profilul este prezentat schematic în *Figura 1.1*.

Sinteza literaturii de specialitate evidențiază impactul semnificativ al diabetului zaharat tip 1 asupra dezvoltării psihologice a adolescenților. Atât dimensiunile comportamentale, cognitive, cât și cele afective sunt influențate de cerințele constante ale gestionării acestei afecțiuni cronice. Profilul psihologic teoretic elaborat oferă un cadru esențial pentru perceperea complexităților cu care se confruntă adolescenții cu diabet, facilitând identificarea nevoilor lor specifice și promovarea unor intervenții psihologice adaptate.

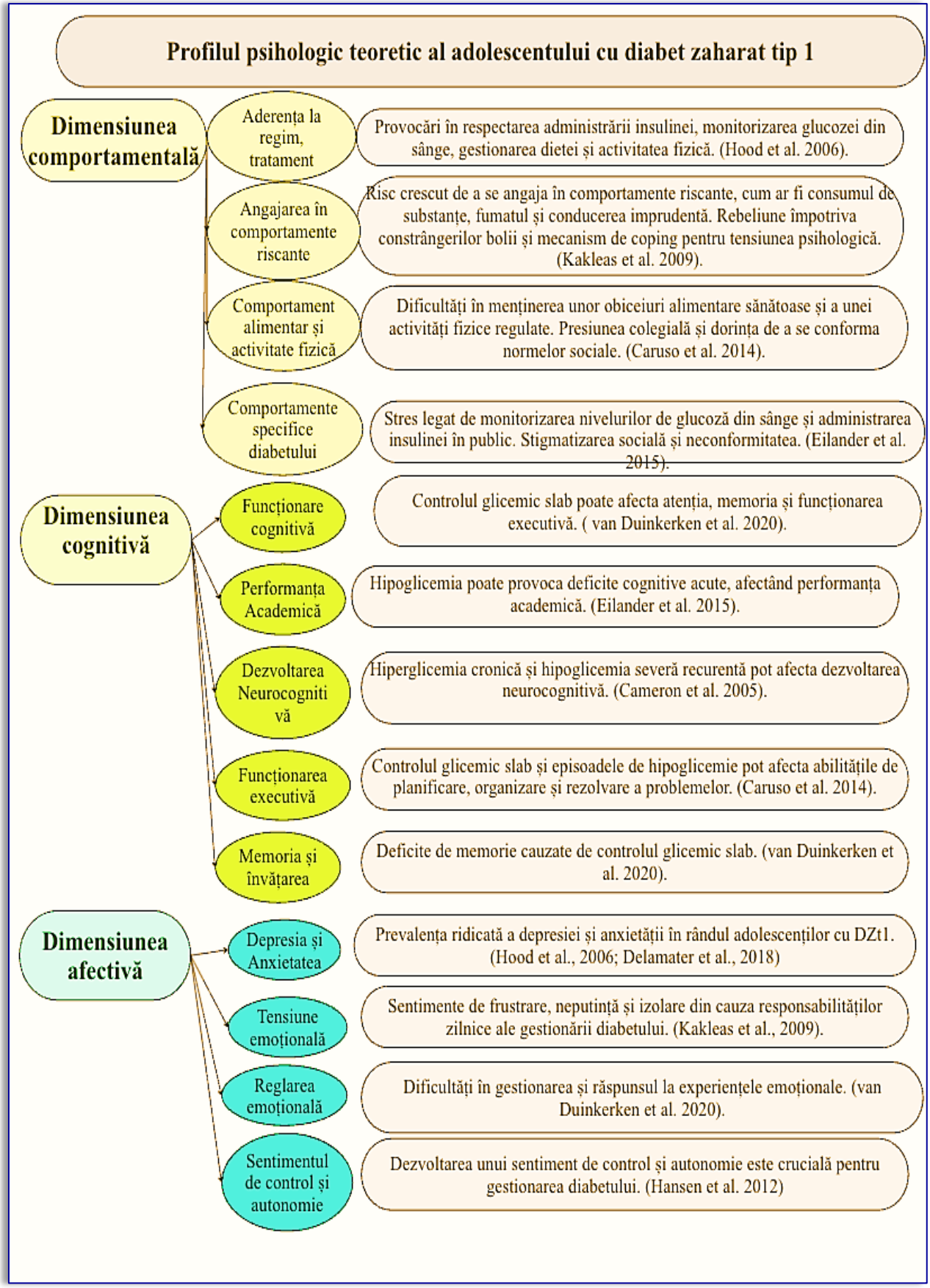


Fig. 1.1. Profilul psihologic teoretic al adolescentului cu diabet zaharat tip 1 (*contribuție proprie*)

1.2. Abordări conceptuale ale tulburărilor de comportament alimentar din perspectivă psihologică

Tulburările de comportament alimentar sunt subiectul unor analize detaliate și cuprinzătoare în literatura de specialitate, care explorează o gamă largă de aspecte legate de aceste afecțiuni. De la perspectivele psihologice și medicale la cele socioculturale și de gen, literatura academică investighează diversele aspecte ale tulburărilor de comportament alimentar, inclusiv factorii de risc, mecanismele subiacente, metodele de diagnostic și tratament, precum și impactul acestor afecțiuni asupra indivizilor și societății în ansamblu. Dezbaterile din literatura de specialitate reflectă un interes crescut pentru înțelegerea complexității acestor tulburări și dezvoltarea unor strategii de intervenție mai eficiente și personalizate.

Există un consens general că, atât tulburările clinice de comportament alimentar, cât și cele subclinice, sunt preponderent prezente în populația cu DZt1, în special la femei tinere. De-a lungul secolului al XXI-lea, prevalența raportată a TCA clinice a variat, oscilând de la 0% la 32% (Bryden et al., 1999; Colton et al., 2015), cauzat în mare parte de diferitele proiecte de studiu și caracteristice eșantionului. Un alt motiv cheie pentru această discrepanță este că, nu există un consens cu privire la definiția TCA în DZt1. Mai mult de atât, numeroase chestionare și interviuri pentru diagnosticarea TCA și criterii ale tabloului clinic nu sunt validate sau aplicabile pentru subiecții cu DZt1. Cauza este că aceste instrumente nu includ cogniții și comportamente alimentare specific diabetului și anume, frica de creșterea în greutate din cauza terapiei cu insulină și omisia de insulină ca comportament compensator. În plus, în DSM-5 și ICD-10 pentru TCA nu includ încă rezultate biomedicale, cum ar fi cetoacidoza diabetică, hiperglicemia și hipoglicemia recurentă ca criterii de diagnostic, deși aceste simptome oferă informații esențiale despre riscul de complicații și mortalitate. Mai mult, scăderea în greutate a celor cu DZt1 comorbid și cu TCA nu este adesea la fel de extremă ca la cei fără diabet din motive fiziologice complexe și încă puțin elucidate. Astfel, în pofida riscului medical ridicat de complicații care pun viața în pericol, cum ar fi cetoacidoza și rată accelerată de complicații vasculare (Attia & Schroeder, 2005), persoanele cu DZt1 care utilizează omisiunea ca comportament de purjare nu întrunesc adesea criteriile de diagnostic pentru TCA.

Anorexia nervoasă. Anorexia nervoasă este probabil cea mai cunoscută TCA. În general, se dezvoltă în timpul adolescenței sau la vârsta adultă tânără și tinde să afecteze mai mult femeile decât bărbații (Nagl, Hilbert & de Zwaan, 2016). Persoanele cu anorexie se consideră, în general, ca supraponderale, chiar dacă sunt periculos de subponderale. Au tendința de a-și monitoriza

în mod constant greutatea, de a evita consumul anumitor tipuri de alimente și de a-și restricționa sever caloriile.

Simptomele frecvente ale anorexiei nervoase includ (American Psychiatric Association, 2013):

- a fi considerabil subponderal în comparație cu persoanele de vârstă și înălțime similare;
- patternuri de alimentație foarte limitate;
- o teamă intensă de a lua în greutate sau comportamente persistente pentru a evita creșterea în greutate, în ciuda faptului că sunt subponderale;
- o urmărire implacabilă a scopului de a slăbi și evitarea menținerii unei greutăți sănătoase;
- o influență puternică a greutății corporale sau a formei corpului percepute asupra stimei de sine;
- o imagine distorsionată a corpului, inclusiv negarea de a fi grav subponderală.

Simptomele obsesiv-compulsive sunt, de asemenea, deseori prezente. De exemplu, mulți subiecți cu anorexie sunt deseori preocupați de gânduri constante despre alimente și unii pot colecta în mod obsesiv rețete sau planuri de diete. Astfel de indivizi pot avea, de asemenea, dificultăți în a mânca în public și prezintă o dorință puternică de a-și controla mediul, limitându-și capacitatea de a fi spontan.

Anorexia este clasificată oficial în două subtipuri – tipul restrictiv și tipul care include mâncatul compulsiv și purjarea (American Psychiatric Association, 2013). Persoanele cu tip restrictiv slăbesc numai prin dietă, post sau exerciții fizice excesive. Subiecții cu tipul care include mâncatul compulsiv și purjare excesivă pot consuma cantități mari de alimente sau pot mânca foarte puțin. În ambele cazuri, după ce mănâncă, purjează folosind activități precum voma, administrarea de laxative sau diuretice sau exerciții fizice excesive. Anorexia poate fi foarte dăunătoare organismului. De-a lungul timpului, persoanele care trăiesc cu acesta pot experimenta subțierea oaselor, infertilitatea, păr și unghii fragile și creșterea unui strat de păr fin pe tot corpul lor. În cazurile severe, anorexia poate duce la insuficiență cardiacă, cerebrală sau disfuncția multiplă de organe și la moarte.

Studiile timpurii de la sfârșitul sec. al XX-lea, precum cele realizate de Colton et al. (1994), au identificat o prevalență mai mare a comportamentelor alimentare patologice la adolescenții cu DZt1în comparație cu cei fără diabet. Aceste studii au pus bazele pentru înțelegerea riscului crescut de anorexie nervoasă în această populație. În sec. XXI, cercetarea realizată de Peveler et al. (Peveler et al., 2005) a explorat factorii psihologici care contribuie la coexistența anorexiei nervoase și a DZt1, subliniind rolul perfecționismului și nemulțumirii legate de imaginea

corporală. În plus, studiile, cum ar fi cele realizate de Goebel-Fabbri et al. (Goebel-Fabbri et al., 2008), au investigat impactul anorexiei nervoase asupra controlului glicemic și a complicațiilor diabetului, evidențiind importanța abordărilor de tratament holistic. În ultimii ani, studiile precum cele realizate de Pinhas-Hamiel et al. (Pinhas-Hamiel, Hamiel & Levy-Shraga, 2015) au subliniat necesitatea intervențiilor multidisciplinare adaptate pentru a aborda atât aspectele medicale, precum și cele psihologice ale anorexiei nervoase la adolescenții cu DZt1. Mai mult, cercetarea realizată de Asociația Americană de Diabet (American Diabetes Association, 2020) a subliniat importanța detectării și intervenției timpurii pentru a reduce riscul consecințelor medicale și psihologice severe asociate cu această comorbiditate.

Bulimia nervoasă. Bulimia nervoasă este o altă TCA bine cunoscută. La fel ca anorexia, bulimia tinde să se dezvolte în timpul adolescenței și la vârsta adultă timpurie și pare a fi mai puțin frecventă la bărbați decât la femei (Nagl, Hilbert & de Zwaan, 2016). Persoanele cu bulimie mănâncă frecvent cantități neobișnuit de mari de alimente într-o scurtă perioadă de timp. Fiecare episod de alimentație compulsivă continuă de obicei până când persoana devine dureros de plină. În timpul unui episod compulsiv, persoana simte de obicei că nu se poate opri din a mânca sau a controla cât mănâncă. Mâncatul compulsiv se poate întâmpla cu orice tip de alimente, dar cel mai frecvent se întâmplă cu alimente pe care individul le-ar evita în mod normal. Persoanele cu bulimie încearcă apoi să se „curețe" pentru a compensa caloriile consumate și pentru a ameliora disconfortul intestinal. Comportamentele obișnuite de purjare includ vome forțate, post, laxative, diuretice, clisme și exerciții fizice excesive. Simptomele pot apărea foarte asemănătoare cu cele ale tulburării de alimentație compulsivă sau subtipurilor de purjare ale anorexiei nervoase. Cu toate acestea, persoanele cu bulimie mențin de obicei o greutate relativ normală, mai degrabă decât să devină subponderale sau supraponderale.

Simptomele frecvente ale bulimiei nervoase includ (American Psychiatric Association, 2013):

- episoade recurente de alimentație compulsivă cu senzație de lipsă de control;
- episoade recurente de comportamente de purjare inadecvate pentru a preveni creșterea în greutate;
- o stimă de sine influențată excesiv de forma corpului și greutate;
- frica de a se îngrășa, în ciuda unei greutăți normale.

Efectele secundare ale bulimiei pot include inflamarea și durerea în gât, glande salivare umflate, smalț uzat al dinților, carii dentare, refluxul acid, iritarea intestinului, deshidratarea severă și tulburările hormonale. În cazurile severe, bulimia poate crea, de asemenea, un dezechilibru

în nivelurile de electroliți, cum ar fi sodiu, potasiu și calciu. Acest lucru poate provoca un accident vascular cerebral sau atac de cord. Investigațiile inițiale din sec. XX-lea au examinat prezența și impactul bulimiei nervoase la adolescenții cu diabet de tip 1. Un studiu realizat de Nielsen și colaboratori (Nielsen, Emborg & Mølback, 2002) a explorat comportamentele alimentare perturbate la această populație, contribuind la înțelegerea inițială a interacțiunii dintre cele două condiții. În secolul al XXI-lea, cercetările au evidențiat complexitățile psihologice și medicale ale bulimiei în adolescenții cu diabet de tip 1. Un studiu de Wisting et al. (Wisting et al., 2019) a investigat prevalența TCA, inclusiv bulimia, la această grupă de vârstă, subliniind necesitatea unor intervenții personalizate. De asemenea, cercetarea lui Peveler et al. (Peveler et al., 2005) a examinat relația dintre atitudinea față de alimentație și controlul glicemic, oferind perspective relevante și pentru adolescenți. Cu progresia cercetării, s-a acordat atenție dezvoltării intervențiilor eficiente. Studiul lui Jones et al. (Jones, Leung & Harris, 2007) a evaluat eficacitatea terapiei cognitive-comportamentale în tratarea bulimiei la adolescenții cu diabet de tip 1, subliniind importanța abordărilor de tratament integrate. Și studiile recente relevă importanța îngrijirii multidisciplinare în gestionarea bulimiei la adolescenții cu diabet de tip 1. În plus, eforturile precum cele ale Asociației Americane de Diabet (American Diabetes Association, 2020) susțin detectarea și intervenția timpurie pentru a aborda complexitățile asociate cu această comorbiditate.

În cercetarea noastră, comportamentul bulimic va fi investigat ca una dintre variabilele-cheie, evidențiindu-se impactul și dinamica sa asupra sănătății mentale a adolescenților cu DZt1.

Tulburarea de alimentație compulsivă. Se consideră că tulburarea de alimentație compulsivă este una dintre cele mai frecvente TCA, în special în SUA (Smink, Van Hoeken & Hoek, 2012). De obicei, începe în timpul adolescenței și la vârsta adultă timpurie, deși se poate dezvolta mai târziu. Persoanele cu această tulburare au simptome similare cu cele ale bulimiei sau subtipului de anorexie care consumă compulsiv. De exemplu, în mod obișnuit mănâncă cantități neobișnuit de mari de alimente în perioade relativ scurte de timp și simt o lipsă de control în timpul acestor episoade. Persoanele cu tulburare de alimentație compulsivă nu restricționează caloriile și nu folosesc comportamente de purjare, cum ar fi voma sau exercițiile fizice excesive, pentru a compensa excesul de mâncare consumat lor.

Simptomele frecvente ale tulburării de alimentație compulsivă includ (American Psychiatric Association, 2013):

- consumul de cantități mari de alimente rapid, în secret și până la suprasațietate inconfortabilă, în ciuda faptului că nu simt foame;
- senzația de lipsă de control în timpul episoadelor de alimentație compulsivă;
- senzația de suferință, cum ar fi rușinea, dezgustul sau vinovăția;

- lipsa comportamentelor de purjare, cum ar fi restricția de calorii, voma, exerciții fizice excesive sau utilizarea laxativelor sau diureticilor, pentru a compensa compulsia.

Subiecții cu tulburare de alimentație compulsivă sunt deseori supraponderali sau obezi. Acest lucru le poate crește riscul de complicații medicale legate de excesul de greutate, cum ar fi bolile de inimă, accidentul vascular cerebral și diabetul de tip 2.

Pica. Pica este o altă TCA care implică consumul de lucruri care nu sunt considerate comestibile. Persoanele cu pică simt nevoia să consume substanțe nealimentare, cum ar fi gheață, murdărie, sol, cretă, săpun, hârtie, păr, pânză, lână, pietricele, detergent de rufe sau amidon de porumb (American Psychiatric Association, 2013). Pica poate apărea la adulți, precum și la copii și adolescenți. Acestea fiind spuse, această tulburare este observată cel mai frecvent la copii, femei gravide și persoane cu dizabilități mintale (Advani et al., 2014). Persoanele cu pica pot prezenta un risc crescut de otrăvire, infecții, leziuni intestinale și deficiențe nutriționale. În funcție de substanțele ingerate, pica poate fi fatală. Cu toate acestea, pentru a fi considerat pica, consumul de substanțe nealimentare nu trebuie să fie o parte normală a culturii sau religiei cuiva. În plus, nu trebuie considerată o practică acceptabilă din punct de vedere social de către colegii unei persoane.

Tulburarea de ruminație. Tulburarea ruminației este o altă TCA nou recunoscută. Este o afecțiune în care o persoană regurgitează mâncarea pe care a mestecat-o și a înghițit-o anterior, o mestecă din nou, apoi o înghite din nou sau o scuipă. Ruminația apare, de obicei, în primele 30 de minute după masă. Spre deosebire de afecțiunile medicale precum refluxul, această tulburare se poate dezvolta la sugari, în copilărie sau maturitate. La sugari, tinde să se dezvolte între 3-12 luni și deseori dispare de la sine. Copiii și adulții cu această afecțiune necesită, de obicei, terapie pentru a o rezolva (Talley, 2011). Dacă nu este rezolvată la sugari, tulburarea de ruminație poate duce la pierderea în greutate și la malnutriție severă, care poate fi fatală. Adulții cu această tulburare pot restricționa cantitatea de alimente pe care o consumă, în special în public. Acest lucru îi poate determina să slăbească și să devină subponderali (American Psychiatric Association, 2013).

Tulburarea de aport alimentar de tip restrictiv/evitant. Tulburarea de aport alimentar de tip restrictiv/evitant este un nume nou pentru o tulburare veche. Termenul înlocuiește ceea ce era cunoscut sub numele de „tulburare de comportament alimentar a copilăriei”, un diagnostic rezervat anterior copiilor sub 7 ani. Deși se dezvoltă în general în copilărie, poate persista până la vârsta adultă. Mai mult, este la fel de frecventă în rândul bărbaților cât și a femeilor. Persoanele cu această tulburare au probleme cu alimentația, fie din lipsa de interes în alimentație, fie din cauza dezgustului pentru anumite mirosuri, gusturi, culori, texturi sau temperaturi.

Simptomele frecvente includ (American Psychiatric Association, 2013):

- evitarea sau restricționarea consumului de alimente care împiedică persoana să mănânce suficiente calorii sau substanțe nutritive;
- obiceiuri alimentare care interferează cu funcțiile sociale normale, cum ar fi mâncatul în grup;
- pierderea în greutate sau întârzierea în dezvoltare pentru vârsta și înălțimea pacientului;
- deficiențe de nutrienți, dependența de suplimentele alimentare sau hrănirea prin tub.

Este important să rețineți că tulburarea de aport alimentar de tip restrictiv/evitant nu reprezintă comportamente normale, cum ar fi pretențiile la mâncare a copiilor mici sau consumul redus de alimente la adulții în vârstă. Mai mult, nu include evitarea sau restricționarea alimentelor din cauza lipsei de resurse sau a practicilor religioase culturale.

Tulburarea dismorfică corporală. Tulburarea dismorfică corporală este o tulburare din DSM-IV care se caracterizează printr-o preocupare permanentă, stresantă a pacientului din cauza unor defecte ușoare sau imaginate ale aspectului său fizic. TDC a fost descris în mod constant în întreaga lume de mai bine de un secol. TDC este de obicei considerată a fi o tulburare din spectrul obsesiv-compulsiv, pe baza asemănărilor pe care le are cu această tulburare. Ei suferă considerabil și sunt incapabili să funcționeze adecvat la serviciu, la școală sau în relații sociale. Persoanele cu TDC devin adesea depresive și, în multe cazuri, suicidare (Phillips, Menard, Fay & Weisberg, 2005). TDC se întâlnește relativ frecvent. Studiile epidemiologice au raportat o prevalență de la 0,7% la 2,4% în populația generală. S-a raportat că TDC apare la copii de până la 5 ani și la adulți de până la 80 de ani. Cele mai frecvente zone de îngrijorare ale corpului sunt pielea (73%), părul (56%) și nasul (37%) (Conroy et al., 2008).

Unul dintre cele mai evidente simptome ale TDC este percepția distorsionată a propriului aspect. De exemplu, o persoană cu TDC poate crede că are nasul strâmb sau că are cicatrici acneice pe toată fața sau că părul i se subțiază. Deși nimeni altcineva nu observă aceste „defecte”. Mai mult de atât, numeroase persoane cu TDC sunt atât de ferm convinse că există aceste defecte încât nimeni nu îi poate convinge în contrariu. În esență, aceste convingeri sunt adesea iluzorii. Atare trăiri par să fie asemănătoare cu ceea ce experimentează persoanele cu anorexie nervoasă atunci când percep că sunt grase, dar pentru toți ceilalți par a fi extrem de slabi. Ar putea exista erori în modul în care creierul lor procesează informații vizuale care ar putea explica aceste distorsiuni percepționale. Înțelegerea proceselor cerebrale ale acestor distorsiuni perceptive ar putea îmbunătăți înțelegerea TDC și ar putea duce la strategii mai eficiente de tratament.

Subiecții cu TDC tind să se concentreze în primul rând pe detalii, de obicei pe fața lor, și nu sunt capabili să vadă „imaginea de ansamblu”, în general, arătând normal. Un studiu anterior

al persoanelor cu TDC care implica desenarea și copierea unor figuri complexe a sugerat, de asemenea, acest lucru (Deckersbach et al., 2000). Alte studii au constatat prezența unor anomalii în procesarea feței (Stangier, Adam-Schwebe, Müller & Wolter, 2008) la cei cu atenție exagerată la detaliile feței și ale corpului (Feusner et al., 2010). Rezultatele acestor studii comportamentale, în combinație cu tiparele de simptome în TDC, au ridicat problema dacă procesarea vizuală anormală în creier ar putea sta la baza percepțiilor distorsionate.

Alte tulburări de alimentație. Pe lângă TCA menționat, există și tulburări de alimentație mai puțin cunoscute sau mai puțin frecvente.

Acestea se încadrează, în general, în una dintre cele trei categorii (American Psychiatric Association, 2013):

- Tulburare de purjare. Persoanele cu tulburare de purjare folosesc adesea comportamente de purjare, cum ar fi voma, laxative, diuretice sau exerciții fizice excesive, pentru a-și controla greutatea sau forma. Cu toate acestea, ele nu se alimentează compulsiv.
- Sindromul alimentației nocturne. Persoanele cu acest sindrom mănâncă frecvent excesiv, adesea după trezirea din somn.
- Alte tulburări de hrănire sau alimentație specificate. Aceasta include orice alte afecțiuni care au simptome similare cu cele ale unei TCA, dar care nu se încadrează în niciuna dintre categoriile de mai sus.

O tulburare care în prezent poate fi inclusă este ortorexia. Tot mai menționată în mass-media și studii științifice, ortorexia nu a fost încă recunoscută ca o TCA separată de DSM actual. Persoanele cu ortorexie tind să se concentreze obsesiv pe alimentația sănătoasă, într-o măsură care le perturbă viața de zi cu zi. De exemplu, persoana afectată poate elimina întregi grupuri de alimente, temându-se că nu sunt sănătoase. Acest lucru poate duce la malnutriție, scădere severă în greutate, dificultăți de a mânca în afara casei și stres emoțional. Persoanele cu ortorexie se concentrează rar pe pierderea în greutate. În schimb, valoarea lor de sine, identitatea sau satisfacția lor depind de cât de bine respectă regulile dietetice autoimpuse (Scarff, 2017).

În pofida dificultăților de clasificare, s-a observat în mod consecvent că bulimia nervoasă și alte TCA nespecificate sunt mai frecvente la persoanele cu DZt1 decât la cei fără, dar nu apare o creștere semnificativă a prevalenței anorexiei nervoase (Jones et al., 2000; Nielsen, Emborg & Mølback, 2002). Cu toate acestea, deși prevalența nu este mare, anorexia nervoasă comorbidă și DZt1 este asociată cu o mortalitate mai mare. De exemplu, un studiu longitudinal de 10 ani a raportat că rata mortalității la femeile cu această comorbiditate a fost de 35%, comparativ cu 6,5% pentru anorexia nervoasă și 2,5% pentru DZt1ul separat, respectiv această asociere reprezintă un risc crescut de mortalitate de aproape șase ori mai mare. Acest lucru trebuie

diferențiat de simptomele anorexiei subclinice (de exemplu, comportamentul alimentar restrictiv și comportamentul de purjare „atipic” prin omisiunea insulinei, fără a fi semnificativ subponderal), care sunt frecvente la persoanele cu DZt1 (Nielsen, Emborg & Mølback, 2002).

Datorită contextului unic și a complexității suplimentare implicate în DZt1 comorbid și TCA, precum și diferența dintre riscul medical și diagnosticele clinice definite de DSM-5 și ICD-10, poate fi util pentru clinicieni și cercetători să clasifice TCA în mod diferit la persoanele cu DZt1. Clasificarea „subtipurilor” de TCA în acest grup se poate baza pe combinarea riscului lor medical (de exemplu, pentru cetoacidoză), caracteristicile clinice (de exemplu, greutate) și tipurile și modelele de comportament implicate (de exemplu, dieta restrictivă, omiterea insulinei, frecvente sau rar). Într-adevăr, majoritatea studiilor efectuate în ultimii 10 ani care examinează prevalența TCA în DZt1 se concentrează mai degrabă pe simptome decât pe diagnostic. Recent, investigațiile de eșantioane de adolescenți, tineri și adulți au demonstrat că prevalența unei tulburări semnificative clinic la populațiile cu DZt1 este de ~ 20-25% (Doyle et al., 2017), cu rate mai mici la băieți și bărbați față de fete și femei.

Primele relatări teoretice despre TCA la persoanele cu DZt1 susțin că alimentația perturbată începe în contextul constrângerii dietetice impuse de cerințele de autogestionare a diabetului dintre care restrictive (caracterizate prin simptome asemănătoare anorexiei cum ar fi restricția alimentară și atitudinile perfecționiste) și insubordonat (caracterizate prin comportamente compulsive și de purjare și reactivitate emoțională) (Goebel-Fabbri, 2009).

Restricția insulinei în scopul controlului greutății pare a fi o caracteristică esențială atât în subtipurile restrictive, cât și în cele dezinhibate, deoarece poate fi caracterizată ca un comportament de căutare a controlului (atunci când este combinat cu restricție dietetică sau atitudini perfecționiste) sau un comportament compensator de purjare (de exemplu, după un episod de alimentare compulsivă) (Treasure, Kan, Stephenson & Simic, 2015).

Modelele sau subtipurile de TCA în DZt1 pot fi, de asemenea, diferite în ceea ce privește dinamica lor, unele cercetări observând variabilitatea persistenței simptomelor în timp (Peterson, Fischer & Young-Hyman, 2015). Un studiu longitudinal recent care a examinat TCA la momentul inițial și apoi după 1 an la 300 de adolescenți și adulți tineri cu DZt1 a observat că 19% din eșantionul lor prezentau o TCA persistentă, la 8% s-a agravat și doar 7,3% aveau o reducere a manifestării TCA (Luyckx, Seiffge-Krenke & Schwartz, 2019). Goebel-Fabbri (Goebel-Fabbri et al., 2011) a explorat persistența comportamentelor de restricție a insulinei într-un eșantion de 207 femei cuDZt1, constatând că cele care au încetat restricția de insulină pe parcursul perioadei de 11 ani de investigație au manifestat mai puțină frică de creștere în greutate cu insulina și mai puține dificultăți în gestionarea patologiei față de la cele care au persistat.

Aceasta oferă un bun punct de plecare pentru strategii de intervenție sau prevenție. Or, necesare sunt mai multe studii care caracterizează trăsăturile clinice și dinamica în timp a TCA pentru a ajuta atât persoanele cu diabet, cât și echipele clinice să îmbunătățească diagnosticarea și metodele de intervenție.

Consecințele psihologice ale tulburărilor de comportament alimentar

Similar cu factorii psihologici, cum ar fi depresia și anxietatea, simptomele și distresul diabetului, pot fi factori de risc pentru TCA, aceste tulburări pot duce, de asemenea, la reducerea funcționării psihologice și a calității vieții. Numeroase studii recente au propus relații bidirecționale între TCA și simptome depresive, simptome de anxietate și calitatea vieții în populațiile cu DZt1 (Fairburn, Wilson & Agras, 1993; Condrea, 2024b); cu toate acestea, direcția cauzalității rămâne necunoscută. Datele din cercetările calitative au arătat preocupările legate de sănătatea emoțională/mintală care apar drept urmare a unei TCA prelungite la femeile cu DZt1 (Gentile, Raghavan, Rajah & Gates, 2007). Cu toate acestea, este probabil ca relația dintre TCA și distresul psihologic să fie paralelă din punct de vedere temporal, fiecare exacerbând-o pe cealaltă.

Screeningul tulburărilor de comportament alimentar la persoanele cu diabet zaharat tip 1

Cea mai frecventă măsură pentru depistarea TCA la persoanele cu DZt1 este „Sondajul privind problemele legate de alimentația în diabet" DEPS-R, publicat predominant ca instrument de cercetare (Markowitz, Butler, Volkening & Laffel, 2010). DEPS-R a fost implementat pe scară largă și validat atât la adolescenți, cât și la adulți cu DZt1 și poate fi un instrument clinic util pentru identificarea celor cu risc de TCA semnificativ din punct de vedere clinic. DEPS-R și instrumente similare de screening, cum ar fi mSCOFF (Young, Eiser, Johnson, Brierley & Eiser, 2013) au fost criticate, totuși, pentru că se întrebă direct despre comportamentele periculoase (de exemplu, restricția/omiterea insulinei), care ar putea fi interpretate ca „sugestive" pentru persoanele vulnerabile cu DZt1, deși există un dezacord în ceea ce privește nivelul de risc implicat în acest raport față de necesitatea clinică de identificare a acestor comportamente.

Rezultând din această preocupare, Powers și colab. (Powers, Richter, Ackard & Craft, 2016) au dezvoltat instrumentul „Screen for early eating disorder signs" SEEDS, care abordează preocupările și emoții legate de imaginea corporală în ceea ce privește TCA și calitatea vieții, dar nu analizează implicarea în comportamente nocive. În plus, în ciuda faptului că este un instrument dezvoltat special pentru persoanele cu DZt1, chestionarul SEEDS nu include elemente specifice diabetului. Aceasta este o problemă cauzată de legătura strânsă dintre diabet și TCA, incluzând accentul pus pe alimentație, presiunea pentru auto-gestionarea optimă a diabetului și legătura

dintre terapia cu insulină și greutate. Aceeași problemă apare și în utilizarea instrumentelor de screening care nu sunt specifice diabetului (cum ar fi „Chestionarul de examinare a tulburărilor de comportament alimentar" EDEQ, „Inventarul tulburărilor de comportament alimentar" EDI și „Testul de atitudini alimentare" EAT), care sunt, de asemenea, utilizate pe scară largă, dar care pot genera concluzii inexacte. în ceea ce privește TCA la persoanele cu DZt1. Aceste măsuri nu iau în considerare faptul că autogestionarea diabetului include monitorizarea dietei, numărarea carbohidraților și practicile alimentare contraintuitive, cum ar fi consumul atunci când nu îți este foame pentru a trata hipoglicemia (Powers, Richter, Ackard, Craft & Grainger, 2013). O altă problemă cheie cu instrumentele de screening existente, inclusiv DEPS-R, mSCOFF și SEEDS, este că aceste măsuri nu diferențiază subtipurile sau severitatea TCA, în ciuda dovezilor a existenței de diferite profiluri clinice și simptome pentru TCA în acest grup.

Perspectiva biopsihosocială asupra tulburărilor de comportament alimentar

Factorul demografic. Fetele și femeile tinere cu DZt1 prezintă un risc deosebit pentru TCA (American Psychiatric Association, 2013; Ball & Mitchell, 2004). Ratele TCA clinice și subclinice la femeile tinere sunt raportate ca fiind de 2-10% și respectiv 30-50%, în comparație cu bărbații cu rata de 0-1% și respectiv 10-20% (Araia et al., 2017; Jones et al., 2000; Young, Eiser, Johnson, Brierley & Eiser, 2013). Explicațiile pentru o prevalență mai mare la fete și femei tinere au fost atribuite factorului social (de ex. Presiunea pentru a se conforma unui „ideal subțire") și pubertal / de dezvoltare (de exemplu, creșterea în greutate peripubertală care are ca rezultat o insatisfacție corporală crescută) (Young-Hyman & Davis, 2010). Cu toate acestea, deși s-au observat rate mai mici la bărbați, TCA sunt mult mai des întâlnite la populația masculină cu DZt1 decât la cea fără, iar insatisfacția corporală la tinerii cu DZt1 a fost raportată a fi ridicată. De exemplu, Araia și colegii (Araia et al., 2017) au raportat insatisfacție corporală la 76% din eșantionul de băieți adolescenți dintr-un registru național din Australia (n = 180).

Factorul vârstă și gen. După cum s-a raportat anterior, majoritatea cazurilor de DZt1 se dezvoltă în adolescență. Adolescența este o perioadă critică a dezvoltării umane în timpul căreia apar mai multe schimbări fizice și psihologice și, din păcate, unele dintre ele pot favoriza TCA. Influența colegilor și utilizarea continuă a rețelelor sociale pot crește riscul de a dezvolta aceste tulburări. Takii și colab. a efectuat un studiu pentru a determina vârsta debutului DZT1 care a fost cel mai strâns legat de dezvoltarea ulterioară a TCA severe (Takii et al., 2011). Aceștia au atestat că persoanele cu DZT1 cu debut între vârstele de 7 și 18 ani au prezentat un risc semnificativ mai mare de a dezvolta ulterior un TCA sever, cum ar fi anorexia nervoasă sau bulimia nervoasa, decât subiecții al căror debut a fost fie mai tânăr, fie mai în vârstă. Femeile prezintă un risc mai mare

decât bărbații. Această diferență în funcție de sex a fost clar demonstrată și pare independentă de prezența bolii de bază. În general, în rândul adolescenților, TCA la 3,8% dintre femei și la 1,5% dintre bărbați. La adolescenții cu DZT1, aceste condiții pot fi detectate la 37,9% dintre femei și 15,9% dintre bărbați (Neumark-Sztainer et al., 2002). În plus, respectarea terapiei prescrise pentru DZT1 s-a dovedit a fi semnificativ mai mică la femei decât la bărbați, sugerând că femeile pot prezenta probleme psihiatrice mai frecvente. Neumark-Sztainer și colab. au constatat că 10,3% dintre fetele adolescente au omis doze de insulină și că 7,4% au luat mai puțină insulină pentru a slăbi, comparativ cu doar 1,4% dintre bărbați (Neumark-Sztainer, Hannan, Story & Croll, 2010). Rezultate similare au fost raportate de Wisting și colab., care au antrenat 105 adolescenți cu DZT1 într-un studiu care a investigat ce factori au fost corelați cu TCA. Ei au descoperit că restricția de insulină, împreună cu vârsta și percepția bolii, a fost relativ puternic asociată cu TCA doar la femei, în timp ce nu s-a demonstrat nicio asociere la bărbați (Wisting et al, 2019).

Factorii specifici în DZt1. Există mai mulți factori unici pentru persoanele cu diabet, comparativ cu cei fără, care le pot predispune la TCA. În primul rând, pre-diagnosticul semnificativ de pierdere în greutate din cauza insulinopeniei în DZt1 este frecvent, rezultând o stare catabolică cu deshidratare semnificativă din cauza glucozuriei. Aceasta este urmată de recâștigarea rapidă a greutății odată ce a început terapia cu insulină (Young-Hyman & Davis, 2010), care poate fi dificilă din punct de vedere emoțional și poate duce la nemulțumire față de corp din cauza dimensiunii corpului percepute mai mari. În al doilea rând, ușurința cu care este posibil să se omită o proporție din doza de insulină recomandată pentru a pierde în greutate fără a fi necesar de restricționat în mod activ aportul de alimente sau de a face efort fizic excesiv crește, de asemenea, riscul unei TCA. În al treilea rând, povara diabetului este o vulnerabilitate psihologică constantă care poate duce la sentimente de pierdere a controlului, iar omiterea insulinei poate fi percepută ca o metodă de recâștigare a controlului. În al patrulea rând, episoadele de hipoglicemie pot declanșa episoade de consum excesiv de alimente ca mai apoi să facă supradozaj de insulină, determinând creșterea în greutate. Persoanele cu DZt1 și managementul glicemic optim sunt în medie mai supraponderale decât persoanele cu glicemie mai puțin optimă sau persoanele de aceeași vârstă fără diabet (Young-Hyman & Davis, 2010). Comportamentele compensatorii pot începe adesea printr-o descoperire întâmplătoare a faptului că omiterea insulinei duce la pierderea în greutate (prin „autoexperimentare") și se înrădăcinează într-un model de „dependență" (Peterson, Fischer & Young-Hyman, 2015; Staite, Cooper & Egan, 2018). În al cincilea rând, sarcinile complexe și împovărătoare de autoîngrijire necesare pentru tratarea diabetului, combinate cu imprevizibilitatea nivelului de glucoză din sânge, pot cauza frustrări, în special la persoanele cu trăsături perfecționiste de personalitate. Aspectele dietetice ale

autogestionării (de exemplu, numărarea carbohidraților) pot determina o preocupare cu alimentele și pot prezenta un factor de risc pentru TCA (Rancourt, Janicke, Silverstein & Prinz, 2019). Necesitatea de a echilibra factorii dietetici (de exemplu, caloriile, indicele glicemic) cu doza de insulină în timpului efortului fizic, monitorizarea glicemiei, neglijarea foamei și a indicilor de saturație (în special în ceea ce privește tratarea hipoglicemiei) și diferiți alți factori situaționali (de exemplu, timpul zilei, vremea, starea bolii) pot crea o povară emoțională, cognitivă și comportamentală, care împreună constituie un risc pentru TCA.

Factorii psihosociali. Cercetările s-au concentrat, de asemenea, și pe explorarea factorilor psihosociali implicați în asocierea dintre TCA și diabet. Cel mai frecvent, aceste investigații au explorat și demonstrat asocieri între simptomele depresiei și anxietății, stilurile de coping (de exemplu, coping-ul de evitare) și relațiile de familie (de exemplu, atitudinile materne față de greutatea și forma corpului) și TCA la persoanele cu DZt1 (Gagnon, Aime & Belanger, 2017; Wisting, Froisland, Skrivarhaug, Dahl-Jørgensen & Rø, 2019). În plus față de acești factori psihologici generali, unele cercetări au mai abordat rolul distresului (Powers, Richter, Ackard & Craft, 2017) și al conflictului familial specific diabetului (Caccavale et al., 2015), găsind relații pozitive cu prezența TCA și preocupări față de formă/greutate la populațiile cu DZt1. Deși nu este complet clar dacă acești factori psihologici sunt cauze sau consecințe ale unei TCA sau dacă sunt comorbide. Două studii au identificat stările emoționale negative și afecte negative legate de diabet ca precursori direcți ai episoadelor de restricție a insulinei și de mâncat compulsiv (Merwin, Moskovich & Zucker, 2015), sugerând că aceștia sunt posibili factori de risc pentru TCA.

Factori interpersonali. Tranziția responsabilității pentru gestionarea unei boli cronice precum diabetul, de la părinți la copil poate fi copleșitoare. Acest lucru este complicat din cauza modului în care simptomele TCA pot pătrunde în multe aspecte ale vieții de familie și pot provoca reacții emoționale apropiaților pacientului. TCA sunt asociate cu suferința familiei, emoții exprimate și comportamente adaptative ale îngrijitorilor. Un model similar a fost observat l a îngrijitorii adolescenților cu diabet zaharat și cu imprevizibilitatea TCA. În afară de criticile și conflictele cu membrii familiei, multe persoane cu DZt1 și TCA s-ar putea confrunta și cu criticile directe sau camuflate din partea profesioniștilor care sunt frustrați de nerespectarea tratamentului oferit de ei. Această atmosferă negativă poate afecta stima de sine la persoanele vulnerabile, ducând la nerespectarea indicațiilor profesioniștilor (Ridge, Treasure, Stafford, Russell & Treasure, 2014).

Indicele masei corporale. S-a presupus că indicele mai mare al masei corporale (IMC) duce la creșterea impulsului de slăbire, ceea ce poate duce la dietă, afectare negativă și tulburări alimentare. Cercetarea lui Colton și a colegilor (Colton et al., 2015) săi asupra femeilor adolescente

cu diabet de tip 1, de exemplu, a arătat că comportamentul alimentar dezordonat este asociat cu un IMC mai mare. Mai mult, adolescenții care au obținut scoruri mai scăzute la scările de auto-valoare și au prezentat mai multe simptome de depresie au avut o incidență mai mare a alimentației dezordonate. În mod similar, Tse și colegii săi au constatat că adolescenții cu diabet clasificați cu risc de alimentație dezordonată aveau un IMC mai mare. Acești adolescenți au avut, de asemenea, o gestionare mai slabă a diabetului auto-raportat, o monitorizare mai puțin frecventă a glicemiei și A1C mai mare decât cei care nu prezintă risc. Astfel, furnizorii pot lua în considerare IMC ca un factor de risc potențial pentru alimentația dezordonată (Tse et al., 2012; Condrea, 2021).

Structura meselor. Un alt factor de risc pentru dezvoltarea alimentației dezordonate se referă la structura mesei de familie. De exemplu, un studiu a constatat că fetele adolescente cu diabet de tip 1 în familiile care au avut mese de familie rare au fost mai predispuse să raporteze comportamente alimentare dezordonate. Mai mult, femeile adolescente care au prezentat tachinări legate de greutate de către părinți au raportat o prevalență mai mare a alimentației dezordonate. Această combinație între structura scăzută a mesei în familie și atenția ridicată a familiei la greutate și scădere în greutate a fost aproape de două ori mai frecventă în familiile cu fete cu alimentație dezordonată comparativ cu familiile cu fete adolescente fără alimentație dezordonată. Prin urmare, furnizorii pot găsi util să investigheze tiparele de alimentație familiale și gândurile privind controlul / pierderea în greutate ca o modalitate de a vedea dacă acesta este un factor de risc potențial (Tse et al., 2012).

Insatisfacție corporală. În cele din urmă, nemulțumirea față de propriul corp și dorința de slăbire au fost identificați ca factori de risc pentru comportamentul alimentar dezordonat și acești factori pot fi relevanți în special pentru persoanele cu diabet zaharat.

Mulți oameni sunt îngrijorați de cel puțin o parte a corpului lor. O evaluare cognitivă negativă a corpului poate fi o expresie a unei imagini corporale negative. Imaginea corporală este conceptualizată ca o construcție multidimensională, care cuprinde o componentă comportamentală legată de corp, o componentă perceptuală care implică percepția caracteristicilor corpului (de ex.: estimarea mărimii sau greutății corpului) și un aspect cognitiv-afectiv care implică cogniții, atitudini și sentimente față de corpul (Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn, 1999).

Gândurile și sentimentele negative despre corpul sunt definite ca nemulțumire corporală, care este considerată a fi cel mai important reprezentant global a stresului legat de corp. S-a constatat că nemulțumirea corporală este un predictor pentru dezvoltarea unei TCA și apare la indivizi cu tulburări mintale diferite, cum ar fi tulburarea de alimentație compulsivă sau tulburarea de anxietate socială, precum și la persoanele sănătoase. Atitudinea față de corp reprezintă unul dintre cei doi poli ai continuumului satisfacție-nemulțumire a imaginii corporale, care cuprinde

măsuri de satisfacție (de ex.: satisfacerea cu anumite zone ale corpului) și nemulțumire (de ex.: nemulțumirea față de greutatea). O altă construcție care este legată atât de componenta cognitiv-afectivă, cât și de cea comportamentală este importanța aspectului, denumită și orientarea aspectului, care reflectă investiția cognitiv-comportamentală în aspectul propriu, cu alte cuvinte, importanța pe care o acordă aspectului fizic. S-a arătat că acest construct se distinge de constructul evaluării aspectului, care reprezintă, de asemenea, o măsură a satisfacției/nemulțumirii corpului. Pe lângă evaluarea negativă a corpului și importanța aspectului, o evaluare pozitivă a corpului face parte și ea din componenta cognitiv-afectivă. De exemplu, aprecierea corpului este definită ca acceptarea, respectarea și atitudinea pozitivă față de propriului corp, precum și respingerea idealurilor nerealiste ale corpului prezentate de mass-media (Tiggemann, 2004).

În trecut, studiile au investigat impactul genului și a vârstei asupra trăsăturilor corpului legate de componenta cognitiv-afectivă. Mai exact, cercetările privind insatisfacția corporală au arătat că fetele și adolescentele și femeile de toate vârstele raportează nemulțumirea față de corp. În timp ce unele studii au arătat că nivelul de nemulțumire a corpului variază în funcție de diferitele grupe de vârstă (Esnaola, Rodríguez & Goñi, 2010) alții au constatat că a rămas destul de stabilă pe durata vieții femeilor adulte (Tiggemann, 2004). Studiile care examinează alte aspecte ale continuumului satisfacție-insatisfacție, cum ar fi insatisfacția de greutate sau satisfacția cu anumite părți ale corpului, au constatat, de asemenea, insatisfacție corporală la majoritatea femeilor. Frederick și colegii (Cash & Hrabosky, 2003; Encyclopedia of body image and human appearance, 2012) au estimat că 20% până la 40% dintre femei sunt nemulțumite de corpul lor. Cu toate acestea, nemulțumirea corpului este raportată și la bărbați, sugerând că 10% până la 30% dintre bărbați prezintă nemulțumire corporală (Cash & Hrabosky, 2003; Encyclopedia of body image and human appearance, 2012) sau 69% dintre adolescenții de sex masculin sunt nemulțumiți de corpul lor în ceea ce privește greutatea. Frederick și colegii au raportat chiar că 90% dintre studenții americani de sex masculin din eșantionul lor s-au descris ca fiind nemulțumiți în ceea ce privește musculatura. În ceea ce privește evaluarea corpului, eforturile pentru o creștere a musculaturii, denumită impuls pentru muscularitate, au apărut ca o problemă centrală pentru băieți și bărbați. S-a dovedit a fi distinct de nemulțumirea corpului (Bergeron & Tylka, 2007). Cu toate acestea, deși studiile anterioare au raportat că nemulțumirea corpului nu diferă în funcție de vârstă la femei, rămâne neclar dacă nivelul de nemulțumire corporală se modifică în funcție de vârstă la bărbați.

În populația cu DZt1, un studiu a constatat că adolescenții care au raportat nemulțumirea corpului au mai multe șanse să restricționeze insulina, sugerând că acesta poate fi un factor de risc deosebit de important pentru persoanele cu diabet. În mod similar, cercetările lui Hegelson și ale colegilor au relevat o creștere a impulsului de slăbiciune la adolescenții cu diabet în comparație

cu colegii lor fără diabet (Helgeson et al., 2007). Un alt studiu a constatat că femeile adolescente cu diabet de tip 1 au raportat scoruri mai mari ale imaginii corporale negative, care au fost, la rândul lor, asociate cu comportamente alimentare dezordonate (Grylli, Wagner & Berger, 2010). În mod colectiv, aceste rezultate susțin că nemulțumirea corpului și impulsul pentru subțire sunt importante de luat în considerare atunci când se depistează persoanele cu diabet de tip 1 pentru tulburări de alimentație.

Modele teoretice etiologice ale tulburărilor de comportament alimentar

Modelul multidimensional. Atât anorexia nervoasă, cât și bulimia nervoasă sunt tulburări multifactoriale. Modelul multidimensional al TCA este împărțit în trei componente majore: factori predispozanți, de precipitare și de perpetuare (Garner, 1993). Interacțiunea factorilor predispozanți individuali (psihologici și biologici), familiali și culturali joacă un rol major în conturarea psihopatologiei TCA. Printre factorii care precipită, dieta este invariabil un element timpuriu. Cu toate acestea, simptomele foamei și consecințele lor psihologice, emoționale și fizice se încadrează într-un grup de factori de perpetuare (Bellack & Hersen, 2000). Un model multidimensional ușor modificat al dezvoltării TCA, propus de Garner (1993), este prezentat în *Figura 1.2*.

Patternul simptomelor TCA reprezintă o cale combinată rezultată din predispoziții individuale, familiale și culturale. Factorii psihologici se referă la depresie, anxietate, tulburări de personalitate, deficite cognitive și emoționale (de exemplu, credințe distorsionate stereotipice și erori de raționament, incapacitatea de a identifica și de a reacționa adecvat la stările emoționale), tulburări ale imaginii corporale și traume psihologice sau fizice (de exemplu, abuz sexual) (Garner, 1993). Printre factorii biologici, genetici, caracteristici constituționale (de exemplu, factori de risc prenatali sau perinatali, traume, convulsii, perioada intrauterină mare, greutate redusă la naștere), caracteristici fizice (de exemplu, tendință spre obezitate), precum și anomalii neuroendocrine și metabolice (de exemplu, tulburări în axa hipotalamo-hipofizo-gonadică, anomalii în mai multe sisteme neuroreglatorii) pot contribui la o vulnerabilitate specifică (Garner, 1993).

Factorii familiali (în special rolul patogen al familiei) contribuie la dezvoltarea TCA. Acești factori pot fi caracterizați de o mamă dominantă, intruzivă sau ambivalentă și un tată pasiv și neafectuos și modele specifice de interacțiune (de exemplu, granițe permeabile, supraprotectivitate, rigiditate, evitarea conflictelor în familie) (Garner, 1993). Unul dintre mai mulți factori predispozanți care joacă un rol important în incidența crescândă a TCA este legat de presiunea socioculturală de a fi slab (presiunea de a fi slab poate duce, la rândul său, la o dietă intensă). Nemulțumirea de forma corpului și îngrijorarea puternică cu privire la aspectul fizic par, de asemenea, să catalizeze dezvoltarea TCA (Garner, 1993).

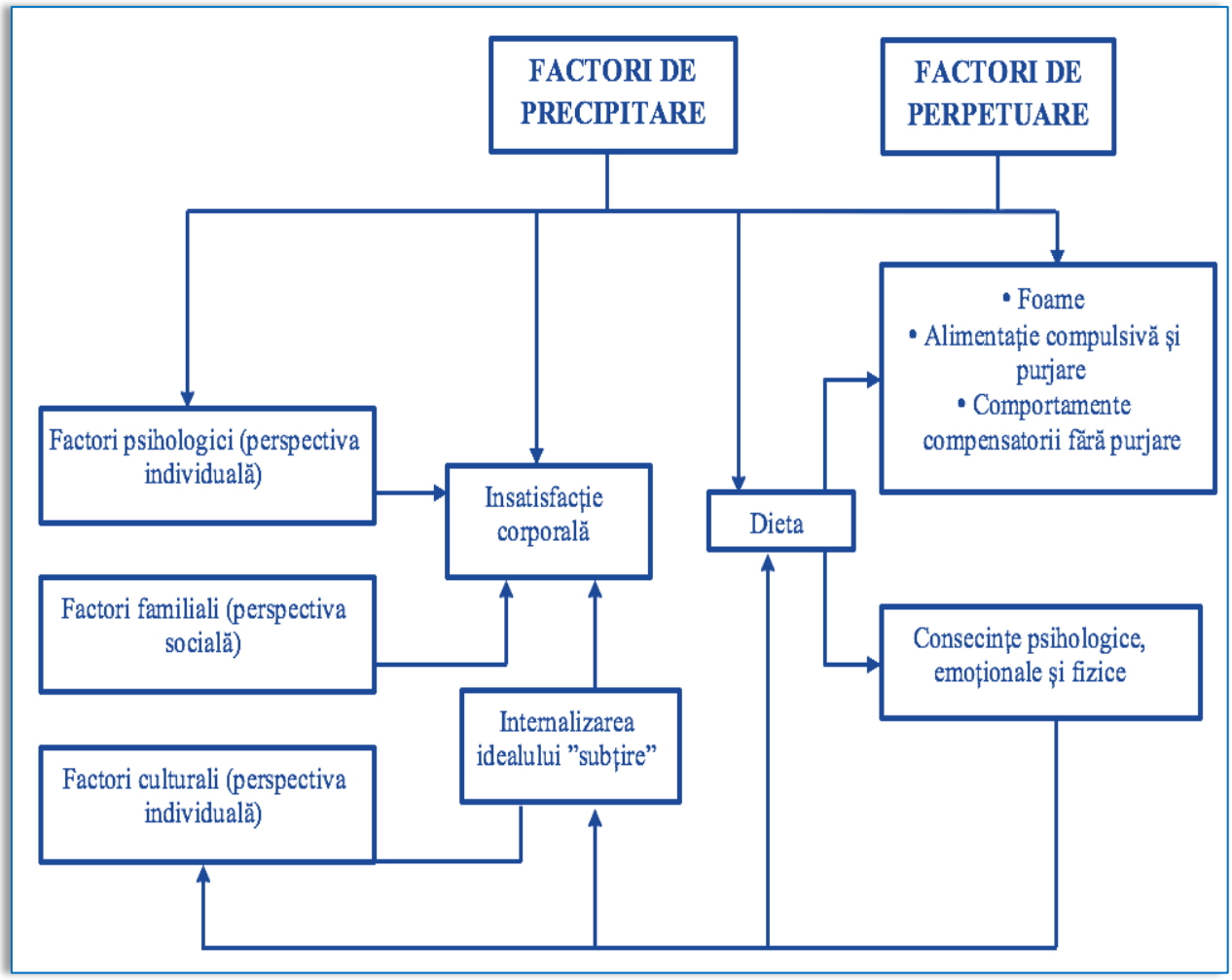


Fig. 1.2. Model multidimensional al patogenezei TCA (adaptat după Garner) (Maine & Kelly, 2005)

După cum se demonstrează în *Figura 1.2*, factorii precipitanți pot fi implicați în patogeneza TCA. Nemulțumirea față de greutatea și forma corporală și o dietă restrictivă care mărește sentimentul de auto-valoare și autocontrol pot induce TCA. Mai mult, depresia, tulburările de dispoziție, abilitățile inadecvate de coping și experiențe cu impact negativ pot fi identificate ca potențiali precipitanți (Garner, 1993).

Factorii de perpetuare implică efectele psihologice, emoționale și fizice ale foamei. Înfometarea determină o deteriorare a dispoziției, crește preocuparea pentru alimentare și face ca alimentele (și controlul alimentației) să fie și mai importante. În afară de înfometare, alimentația excesivă și comportamentele compensatorii de purjare și non-purjare sunt incluse în grupul factorilor de perpetuare din *Figura 1.2* (Garner nu le-a inclus în modelul său). Se crede că acestea, cele mai frecvente simptome ale formelor clinice și subclinice ale TCA (Ackard, Fulkerson & Neumark-Sztainer, 2007), ar trebui să fie corelate cu foamea. Unul dintre prototipurile TCA,

bulimia nervoasă, se caracterizează prin episoade repetate de alimentație compulsivă, urmate de comportamente compensatorii. Aceste comportamente sunt prezente și în cazul subtipului de purjare excesivă a anorexiei nervoase. Comportamentele compensatorii sanogene pentru a preveni creșterea în greutate sunt împărțite în comportamente de purjare, cum ar fi voma auto-indusă și utilizarea laxativelor și diureticelor, și comportamente fără purjare, cum ar fi utilizarea pastilelor dietetice, restricția dietetică și exercițiile fizice excesive (Abebe et al., 2012).

Modelul căii duale. Modelul căii duale (Stice, 2001) reprezintă o sinteză a aspectelor socio-culturale, dietetice și de reglementare a afectelor legate de TCA (*Figura 1.3*). Acest model cu două căi susținut empiric (Stice, Rohde & Shaw, 2013) sugerează că internalizarea idealului suplu contribuie la nemulțumirea față de corp. De asemenea, presupune că presiunea ridicată a familiei, a colegilor și a mass-mediei are ca rezultat o insatisfacție corporală crescută. Se consideră că insatisfacția corporală duce la TCA prin doi mediatori diferiți (cele două căi). Prima cale este calea comportamentelor dietetice nesănătoase și a doua cale este calea afectelor negative. Ambii factori cresc, în consecință, riscul pentru TCA. La rândul său, se consideră că dieta stimulează afectul negativ din cauza eșecurilor care sunt adesea legate de restricțiile alimentare tranzitorii și de impactul privării calorice asupra dispoziției. Afectul negativ, la rândul său, ar putea determina oamenii să mănânce excesiv pentru a oferi confort și distragere de la emoțiile negative. Prin urmare, modelul cu dublă cale a TCA susține că indivizii pot iniția un comportament alimentar anormal, fie din cauza unei diete extreme, fie a unei afecțiuni cronice sau a unei combinații a acestor factori. Adică, oricare dintre aceste două căi poate fi suficientă pentru a promova apariția patologiei alimentare.

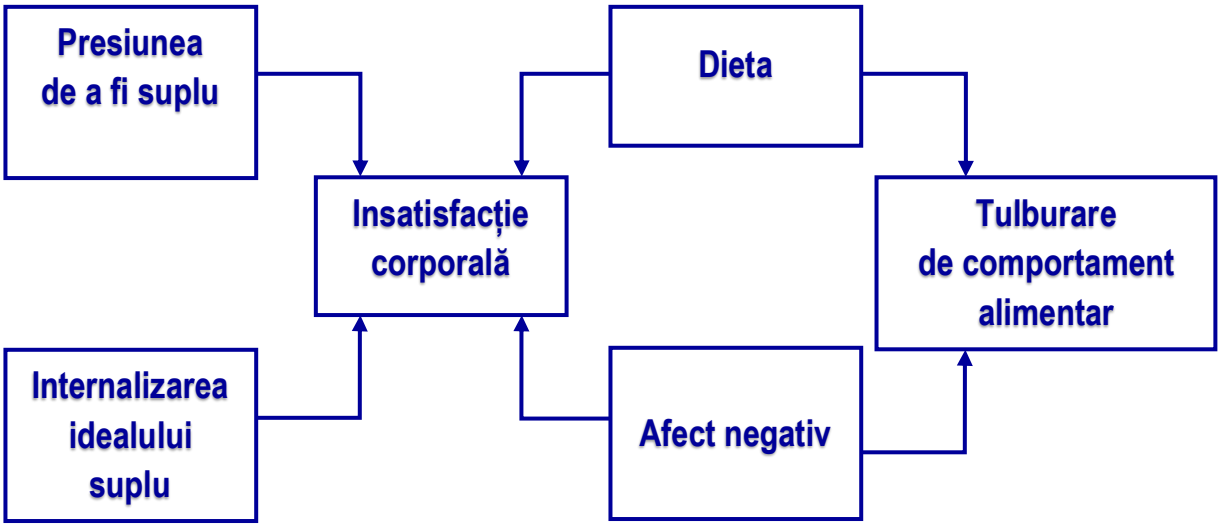


Fig. 1.3. Componente teoretice ale modelului căii duale

În acest model, presiunea inițială pentru a fi subțire și suplu și internalizarea idealului fizic a prezis o creștere ulterioară a insatisfacției corporale, insatisfacția inițială a corpului a prezis creșterea frecvenței utilizării dietei și afectele negative și dieta inițială și afectele negative au prezis TCA. Relația dintre dieta și creșterea afectului negativ s-a dovedit a fi semnificativă. După cum subliniază Stice (Stice, 2001), mediul social proxim joacă un rol în geneza insatisfacției corporale și punerea ca scop atingerea idealului suplu poate contribui la tulburări ale imaginii corpului.

Modelul „transdiagnostic". Fairburn (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003) descrie un model „transdiagnostic" al TCA și oferă dovezi că subiecții cu anorexie, bulimie și TCA atipice prezintă multe caracteristici clinice comune (de exemplu, preocupare excesivă de forma corpului, greutate și controlul lor). Argumentul pentru mecanismele transdiagnostice este transformarea simptomelor unui tip de TCA într-un alt tip în timpul tratamentului (și post-tratament) (de exemplu, simptome de anorexie nervoasă convertite în simptome de bulimie nervoasă) și faptul că simptomele TCA nu sunt transformate în alte boli mintale. Merită subliniat faptul că aceste dovezi conduc la utilizarea modelului transdiagnostic al TCA în terapia îmbunătățită cognitiv-comportamentală.

Baza modelului transdiagnostic al TCA a fost modelul cognitiv-comportamental al anorexiei și bulimiei. Psihopatologia de bază a TCA este o schemă cognitivă disfuncțională legată de stima de sine scăzută, perfecționism ridicat, intoleranță la schimbări de dispoziție și dificultăți în relațiile cu alte persoane (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003). Aceste simptome psihopatologice ale bulimiei nervoase joacă un rol relevant în apariția unei preocupări excesive cu forma, greutatea și controlul acestora, auto-monitorizarea și alimentația restrictivă. Singurele simptome ale bulimiei care nu sunt legate de psihopatologia de bază sunt supraalimentarea compulsivă și utilizarea inadecvată a comportamentelor compensatorii. În plus, apariția acestor simptome este adesea asociată cu probleme dificile de viață și emoții negative. Unele dintre simptomele bulimiei sunt, de asemenea, caracteristice anorexiei. Teoria cognitiv-comportamentală a anorexiei nervoase (subtip restrictiv) cuprinde următoarele elemente comune: preocupare excesivă cu forma, greutatea și controlul acestora și controlul greutății non-compensatorii (dieta restrictivă). Tulburările imaginii corporale și comportamentele inadaptative duc la o concentrare excesivă asupra alimentației, retragere socială, severitate a gândurilor și comportamentelor obsesive în raport cu corpul și sațietate excesivă. Aceste simptome consolidează alte mecanisme de menținere. Anorexia și bulimia diferă, de asemenea, în ceea ce privește nivelul relației dintre restricția alimentară și episoadele excesive. Anorexia este legată de dietă. În schimb, subiecții cu bulimie au prezentat o supraalimentare compulsivă mai severă decât o alimentație restrictivă (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

Caracteristicile clinice și mecanismele de menținere care sunt caracteristice anorexiei nervoase și bulimiei nervoase joacă un rol relevant în apariția și menținerea TCA atipice. Psihopatologia de bază a tuturor tipurilor de TCA este legată de simptome foarte similare și multe elemente ale mecanismului de menținere sunt repetate în toate tipurile. Terapia cognitiv-comportamentală pentru TCA în abordarea transdiagnostică este descrisă în *Figura 1.4* (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

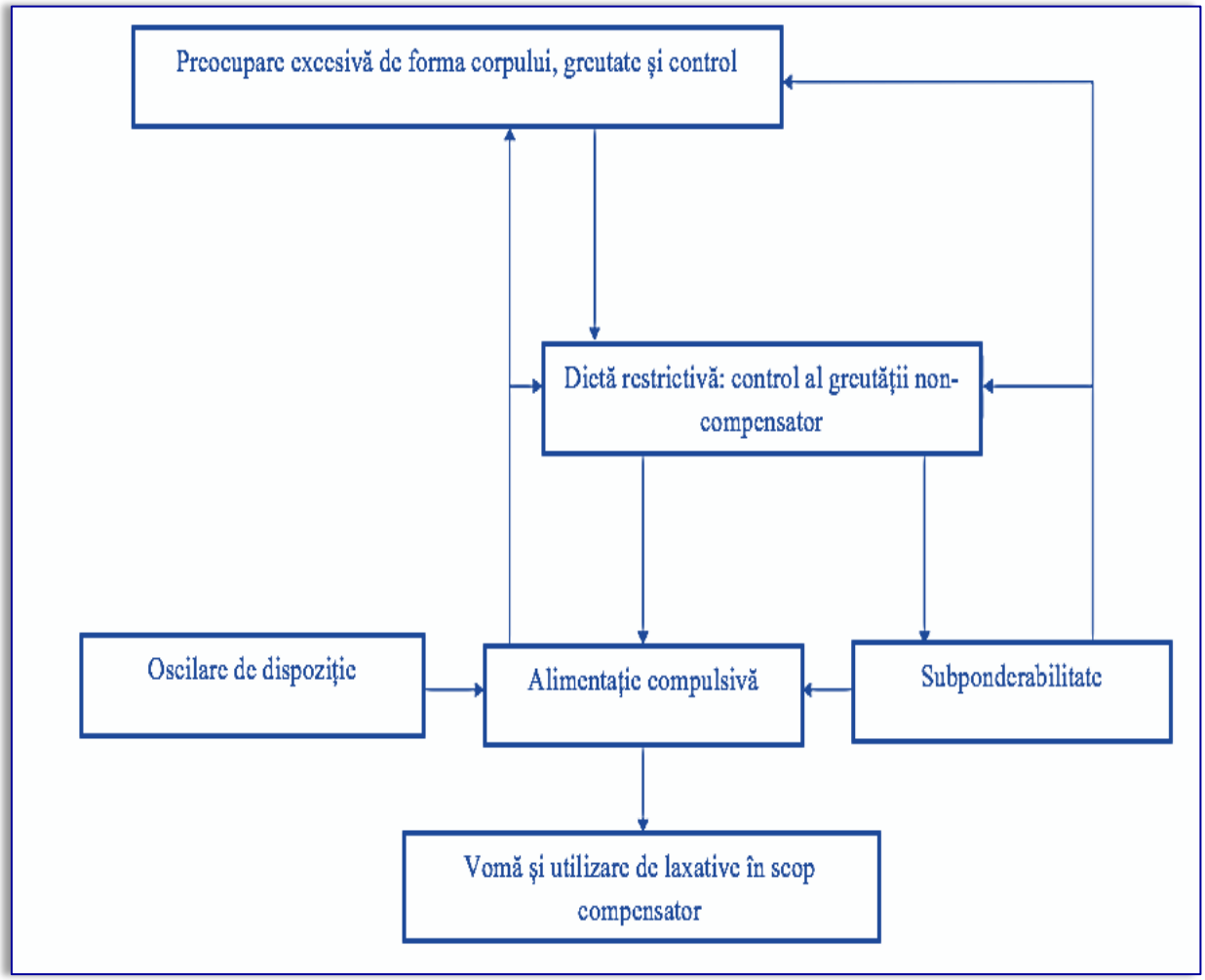


Fig. 1.4 .Modelul „transdiagnostic" al tulburărilor de comportament alimentar: abordare cognitiv-comportamentală (adaptată de la Fairburn și colab.) (Garner, 1993)

Modelul centrat pe recompensă pentru dezvoltarea și menținerea anorexiei nervoase. Un număr semnificativ de cercetări arată că factorii neurobiologici și psihofiziologici sunt relevanți pentru dezvoltarea și menținerea TCA (O'Hara, Campbell & Schmidt, 2015). Ambele grupuri de factori duc la o distorsiune a imaginii corpului și la modele de alimentație anormale (Blechert et al., 2011; Fladung et al., 2010). Merită subliniat faptul că învățarea prin asociere cu recompensa este relevantă în tratamentul simptomelor persistente ale anorexiei nervoase (formarea

unei legături între comportamentele dorite și recompensa) și este legată de creșterea activității dopaminei (O'Hara, Campbell & Schmidt, 2015).

Modelul bazat pe recompensă pentru dezvoltarea și menținerea anorexiei nervoase subliniază că procesul de dezvoltare a anorexiei nervoase cuprinde mai multe grupuri de factori (O'Hara, Campbell & Schmidt, 2015). Primul grup este: factorii declanșatori (de exemplu, suprimarea emoțiilor), factorii socio-emoționali (de exemplu, partea socială a abilitării), factorii fiziologici (de exemplu, dopamina). Acest element este legat de asocierea dintre vulnerabilitate (factori preamplificatori; de ex. personalitatea) și schimbări de comportament (de exemplu, comportamente compensatorii) și schimbări de comportament și recompensă (de exemplu, înclinația spre o susceptibilitate crescută la comportamente patologice). Trei dintre factorii de mai sus inițiază formarea unei atitudini negative față de mâncare și creșterea în greutate. Comportamentele anorexiei susțin o creștere a activității dopaminei care perpetuează tendințele cognitive negative asociate cu anorexia nervoasă (legate de alimentație, greutate și formă). Astfel, simptomele persistente ale anorexiei nervoase duc la formarea unui sindrom complet (*Figura 1.5*) (O'Hara, Campbell & Schmidt, 2015).

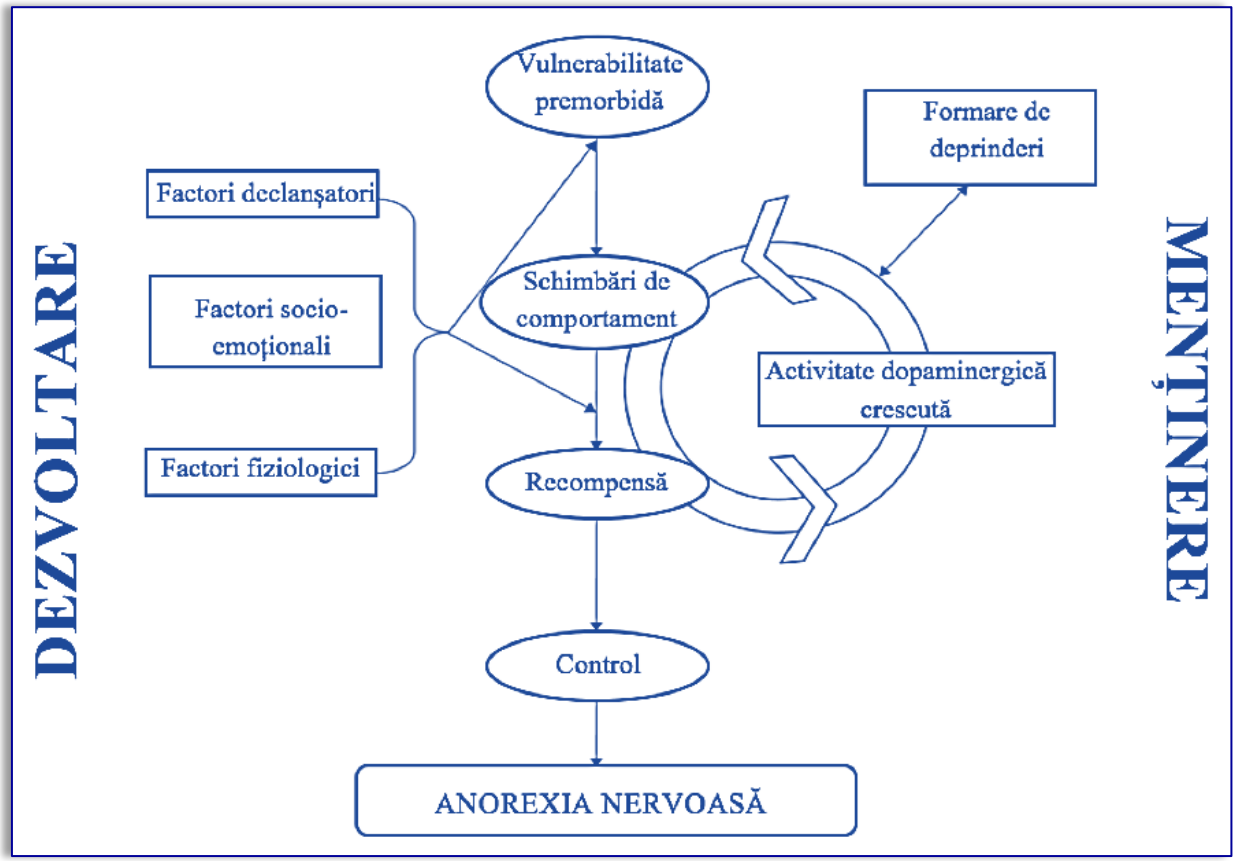
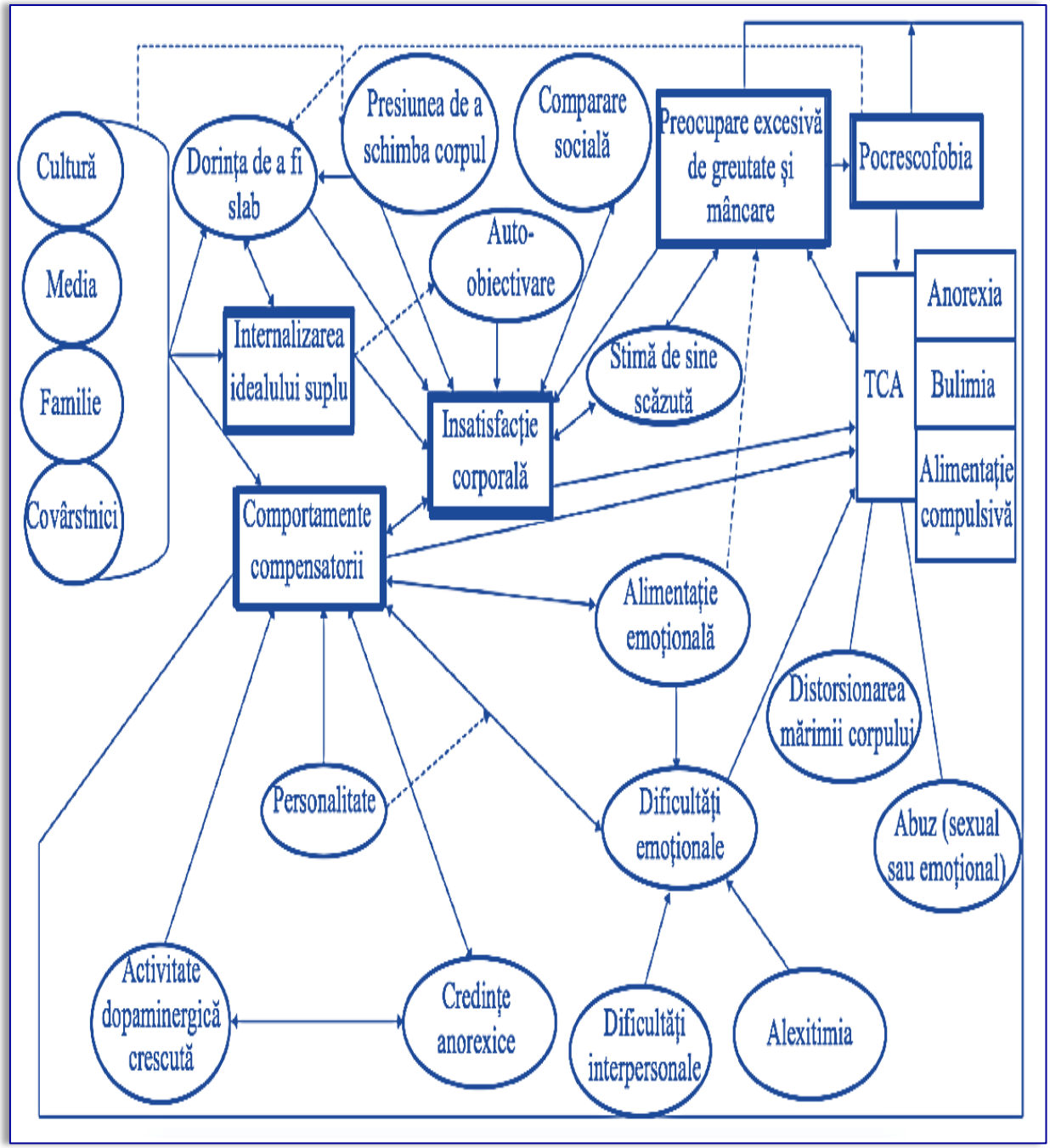


Fig. 1.5. Un model de anorexie nervoasă centrat pe recompensă (adaptat după O'Hara, Campbell și Schmidt) (Stice, 2001)

MODELUL TRANSTEORETIC



(Cuprinde factori care duc la apariția și persistența TCA. Elementele în bold sunt simptome TCA după DSM-5. Liniile întrerupte descriu relații directe între variabile)

Fig. 1.6. Model transteoretic al tulburărilor de comportament alimentar

Modelele discutate până acum oferă o mulțime de informații despre etiologia și mecanismele de menținere a TCA. Cu toate acestea, alte studii descriu alți factori legați de TCA. Modelul Maudsley de tratament al anorexiei nervoase pentru adulți a considerat existența a patru factori principali de menținere (Schmidt et al., 2013; Schmidt et al., 2014). În primul rând este înclinația către un „stil de gândire" legat de inflexibilitate, concentrarea excesivă asupra detaliilor

și teama de a greși. Problemele din sfera emoțională – al doilea factor – cuprind evitarea experimentării și exprimării emoțiilor și dificultăți în reglarea emoțională. Al treilea grup de factori este legat de relațiile interumane – unii subiecți prezintă dificultăți cu răspunsuri emoționale adaptative în raport cu alte persoane (de exemplu, o preponderență față de emoțiile negative: frică, vinovăție, rușine). Ultimii factori – credințe anorexice – sunt legate de convingerea că anorexia ajută persoana să funcționeze în viața de zi cu zi (de exemplu, „anorexia mă face să mă simt în siguranță"). Înfometarea poate fi considerată ca un factor care susține și întărește elementele menționate mai sus. Consecințele sale se consolidează reciproc pentru cei patru factori principali de menținere (Schmidt et al., 2013; Schmidt et al., 2014). Modelul Maudsley subliniază că dificultățile în funcționarea socio-emoțională sunt inițiate de alexitimie, experiență ridicată a emoțiilor negative, simptome acute de anxietate socială și un nivel ridicat de comparație socială ascendentă (Oldershaw et al., 2012; Oldershaw et al., 2011).

În plus, unii subiecți cu bulimie nervoasă suferă îngrijire necorespunzătoare a părinților (Vajda & Láng, 2014). Violența fizică și abuzul sexual predispun la apariția TCA (Gentile et al., 2007). Cercetările anterioare arată că subiecții cu bulimie nervoasă au primit îngrijirea cel mai puțin adecvată și cele mai frecvente abuzuri emoționale (față de subiecții cu anorexie nervoasă și față de grupul non-clinic) (Vajda & Láng, 2014). Abuzul emoțional este, de asemenea, un factor etiologic important în apariția obezității și a supraalimentării compulsive (Grilo & Masheb, 2001). Mai mult, reglarea dezadaptativă a stărilor emoționale joacă un rol relevant în medierea dintre abuzul emoțional și apariția TCA (Svaldi et al., 2012). Alte cercetări arată că simptomele bulimice crescute conduc la o creștere a dereglării emoționale. Nivelurile ridicate de dificultăți emoționale sunt, de asemenea, asociate cu utilizarea intensă a comportamentelor compensatorii (perfecționismul moderează această relație) (Forbush et al., 2007; Lavender et al., 2014). Dificultățile emoționale sunt legate de alimentația emoțională – apare cu simptome bulimice și preocuparea de mâncare. Pe scurt, pe baza modelelor și cercetărilor menționate mai sus, a fost creat modelul transteoretic al TCA (*Figura 1.6*).

Tulburări de alimentație și imagine corporală

Nu există nicio îndoială că TCA și imaginea corpului sunt strâns legate (Condrea, 2021d). Problemele ce țin de alimentație și continuumul imaginii corporale se concentrează pe tiparele alimentare și imaginea corpului ca problemă de dezvoltare. Continuumul prezintă o serie de modele alimentare și atitudini față de imaginea corpului, cu o absență a problemelor legate de alimentație și corp la un capăt al spectrului și TCA și imagine corporală negativă situate la celălalt capăt (*Figura 1.7*).

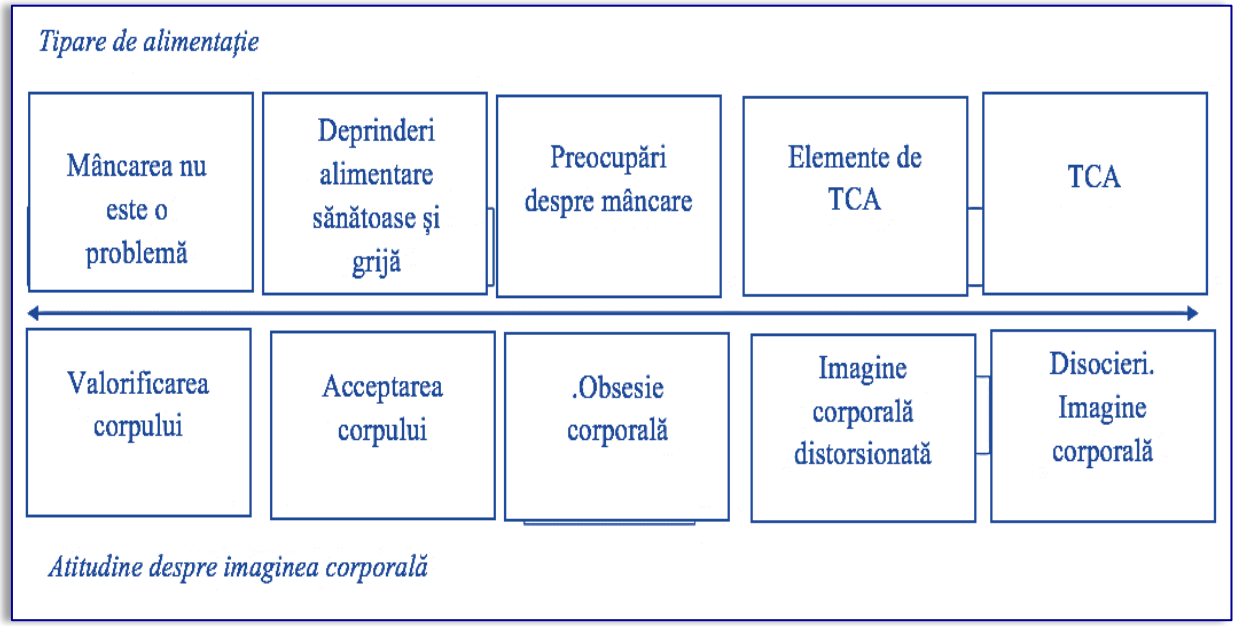


Fig. 1.7. Probleme legate de alimentație și continuum corporal (adaptat după Smiley, King & Avey, 1997 citat în Stice (Stice, 2001)**)**

Cele două coloane din stânga implică atitudini sănătoase față de alimentație și imaginea corpului. Coloanele trei și patru reflectă o mișcare către atitudini nesănătoase, unde apar atât preocuparea și distorsiunea imaginii corpului, cât și preocuparea de a mânca și metodele de control al consumului de alimente. În cele din urmă, coloana cinci se referă la comportamentele patologice față de imaginea corpului și tiparele de alimentație.

Alte abordări ale tulburărilor de comportament alimentar și ale imaginii corpului

Abordările umaniste se concentrează asupra potențialului și a tendinței umane către auto-actualizare și asupra importanței sentimentului de a avea un sens și un scop în viață (Heiderscheit, 2016; Schacter, Gilbert & Wegner, 2011). Ele subliniază că elementele importante ale tratamentului sunt empatia, acceptarea necondiționată și înțelegerea stărilor emoționale, comportamentelor și credințelor altor persoane. Această abordare presupune că auto-actualizarea și autorealizarea sunt semnificative pentru sănătatea mintală. Tratamentul este axat pe constatarea și realizarea nevoilor (Schneider, Pierson & Bugental, 2015).

Abordările sistemice sunt legate de o relație disfuncțională în cadrul familiei (Hills, 2012). Există trei abordări sistemice principale. În primul rând, terapia structurală familială a lui Minuchin presupune că simptomele (TCA) sunt legate de menținerea homeostaziei familiale. Trăsăturile caracteristice ale unor astfel de familii sunt: granițe permeabile, limite rigide,

hipertutelare și lipsa adaptării la conflict (Minuchin, Reiter & Borda, 2013). Abordarea sistemică de la Milano a lui Palazzoli evidențiază aspectul sociocultural (de ex. presiunea de a fi subțire) și a familiei (de exemplu, presiunea de a fi cel mai bun în școală) pentru dezvoltarea anorexiei nervoase (Hills, 2012). În cele din urmă, abordarea sistemică a lui Weber și Stierlin pentru înțelegerea și tratamentul anorexiei nervoase presupune că într-o familie anorexică are loc transmiterea transgenerațională a credințelor și valorilor dezadaptative, precum și un proces disfuncțional de separare-individualizare (Pilecki & Józefik, 2013).

Baza abordării integrative a TCA sunt alte abordări psihoterapeutice axate pe etiologie și mecanisme de întreținere (Halmi & Schroeder, 2005). Abordarea lui Slade presupune că, pentru a înțelege TCA, trebuie să avem informații complete despre boală. Autorul enumeră trei grupuri principale de factori care sunt semnificativi: factori predispozanți (de exemplu, relații de familie disfuncționale, perfecționism), factori declanșatori (de exemplu, comentarii negative despre corp, pierderea controlului și un sentiment de eficacitate diminuat) și factori de întreținere (de exemplu, comentarii pozitive după pierderea în greutate, sentiment de control asupra mâncării). Un tratament holistic influențează diferitele aspecte ale bolii (Slade, 1982).

Cercetările anterioare au arătat că propriocepția scăzută este un factor important în etiologia TCA (Füstös, Gramann, Herbert & Pollatos, 2013). Tulburarea imaginii corporale este una dintre cele mai frecvente caracteristici clinice atribuite TCA. Prin urmare, terapiile orientate spre corp sunt adesea folosite ca metodă auxiliară. Tratamentul pentru TCA poate include o varietate de metode frecvent utilizate, inclusiv terapia mișcării prin dans, care se concentrează pe corp, experiența corporală, mișcarea sau exercițiul fizic, kinetoterapia și psihoterapia orientată spre corp, abordarea corp-minte, psihoterapia analitică a corpului, Metoda Hakomi (Röhricht, 2009). O abordare axată în principal pe corp este terapia centrată pe corp. Subiecții sunt încurajați în mișcare, yoga și alte exerciții de respirație/relaxare pentru a crește conștientizarea interoceptivă. De asemenea, permite distincția între emoții și senzația de foame și creșterea controlului simptomelor TCA (Kurtz, 2007; Shapiro, 2013). Este de remarcat faptul că un număr din ce în ce mai mare de studii subliniază importanța terapiilor axate pe corp în TCA.

Psihoterapia tulburărilor de comportament alimentar

Terapia tulburărilor de comportament alimentar în DZt1. Există dovezi limitate ale intervențiilor eficiente pentru reducerea TCA și a omiterii insulinei și îmbunătățirea managementului glicemic. Au fost publicate șase studii de intervenție (Clery et al., 2017). Deși a existat o îmbunătățire a scorurilor simptomelor TCA în unele intervenții, niciuna nu a arătat o îmbunătățire semnificativă a HbA1c. Principalele componente ale acestor intervenții s-au bazat

pe psihoterapii care identifică și influențează cognițiile și afectele legate de TCA, dar nu în legătură cu DZt1 (afecte negative legate de diabet, abilitățile de autogestionare a diabetului sau managementul sigur al insulinei). Această lipsă a integrării diabetului în tratamentul TCA poate explica parțial de ce aceste intervenții nu au îmbunătățit managementul glicemic. Mai mult, profesioniștii din domeniul sănătății care văd persoanele cu DZt1 și TCA percep că nu au abilitățile de a trata DZt1 comorbid și TCA și nu au suportul specializat pentru a face acest lucru. Abordările multidisciplinare care oferă îngrijiri specializate în DZt1 și TCA, sunt considerate esențiale pentru intervenții viitoare, atât de profesioniștii din domeniul sănătății, cât și de persoanele cu experiență trăită de DZt1 și TCA (Macdonald, Sharkey & Ellis, 2018). Idei noi cu privire la strategii preventive și de tratament pentru această stare comorbidă complexă ar trebui explorată în mod clar. Un punct de plecare util pentru cercetători și medici este cartea din 2017 a lui Goebel-Fabbri, care strânge dovezi din interviurile calitative și experiența clinică referitoare la TCA la femeile cu DZt1 și detaliază căile posibile pentru intervenții eficiente (Goebel-Fabbri, 2017).

Terapia anorexiei nervoase. Aspectul cel mai important despre cercetarea psihoterapiei asupra anorexiei nervoase este că există dovezi remarcabil de puține de revizuit. Deficitul persistent de cercetare a tratamentului controlat în anorexia nervoasă este atribuibil caracteristicilor distinctive ale tulburării, inclusiv incidența mică a acesteia, prezența complicațiilor medicale care uneori necesită internare și perioada prelungită de tratament necesară pentru remisia completă a simptomelor. Atitudinile ambivalente ale subiecților cu privire la recuperare determină aceste provocări în fiecare fază a cercetării, ceea ce face mai dificilă recrutarea probelor și asigurarea participării la evaluări ulterioare (Agras et al. 2004).

Terapia cognitiv-comportamentală este cel mai frecvent testat tratament individual pentru anorexia nervoasă, fiind inclusă în numeroase modele de studii controlate randomizate. Un cadru de terapie cognitiv-comportamentală pentru conceptualizarea și tratarea anorexiei nervoase a fost descris inițial de Garner și Vitousek (Garner & Garfinkel, 1997). Au fost prezentate o serie de expansiuni și perspective alternative, majoritatea fiind în concordanță cu propunerea originală.

Modelul relevat de Garner și Vitousek se suprapune substanțial cu analiza Fairburn din 1985 (Garner & Garfinkel, 1985). a bulimiei nervoase, reflectând opinia comună că aceste două tulburări au caracteristici de bază comune. Multe dintre strategii sunt incluse în ambele abordări, diferențele cheie în accentuarea anorexiei nervoase fiind influențate de importanța problemelor motivaționale, de problemele asociate cu semi-înfometarea și de nevoia de creștere substanțială în greutate. Se acordă o atenție considerabilă sporirii motivației pentru schimbare și angajării subiecților ca colaboratori activi (Vitousek, Watson & Wilson, 1998). Abordarea recomandată este

de 1-2 ani de terapie individuală pentru subiecții care încep tratamentul cu greutate redusă și aproximativ 1 an pentru cei care sunt restabiliți în greutate.

Trei studii au comparat terapia cognitiv-comportamentală cu una sau mai multe psihoterapii alternative (Ball & Mitchell, 2004). În fiecare, nu s-au găsit diferențe clare între terapia cognitiv-comportamentală și condițiile de comparație. În cadrul studiilor, scopul general a fost pentru subiecții din diferite stări să se îmbunătățească într-o anumită măsură fără obligația de a obține recuperarea completă. Din păcate, fiecare dintre aceste studii a implementat o versiune a terapiei cognitiv comportamentale pentru anorexia nervoasă care nu a fost descrisă sau recomandată în literatură. Toate au oferit cursuri de tratament trunchiate (18-25 sesiuni) care diferă de cele specificate de experții în terapia cognitiv-comportamentală.

Interpretarea celorlalte trei studii este împiedicată de prezentarea tratamentelor nonpsihologice cu care a fost comparată terapia cognitiv-comportamentală. Două au încercat să examineze efectele terapiei cognitiv-comportamentale în raport cu consilierea nutrițională. Unul a eșuat după ce 100% dintre participanții repartizați la consiliere nutrițională au renunțat și au refuzat să participe la evaluări ulterioare; aproape toți cei care au primit terapie cognitiv-comportamentală au finalizat tratamentul (Serfaty, Turkington, Heap, Ledsham & Jolley, 1999). În al doilea rând, terapia cognitiv-comportamentală a fost superioară consilierii nutriționale pentru prevenirea recăderii după tratament (Pike, Walsh, Vitousek, Wilson & Bauer, 2003). În comparație cu subiecții repartizați la consiliere nutrițională, subiecții care primeau terapie cognitiv-comportamentală au fost mai puțin predispuși să renunțe sau să fie retrași (22% față de 73%), mai puțin probabil să recidiveze și mai predispuși să obțină un rezultat bun (44% față de 7%). Al treilea studiu a fost un studiu mai amplu care a comparat terapia cognitiv-comportamentală, fluoxetina și tratamentul combinat (Halmi et al., 2005). Un număr atât de mare de subiecți a respins medicamentul încât nu a fost posibil să se analizeze eficacitatea relativă a tratamentelor.

Cea mai puternică concluzie care poate fi extrasă din acest al doilea set de studii este că utilizarea consilierii nutriționale sau a medicamentelor în absența psihoterapiei este contraindicată subiecților cu anorexie nervoasă, în cadrul sau în afara desfășurării cercetării. În mod ironic, alegerea condițiilor de comparație slabe a făcut dificilă evaluarea eficacității terapiei comportamentale cognitive. Au existat indicații în toate cele trei studii că terapia cognitiv comportamentală (sau poate psihoterapia mai generală) promovează obiectivele cruciale ale creșterii angajamentului și persistenței.

Nu există o bază empirică pentru utilizarea pe scară largă a antidepresivelor cu această populație. Fluoxetina este ineficientă la subiecții cu greutate redusă (Attia & Schroeder, 2005), iar indicațiile inițiale că ar putea susține menținerea kilogramelor adăugate după tratamentul din

spital (Kaye, Fudge & Paulus, 2001) nu au fost confirmate. Un studiu amplu, bine controlat, nu a arătat nicio dovadă că fluoxetina a fost superioară placebo sau a oferit vreun beneficiu terapiei cognitiv comportamentale într-un eșantion de subiecți cu greutate restabilită (Walsh et al., 2006).

Terapia de familie este tratamentul cel mai extins cercetat pentru anorexia nervoasă, contribuind cât de puțin la mai mult de jumătate din toate studiile controlate randomizate. În general, rezultatele au fost încurajatoare; din păcate, nu sunt înțelese pe larg (Fairburn, 2005; Gabbard, Beck & Holmes, 2007).

Cea mai bine studiată abordare este o formă specifică de terapie familială cunoscută sub numele de modelul Maudsley (Dare et al., 2001; Lock, 2005). Un manual publicat prezintă în detaliu procedurile de tratament (Lock, Le Grange, Agras & Dare, 2001). Așa cum s-a aplicat la subiecții adolescenți, intervenția implică 10-20 de sesiuni familiale distanțate pe 6-12 luni. Formatul „conjugat" recomandat specifică faptul că toți membrii familiei ar trebui să fie văzuți împreună. În prima fază a tratamentului, părinții sunt îndrumați să preia controlul complet asupra consumului și greutății copilului lor anorexic și sunt instruiți să găsească mijloace eficiente de a face acest lucru. Odată ce copilul începe să se conformeze autorității părintești, controlul extern se estompează treptat. În etapele ulterioare ale terapiei, dreptul adolescentei la o autonomie adecvată vârstei este legat în mod explicit de rezolvarea tulburării sale alimentare.

Modelul Maudsley a fost testat mai întâi ca mijloc de prevenire a pierderii în greutate postspitalizare la diferite subgrupuri de subiecți cu anorexie nervoasă într-un studiu realizat de Russell, Szmukler, Dare și Eisler (Russell et al., 1987). Studiul a dat mai multe rezultate izbitoare. În subgrupul de subiecți mai tineri cu debut mai recent, terapia conjugală de familie a produs o rată impresionantă de recuperare (90% fără simptome timp de 5 ani) și a fost mult mai eficientă decât o abordare individuală orientată dinamic (Eisler et al., 2000). Pentru subiecții cu o vârstă mai înaintată la debut sau cu antecedente mai îndelungate de boală, niciunul dintre tratamente nu a părut benefic.

Două dintre cele trei concluzii sugerate de acest mic studiu au fost susținute de cercetări ulterioare. Rata de recuperare mai mare decât se aștepta a fost evidentă și în studiile de caz (de exemplu, Le Grange, Binford & Loeb, 2005) și în studiile controlate randomizate (Eisler et al., 2000; Lock, 2005) ale terapiei familiale pentru adolescenți cu anorexie nervoasă. Astfel de rezultate favorabile, cu toate acestea, pot reflecta pur și simplu caracteristicile eșantioanelor cărora le-a fost livrată această abordare (Fairburn & Bohn, 2005; Gabbard, Beck & Holmes, 2007). Atât în studiile controlate, cât și în studiile în mediu ecologic, rezultatele pentru adolescenții tineri sunt mult mai încurajatoare decât rata totală de recuperare de 50% citată pentru toți subiecții cu anorexie nervoasă (Nilsson & Hagglof, 2005; Steinhausen, 2000).

A doua constatare confirmată a lui Russell și colab. (1987) este că durata simptomelor reprezintă un predictor puternic al răspunsului la terapia de familie (așa cum este și pentru alte moduri de tratament). Într-un studiu de terapie familială pentru adolescenți cu debut relativ recent, subiecții care au obținut un rezultat bun au fost simptomatici timp de doar 8 luni la începutul tratamentului, comparativ cu 16 luni pentru cei cu rezultate intermediare sau slabe (Eisler et al., 2000). La celălalt capăt al spectrului prognostic, utilizarea modelului Maudsley într-un eșantion de adulți cu o durată medie de 6 ani a dus la o îmbunătățire clinică minimă la majoritatea subiecților (Dare et al., 2001).

A treia constatare notabilă a lui Russell și colab. (1987), și anume că modelul Maudsley a fost mult mai eficient decât tratamentul individual pentru subiecții adolescenți, avea puțin suport. Cercetările ulterioare efectuate de același grup de cercetători s-au concentrat pe examinarea diferitelor formate și intensități ale abordării Maudsley (Eisler et al., 2000; Le Grange et al., 2005; Lock, 2005), mai degrabă decât testarea acestuia împotriva modelelor alternative de tratament. Alte două echipe au comparat o versiune similară a terapiei de familie cu tratamentul individual, găsind-o puțin mai eficientă decât psihoterapia orientată spre ego într-un eșantion adolescent (Robin et al., 1994) și echivalentă cu terapia cognitiv-comportamentală într-un eșantion mixt de adolescenți și adulți tineri (Ball & Mitchell, 2004). În prezent, există puține dovezi pentru credința pe scară largă că terapia de familie este eficientă în mod specific pentru adolescenții cu anorexie nervoasă (Fairburn, 2005a). Există, totuși, alte motive temeinice pentru adoptarea abordării. Modelul Maudsley a fost examinat mai des decât orice alt tratament psihologic.

Institutul Național pentru Excelență Clinică NICE din Regatul Unit a efectuat în 2004 (National Institute for Clinical Excellence, 2004), fără îndoială, cea mai cuprinzătoare și riguroasă evaluare a dovezilor disponibile privind tratamentul TCA. Procesul de evaluare NICE include profesioniști din diferite discipline și aplică standarde consistente în toate domeniile de specialitate medicală. Recomandărilor privind cele mai bune practici clinice li se atribuie o notă de la A (care reflectă date empirice puternice) la C (opinia experților în absența datelor puternice). Pentru anorexia nervoasă, NICE (2004) a specificat că intervențiile familiale care abordează direct tulburarea alimentară ar trebui oferite subiecților mai tineri (deși nu neapărat în locul terapiei individuale). Această recomandare a primit o notă B pentru puterea dovezilor justificative; reflectând lipsa generală a cercetărilor asupra tratamentului, tuturor celorlalte linii directoare sugerate pentru anorexia nervoasă li s-a acordat un grad de C. Doar puțini clinicieni nu ar fi de acord că părinții ar trebui incluși în tratamentul subiecților tineri. Cu toate acestea, mijloacele optime pentru a face acest lucru nu au fost încă stabilite.

Singurul argument bazat pe dovezi împotriva utilizării metodei Maudsley de terapie de familie provine din studii efectuate de susținătorii săi. Două studii randomizate controlate au comparat formatul conjugat cu o versiune „separată" în care copilul anorexic și părinții ei participă la sesiuni diferite (Eisler et al., 2000; Le Grange et al., 2005) În ambele studii, a existat o tendință care a favorizat formatul „separat" față de modelul conjugat din motivul nivelului mai ridicat a exprimării emoțiilor negative la familiile din terapia comună. Nu este clar nici de ce manualul publicat recomandă cu tărie modelul de terapie comun, în ciuda acestor constatări, nici de ce este utilizat preferențial în cercetările în curs.

Terapia bulimiei nervoase. Terapia cognitiv-comportamentală este cel mai cercetat tratament bazat pe dovezi pentru bulimia nervoasă. Psihoterapia interpersonală a primit, de asemenea, sprijin empiric. Marea majoritate a subiecților cu bulimie nervoasă pot fi tratați ambulatoriu, iar nevoia de tratament cu internare este foarte limitată, indicate în caz de risc de sinucidere sau auto-vătămare severă (National Institute for Clinical Excellence, 2004).

Terapia cognitiv comportamentală se bazează pe un model cognitiv al mecanismelor despre care se crede că mențin bulimia nervoasă (Fairburn & Wilson, 1993). Se spune că psihopatologia de bază este o preocupare negativă de forma și greutatea corpului, care duce la o dietă disfuncțională și la alte comportamente nesănătoase de control al greutății. Dieta disfuncțională predispune la alimentație compulsivă. Tratamentul constă în proceduri cognitive și comportamentale menite să sporească motivația pentru schimbare, să înlocuiască dieta disfuncțională cu un model regulat și flexibil de a mânca, să scadă îngrijorarea nejustificată cu privire la forma și greutatea corpului și să prevină recăderea. Tratamentul constă de obicei în 16 până la 20 de ședințe de terapie individuală pe parcursul a patru până la cinci luni, deși a fost implementat cu succes și ca terapie de grup (Chen et al., 2003; Nevonen & Broberg, 2006).

Ghidurile NICE (National Institute for Clinical Excellence, 2004) au concluzionat că terapia cognitiv-comportamentală a fost tratamentul de alegere pentru adulții cu bulimie nervoasă. Recomandarea clinică a primit notă maximă. Aceasta a fost prima dată când NICE (National Institute for Clinical Excellence) a recomandat o terapie psihologică ca tratament inițial de alegere pentru o tulburare psihiatrică (Wilson & Shafran, 2005). Terapia cognitiv-comportamentală s-a dovedit a fi mai acceptabilă și mai eficientă decât medicația antidepresivă, mai ales în întreruperea completă a consumului compulsiv și a purjării. Este important de menționat că, spre deosebire de efectele clinice de durată ale terapiei cognitive comportamentale, încă lipsesc în mod evident dovezi ale eficacității pe termen lung a medicamentelor antidepresive. Terapia cognitiv comportamentală pentru adulți s-a dovedit superioară altor tratamente psihologice cu care a fost comparată, cel puțin pe termen scurt (Nathan & Gorman, 2015).

Terapia cognitiv-comportamentală elimină în mod obișnuit alimentația compulsivă și purjarea în aproximativ 30% până la 50% din toate cazurile. Dintre subiecții rămași, mulți prezintă îmbunătățiri, în timp ce alții renunță la tratament sau nu răspund. Terapia reduce nivelul simptomelor psihiatrice generale și îmbunătățește stima de sine și funcționarea socială. Îmbunătățirea terapeutică este în mod rezonabil bine întreținută la un an de urmărire. În concordanță cu modelul conceptual pe care se bazează terapia cognitiv-comportamentală, reducerea constrângerii dietetice mediază parțial eficacitatea tratamentului în eliminarea alimentației impulsive și a purjării (Wilson et al., 2002).

Inițial dezvoltată ca psihoterapie structurată pe termen scurt pentru depresie (Klerman et al., 1984), psihoterapia interpersonală a fost adaptată pentru bulimia nervoasă de Fairburn (Fairburn et al., 1993). Accentul principal este pe ajutarea subiecților să identifice și să modifice problemele interpersonale actuale despre care se presupune că mențin TCA. Tratamentul este atât nondirectiv, cât și neinterpretativ și nu se concentrează direct pe simptomele TCA.

Ghidul NICE (National Institute for Clinical Excellence, 2004) oferă psihoterapiei interpersonale un grad metodologic de nota B și recomandă ca aceasta să fie considerată o alternativă la terapia cognitiv comportamentală. Într-un studiu, psihoterapia interpersonală a fost inferioară terapiei cognitiv comportamentale la post-tratament, dar la fel de eficientă la verificările la un an și la șase ani (Fairburn et al., 1993). Atât terapia cognitiv comportamentală, cât și psihoterapia interpersonală au fost semnificativ superioare unui tratament bazat doar pe comportamente.

În urma convenției științifice larg acceptate, dovezile sunt clasificate ierarhic de la „standardul de aur” al studiilor controlate randomizate riguros efectuate până la consensul experților (National Institute for Clinical Excellence, 2004). Cu toate acestea, dacă abordarea tratamentului nu a fost evaluată în studiile controlate randomizate nu înseamnă că este ineficientă. Rămâne nevoia de a evalua mai riguros terapiile psihologice alternative.

1.3. Modele explicative ale schemelor cognitive dezadaptative la subiecții cu tulburări de comportament alimentar

Conceptul de „schemă” este utilizat în numeroase discipline, unde este în general considerat ca o structură mintală, cognitivă, destul de rigidă. Acest concept s-a impus atât în filozofie, cât și în psihologie, fiind întâlnit în operele lui Kant (1724-1804) și Adler (1870-1937). Cu toate acestea, Piaget (1952) este pionierul care a descris schemele în diferite etape ale dezvoltării cognitive în copilărie. Acest concept fiind asociat în mod deosebit cu el. Din

perspectiva piagetiană și în cadrul psihologiei cognitive în general, o schemă este înțeleasă ca o structură de memorie abstractă care organizează interpretarea informațiilor și acțiunile ulterioare. În literatura terapiei cognitive (Beck, 1967) și a psihoterapiei în general, este definită ca orice principiu larg de organizare cu scopul de a aduce sens din experiența de viață a individului sau „un model impus asupra realității sau experienței pentru a-i ajuta pe indivizi să o explice, să medieze percepția și să își ghideze răspunsurile" (Young et al., 2006). Fie că este pozitivă sau negativă, este o reprezentare abstractă a caracteristicilor distinctive ale unui eveniment; un plan al elementelor sale cele mai semnificative.

Young (Young, 1999) a susținut că unele dintre aceste scheme, în special cele rezultate din experiențe toxice din copilărie, stau la baza tulburărilor de personalitate, precum și a problemelor caracterologice mai ușoare și a numeroaselor tulburări din Axa I. Astfel, el a definit un subset de scheme pe care le-a numit „Scheme cognitive dezadaptative". El le-a definit ca „o temă sau model larg și pătrunzător alcătuit din amintiri, emoții, cogniții și senzații corporale referitoare la sine și la relația cu ceilalți, dezvoltate în copilărie sau adolescență, elaborate pe parcursul întregii vieți și disfuncționale într-o măsură semnificativă" (Young et al., 2006). Aceste modele emoționale și cognitive autodistructive rezultate din leziuni de dezvoltare timpurie provoacă răspunsuri comportamentale dezadaptive care se repetă pe tot parcursul vieții dacă nu sunt întrerupte (Walburg & Chiramello, 2015). Fie că sunt percepute ca pozitive sau negative, adaptative sau dezadaptative, cultivate timpuriu sau mai târziu în viață, schemele servesc ca o reprezentare bazată pe realitate a mediului individualului și reflectă tendința spre „coerența cognitivă" în menținerea unei viziuni stabile și consistente despre sine, lume și ceilalți, indiferent de cât de inexactă sau distorsionată ar fi aceasta. În esență, ele luptă pentru supraviețuire, deoarece confortul și familiaritatea rolului lor adaptativ în copilărie depășesc suferința, disfuncționalitatea și limitările pe care le pot impune individului în timpul maturității. Ele guvernează în mare măsură modul în care indivizii gândesc, simt, acționează și se raportează la ceilalți. Paradoxal, ele contribuie involuntar la recrearea, în perioada adultă, a unei reflectări inevitabil precise a circumstanțelor copilăriei care le-au fost cel mai dăunătoare. Young și colaboratorii ne reamintesc că acesta este motivul pentru care este atât de dificil să le schimbăm. SCD sunt și dimensionale; în sensul că sunt variabile în severitatea și răspândirea lor. Cu cât SCD este mai sever, cu atât mai multe circumstanțe îl vor declanșa, cu atât mai intensă va fi afectarea negativă și cu atât mai durabilă va fi experiența declanșată (Young et al., 2006).

SCD sunt consecința faptului că nevoile emoționale fundamentale ale unui copil nu sunt îndeplinite adecvat. Young et al. (Young et al., 2006) consideră aceste nevoi ca fiind universale și susțin că un individ psihologic sănătos este cel care poate satisface adaptiv cinci nevoi

emoționale de bază. Prima și cea mai vitală nevoie emoțională de bază este atașamentul securizant față de ceilalți. A doua este pentru autonomie, competență și un sentiment de identitate. A treia este pentru libertatea de a-și exprima nevoile și emoțiile potrivite. A patra evidențiază importanța spontaneității și a jocului. Ultima nevoie emoțională de bază este aprecierea limitelor realiste și exercitarea autocontrolului. Scopul terapiei centrate pe scheme este de a ajuta subiecții să depășească frustrarea derivată dintr-o combinație a temperamentului înnăscut al individului și a experiențelor de mediu timpurii, spre a dezvolta și asigura modalități adaptive de a-și satisface nevoile emoționale de bază. Experiențele toxice din copilărie, în special în sfera familiei nucleare, reprezintă sursa principală a SCD, în timp ce alți factori de influență mai târziu în viață pot include colegii, școala, grupurile din comunitate și cultura înconjurătoare. Există patru tipuri de experiențe timpurii de viață care contribuie la dezvoltarea SCD. Primul dintre acestea este frustrarea nevoilor, în care un copil mic experimentează un deficit a ceea ce este benefic pentru el, cum ar fi stabilitatea, înțelegerea și iubirea. Aceasta poate duce la dezvoltarea schemelor de Deprivare emoțională sau Abandon. Al doilea este traumatizarea sau victimizarea, în cazul în care copilul este rănit sau victima. Schemele rezultate ar putea include Neîncredere/Abuz, Defect/Rușine sau Vulnerabilitate la rău. Al treilea este atunci când copilul primește în exces ceea ce este benefic pentru el din cauza eșecului părinților de a menține o moderație sănătoasă. Deși copilul este rar tratat inadecvat, răsfățul excesiv sau supraprotejarea pot întrerupe dezvoltarea sănătoasă a autonomiei sau a limitelor. Ca rezultat, schemele precum Dependenta/Incompetenta sau Revendicare/Grandoare s-ar putea dezvolta. Ultimul tip de experiențe timpurii de viață implică internalizarea sau identificarea selectivă cu persoane semnificative în care copilul se identifică selectiv și internalizează gândurile, sentimentele, experiențele și/sau comportamentele altora, cel mai adesea ale unui părinte (Young et al., 2006).

Definițiile acestor SCD sunt în principal derivate din observații și considerații clinice și au fost confirmate în diverse studii de cercetare (Arntz & Jacob, 2013; Schmidt et al., 1995; Young et al., 2006). Deși avem cu toții scheme de intensitate variabilă, SCD sunt considerate patologice atunci când sunt asociate cu experiențe emoționale și simptome patologice sau cu afectarea funcționării sociale. Subiecții cu tulburări de personalitate în mod inevitabil obțin scoruri ridicate la multe dintre SCD în Chestionarul de Scheme Cognitive al lui Young (Schmidt et al., 1995), în timp ce persoanele care duc o viață mai funcțională și nu îndeplinesc criteriile pentru o tulburare de personalitate vor obține în mod tipic scoruri ridicate doar la una sau două SCD.

Schemele cognitive dezadaptative și tulburările de comportament alimentar

În decursul ultimelor decenii, tulburările de comportament alimentar au înregistrat o creștere, afectând persoane din toate mediile sociale și geografice (Treasure et al, 2020). Aceste condiții au fost constant recunoscute ca fiind tulburări mentale incapacitante, chiar letale, care afectează funcțiile fizice și implică costuri psihosociale semnificative (American Psychiatric Association, 2013), ca rezultat al atitudinilor disfuncționale față de greutatea corporală, dimensiunea și forma corpului și modelele alimentare (Treasure et al, 2020). Deși indivizii de toate vârstele pot fi predispuși la astfel de tulburări, adolescenții și tinerii adulți constituie un grup vulnerabil (Treasure et al, 2020). În plus, în ciuda unei creșteri globale a prevalenței, doar o minoritate dintre cei afectați caută intervenții terapeutice (Mitchison et al, 2019; Solmi et al, 2016). Prin urmare, integrarea evaluării obiceiurilor alimentare în evaluarea rutină a sănătății pare judicioasă (Treasure et al, 2020), iar progresele în cercetarea tulburărilor de comportament alimentar sunt încă necesare pentru a prezenta eficient modelele comportamentale psihopatologice de bază.

Studiile anterioare efectuate în diverse națiuni și medii culturale au subliniat conexiunile dintre patologia alimentară și distresul psihologic, nemulțumirea față de corp, trăsăturile/tulburările de personalitate și dificultățile afective (Nowakowski, McFarlane & Cassin, 2013; Obeid et al., 2020; Potâng, Condrea, 2022; Condrea, 2021c;). Cu toate acestea, în analiza psihopatologiei dezvoltării comportamentului alimentar disfuncțional, se impun factori suplimentari de cercetare, cum ar fi convingerile de bază disfuncționale (Jones, Leung & Harris, 2007). De fapt, literatura a subliniat că profilurile cognitive maladaptive specifice tulburării (cum ar fi gândirea ruminativă și îngrijorarea excesivă legată de incapacitatea de a controla greutatea, forma corpului și stilurile de alimentație) (Beck, 1979; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Cooper, Wells & Todd, 2004), împreună cu procesele cognitive-afective disfuncționale subiacente, sunt ferm incriminate în inițierea și menținerea comportamentului alimentar patologic (Rawal, Park & Williams, 2010).

Schemelor li s-a dat prima dată importanță de Beck (Beck, 1967, 1979), care le-a definit drept modele de gândire perturbate, dependente de evenimente de viață anterioare, ale căror condiții de activare influențează percepția și interpretarea mediului înconjurător. În 1982, Garner și Bemis au postulat că, în TCA, indivizii asistă la activarea gândurilor negative incontrolabile, cum ar fi importanța de a fi slab și necesitatea evitării alimentației, ca urmare a unor presupuneri de bază perturbate despre caracterul fascinant al formei corporale slabe și incapacitatea de control a pericolului la creșterea în greutate (Garner & Bemis, 1982). Cu toate acestea, mai mulți teoreticieni au presupus că doar cognițiile specifice tulburării de bază ar eșua în a dezvălui complet

bazele cognitive ale comportamentului alimentar psihopatologic (Cooper, 1997; Cooper, Todd & Wells, 1998; Waller et al., 2000). Totuși, în acea perioadă, a apărut o altă teorie interesantă de explorat – o elaborare perspicace a conceptualizării schemelor de bază a lui Beck – teoria Schemelor a lui Young, care a introdus construcția de scheme dezadaptative timpurii, bazată pe analize clinice ale tulburărilor de personalitate (Young, 1999).

Schemele dezadaptative timpurii sunt conceptualizate ca teme disfuncționale și pervazive, stabilite încă din copilărie/adolescență ca urmare a experiențelor negative cu cei semnificativi, incluzând convingeri fundamentale, emoții, senzații fizice și amintiri care dictează în mod inconștient modelele viitoare de gândire și acțiune ale indivizilor în ceea ce privește ei înșiși și relațiile lor cu ceilalți și cu mediul înconjurător (Young, 1999; Young et al., 2006). Totuși, declanșarea lor este menținută pe tot parcursul vieții prin diverse evenimente percepute inconștient ca analoge cu traumele din copilărie. Spre deosebire de reprezentările cognitive disfuncționale despre alimentație și greutate (de exemplu, „Sunt un eșec pentru că sunt gras"), convingerile fundamentale dezadaptative sunt modele mai ample de gândire irațională, reprezentând convingeri negative rigide și necondiționate despre sine (de exemplu, „Sunt un eșec") (Jones, Leung & Harris, 2007). Astfel, așa cum a presupus Young, atunci când sunt activate, schemele dezadaptative timpurii concretizează dimensiunea cea mai culminantă și profundă a cogniției și afectului (Young et al., 2006). În TCA, se presupune că aceste convingeri fundamentale dezadaptative sunt una dintre esențele centrale ale dezvoltării gândurilor disfuncționale legate de formă și greutate, într-o încercare de compensare a schemelor (Young, 1999). De fapt, teoria sugerează că dobândirea controlului asupra acestor aspecte ale alimentației ar ajuta indivizii să învingă convingerile negative despre sine și, astfel, să compenseze activarea schemelor (Jones, Leung & Harris, 2007).

În consecință, mai multe studii au relevat scoruri mai accentuate ale schemelor dezadaptative timpurii în rândul persoanelor cu simptome de TCA (Talbot, Hay, Buckett & Tan, 2015; Maher, Healy & Jones, 2022). De exemplu, Unoka et al. (2010) au observat relații semnificative între comportamentele de tulburare alimentară și schemele dezadaptative timpurii, susținând astfel ipoteza că dimensiunile schemelor cognitive dezadaptative joacă un rol semnificativ în dezvoltarea și menținerea tulburărilor de comportament alimentar. De asemenea, Elmquist et al. (2015) au constatat nivele totale crescute ale schemelor dezadaptative timpurii la subiecții cu o posibilă tulburare alimentară în comparație cu grupul de control. În mod consecvent, o mulțime de cercetători au descoperit că, în contrast cu grupurile de control sănătoase, subiecții cu anorexie nervoasă manifestau o potențare semnificativă a schemelor dezadaptative (Damiano et al., 2015; Meneguzzo, Todisco & Monaro, 2020). Cu toate acestea, în pofida datelor disponibile care evidențiază legături directe între schemele dezadaptative timpurii și numeroase

simptome ale TCA, o sinteză recentă a cercetărilor existente a subliniat lipsa de înțelegere a mecanismelor psihologice care guvernează aceste asocieri, subliniind astfel importanța crucială a testării variabilelor intermediare ca parte a unei direcții viitoare de cercetare (Maher et al., 2022).

Din această perspectivă, apare un alt construct captivant și multifațetat de luat în considerare pentru o nouă ecuație compozită speculativă: dificultățile în reglarea stărilor emoționale negative. Astfel de lupte sunt extrem de corelate cu psihopatologiile (Yakin, Gençöz, Steenbergen & Arntz, 2019); prin urmare, în concordanță cu obiectivul principal al terapiei schemelor (Kellogg & Young, 2006), dobândirea resurselor de reglare a emoțiilor ar fi primul pas către o strategie de tratament adaptativă (Kring & Sloan, 2009). De fapt, în timp ce reglarea emoțiilor este înțeleasă în mod obișnuit ca o reziliență cognitivă și comportamentală față de pierderea autocontrolului în fața emoțiilor intens neplăcute, impunând gestionarea adecvată a circumstanțelor adverse, acest concept cuprinde, în plus, conștientizarea emoțională, înțelegerea și acceptarea emoțiilor, depășind procesul singular de atenuare a emoțiilor (Gratz & Roemer, 2004). Literatura a subliniat anterior implicarea disfuncției emoționale în declanșarea și menținerea tulburărilor alimentare (Monell et al., 2018). De exemplu, claritatea și conștientizarea emoțională inferioare au fost raportate în rândul subiecților cu tulburări alimentare; în plus, cercetătorii au evidențiat faptul că inconștiența emoțională, refuzul emoțional și strategiile deficiente de reglare practică a emoțiilor pot prezice toate distorsiunile cognitive și simptomele tulburărilor alimentare. Prin urmare, disfuncția emoțională a fost în general denumită o caracteristică „transdiagnostică” esențială a TCA (Monell et al., 2018).

În continuare, în ceea ce privește asocierea dintre schemele maladaptative timpurii și reglarea emoțională, conform lui Young et al., importanța schemelor maladaptive timpurii amplifică disfuncția emoțională (Young et al., 2006). În plus, interesant, deși terapia schemelor nu vizează în mod direct reglarea emoțională, tehnicile sale de tratament implică intervenții sistematice care abordează indirect reglarea afectului negativ (Kellogg & Young, 2006). Mai exact, schemele maladaptative timpurii ar dicta răspunsuri scăzute de gestionare emoțională, declanșând o multitudine de emoții negative puternice, conducând astfel la tulburări psihopatologice (Yakin, Gençöz, Steenbergen & Arntz, 2019).

Modelul schemelor în TCA sugerează că formarea identității implică organizarea structurilor de memorie referitoare la sine, care împreună formează conceptul de sine al unei persoane (Westen, 2013). Această formare complexă a mai multor scheme constituie fundamentul în care cunoașterea despre sine este organizată (Stein & Corte, 2008; Westen, 2013) și influențează semnificativ comportamentul motivațional și reglatoriu (Stein & Corte, 2008). Astfel, modelul

de deteriorare a identității în tulburările de alimentație (Stein, 1996) sugerează că schemele joacă un rol important în dezvoltarea și menținerea comportamentelor și cogniților asociate cu TCA.

Modelul de deteriorare a identității propus de Stein (Stein, 1996) argumentează că imaginea de sine este rezultatul mai multor scheme negative despre sine, contribuind astfel la o identitate afectată. Schemele oferă o perspectivă prin care să procesăm și să înglobăm informația (Stein, 1996; Westen, 2013) iar atunci când gândirea este limitată la schemele negative, resursele de adaptare devin insuficiente. Odată ce aceste resurse sunt epuizate, pot fi adoptate strategii dezadaptive pentru a obține control și a stabili o stare de valoare de sine (Stein, 1996).

Schemelor cognitive dezadaptative le sunt caracteristice indivizilor cu TCA (Cooper, 2005), cu niveluri mai mari de scheme observate în rândul celor care manifestă comportamente asociate TCA în comparație cu persoanele sănătoase (Waller et al, 2000). Chestionarul Young Schema a evidențiat diferențe semnificative între femeile cu TCA și cele care țin diete, precum și între acestea și persoanele sănătoase, sugerând că schemele distincte (cum ar fi privare emoțională, neîncredere/abuz, izolare socială, defecte/rușine, eșec în atingerea obiectivelor, dependență funcțională, vulnerabilitate la rău și subjugare) pot diferenția persoanele cu comportamente legate de TCA. În mod specific, schemele de izolare socială (Keith et al., 2009) și control/autodisciplină insuficientă (Waller et al, 2000) au fost asociate cu comportamente și cogniții legate de TCA. Inhibiția emoțională a fost, de asemenea, asociată cu frecvența consumului excesiv de alimente, în timp ce defect/rușine a fost asociat cu frecvența comportamentelor de purjare. Împreună, aceste constatări susțin modelul de deteriorare a identității în TCA, sugerând că schemele cognitive servesc drept factori de risc în diverse forme de manifestare ale tulburărilor de comportament alimentar (Waller et al, 2000).

Credințe negative centrale și scheme cognitive dezadaptative în tulburările de comportament alimentar

Diverse cercetări au confirmat că subiecții cu TCA prezintă creșteri semnificative în credințele negative centrale și în schemele dezadaptative în comparație cu persoanele care țin diete și persoanele sănătoase (Cooper et al., 2000; Damiano et al., 2015; Hughes et al., 2006; Leung et al., 2007; Leung et al., 1999a; Luck et al., 2005; Unoka et al., 2007; Vitousek & Hollon, 1990; Waller et al., 2000). Chiar și adulții obezi au prezentat nivele semnificativ crescute de SCD în comparație cu grupurile de control cu greutate normală (Anderson et al., 2006). Atunci când cercetările au indicat nivele mai mari de SCD în grupurile cu TCA în comparație cu cei care țin diete, chiar și după intervenția pentru gestionarea depresiei și stimei de sine scăzute (Leung et al., 2007), este probabil ca dieta, depresia sau stima de sine, de sine stătător, să nu fie factori suficienți

pentru TCA și că prezența SCD este esențială pentru apariția unei patologii semnificative de comportament alimentar. În timp ce studiile au indicat că severitatea credințelor negative centrale interiorizate de subiecții cu TCA este corelată pozitiv cu severitatea patologiei lor de comportament alimentar (Cooper et al, 2006; Damiano et al., 2015; Dingemans et al., 2006; Harrison et al., 2010; Leung et al., 2007; Waller et al., 2000), există puțină consistență în literatura referitoare la relația dintre conținutul schemei și simptomatologia diferitelor subtipuri de TCA (Cooper, 1998; Dingemans et al., 2006; Leung et al., 1999a). Chiar și cele cinci domenii de scheme, fiecare conținând scheme conceptualizate în jurul nesatisfacerii unei nevoi fundamentale din copilărie, nu par a fi asociate cu profiluri diagnostice specifice ale TCA. O analiză a rezultatelor a 13 studii, realizată de Graham (2021), care au investigat relația de corelație între cele 18 SCD și diferitele profiluri ale TCA, confirmă observația că nu există o legătură clară între cele două.

De fapt, în literatura de specialitate se observă inconsecvențe chiar și în ceea ce privește ideea general acceptată că subiecții cu anorexie nervoasă manifestă niveluri superioare de perfecționism (standarde nerealiste) (Lampard et al., 2013; Unoka et al., 2007) și niveluri mai reduse de impulsivitate (Leung et al., 1999a; Unoka et al., 2007) în comparație cu subiecții cu bulimie nervoasă (Lampard et al., 2013; Unoka et al., 2007). Aceeași observație poate fi făcută și în ceea ce privește relația dintre severitatea SCD și răspunsul la tratament. Studiul condus de Leung, Waller și Thomas (Leung et al., 1999b), care a oferit o terapie de grup cognitiv-comportamentală timp de 10 săptămâni pentru subiecții cu anorexie nervoasă, nu a evidențiat nicio corelație între severitatea SCD înainte de tratament și răspunsul la tratament. Deși tratamentul s-a dovedit a fi ineficient, nu s-a putut trage concluzii cu privire la eficacitatea terapiilor ce implică schemele în tratamentul TCA datorită duratei scurte a intervenției și absenței intervențiilor cu scheme. Studiul realizat de McFarlane, MacDonald, Royal și Olmstead (McFarlane et al., 2013) pe un eșantion larg de subiecți internați cu TCA a indicat, de asemenea, absența unei relații între severitatea SCD înainte de tratament și rapiditatea de răspuns la tratament. De fapt, severitatea simptomatologiei TCA a fost singura variabilă predictivă pentru receptivitatea la tratament. În timp ce câteva studii au afirmat o corelație pozitivă între severitatea SCD înainte de tratament și răspunsul la tratament (Leung et al., 2000), studiul realizat de Jones, Leung și Harris (Leung et al., 2007) a remarcat că reducerea SCD după tratament este un indicator mai bun decât severitatea SCD măsurată înainte de tratament. Deși este plauzibil că menținerea TCA este legată de conținutul schemei și că remisia se datorează, cel puțin parțial, schimbărilor schemei, trebuie să se ia în considerare și posibilitatea că recuperarea poate reflecta doar o reducere a declanșării sau activării schemei, dar nu neapărat o schimbare a schemei în sine.

Tabelul 1.1. Studii privind legătura dintre schemele cognitive dezadaptative și tulburările de comportament alimentar (Graham, 2021)

		Eșantion-țintă															
		SCD top în toate TCA	Anorexie severă sau IMC scăzut				Anorexie, bulimie		Tulburare de alimentație compulsivă				Tulburare de alimentație compulsivă > restrictiv		Vomă intensă		
	Studiu (*vezi mai jos*)	1	2	3	9	13*	3	4	1	7	8	9	5	6	8	10	11	12
Scheme cognitive dezadaptative	Abandon/ Instabilitate				•	•								•				
	Neîncredere/abuz					•					•	•						
	Deprivare emoțională	•			•	•												
	Defect/rușine			•		•					•				•	•		•
	Izolare socială / înstrăinare	•	•			•				•	•					•		
	Dependență/incompetență	•		•		•				•								
	Vulnerabilitate la rău și boală					•				•				•				
	Protecționism / ego infantil			•		•				•								
	Eșec			•		•					•						•	
	Grandomanie																	
	Autocontrol / autodisciplină insuficientă	•					•											
	Subjugare/revendicare			•		•												
	Auto-sacrificiu				•	•												
	Căutarea aprobării / recunoaștere			•		•												
	Negativism/pasivitate																	
	Inhibiție emoțională	•	•				•		•			•						
	Standarde nerealiste / hipercriticism						•	•		•								
	Penalizare																	

1 = Waller, Dickson, Ohanian, 2002; 2 = Damiano et al., 2015; 3 = Unoka et al., 2007; 4 = Lampard, Tasca, Balfour & Bissada, 2013; 5 = Leung et al., 1999; 6 = Jones, Harris, and Leung, 2005; 7 = Waller, 2003; 8 = Waller et al., 2001; 9 = Hughes et al., 2006; 10 = Leung et al., 2000; 11 = Waller et al., 2000; 12 = Waller et al., 2001; 13# = Dingermans et al., 2006, care investighează domeniile schemă în general, nu schemele individual

Deși este cunoscut pe scară largă că majoritatea subiecților cu TCA prezintă un număr crescut de SCD, provocarea rămâne pentru profesioniștii din domeniul sănătății și cercetării să dezvolte un model de tratament comprehensiv care să abordeze atât patologia de comportament, cât și cea de personalitate, alături de alte probleme prezentate, într-un mod intensiv, integrat și concentrat, cu scopul de a îmbunătăți eficacitatea tratamentului și de a obține o remisie susținută (Munro et al., 2014; Leung et al., 1999a; McIntosh et al., 2016). Un studiu controlat randomizat realizat în această direcție, care a investigat eficacitatea terapiei centrate pe scheme cognitive pentru tratamentul TCA, a fost condus de McIntosh et al. (2016). Eșantionul a inclus 112 femei adulte cu diagnosticul de bulimie nervoasă sau tulburare de alimentație compulsivă. Participanții au fost împărțiți în trei grupuri de dimensiuni egale și li s-a aplicat fie terapia centrată pe scheme cognitive, TCC focusată pe apetit, sau TCC tradițională. TCC focusată pe apetit a fost dezvoltată special pentru acest studiu și se bazează pe un model etiologic în care recunoașterea scăzută a foamei și insensibilitatea la semnalele de sațietate sunt considerate fundamentale în declanșarea și menținerea tulburării de alimentație compulsivă (Tanaka et al., 2003). Tratamentul acordă o atenție deosebită monitorizării apetitului prin înregistrarea și răspunderea la semnalele de foame și sațietate, în locul monitorizării tradiționale a aportului alimentar pentru a reduce consumul excesiv de alimente (Allen et al., 1999). Nu au fost identificate diferențe semnificative în eficacitate între cele trei grupuri de tratament diferite, indicând că terapia centrată pe scheme cognitive reprezintă o alternativă potrivită de tratament, în special datorită eficacității similare cu TCC tradițională, care a demonstrat a fi cel mai eficient tratament pentru bulimia nervoasă (McIntosh et al., 2016) (*Tabelul 1.1*).

1.4. Clarificări teoretice privind anxietatea la adolescenții cu tulburări de comportament alimentar

În continuare, ne-am axat pe identificarea formelor de manifestare a anxietății la adolescenții cu DZt1 și TCA, anxietatea fiind un puternic factor predispozant și de menținere în cadrul acestei comorbidități.

Anxietatea reprezintă una dintre cele mai prevalente tulburări de sănătate mintală, cu o prevalență de aproximativ 31% în populația globală (Grant, 2013). Organizația Mondială a Sănătății definește tulburările de anxietate ca un termen cuprinzător pentru „tulburările mintale caracterizate prin sentimente de anxietate și frică". Cu aproximativ două decenii în urmă, exista puțină evidență empirică despre acest subiect, iar impactul său asupra societății era subestimat. Tulburările de anxietate pot persista în copilărie și adolescență și pot continua să afecteze o mare

parte a populației în viața adultă. Prin urmare, se poate spune că intervenția și gestionarea timpurie a acestei tulburări pot conduce la o calitate mai înaltă a vieții pentru mulți (Rapee, 2020). Manifestarea principală a tulburărilor de anxietate este comportamentul evitant (Rapee, 2020), iar dovezi arată că mai multe femei decât bărbați sunt afectate la nivel global (Al-Yateem, 2020). Tulburările comune de anxietate de interes pentru profesioniștii din domeniul sănătății includ tulburarea de panică, tulburarea de anxietate socială, tulburarea de anxietate generalizată, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de stres posttraumatic și tulburarea de stres acut.

Studiile din lumea occidentală arată că 5% dintre adolescenți suferă de tulburări de anxietate (Rapee, 2020). În perioada adolescenței, indivizii sunt vulnerabili la dezvoltarea simptomelor de tulburări de anxietate din cauza numeroaselor tranziții fiziologice și psihologice (Grant, 2013). Ca mecanism de adaptare, adolescenții cu tulburări de anxietate tind să dezvolte alte tulburări, inclusiv tulburări de comportament alimentar. Cercetările arată că tulburarea de anxietate la o vârstă fragedă poate fi deja un predictor al tulburărilor de comportament alimentar la o vârstă ulterioară (Schaumberg et al., 2018). Se poate spune că s-a stabilit într-o oarecare măsură o corelație între aceste două tulburări. Prin urmare, există o necesitate de a înțelege factorii de vulnerabilitate la anxietate, manifestările tulburărilor de anxietate, abordările adecvate de evaluare și gestionare a acestor tulburări de către profesioniștii din domeniul sănătății.

După Organizația Mondială a Sănătății (2021), se estimează că 3,6% dintre cei cu vârsta între 10 și 14 ani și 4,6% dintre cei cu vârsta între 15 și 19 ani experimentează o tulburare de anxietate. Numărul persoanelor care suferă de anxietate la nivel global este în creștere. Până în 2013, tulburările de anxietate și depresie crescuseră cu 50% față de anul 1990 (Al-Yateem et al., 2020). Un studiu realizat în Finlanda, care a comparat datele din anii 2000 și 2011, a arătat o creștere a numărului de adolescente diagnosticate cu tulburări de anxietate și de comportament alimentar în comparație cu adolescenții de sex masculin. Procentul de adolescenți care suferă de depresie, tulburări de comportament alimentar și tulburări de anxietate a crescut, de asemenea (Kronström et al., 2016).

Tulburările de anxietate sunt cele mai frecvente tulburări mintale printre europeni. Aceste tulburări sunt comune la nivel global în rândul copiilor și adolescenților, însă prevalența variază în funcție de țări. Printre adolescenți și copii, aceste tulburări se situează la 31,9% în Statele Unite, 26,41% în Spania, 22,5% în Chile, 21,9% în Iran, 36,7% în India și 28% în Emiratele Arabe Unite (Al-Yateem et al., 2020). Tulburările de anxietate observate la adulți încep în mare parte în copilărie dacă nu sunt identificate și gestionate corespunzător (Rapee, 2020).

Cele mai frecvente tulburări de anxietate la copii și adolescenți includ tulburarea de anxietate generalizată (TAG), tulburarea de panică, tulburarea de anxietate socială

și refuzul/evitare școlară (Al-Yateem et al., 2020). TAG este caracterizată de o îngrijorare excesivă și incontrolabilă care duce la simptome somatice și cognitive ale anxietății. TAG afectează aproximativ 1% și 3% dintre copii și adolescenți, respectiv (Grant, 2013).

Caracteristica principală a oricărei tulburări de anxietate este comportamentul evitant. Copilul sau adolescentul va încerca pe cât posibil să evite anumite situații, locuri sau stimuli care provoacă teamă, disconfort sau timiditate. Declanșatorul acestei evitări creează diferența între diversele tipuri de tulburări de anxietate (Rapee, 2020). Tulburările de anxietate pot fi atribuite temperamentului și caracteristicilor copilului, factorilor genetici și factorilor de mediu (Al-Yateem et al., 2020). Alți factori care pot expune copiii și adolescenții la riscul de tulburări de anxietate includ experiențe nefavorabile în familie, cum ar fi conflictul marital și decesul unui părinte; stresorii școlari precum bullying-ul; abuzul, care poate fi emoțional, fizic sau sexual; abuzul de substanțe al mamei; și sănătatea mentală a părinților, cum ar fi anxietatea la părinți, care poate genera anxietate la copii (Rapee, 2020; Al-Yateem et al., 2020).

Tulburările de anxietate la copii și adolescenți sunt stresante și au efecte negative atât asupra individului, cât și asupra familiilor acestora. Pentru indivizi, se pot observa efecte sociale, academice și de sănătate. Aceste tulburări pot, de asemenea, să prezică consumul de substanțe și alte tulburări (Olofsdotter et al., 2016; Al-Yateem et al., 2020). Aproximativ 25% dintre copiii și adolescenții care caută tratament pentru tulburările de anxietate vor îndeplini, de asemenea, criteriile pentru o tulburare comportamentală adițională (de exemplu, TCA) (Rapee, 2020). Familiile și părinții indivizilor afectați suferă adesea de tulburări emoționale și constrângeri financiare. Cu toate acestea, în ciuda acestor consecințe negative observate ale Ta, aceste tulburări rămân în mare măsură nedetectate și netratate, în special în rândul copiilor și adolescenților (Al-Yateem et al., 2020).

Comorbiditatea dintre anxietate și tulburările de comportament alimentar la adolescenți

În cazul unui adolescent, rar se întâlnește doar o TCA. În majoritatea cazurilor, aceasta va coexista cu una sau mai multe tulburări psihiatrice în comorbiditate. TCA rămân cea mai comună tulburare comorbidă în rândul adolescenților cu anxietate (Hughes et al., 2013). Rojo-Moreno et al. (Rojo-Moreno et al., 2015) au descoperit această comorbiditate la 51,4% din toți adolescenții studiați, în timp ce Hughes et al. (Hughes et al., 2013) au găsit-o la 78%. TCA pot coexista și cu tulburări psihiatrice afective, de exemplu, depresia majoră și distimia (Bühren et al., 2013; Rojo-Moreno et al.,2015; Carrot et al., 2017).

Deși această comorbiditate există, dovezi solide sugerează că tulburările de anxietate sunt precursori ai TCA (Rojo-Moreno et al., 2015; Carrot et al., 2017). Un individ este, prin urmare, mai probabil să dezvolte o TCA dacă are anxietate. În studiul realizat de Garcia et al. (Garcia et al., 2020), participanților li s-a cerut să-și amintească vârsta la care a început comorbiditatea lor, iar aproximativ 1/3 au raportat că au avut-o atât timp cât își amintesc. S-a constatat și că participanții cu o tulburare de anxietate aveau de patru ori mai multe șanse să sufere toată viața de o tulburare de comportament alimentar, iar 40% dintre ei au raportat, de asemenea, simptome mai severe de TCA. Acest lucru susține constatările lui Sidor et al. (Sidor et al., 2015). Aproximativ 20% dintre persoanele cu o TCA îndeplinesc, de asemenea, criteriile pentru tulburarea de anxietate socială (Levinson & Rodebaugh 2012).

Un studiu realizat de Schaumberg et al. (Schaumberg et al., 2018) a identificat simptomele copilăriei asociate cu tulburarea de anxietate generalizată ca fiind prognostice pentru simptomele și diagnozele de TCA în adolescență timpurie.

Comparând bulimia nervoasă și anorexia nervoasă, printre adolescenții cu TCA și tulburare de anxietate generalizată, Hughes et al. (Hughes et al., 2013) au arătat că cele două au rate similare de apariție. Prin urmare, niciuna dintre aceste două tipuri de TCA nu este mai probabilă decât cealaltă să coexiste cu tulburările de anxietate.

Comorbiditatea vine cu provocări și pericole. Adolescenții cu tulburări de anxietate și TCA comorbide au mai multe șanse să decedeze mai devreme decât cei fără comorbiditate (Hughes et al., 2013). Din păcate, în comparație cu subiecții adulți, adolescenții au rate mai mari de a avea mai mult de o tulburare mentală (Bühren et al., 2013). Studiile arată că o tulburare de anxietate premorbidă afectează negativ prognosticul TCA. Acestea reprezintă un obstacol în tratament și, prin urmare, trebuie abordate în comorbiditate cu TCA în loc să fie considerate ca tulburări individuale (Desocio, 2019). Faptul că cercetările anterioare sunt cu privire la prevalența tulburărilor de anxietate, afective și alimentare împreună poate indica existența unor factori de risc comuni ca posibilă bază a acestora. Cercetările arată că unele trăsături ale unei persoane le pot face mai vulnerabile la dezvoltarea unei tulburări afective sau a unei tulburări alimentare. Aceste trăsături pot fi genetice (gena MTHFR), trăsături de personalitate (trăsături din clusterul C, pesimism) sau factori neurobiologici. Uneori, aceste trăsături pot intra în contact cu influențele de mediu (hărțuirea de către colegi legată de preocupările legate de corp, traume etc.), ducând la anxietate sau alte simptome afective, iar internalizarea acestora poate duce la o tulburare afectivă. Este nevoie de cercetări suplimentare privind patologia acestor vulnerabilități comune care pot fi cauza comorbidității dintre tulburările alimentare și tulburările afective (Carrot et al., 2017; Garcia et al., 2020; Desocio, 2019).

Adolescenții cu TCA sunt mai susceptibili să internalizeze simptomele tulburării lor decât adulții sau să nege prezența simptomelor. Aparținătorii lor sunt mai susceptibili să observe simptome de tulburare afectivă în comparație cu simptomele de TCA și să caute tratament. Părinții adolescenților sunt în general incluși în planurile de tratament. Importanța nivelului lor de înțelegere și percepțiilor personale ale comorbidității TCA cu tulburările emoționale este de o importanță deosebită, deoarece adolescenții au nevoie de sprijinul aparținătorilor lor în această etapă a tratamentului. Absența încrederii poate împiedica angajamentul individului într-un tratament reușit. În numele alianței terapeutice, părinții trebuie, de asemenea, să fie educați cu privire la tulburări, astfel încât adolescenții să poată externaliza simptomele lor și, astfel, să formeze o legătură de încredere cu echipa medicală.

Cercetările anterioare arată lipsa de concordanță între rapoartele adolescenților cu probleme de sănătate mintală și percepția lor asupra propriilor simptome de tulburare de alimentație/tulburare de anxietate și percepția aparținătorilor cu privire la simptomele adolescenților. Asta înseamnă că înțelegerea adulților cu privire la preocupările adolescenților este destul de deficitară și au nevoie de educație suplimentară și trebuie să fie mai implicați în planurile de tratament. Ei ar trebui, de asemenea, să fie implicați în etapa de interviu al adolescenților într-o anumită măsură, deoarece pacientul poate să păstreze unele simptome secrete (Hicks White & Snyder, 2017).

Un factor comun observat în mod frecvent în studii, care este chiar de natură psihologică, este percepția publică percepută. Adolescenții care percep simptomele lor ca fiind devalorizante, că le știrbesc aspectului fizic și valoarea globală de sine sunt mai puțin susceptibili să minimizeze tendința lor către TCA și să nu se regăsească în cadrul acestui grup de tulburări, așa cum observă Obeid et al. (Obeid, 2013) și Barcaccia et al. (Baracaccia et al., 2018). În plus, adolescenții cu tulburări comorbide ar fi mai predispuși să caute sprijin mental decât colegii lor fără comorbiditate (Baracaccia et al., 2018). Din nefericire, Hughes et al. (Hughes et al., 2013) afirmă că comorbiditatea poate complica abordarea tratamentului. Identitatea și sensul de sine ale adolescentului sunt subdezvoltate, iar modalitățile dezadaptive de comportament pot lua locul dezvoltării sinelui. Stima de sine scăzută este un factor de risc cunoscut pentru dezvoltarea tulburărilor de alimentație (Corning & Heibel, 2015). Dezvoltarea sănătoasă a identității adolescenților ar trebui să fie focalizarea eforturilor de prevenire. Există o lipsă de prioritate în construirea identităților pozitive, cuprinzătoare și bazate pe punctele forte în astfel de programe. Majoritatea programelor de prevenire a tulburărilor de alimentație s-au concentrat în mare parte doar pe stima de sine legată de corp, de exemplu, „iubește-ți corpul” în locul stimei de sine globale. Acest lucru îndreaptă din nou atenția noastră către corp ca sursă esențială și unică de stimă de sine,

în loc de alte aspecte ale sinelui pe care individul le poate folosi atunci când stima de sine legată de corp se schimbă. Corning (Corning & Heibel, 2015) subliniază că promovarea dezvoltării sănătoase a identității în rândul adolescenților trebuie să fie focusul principal în domeniul prevenirii tulburărilor de alimentație, deoarece nu a fost încă un focus al programelor de prevenire a tulburărilor de alimentație.

Profilul psihologic teoretic al adolescentului cu diabet zaharat tip 1 și tulburare de comportament alimentar

Ca urmare a analizei literaturii de specialitate în compartimentele anterioare, am elaborat un profil psihologic teoretic integrat al persoanei adolescente cu DZt1 în comorbiditate cu TCA, spre deosebire de profilul psihologic teoretic al adolescentului cu DZt1 realizat la începutul acestui capitol care exclude alte comorbidități (*Figura 1.1*). Acest profil ne oferă o organizare și o înțelegere mai clară a atitudinii adolescenților cu DZt1 față de propriul corp, a modului de funcționare cognitiv și afectiv și a înclinației spre dezvoltarea unei patologii de ordinul comportamentului alimentar. Profilul este prezentat schematic în *Figura 1.8*.

Din *Figura 1.8* (prezentată anterior) putem identifica patru dimensiuni caracteristice ale profilului psihologic al adolescentului cu DZt1 și tulburare de comportament alimentar: emoțională, comportamentală, cognitivă și socială. Aceste dimensiuni oferă o înțelegere cuprinzătoare asupra provocărilor cu care se confruntă adolescenții în gestionarea simultană a DZt1 și a TCA (Potâng, Condrea, 2021). Profilul detaliat va sta la baza elaborării demersului experimental care va aborda în special anxietatea și schemele cognitive dezadaptative, cu scopul de a dezvolta intervenții psihologice eficiente pentru această categorie de subiecți. Anxietatea și schemele cognitive dezadaptative sunt investigate în studiul tulburărilor de comportament alimentar la adolescenții cu DZt1 datorită impactului lor major în declanșarea și menținerea acestor probleme. Anxietatea, intensificată de presiunile controlului diabetului și frica de complicații, poate duce la practici alimentare dăunătoare. În același timp, distorsiunile cognitive agravează tulburările alimentare, influențând negativ autoeficacitatea și gestionarea diabetului. Explorarea relației dintre anxietate și cogniții dezadaptative este esențială pentru crearea de tratamente eficiente, având potențialul de a îmbunătăți semnificativ viața adolescenților diabetici, motiv pentru care ne propunem să realizăm și o investigație empirică în acest sens.

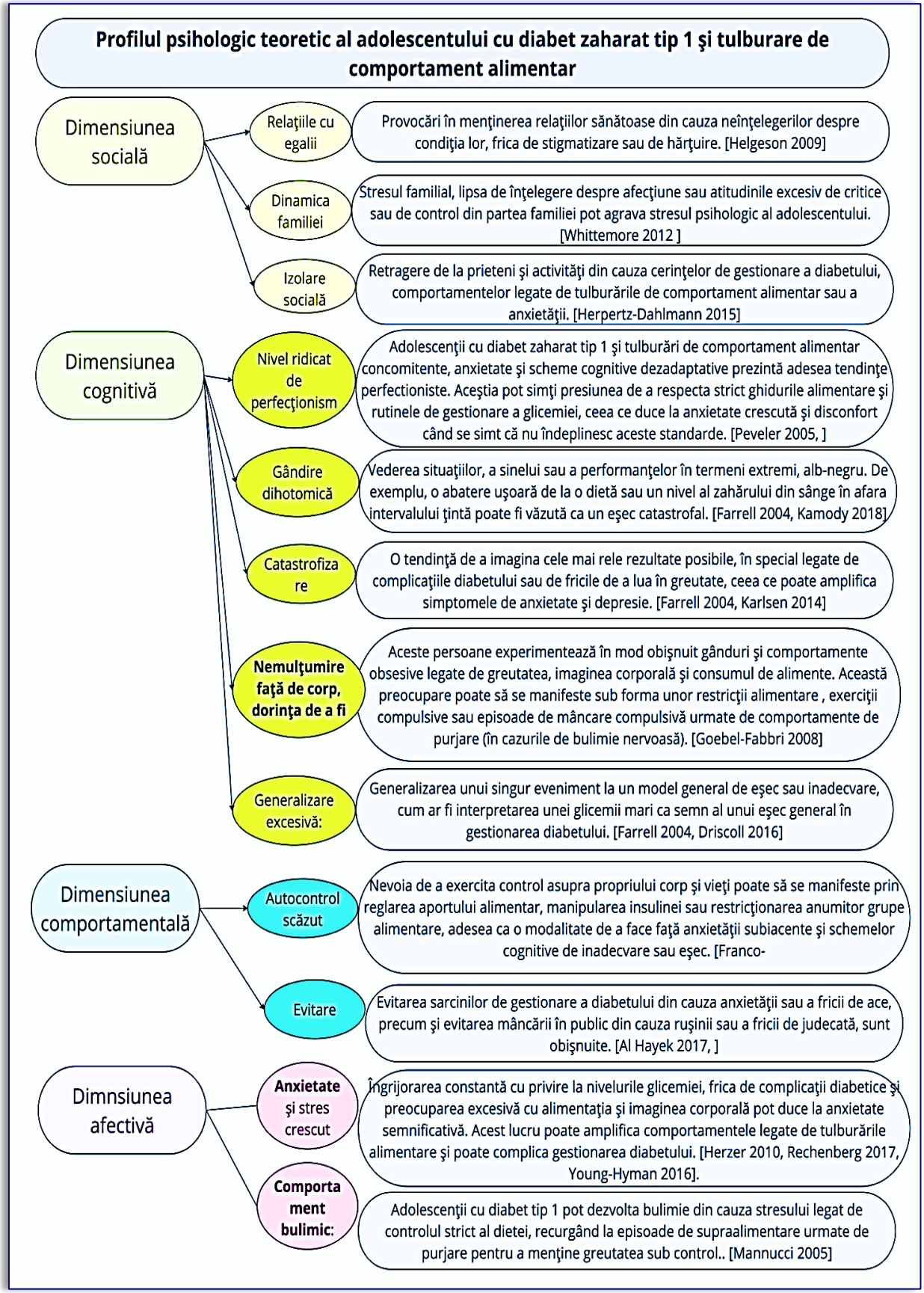


Fig. 1.8. Profilul psihologic teoretic al adolescentului cu diabet zaharat tip 1 și tulburare de comportament alimentar (*contribuție proprie*)

1.5. Concluzii la capitolul 1

1. Adolescenții cu diabet zaharat tip 1 se confruntă cu provocări semnificative în gestionarea afecțiunii lor cronice, care afectează aspectele comportamentale, cognitive și emoționale. Aceste provocări includ aderarea dificilă la regimuri de tratament, comportamente riscante, dificultăți cognitive și niveluri ridicate de depresie și anxietate. Printre problemele de tip comportamental se enumeră autocontrolul scăzut asupra regimului alimentar și evitarea sarcinilor de gestionare a diabetului din cauza anxietății sau fricii de eșec. De asemenea, tendințele de gândire catastrofică și perfecționismul contribuie la dificultăți cognitive semnificative, iar nemulțumirea față de corp și dorința de a slăbi pot agrava tulburările de comportament alimentar. Aceste comportamente afectează negativ starea psihologică generală a adolescenților, crescând riscul de complicații asociate diabetului și tulburărilor de alimentație.
2. Tulburările de comportament alimentar sunt frecvente în rândul persoanelor cu diabet zaharat de tip 1 (DZt1). Aceste tulburări sunt influențate de factori psihologici, socioculturali și specifici diabetului, cum ar fi pierderea în greutate pre-diagnostic și câștigul rapid de greutate post-terapie cu insulină. Adolescenții cu DZt1 se confruntă adesea cu o presiune suplimentară de a menține o imagine corporală ideală, ceea ce poate amplifica comportamentele bulimice și nemulțumirea față de propriul corp. În plus, aceste tulburări sunt agravate de anxietatea și stresul asociate cu gestionarea constantă a diabetului, creând un cerc vicios între controlul asupra alimentației și gestionarea bolii cronice.
3. Tulburările de comportament alimentar sunt fenomene complexe și debilitante, influențate de multiple factori psihologici și experiențele timpurii ale individului. Schemele cognitive dezadaptative, dezvoltate în copilărie din cauza neîmplinirii nevoilor emoționale de bază, joacă un rol crucial în formarea și menținerea acestor tulburări. Persoanele cu tulburări de comportament alimentar manifestă scoruri mai ridicate la schemele dezadaptative timpurii, care influențează modul în care percep și răspund la mediul lor. Abordările terapeutice eficiente, precum terapia centrată pe scheme cognitive, au demonstrat potențial în tratarea acestor tulburări, subliniind necesitatea integrării intervențiilor complexe și personalizate.
4. Tulburările de comportament alimentar și anxietatea sunt frecvente în rândul adolescenților, prezentând o comorbiditate semnificativă care complică tratamentul și afectează negativ calitatea vieții. Anxietatea, manifestată prin comportamente evitante

și temeri persistente, este adesea un precursor al tulburărilor de comportament alimentar, ceea ce subliniază importanța intervențiilor timpurii. Adolescenții cu tulburări de comportament alimentar și anxietate au un risc crescut de dezvoltare a altor tulburări psihiatrice și de a întâmpina dificultăți în gestionarea simptomelor lor. Studiile arată că adolescenții cu aceste comorbidități au rate mai mari de mortalitate și necesită strategii de tratament integrate și personalizate.

5. Datele teoretice reflectă necesitatea realizării unor cercetări empirice pe dimensiunea relației dintre tulburările de comportament alimentar, anxietate și scheme cognitive dezadaptative la adolescenții cu diabet zaharat tip 1. Aceasta este esențială pentru a înțelege mai bine mecanismele psihologice care stau la baza acestor tulburări, pentru a identifica factorii de risc specifici și pentru a dezvolta intervenții terapeutice mai eficiente și personalizate.

2. CERCETAREA EXPERIMENTALĂ A PARTICULARITĂȚILOR PSIHOLOGICE LA ADOLESCENȚII CU DIABET ZAHARAT TIP 1 CU TULBURĂRI DE COMPORTAMENT ALIMENTAR

2.1. Designul demersului psihodiagnostic

Pe baza analizei teoretice a studiilor existente, am identificat o legătură între simptomatologia subiecților cu diabet zaharat de tip 1 care suferă de tulburări de comportament alimentar și relația lor cu anxietatea și schemele cognitive dezadaptative. Acesta reprezintă fundamentul pe care dorim să-l investigăm mai profund în practică. Astfel **scopul** experimentului de constatare constă în evidențierea particularităților psihologice a tulburărilor de comportament alimentar la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 în comparație cu adolescenții fără DZt1 cu tulburări de comportament alimentar.

Obiectivele pe care ni le-am propus să le urmăm în vederea atingerii scopului sunt:

1. Identificarea particularităților manifestării anxietății și schemelor cognitive dezadaptative la adolescenții cu DZt1 cu tulburări de comportament alimentar și analiza comparativă a particularităților manifestării anxietății și schemelor cognitive dezadaptative la adolescenții cu DZt1, cu și fără tulburări de comportament alimentar, cu adolescenții fără DZt1 cu tulburare de comportament alimentar.
2. Stabilirea gradului de corelare a schemelor cognitive dezadaptative și a anxietății cu indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar.
3. Elaborarea profilurilor psihologice ale adolescenților diabetici cu și fără tulburare de comportament alimentar

Ipoteze:

1. Presupunem existența unor particularități ale manifestării anxietății și schemelor cognitive dezadaptative în cazul funcționării psihice a adolescenților cu DZt1, aceste particularități fiind mai evidențiate la adolescenții diabetici cu tulburare de comportament alimentar comparativ cu adolescenții diabetici fără tulburare de comportament alimentar și adolescenții fără DZt1 cu tulburare de comportament alimentar.
2. Presupunem că exista un anumit grad de legătură între schemele cognitive dezadaptative, anxietate și indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar la adolescenții cu DZt1.

Etapele cercetării

Cercetarea empirică a fost structurată în mai multe etape esențiale pentru atingerea obiectivelor stabilite. Iată o elaborare a acestor etape:

1. Selectarea eșantionului: Cercetarea a început în anul 2022 cu selectarea eșantionului experimental în cadrul secției de Endocrinologie a Clinicii de Pediatrie a Institutului Mamei și Copilului din Chișinău. Grupul experimental fără DZt1 a fost ales în mod aliator. Acest proces a implicat alegerea celor două grupuri de subiecți care să corespundă criteriilor de includere stabilite pentru studiu, asigurând reprezentativitatea pentru grupurile vizate.
2. Realizarea experimentului de constatare: Următoarea etapă a implicat administrarea chestionarelor, care s-a realizat în mod individual cu fiecare pacient în parte. Acest pas este crucial pentru colectarea datelor despre comportamentul alimentar, prezența anxietății și a schemelor cognitive dezadaptative ale participanților.
3. Interpretarea rezultatelor: După colectarea datelor, urmează analiza și interpretarea rezultatelor obținute. Această fază include prelucrarea statistică a răspunsurilor, identificarea tendințelor și corelațiilor, și evaluarea impactului diferitelor variabile asupra comportamentului alimentar al subiecților cu DZt1 și TCA.
4. Realizarea programului de intervenție: În funcție de interpretarea datelor, se elaborează un program de intervenție terapeutică adaptat la nevoile identificate. Programul ar urma să abordeze componentele psihologice asociate cu managementul diabetului și TCA, cu scopul de a îmbunătăți calitatea vieții subiecților, aspect prezentat în Capitolul 3.

Lotul experimental.

În vederea studierii manifestării tulburărilor de comportament alimentar, anxietății și schemelor cognitive dezadaptative la adolescenții cu DZt1, a fost efectuată cercetarea pe teren în perioada anului 2022, la care au participat cu acordul părinților, 132 adolescenți diabetici, pacienți ai IMSP Institutul Mamei și Copilului, Clinica Pediatrie, secția Endocrinologie, cu diagnostic oficial confirmat. Subiecții au avut vârsta cuprinsă între 12 și 18 ani, cu durata bolii de la un an până la 15 ani. Am cules de la subiecți informații referitoare la vârstă, mediul de trai, durata bolii și gen (Condrea, 2022).

Pentru a avea o imagine clară a manifestării tulburărilor de comportament alimentar la persoanele fără DZt1, în baza căreia am putea face o comparare, a fost selectat cel de al doilea grup experimental. În acest grup au fost incluși 132 de adolescenți fără diagnosticul de DZt1, fără patologii cronice, cu vârsta cuprinsă între 13 și 19 ani, aleși aliator.

Subiecții supuși cercetării au constituit în total 264 de persoane. La administrarea testelor am asigurat un climat favorabil și securizant și am ținut cont de oferirea timpului necesar completării acestora, fără a fi constrânși sau influențați subiecții în vreun oarecare mod. Atât

rezultatele obținute, cât și interpretarea testelor realizate le-au fost oferite persoanelor implicate în cercetare cu explicațiile necesare.

Distribuția eșantioanelor după gen:

În grupul de subiecți cu DZt1, fetele au constituit 43,9% (n=59) iar băieții 56,1% (n=74). În grupul fără DZt1, fetele sunt în raport de 52,3% (n=69). Iar băieții 47,7% (n=63).

Distribuția eșantioanelor după mediu de trai:

Ca urmare analizei datelor generale, putem stabili că raportul numărului de adolescenți din mediu rural și urban în cazul lotului diabetic este 50/50 (n=66 și 66). Proporția lotului experimental fără DZt1 este de 28,8% (n=38) sunt din mediu rural iar 71,2% (n=94) din mediu urban.

Distribuția eșantionului diabetic conform duratei bolii

O componentă importantă a studiului o reprezintă durata afecțiunii. Astfel, constatăm că durata bolii la subiecții cu DZt1 variază între 0-15 ani, cu o medie de 4,54 ani ± 3,8 ani. Distribuția subiecților este reprezentată în *Figura 2.1*:

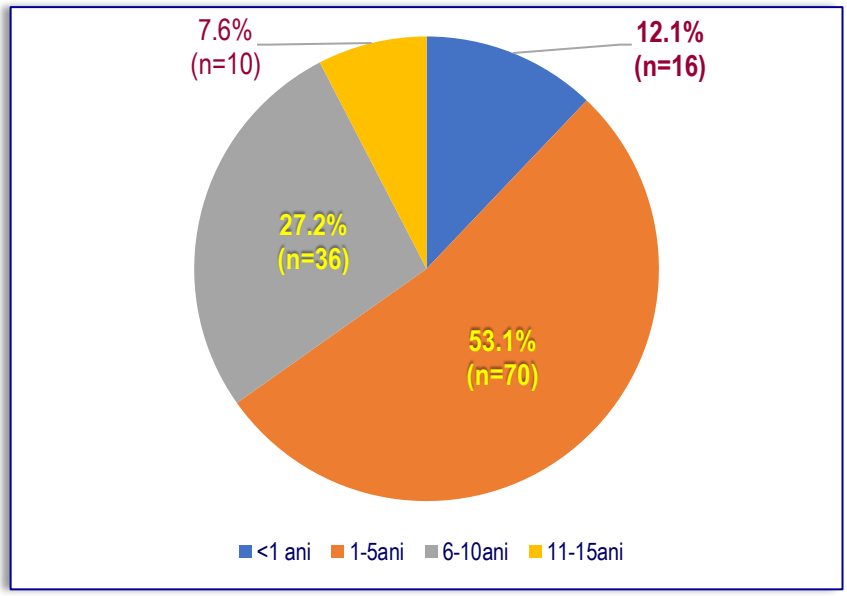


Fig. 2.1. Distribuția subiecților lotului diabetic conform duratei bolii

Instrumentarul psihometric utilizat în experimentul de constatare

Pentru a realiza obiectivele propuse în cadrul demersului de cercetare și pentru a verifica ipotezele înaintate, au fost utilizate următoarele metode psihodiagnostice:

1) Inventarul tulburărilor de comportament alimentar EDI-3 FT, elaborat de D.M. Garner;

2) Chestionar de identificare a nivelului anxietății școlare Phillips, elaborat de B.N. Philips;

3) Chestionarul schemelor cognitive Young – forma scurtă YSQ-S3R, elaborat de J. Young.

Inventarul tulburărilor de comportament alimentar EDI-3 FT elaborat de D.M. Garner (Garner, 2010) (*Anexa 1*) este un scurt formular de autoevaluare, cu 25 de întrebări cu variante de răspuns pe scala Likert de la 0 la 5, din EDI-3 și cu întrebări legate de indicatorii comportamentali, care sunt folosite pentru a identifica persoanele cu posibile tulburări de comportament alimentar.

EDI-3 FT include trei scale care formează scala compozită „Risc de tulburare de comportament alimentar":

- **Dorința de a fi slab DS**. Constructul „dorința de a fi slab" a fost descris ca fiind una dintre caracteristicile de bază ale tulburărilor de comportament alimentar și a fost considerat un criteriu esențial de diagnostic, conform multor sisteme de clasificare. Cei șapte itemi ai acestei scale evaluează: a) dorința puternică de a fi mai slab/ă, b) preocuparea legată de diete, c) preocuparea legată de greutate și d) frica intensă de a nu se îngrășa.
- **Comportament bulimic (B).** Scala B evaluează tendința de a se gândi și a se angaja în episoade de alimentație excesivă și necontrolată (adică alimentație compulsivă). Cei opt itemi ai acestei scale evaluează preocuparea în legătură cu alimentația compulsivă și mâncatul ca răspuns la starea de supărare. Prezența episoadelor de alimentație compulsivă este una dintre trăsăturile definitorii ale bulimiei nervoase și diferențiază anorexia nervoasă de tip restrictiv de anorexia nervoasă caracterizată prin comportament alimentar compulsiv/vărsături.
- **Nemulțumire față de corp (NC).** Scala NC este formată din 10 itemi care evaluează nemulțumirea față de forma și de dimensiunile unor zone ale corpului, aspecte ce constituie un motiv deosebit de preocupare pentru persoanele care au tulburări de comportament alimentar (cu alte cuvinte, este vorba de burtă, șolduri, coapse, fese). Având în vedere faptul că nemulțumirea față de propriul corp este specifică tinerilor din cultura occidentală, nu se poate concluziona că numai acest construct cauzează tulburările de comportament alimentar, totuși, el reprezintă un factor de risc responsabil pentru debutul și menținerea unor comportamente extreme de control al greutății, care duc la tulburări de comportament alimentar în cazul persoanelor care sunt, de altfel, vulnerabile.
- **Scala compozită Risc de tulburare de comportament alimentar (SCRTCA) –** este compusă din suma cotelor T ale scalelor DS, B și NC. Aceasta reprezintă o măsură globală a preocupărilor în legătura cu alimentația și greutatea, fiecare scală care contribuie la formarea lui având o pondere egală.

Chestionar de identificare a nivelului anxietății școlare Phillips, elaborat de B.N. Philips (Philips, 1978) (*Anexa 2*) face posibilă studierea în detaliu a nivelului și naturii anxietății legate de școală la copiii și adolescenți, pentru a evalua caracteristicile emoționale ale relațiilor copilului cu semenii și profesorii. Indicatorii acestui test oferă o idee atât despre anxietatea generală, cât și despre starea emoțională a copilului, asociată cu diferite forme de includere a acestuia în viața școlii, precum și despre tipurile particulare de manifestări ale anxietății. Testul constă din 58 de întrebări care pot fi citite subiecților sau oferite în scris. La fiecare întrebare trebuie să se răspundă fără echivoc: da sau nu.

În demersul nostru de a cerceta anxietatea în rândul adolescenților internați în spital, am ales să folosim doar anumite scale ale testului Philips, deoarece acestea sunt relevante și aplicabile contextului specific al spitalizării. Am exclus scalele care vizează relația cu profesorii și aspectele școlare deoarece aceste dimensiuni ale vieții adolescenților nu sunt accesibile în cadrul spitalului.

Din totalul de 9 scale, am optat pentru următoarele dimensiuni și caracteristicile lor:

- Anxietate generală.
- Frica de a se autoafirma – experiențe emoționale negative ale situațiilor asociate cu nevoia de auto-dezvăluire, prezentarea celorlalți, demonstrarea capacităților proprii.
- Rezistența fiziologică scăzută față de stres – caracteristici ale organizării psihofiziologice, care reduc adaptabilitatea copilului la situații de natură stresantă, cresc probabilitatea unui răspuns inadecvat, distructiv la un factor de mediu alarmant.

Chestionarul schemelor cognitive Young – forma scurtă YSQ-S3R, S. Trip, 2006 (Trip, 2006) (*Anexa 3*) reprezintă un test de auto-evaluare a schemelor dezadaptative timpurii. Schemele cognitive sunt definite ca niște teme largi cu privire la sine și propriile relații cu ceilalți, care se dezvoltă în copilărie, se elaborează pe parcursul vieții și sunt disfuncționale într-o anumită măsură. Chestionarul este compus din 90 de întrebări cu răspuns pe scala Likert de la 1 la 6.

YSQ măsoară 18 scheme dezadaptative grupate în cinci categorii sau domenii.

I. Separare și respingere – se referă la convingerea, presupunerea că nu vor fi satisfăcute nevoile de securitate, siguranță, îngrijire, empatie, acceptare și respect. Acest prim domeniu este compus din cinci scheme:

1. Deprivare emoțională (*Emotional Deprivation – ED*) – ceilalți nu ne oferă dragostea, protecția și înțelegerea de care avem nevoie. Există trei forme majore de deprivare emoțională: a) deprivarea de îngrijire (absența atenției, afecțiunii și căldurii sufletești). b) deprivarea de înțelegere (absența empatiei) c) deprivarea de protecție (absența direcționării, îndrumării, ghidării);

2. Abandon/Instabilitate (*Abandonment/Instability – AB*) – sentimentul că cei apropiați nu vor putea să ne ofere susținerea emoțională de care avem nevoie, pentru că aceștia la rândul lor, sunt instabili emoțional, nu sunt prezenți când avem nevoie de ei sau ne vor părăsi pentru altcineva.
3. Neîncredere/Abuz (*Distrust/Abuse – MA*) – convingerea că, într-un final, ceilalți ne vor răni intenționat, că ne înșeală, abuzează de noi, ne fac să suferim, ne umilesc sau ne mint.
4. Izolare socială / Înstrăinare (*Social Isolation – SI*) – senzația de izolare socială, că suntem diferiți de alții și că nu putem face parte dintr-un grup.
5. Defect/Rușine (*Deficiency/Shame – DS*) – sentimentul că suntem fără valoare, că suntem răi, nedoriți, inferiori sau incapabili în anumite aspecte importante ale vieții, iar dacă ceilalți vor vedea acest lucru, nu ne vor mai fi iubi. Persoanele care interiorizează această schemă sunt sensibile la critică, sunt foarte conștiente de ele însele, se compară cu ceilalți, nu se simt în siguranță în prezența celorlalți, au sentimentul de rușine legat de propriul „handicap".

II. Autonomie și performanță – al doilea domeniu este cel al slabei autonomii și performanței scăzute și se referă la perceperea propriei incapacități de a supraviețui și funcționa independent. Acestui domeniu îi aparțin următoarele scheme:

6. Eșec (*Failure – FA*) – convingerea că nu ești capabil să faci ceva bine, că inevitabil vei greși, vei eșua în domenii importante ale vieții (școală, carieră, sport), că ești prost, că ai un statut social scăzut și mai puțin succes decât ceilalți de aceeași vârstă.
7. Dependență/Incompetență (*Dependence/Incompetence – DI*) – convingerea că suntem incapabili să ne îndeplinim bine responsabilitățile zilnice fără un sprijin considerabil din partea celorlalți. Apare senzația constantă de neputință.
8. Vulnerabilitate la rău și boală (*Vulnerability to harm and illness – VH*) – frica exagerată de catastrofe iminente ce ni se pot întâmpla oricând și pe care nu le putem preveni. Această frică poate apărea în legătură cu diferite boli (infarct miocardic), cu diferite probleme emoționale grave (teama de a nu înnebuni) sau alte catastrofe externe (prăbușirea avionului).
9. Protecționism / Ego infantil (*Enmeshment/Underdeveloped Self – EM*) – o relație emoțională și de apropiere exagerată față de persoane relevante (deseori părinți), relație care împiedică dezvoltarea propriei identități individuale și sociale. Persoana are convingerea că nu va putea trăi fără cealaltă, nu va putea fi fericită dacă nu va avea sprijinul acesteia.

III. Deficiența limitelor – al treilea domeniu conține scheme cu privire la limite defectuoase și constă în incapacitatea de a stabili sau stabilirea inexactă a limitelor interne, a responsabilităților față de ceilalți, a scopurilor pe termen lung. Apar dificultăți în respectarea drepturilor celorlalți, în stabilirea și atingerea unor scopuri personale realiste. Din acest domeniu fac parte două scheme:

10. Revendicare/Grandomanie (*Entitlement/Grandiosity – ET*) – convingerea că suntem superiori altor oameni, deci revendicăm drepturi și privilegii speciale. Regula reciprocității nu funcționează în acest caz. Revendicăm dreptul de a face ce vrem, indiferent dacă ceea ce dorim este ancorat în realitate sau nu, indiferent care sunt consecințele pentru celălalt. Un sentiment exagerat al superiorității, care se manifestă cu scopul de a obține control și putere.
11. Autocontrol / Auto-disciplină insuficientă (*Insufficient Self-Control – IS*) – dificultatea de a se controla, disciplina în obținerea scopurilor, control insuficient al emoțiilor și impulsurilor, toleranță scăzută la frustrare, dorința excesivă de menținere a confortului, de evitarea a situațiilor neplăcute.

IV. Dependența de alții – al patrulea domeniu este caracterizat prin focalizarea excesivă pe satisfacerea dorințelor, nevoilor altora în detrimentul satisfacerii propriilor dorințe și nevoi, cu scopul obținerii dragostei și aprobării celor din jur. Schemele componente ale acestui domeniu sunt:

12. Subjugarea (*Subjugation – SB*) – controlul excesiv asupra celorlalți. Are două forme principale: subjugarea nevoilor (propriile preferințe, decizii și dorințe sunt reprimate, ignorate) și subjugarea emoțiilor (exprimarea emoțiilor, în special a furiei este reprimată).
13. Auto-sacrificiul (*Self-Sacrifice–SS*) – fixarea excesivă asupra satisfacerii nevoilor zilnice ale celorlalți în detrimentul satisfacerii propriilor nevoi, pentru a evita sentimentul de a fi egoist, pentru a menține relația cu persoana pe care crede că trebuie să o ajute.
14. Căutarea aprobării / Recunoașterii (Approval Seeking/Recognition Seeking – AS) – căutarea exagerată a aprobării, recunoașterii sau atenției celorlalți, fapt ce împiedică dezvoltarea identității de sine. Stima de sine este dependentă preponderent de reacția celorlalți.

V. Hipervigilență și inhibiție – al cincilea domeniu este reprezentat de hipervigilență și inhibiție. Sentimentele, impulsurile, alegerile spontane nu sunt exprimate, iar persoana nu crede că are dreptul de a fi fericită, relaxată. Sănătatea, relațiile apropiate au, prin urmare, de suferit. Schemele celui de al cincilea domeniu sunt:

15. Negativism/Pasivitate (*Negativity/Passivity – NP*) – aspectele negative ale vieții sunt exagerat conturate, subliniate, maximizate, în timp ce evenimentele sau aspectele pozitive, optimiste, plăcute sunt minimalizate.
16. Inhibiție Emoțională (*Emotional Inhibition – EI*) – inhibarea acțiunilor, sentimentelor, comunicării spontane pentru a evita dezaprobarea celorlalți, sentimentul de rușine și de pierdere a controlului asupra propriilor impulsuri. Cele mai întâlnite forme de inhibiție sunt: a) inhibarea furiei și agresivității, b) inhibarea impulsurilor pozitive, c) dificultate

în exprimarea vulnerabilității sau în comunicarea propriilor sentimente, d) excesiva invocare a raționalității și eliminarea emoționalului.

17. Standarde nerealiste / Hipercriticism (*Unrealistic Standards / Hypercriticism – US*) – convingerea că trebuie să atingem niște standarde interiorizate de comportament și performanță foarte ridicate, cu scopul de a evita critica. Aceste standarde nerealiste pot apărea sub forma perfecționismului, atenției deosebite la detalii, reguli rigide de tipul „trebuie", nemulțumirea că nu a realizat cât de mult ar fi vrut/ar fi trebuit să realizeze.
18. Penalizarea (*Punishment – PU*) – convingerea că oamenii ar trebui aspru criticați și pedepsiți pentru greșelile lor. Implică tendința de a se înfuria, de a fi intolerant, punitiv și nerăbdător cu acei oameni (inclusiv cu propria persoană) ce nu ne satisfac propriile noastre expectanțe sau standarde. Greșelile sunt uitate cu greutate și nu se ține seama de natura failibilă a omului.

2.2. Analiza rezultatelor preliminare ale cercetării

Pentru a selecta subiecții cu indicatori comportamentali ai TCA, am aplicat testul EDI-3 la 132 de adolescenți cu DZt1 și 132 de adolescenți fără DZt1. Ne-am propus să determinăm dacă există diferențe de manifestare ale indicatorilor comportamentali ai TCA la adolescenții diabetici și la cei fără DZt1, analizând comportamentele bulimice, nemulțumirea față de corp și dorința de a fi slab. În următoarele etape, vom analiza comparativ cele două grupuri pentru a evidenția tiparele asociate cu aceste tulburări și pentru a explora posibilele legături dintre gestionarea diabetului și tulburările alimentare, utilizând metode statistice adecvate. Aceasta va permite o înțelegere mai detaliată a factorilor implicați și va oferi o bază solidă pentru dezvoltarea unor intervenții psihologice eficiente.

2.2.1. Identificarea indicatorilor comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar la adolescenții cu diabet zaharat tip 1

În vederea determinării manifestării indicatorilor comportamentali ai TCA la adolescenții cu DZt1 a fost aplicat chestionarul EDI-3 pentru a identificarea posibilelor tulburări la eșantionul supus cercetării. Această metodă ne oferă informații despre predispoziția unui individ de a manifesta un comportament alimentar bulimic, nemulțumire față de corp, dorința de a fi slab și riscul dezvoltării unei TCA.

Mai jos prezentăm rezultatele obținute de către persoanele din grupul experimental 1 (adolescenții diabetici) și grupul experimental 2 (adolescenții fără DZt1), pentru a identifica nivelul de manifestare a comportamentului bulimic, nemulțumirii față de corp, dorinței de a fi slab și riscului dezvoltării unei TCA.

Comportament bulimic

Studiul a utilizat testul T pentru eșantioane independente (date prezentate în *Tabelul 2.1, 2.2, Anexa 15*) pentru a analiza diferențele de comportament bulimic între adolescenții diabetici și non-diabetici. Am constatat că adolescenții diabetici au prezentat un comportament bulimic ușor mai ridicat (media = 4,86) comparativ cu adolescenții non-diabetici (media = 3,09), dar această diferență, cu o valoare t de 1,926 și o valoare p de 0,056, nu a atins semnificația statistică.

Valoarea p marginală sugerează o tendință către un comportament bulimic crescut printre adolescenții diabetici, deși nu în mod concludent semnificativ. Aceste rezultate implică potențiale implicații clinice, subliniind importanța monitorizării TCA la adolescenții diabetici. De asemenea, indică necesitatea unor cercetări suplimentare, în special în ceea ce privește factorii care influențează aceste comportamente, pentru a înțelege și aborda mai bine relația nuanțată între diabet și tulburările de alimentație în această populație (Condrea, 2024c).

Tabelul 2.1. Distribuția rezultatelor privind nivelul comportamentului bulimic la grupul experimental cu DZt1 și la cel fără DZt1

	Semnificația clinică a prezenței comportamentului bulimic					
	Scăzută		**Tipică**		**Ridicată**	
	Frecvența	n	Frecvența	n	Frecvența	n
Grup experimental 1	95,5%	126	3,0%	4	1,5%	2
Grup experimental 2	100%	132	0%	0	0%	0

Tabelul 2.2. Media valorii scalei „Comportament bulimic" pentru grupul experimental cu DZt1 și cel fără DZt1

Grup	**N**	**Media**	**Abatere standard**
Experimental 1	132	4,86	9,798
Experimental 2	132	3,09	3,982

Comportamentul bulimic ar putea fi mai accentuat la adolescenții diabetici din cauza stresului suplimentar generat de gestionarea bolii. Diabetul impune restricții alimentare stricte și o monitorizare constantă a glicemiei, care pot alimenta sentimente de frustrare sau lipsa de control. Aceste presiuni, combinate cu provocările dezvoltării adolescenței, pot crește susceptibilitatea către comportamente bulimice ca mecanisme de coping inadecvate.

Nemulțumirea față de corp

Nemulțumirea față de corp este principalul motiv pentru dezvoltarea TCA. S-a demonstrat că imaginea corporală reglează calitatea și cantitatea aportului alimentar. În continuare prezentăm în *Figura 2.2, Tabelul 2.3* frecvența scalei „Nemulțumire față de corp" la ambele grupuri (Condrea, 2024c):

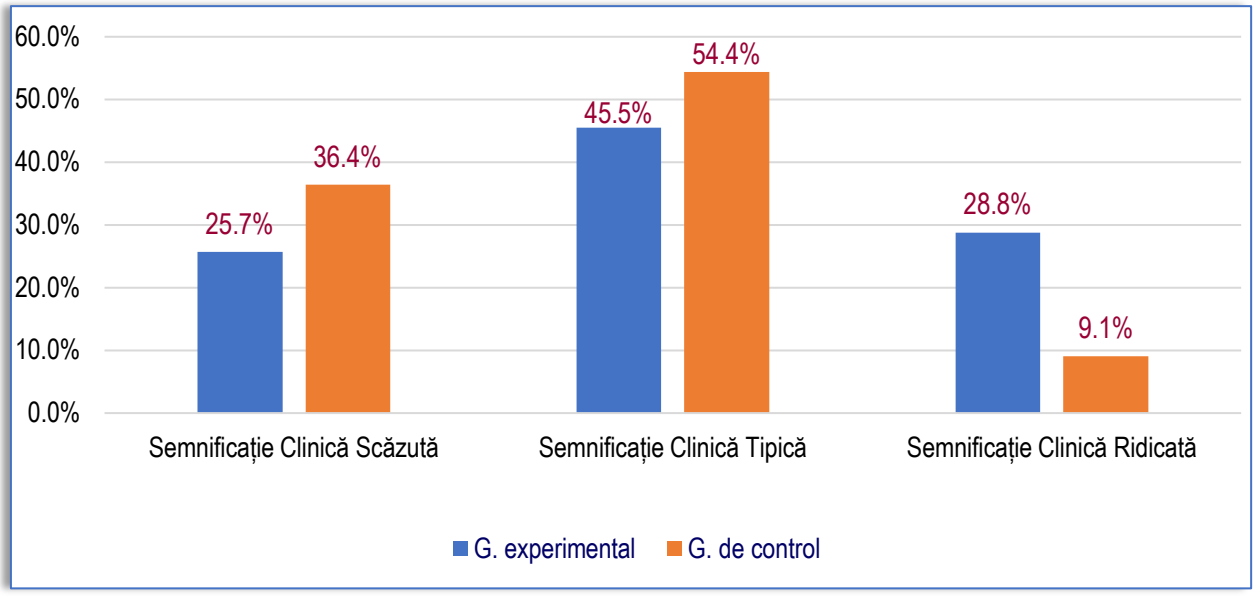


Fig. 2.2. Distribuția rezultatelor privind nivelul *Nemulțumirii față de corp* la grupul experimental cu DZt1 și cel fără DZt1

Tabelul 2.3. Distribuția rezultatelor privind nivelul *Nemulțumirii față de corp* la grupul experimental cu DZt1 și la cel fără DZt1

	Semnificația clinică a *Nemulțumirii față de corp*					
	Scăzută		**Tipică**		**Ridicată**	
	Frecvența	n	Frecvența	n	Frecvența	n
Grup experimental 1	25,7%	34	45,5%	60	28,8%	38
Grup experimental 2	36,4%	48	54,5%	72	9,1%	12

Tabelul 2.4. Media valorii scalei „Nemulțumire față de corp” pentru grupul experimental cu DZt1 și cel fără DZt1

Grup	**N**	**Media**	**Abatere standard**
Experimental 1	132	46,52	28,000
Experimental 2	132	33,25	23,003

Testul T pentru eșantioane independente a fost utilizat pentru a examina insatisfacția corporală la adolescenții diabetici și non-diabetici (*Anexa 15*). Analiza a relevat că adolescenții diabetici au raportat o insatisfacție corporală mai mare (media = 46,52) comparativ cu omologii lor non-diabetici (media = 33,25), cu un t-value de 4,206 și un p-value < 0,001, indicând o diferență statistic semnificativă.

Această diferență semnificativă subliniază insatisfacția corporală accentuată experimentată de adolescenții diabetici, posibil atribuită provocărilor și stresorilor asociați cu gestionarea unei condiții cronice în timpul adolescenței. Astfel de constatări indică necesitatea unui sprijin

psihosocial îmbunătățit și a intervențiilor vizate pentru a atenua preocupările legate de imaginea corporală în acest grup demografic. Mai mult, rezultatele atrag atenția asupra implicațiilor mai largi ale bolii cronice asupra bunăstării adolescenților, subliniind importanța includerii imaginii corporale în îngrijirea holistică și sprijinul adolescenților diabetici.

Acest fenomen îl explicăm prin intermediul impactului negativ al DZT1 și al grijilor legate de boală, de alimentație, greutate și forma corpului, care se manifestă printr-o autoapreciere mai scăzută și nemulțumire de corp mai accentuată.

Dorința de a fi slab

Dorința de a fi slab este, de asemenea, un component esențial în viața psihosocială a adolescenților și mai ales a celor cu DZt1. *Tabelul 2.5* ne relevă frecvența manifestării *Dorinței de a fi slab* în rândul grupului experimental 1 și 2:

Tabelul 2.5. Distribuția rezultatelor privind nivelul *Dorinței de a fi slab* la grupul experimental cu DZt1 și la cel fără DZt1

	Semnificația clinică a *Dorinței de a fi slab*					
	Scăzută		**Tipică**		**Ridicată**	
	Frecvența	n	Frecvența	n	Frecvența	n
Grup experimental 1	95,5%	126	4,5%	6	0%	0
Grup experimental 2	100%	132	0%	0	0%	0

Aplicarea testului T (*Anexa 15*) pentru eșantioane independente a investigat tendința dorinței de a fi slab în rândul adolescenților diabetici și non-diabetici. Analiza a dezvăluit o tendință marcat mai accentuată spre manifestarea dorinței de a fi slab în rândul adolescenților diabetici (media = 5.92, DS = 6.250) în comparație cu colegii lor non-diabetici (media = 3.89, DS = 3.665) (*Tabelul 2.6*), rezultatele testului T prezentând un t de 3.232 și un p de 0.001, semnificând o diferență a mediei statistic semnificativă de 2.038 puncte.

Tabelul 2.6. Media valorii scalei „Dorința de a fi slab” pentru grupul experimental cu DZt1 și cel fără DZt1

Grup	**N**	**Media**	**Abatere standard**
Experimental 1	132	5,92	6,250
Experimental 2	132	3,89	3,665

Această diferență semnificativă scoate în evidență o preocupare sporită pentru slăbire în rândul adolescenților diabetici. Există posibilitatea ca gestionarea diabetului, care impune o monitorizare atentă a dietei și a corpului, să intensifice conștientizarea și nemulțumirea legată

de imaginea corporală, contribuind astfel la o dorință mai puternică de a atinge o siluetă subțire. Această descoperire este vitală, deoarece evidențiază complexitatea interacțiunii dintre managementul bolilor cronice și starea de bine psihologică, în special în ce privește percepția corpului (Condrea, 2024c).

Scala compozită *Risc de tulburare de comportament alimentar* (SCRTCA)

În continuare, sunt prezentate frecvențele de manifestare a scalei compozite SCRTCA în cazul ambelor grupuri de cercetare (*Tabelul 2.7*):

Tabelul 2.7. Distribuția rezultatelor privind nivelul SCRTCA la grupul experimental cu DZt1 și la cel fără DZt1

	Semnificația clinică a SCRTCA					
	Scăzută		**Tipică**		**Ridicată**	
	Frecvența	**n**	**Frecvența**	**n**	**Procentaj**	**n**
Grup experimental 1	95,5%	126	3,0%	4	1,5%	2
Grup experimental 2	100%	132	0%	0	0%	0

Studiul nostru, aplicându-se testul T pentru eșantioane independente, a dezvăluit diferențe statistice semnificative între adolescenții diabetici și cei non-diabetici în ceea ce privește riscul de a dezvolta tulburări alimentare. Cu o varianță semnificativ diferită între grupuri ($F = 97.370$, $p < 0.001$) și o diferență medie de 6.568 puncte între medii, analiza subliniază un risc mai mare pentru adolescenții diabetici (media = 9.34) față de non-diabetici (media = 2.77) (*Tabelul 2.8, Anexa 15*).

Tabelul 2.8. Media valorii scalei „SCRTCA” pentru grupul experimental cu DZt1 și cel fără DZt1

Grup	**N**	**Media**	**Abatere standard**
Experimental 1	132	9,34	14,773
Experimental 2	132	2,77	7,315

Tendința identificată în studiul nostru, care arată un risc crescut de tulburări alimentare la adolescenții diabetici, poate fi atribuită unor factori legați de gestionarea diabetului, stresului psihologic și presiunilor sociale legate de imaginea corporală. Acești factori, de la nevoia de control strict al dietei la provocările aduse de stigmatizarea socială, pot intensifica problemele legate de alimentație și percepția corpului.

Rezultatele obținute subliniază urgența dezvoltării unor strategii terapeutice care să abordeze holistic nevoile adolescenților diabetici, integrând suportul pentru sănătatea mintală

cu managementul medical al diabetului. O intervenție timpurie, care promovează o relație sănătoasă cu alimentația și imaginea de sine, este crucială pentru prevenirea tulburărilor alimentare. Acest aspect urmează a fi discutat în Capitolul 3, în care se prezintă un model de intervenție psihologică creat în cadrul acestui studiu (Condrea, 2024c).

Analiza datelor

În urma analizei descriptive și a calculării diferențelor mediilor din compartimentul anterior, rezultatele studiului relevă un profil distinct al comportamentului alimentar și percepțiilor legate de corp între adolescenții cu DZt1 și cei fără această condiție. Specific, comportamentul bulimic este identificat numai în rândul adolescenților cu diabet, cu o prevalență de 3% (n=4) pentru semnificație clinică tipică și 1,5% (n=2) pentru semnificație clinică ridicată, subliniind posibila influență a gestionării diabetului asupra dezvoltării unor comportamente alimentare disfuncționale. În contrast, nemulțumirea față de corp este raportată atât în grupul cu diabet, cât și în cel fără diabet, dar cu o distribuție diferită: 45,5% (n=60) dintre adolescenții cu diabet versus 54,5%(n=72) dintre cei fără DZt1 prezintă semnificație clinică tipică, în timp ce un procent mai mare de adolescenți cu diabet (28,8%, n=38) față de cei fără DZt1 (9,1%, n=12) raportează semnificație clinică ridicată. Aceasta indică o preocupare generală legată de imaginea corporală în ambele grupuri, dar cu grade diferite de severitate. Dorința de a fi slab nu pare să fie o problemă majoră în niciunul dintre grupuri, sugerând că aceasta nu este un factor dominant în comportamentul lor alimentar. Pe baza scalei compozite a riscului tulburărilor de comportament alimentar, observăm că adolescenții fără DZt1 prezintă o semnificație clinică tipică mult mai mare (54,5%, n=72) comparativ cu cei cu diabet (3%, n=4), sugerând că percepțiile negative legate de corp și comportamentul alimentar dezordonat sunt mai prevalente în rândul adolescenților fără DZt1din acest eșantion. Totuși, interesant este că semnificația clinică ridicată este observată doar la adolescenții cu diabet (1,5%, n=2), indicând cazuri severe de tulburări alimentare în acest grup, chiar dacă sunt mai puține numeric.

În urma analizei acestor date preliminare, am identificat 3 grupuri de subiecți (*Figura 2.3*):

1. Adolescenți cu DZt1 cu tulburare de comportament alimentar (adolescenți cu DZt1 care manifestă în funcționarea lor cel puțin un indicator comportamental de semnificație clinică tipică sau ridicată);
2. Adolescenți cu DZt1 fără tulburare de comportament alimentar (adolescenți cu DZt1 care manifestă în funcționarea lor doar indicatori comportamentali de semnificație clinică scăzută);

3. Adolescenți fără DZt1 cu tulburare de comportament alimentar (adolescenți fără DZt1 care manifestă în funcționarea lor cel puțin un indicator comportamental de semnificație clinică tipică sau ridicată).

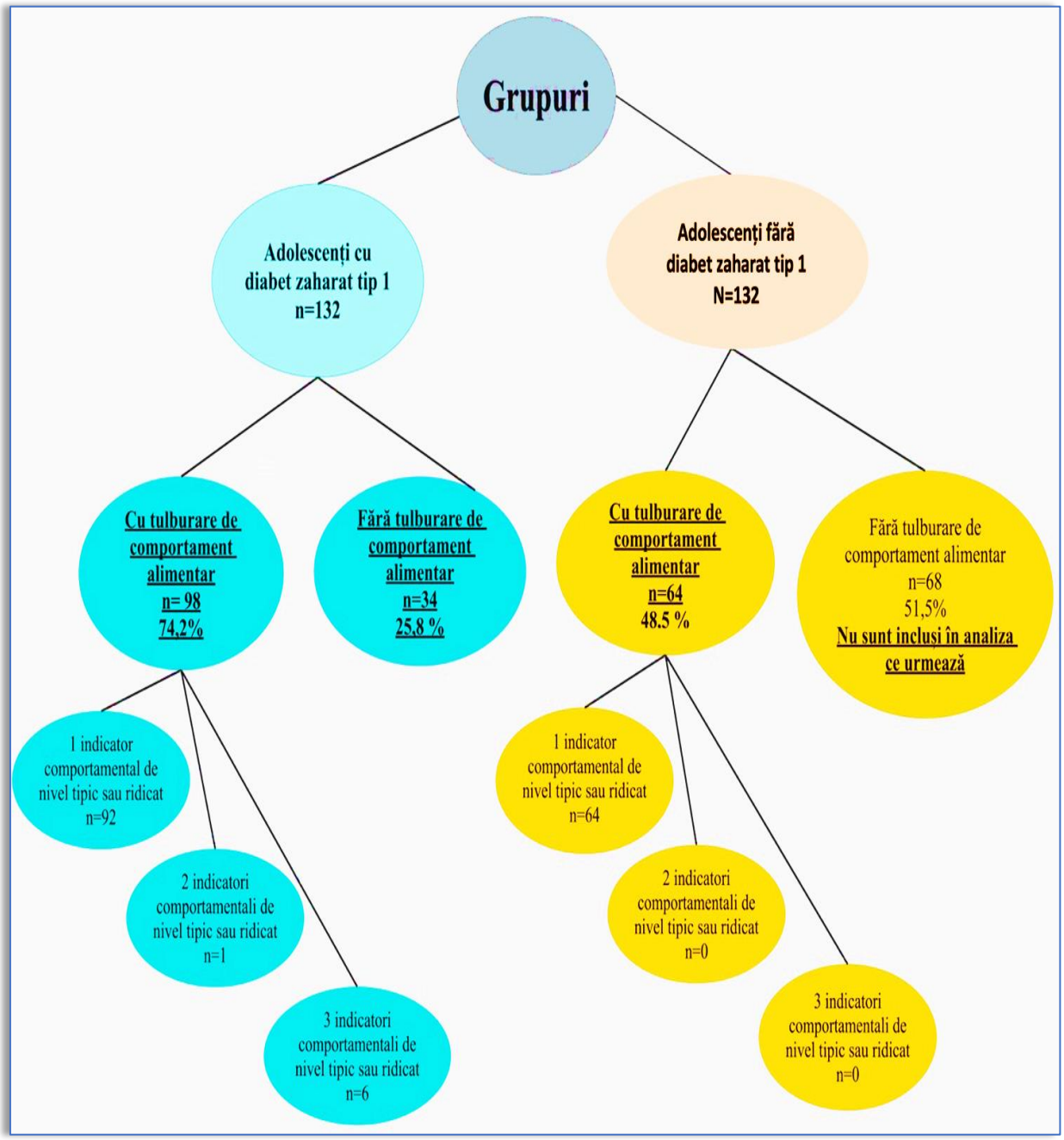


Fig. 2.3. Organizarea grupului experimental cu DZt1 și a celui fără DZt1, conform absenței sau prezenței tulburării de comportament alimentar

Aceste trei grupuri vor fi supuse, în compartimentele ce urmează, analizei din punct de vedere al manifestării particularităților cognitive (scheme cognitive dezadaptative) și afective (anxietate).

2.2.2. Determinarea modului de manifestare a particularităților psihologice la adolescenții cu diabet zaharat tip 1

Manifestarea schemelor cognitive dezadaptative
la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 și tulburare de comportament alimentar

În concordanță cu obiectivul nr. 2 al lucrării noastre, care vizează identificarea manifestărilor schemelor cognitive dezadaptative la adolescenții cu DZt1, ce prezintă tulburări de comportament alimentar, am aplicat ***Chestionarul schemelor cognitive Young – forma scurtă YSQ-S3R***. Scopul a fost de a determina cu precizie aceste caracteristici, iar constatările sunt prezentate în mod clar în secțiunea ce urmează:

Tabelul 2.9. Valorile medii ale nivelului schemelor cognitive dezadaptative la adolescenții cu DZt1 cu tulburare de comportament alimentar

Scheme cognitive dezadaptative	Adolescenți cu diabet zaharat tip 1 cu tulburare de comportament alimentar	
	Media	Abaterea standard
Deprivare emoțională	29,31	24,696
Abandon/instabilitate	39,10	23,852
Neîncredere/abuz	38,86	20,533
Izolare socială / înstrăinare	33,51	23,184
Defect/rușine	25,10	23,412
Eșec	31,43	20,725
Dependență/incompetență	30,69	22,662
Vulnerabilitate la rău și boală	32,73	21,517
Protecționism / ego infantil	33,14	19,444
Subjugare/revendicare	35,51	23,802
Auto-sacrificiu	49,55	19,441
Inhibiție emoțională	37,55	20,304
Standarde nerealiste/hipercriticism	48,90	19,701
Grandomanie	42,98	19,856
Autocontrol / autodisciplină insuficientă	37,39	19,076
Căutarea aprobării / recunoaștere	45,33	24,461
Negativism/pasivitate	41,22	23,035
Penalizare	36,49	21,269

Analizând *Tabelul 2.9*, se observă că adolescenții cu DZt1 și tulburare de comportament alimentar prezintă anumite scheme cognitive dezadaptative, care pot influența în mod negativ gestionarea afecțiunii lor și comportamentul alimentar.

Spre exemplu, schema de „Auto-sacrificiu" pare să fie specifică și proeminentă, având o medie de 49,55, indicând tendința de a pune nevoile celorlalți înaintea propriilor nevoi, posibil neglijând autoîngrijirea necesară pentru managementul diabetului.

Un alt aspect notabil este înaltul scor pentru schema de „Căutarea aprobării/recunoașterii", cu o medie de 45,33, sugerând o preocupare constantă pentru acceptarea și validarea din partea celorlalți, ceea ce poate conduce la comportamente alimentare dezadaptative în încercarea de a se conforma așteptărilor externe.

„Vulnerabilitatea la rău și boală", având o medie de 32,73, arată o temere persistentă de boală și o preocupare excesivă pentru sănătate, care poate accentua stresul asociat cu gestionarea diabetului și poate duce la comportamente alimentare problematic.

În plus, „Dependență/incompetență" cu o medie de 30,69, reflectă convingerea că nu sunt în stare să se descurce singuri fără ajutorul celorlalți, ceea ce poate afecta capacitatea lor de a lua decizii autonome legate de dieta și controlul diabetului.

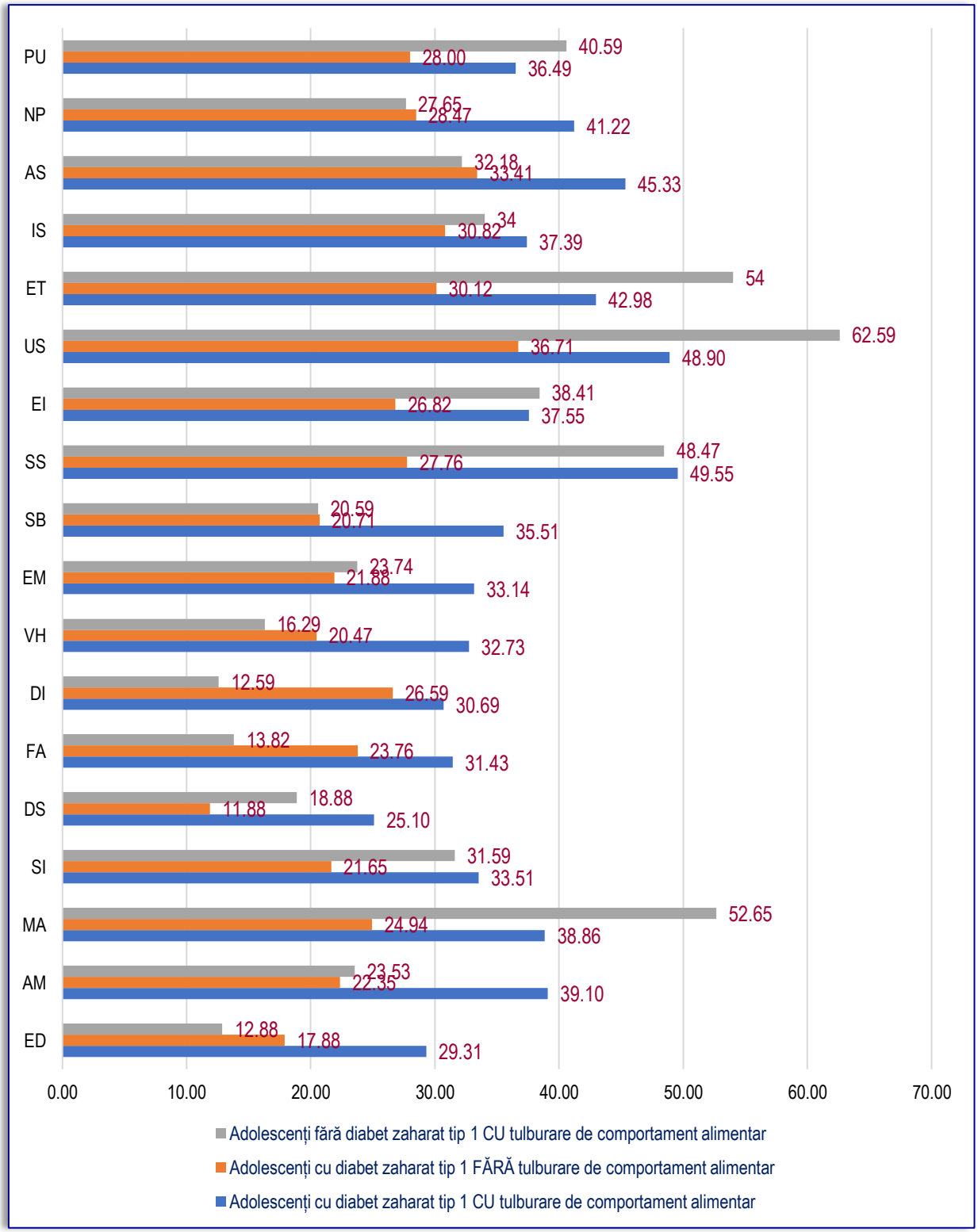
Aceste scheme cognitive dezadaptative pot juca un rol semnificativ în modul în care adolescenții cu DZt1 se raportează la propria sănătate și comportament alimentar, necesitând abordări terapeutice specializate pentru a îmbunătăți atât starea de sănătate fizică cât și pe cea mentală (Condrea, 2023; Potâng, Condrea, 2024).

Diferențele de manifestare a schemelor cognitive dezadaptative la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 cu tulburare de comportamental și fără tulburare de comportamental și adolescenții fără **diabet zaharat tip 1 cu tulburare de comportament alimentar**

Vom explora acum în detaliu diferențele în ceea ce privește nivelul schemelor cognitive dezadaptative dintre:

- adolescenții cu DZt1 cu și fără TCA;
- adolescenții cu DZt1 cu TCA și adolescenții fără DZt1 cu TCA.

Aceste scheme pot oferi perspective esențiale asupra provocărilor psihologice cu care se confruntă acești adolescenți și pot ajuta la conturarea unor intervenții terapeutice mai eficiente, date prezentate în *Figura 2.4* de mai jos:



(AB – abandon/instabilitate; AS – căutarea aprobării / recunoaștere; DI – dependență/incompetență; DS – defect/rușine; ED – deprivare emoțională; EI – inhibiție emoțională; EM – protecționism / ego infantil; ET – grandomanie; FA – eșec; IS – autocontrol/ autodisciplină insuficientă; MA – neîncredere/abuz; NP – negativism/pasivitate; PU – penalizare; SB – subjugare/revendicare; SI – izolare socială/ înstrăinare; SS – auto-sacrificiu; US – standarde nerealiste / hipercriticism; VH – vulnerabilitate la rău și boală)

Fig. 2.4. Valorile medii ale nivelului schemelor cognitive dezadaptative la adolescenții cu DZt1 cu și fără tulburare de comportament alimentar și adolescenții fără DZt1cu tulburare de comportament alimentar

Tabelul 2.10. Diferențele de medie ale nivelului schemelor cognitive dezadaptative dintre adolescenții cu DZt1 cu și fără tulburări de comportament alimentar

Scheme cognitive dezadaptative	Testul t			
	t	Gradele de libertate	Sig. (2-tailed)	Diferența mediilor
Deprivare emoțională	-2,467	130	,015	-11,424
Abandon/instabilitate	-4,626	87,495	,000	-16,749
Neîncredere/abuz	-3,339	130	,001	-13,916
Izolare socială / înstrăinare	-2,711	130	,008	-11,863
Defect/rușine	-4,024	102,040	,000	-13,220
Eșec	-1,919	130	,057	-7,664
Dependență/incompetență	-1,083	73,545	,282	-4,106
Vulnerabilitate la rău și boală	-3,036	130	,003	-12,264
Protecționism / ego infantil	-2,898	57,237	,005	-11,261
Subjugare/revendicare	-3,292	130	,001	-14,804
Auto-sacrificiu	-5,450	130	,000	-21,786
Inhibiție emoțională	-2,625	130	,010	-10,727
Standarde nerealiste / hipercriticism	-3,185	130	,002	-12,192
Grandomanie	-3,342	59,393	,001	-12,862
Autocontrol / autodisciplină insuficientă	-1,822	130	,071	-6,564
Căutarea aprobării / recunoaștere	-2,443	130	,016	-11,915
Negativism/pasivitate	-2,840	130	,005	-12,754
Penalizare	-2,039	58,668	,046	-8,490

Analizând datele din *Tabelul 2.10*, putem discuta despre fiecare schemă cognitivă în parte și posibilele cauze ale diferențelor observate între adolescenții cu diabet zaharat de tip 1 cu și fără tulburări de comportament alimentar.

„Deprivare emoțională": Observăm o diferență semnificativă (t = -2,467, p =.015) între cele două grupuri, cu o medie semnificativ mai mare (29,31 față de 17,88) în grupul cu tulburări alimentare. Acest lucru ar putea indica o experiență mai profundă a sentimentelor de neglijare și nevoi emoționale nesatisfăcute în rândul acestor adolescenți, posibil amplificată de stresul gestionării diabetului.

„Abandon/instabilitate": Există o diferență semnificativă (t = -4,626, p <.001) între grupuri, indicând o teamă mai mare de abandon și instabilitate în relații pentru adolescenții cu tulburări alimentare (39,1 comparativ cu 22,35). Aceasta poate sugera că provocările diabetului adaugă un stres suplimentar asupra relațiilor sociale, ceea ce ar putea amplifica temerile de instabilitate și abandon.

„Neîncredere/abuz": O altă diferență notabilă (t = -3,339, p =.001) înseamnă că adolescenții cu tulburări alimentare s-ar putea simți mai expuși la abuz sau neîncredere, având o medie de 38,86

comparativ cu 24,94. Acest lucru poate reflecta un mediu familial sau social tensionat, care poate influența percepțiile adolescentului.

„Defect/rușine": Cu o diferență semnificativă (t = -4,024, p <.001) și medii de 25,1 în grupul cu tulburări alimentare față de 11,88 în grupul fără, putem deduce că adolescenții cu tulburări alimentare se confruntă cu o imagine de sine negativă și cu sentimente de rușine mai accentuate, probabil legate de imaginea corporală și de auto-percepția în contextul tulburărilor alimentare.

„Vulnerabilitate la rău și boală": Adolescenții cu tulburări alimentare arată o vulnerabilitate mai mare (t = -3,036, p =.003), cu medii de 32,73 față de 20,47. Această diferență ar putea fi datorată conștientizării crescută a riscurilor pentru sănătate asociate cu diabetul și comportamentele alimentare dezordonate.

„Auto-sacrificiu": O medie de 49,55 în grupul cu tulburări alimentare, comparativ cu 27,76, și o diferență semnificativă (t = -5,450, p <.001) sugerează că adolescenții cu tulburări alimentare pot avea tendința de a-și neglija propriile nevoi în favoarea altora, un comportament frecvent în cazul tulburărilor alimentare, unde nevoile și dorințele personale sunt adesea suprimate.

„Negativism/pasivitate": Există o medie mai mare (41,22 față de 28,47) și o diferență semnificativă (t = -2,840, p =.005) pentru grupul cu tulburări alimentare, ceea ce poate reflecta o dispoziție generală mai negativă și o perspectivă pesimistă asupra vieții, posibil exacerbate de lupta împotriva diabetului.

Tabelul 2.11. Diferențele de medie ale nivelului schemelor cognitive dezadaptative dintre adolescenții cu DZt1 cu tulburare de comportament alimentar și adolescenții fără DZt1 cu tulburare de comportament alimentar

Scheme cognitive dezadaptative	Testul t			
	t	Gradele de libertate	Sig. (2-tailed)	Diferența mediilor
Deprivare emoțională	7,266	144,977	,000	20,744
Abandon/instabilitate	2,790	160	,006	11,290
Neîncredere/abuz	-2,618	114,334	,010	-9,955
Izolare socială/înstrăinare	1,830	160	,069	7,010
Defect/rușine	3,495	159,547	,001	10,852
Eșec	2,920	160	,004	10,366
Dependență/incompetență	4,595	145,647	,000	15,631
Vulnerabilitate la rău și boală	2,728	160	,007	9,672
Protecționism / ego infantil	1,783	160	,076	5,643
Subjugare/revendicare	3,948	160	,000	14,385
Auto-sacrificiu	-1,108	108,309	,270	-4,199
Inhibiție emoțională	2,807	160	,006	8,989

Standarde nerealiste / hipercriticism	-,906	160	,366	-2,915
Grandomanie	-1,810	111,132	,073	-6,833
Autocontrol / autodisciplină insuficientă	,789	160	,431	2,513
Căutarea aprobării / recunoaștere	,845	160	,399	3,530
Negativism/pasivitate	-1,460	107,704	,147	-6,588
Penalizare	-1,081	160	,281	-3,573

Analizând datele prezentate în Tabelul 2.11, putem discuta diferențele în nivelul schemelor cognitive dezadaptative între adolescenții cu DZt1cu tulburare de comportament alimentar și adolescenții fără DZt1, care prezintă de asemenea tulburări de comportament alimentar, pentru a înțelege mai bine dinamica psihologică specifică fiecărui grup.

„Deprivare emoțională": Adolescenții cu DZt1 și tulburare de comportament alimentar prezintă medii semnificativ mai ridicate (29,31) față de cei fără DZt1 cu tulburări alimentare (12,88), indicând că diabetul poate accentua sentimentele de neglijare emoțională, posibil datorită necesității unei atenții medicale sporite, care lasă mai puțin spațiu pentru îndeplinirea nevoilor emoționale.

„Abandon/instabilitate": Având o medie de 39,1 comparativ cu 23,53, adolescenții cu diabet zaharat par să experimenteze temeri mai mari de abandon, ce ar putea fi exacerbat de sentimentul de diferență și izolare cauzat de gestionarea diabetului, precum și de efectele tulburărilor alimentare care pot slăbi relațiile interpersonale.

„Neîncredere/abuz": Adolescenții cu diabet raportează medii mai ridicate (38,86) față de cei fără DZt1 (31,69), sugestiv pentru o experiență de viață sau interpretări subiective legate de neîncredere și posibilă victimizare, care ar putea fi legate de dificultățile adiționale asociate cu administrarea unei condiții cronice.

„Defect/rușine": Cu o medie semnificativ mai mare (25,1 față de 13,82), acest model sugerează că adolescenții cu diabet se pot confrunta cu stigmatizare și o imagine de sine negativă într-un grad mai mare, probabil influențat de impactul vizibil al diabetului și de judecățile legate de tulburările alimentare.

„Vulnerabilitate la rău și boală": O medie de 32,73 față de 23,29 înseamnă că adolescenții cu diabet sunt probabil mai preocupați de sănătatea lor fizică și de riscurile asociate, o conștientizare ce poate fi intensificată prin interacțiunea cu tulburările alimentare.

„Auto-sacrificiu": O diferență în medii (49,55 – 48,47) relevă că, deși ambele grupuri tind spre auto-sacrificiu, condiția cronică de diabet poate contribui la o neglijare și mai mare a propriilor nevoi, în contextul în care gestionarea bolii impune adesea restricții și sacrificii.

„Negativism/pasivitate”: Adolescenții cu diabet zaharat raportează o medie mai mare (41,22) comparativ cu adolescenții fără DZt1 (27,65), ceea ce poate reflecta o perspectivă generală mai negativă și un pesimism accentuat, care ar putea fi rezultatul provocărilor și incertitudinii legate de o afecțiune cronică precum diabetul și complexitatea tulburărilor alimentare.

„Penalizare”: Deși mediile sunt apropiate (36,49 față de 40,59), ambele grupuri par să manifeste un grad însemnat de auto-critică și tendințe de auto-penalizare.

Manifestarea anxietății la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 cu tulburare de comportament alimentar

În concordanță cu obiectivul nr. 2 al cercetării noastre, care vizează identificarea manifestărilor anxietății la adolescenții cu DZt1, ce prezintă tulburări de comportament alimentar, am aplicat ***Chestionarului de identificare a nivelului anxietății școlare Phillips***. Scopul a fost de a determina cu precizie aceste caracteristici, iar constatările sunt prezentate explicit în ceea ce urmează (*Figura 2.5* și *Tabelul 2.12*):

Tabelul 2.12. Valorile medii ale nivelului variabilelor anxietății la adolescenții cu DZt1 cu tulburare de comportament alimentar

Anxietate	Adolescenți cu diabet zaharat tip 1 cu tulburare de comportament alimentar	
	Media	***Abaterea standard***
Anxietate generală	41,82	17,664
Frica de a se autoafirma	55,33	29,100
Rezistență fiziologică scăzută față de stres	44,49	31,001

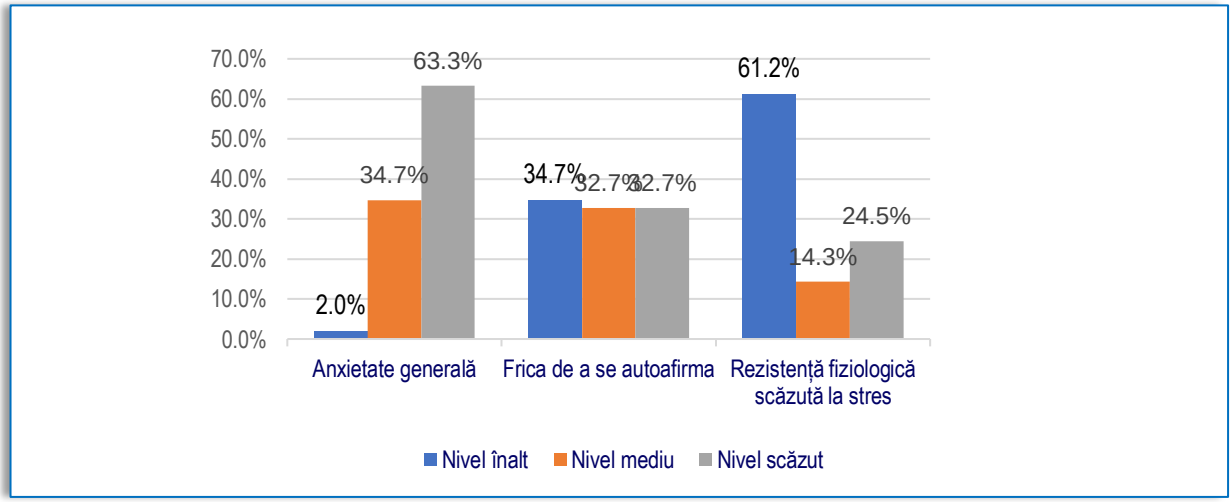


Fig. 2.5. Repartizarea subiecților cu diabet zaharat tip 1 și tulburare de comportament alimentar pe nivele ale manifestării variabilelor anxietății

Anxietate generală. Media de 41,82 cu o abatere standard de 17,664 reflectă o varietate în gradul de anxietate generală printre adolescenții studiați. Majoritatea (63,3%) au un nivel scăzut de anxietate, ceea ce sugerează că în timp ce anxietatea este prezentă în rândul adolescenților cu diabet și tulburare de comportament alimentar, pentru mulți dintre ei nu este intensă. Cu toate acestea, existența unui segment mic (2%) cu anxietate înaltă ar trebui investigată mai detaliat pentru a identifica factorii contribuitori și pentru a oferi suportul adecvat.

Frica de a se autoafirma. Scorul mediu este relativ înalt la 55,33, cu o abatere standard de 29,1, arătând că există o variabilitate semnificativă în capacitatea de autoafirmare a adolescenților din eșantion. Aproximativ o treime din adolescenți (32,7%) raportează un nivel înalt de frică de autoafirmare, și o treime (32,7%) sunt la nivel mediu, în timp ce 34,7% au un nivel scăzut. Această frică de autoafirmare poate reflecta dificultățile existente în exprimarea nevoilor și dorințelor lor personale, posibil în contextul gestionării diabetului lor în interacțiunea cu ceilalți.

Rezistența fiziologică scăzută la stres. Media de 44,49 și o abatere standard mare (31,001) sugerează că adolescenții au răspunsuri variate în privința rezistenței la stres, cu majoritatea (61,2%) indicând o rezistență scăzută. Acest lucru sugerează că stresul poate fi un factor semnificativ în viața adolescenților cu diabet tip 1 și tulburare de comportament alimentar, afectând atât starea lor de bine, cât și gestionarea bolii.

Aceste constatări sugerează că anxietatea, frica de autoafirmare și rezistența scăzută la stres sunt aspecte semnificative care afectează adolescenții cu diabet tip 1 și tulburare de comportament alimentar. În special, frica de autoafirmare indică o posibilă barieră în comunicarea nevoilor legate de gestionarea diabetului, care poate interfereze cu îngrijirea adecvată a sănătății lor (Condrea, 2024a, 2023, 2021).

Diferențele de manifestare a schemelor cognitive dezadaptative la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 cu tulburare de comportament și fără tulburare de comportament și adolescenții fără diabet zaharat tip 1 cu tulburare de comportament alimentar

Vom explora acum amănunțit diferențele în ceea ce privește nivelul anxietății dintre:

- adolescenții cu DZt1 cu și fără TCA;
- adolescenții cu DZt1 cu TCA și adolescenții fără DZt1 cu TCA.

Aceste date evidențiază provocările semnificative legate de anxietatea cu care se confruntă adolescenții diagnosticați cu DZt1 care, de asemenea, suferă de tulburări de comportament alimentar, date prezentate mai jos în *Figura 2.6* și *Tabelul 2.13*:

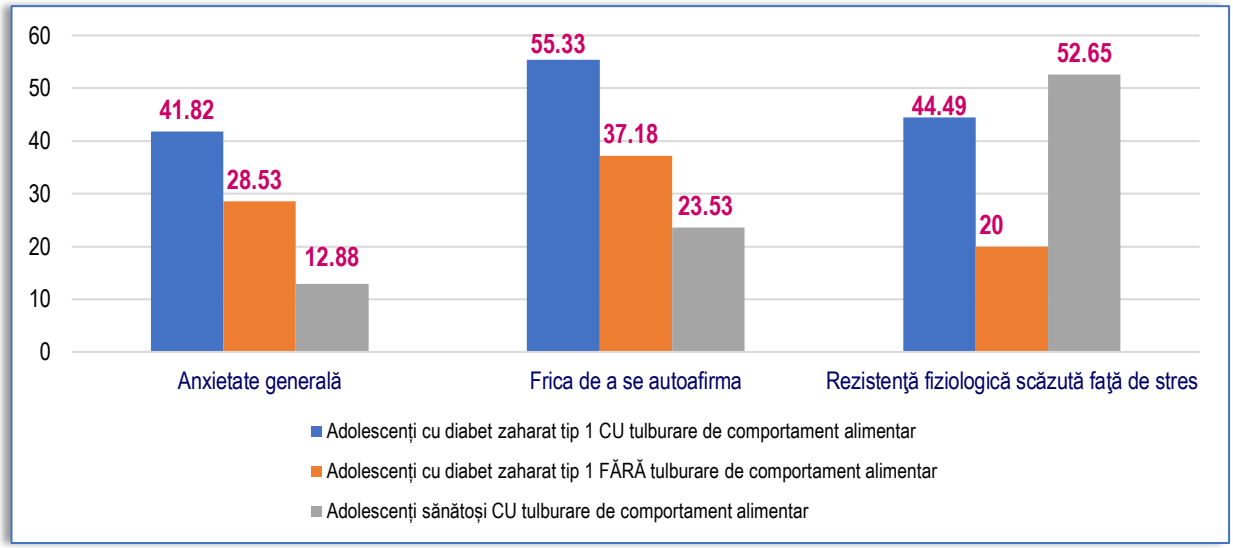


Fig. 2.6. Valorile medii ale variabilelor anxietății dezadaptative la adolescenții cu DZt1 cu și fără tulburare de comportament alimentar și la adolescenții fără DZt1 cu tulburare de comportament alimentar

Analizând valorile medii prezentate în *Figura 2.6*, se poate realiza o comparație dintre cele 3 grupuri vizând nivelul de anxietate:

Anxietate generală. Adolescenții cu DZt1 și tulburare de comportament alimentar au cele mai mari valori medii (41,82), comparativ cu adolescenții cu DZt1 fără TCA (28,53) și adolescenți fără DZt1 cu TCA (12,88). Acest lucru sugerează că combinația dintre DZt1 și TCA poate exacerba semnificativ simptomele de anxietate.

Frica de a se autoafirma. Similar, grupul cu DZt1 și TCA arată cea mai mare valoare medie (55,33) în comparație cu cei fără TCA (37,18) și grupul experimental al adolescenților fără DZt1 (23,53). Aceasta indică o dificultate crescută în exprimarea personală și în adoptarea unor poziții asertive în cazul adolescenților care gestionează simultan diabetul și TCA.

Rezistență fiziologică scăzută față de stres. Adolescenții cu DZt1 și TCA au un scor de 44,49 aproape la fel de înalt ca scorul de 52,65 al adolescenților fără DZt1 cu TCA, dar mai mare decât scorul de 20 al adolescenților cuDZt1 fără TCA. Scorurile mari ale cele 2 grupuri care suferă de TCA indică că aceste tulburări au un efect perturbator asupra capacității de reglare fiziologică în situațiile de stres, indiferent de prezența sau absența DZt1.

Din această analiză, rezultă că adolescenții cu DZt1 care suferă de TCA prezintă nivele mai ridicate de anxietate și frică de autoafirmare, precum și o rezistență scăzută la stres în comparație cu celelalte două grupuri. Acest lucru subliniază complexitatea gestionării DZt1 în contextul unei tulburări de comportament alimentar.

Tabelul 2.13. Diferențele de medie ale nivelului anxietății dintre adolescenții cu DZt1 cu și fără tulburări de comportament alimentar

Variabilele anxietății	Testul t			
	t	Gradele de libertate	Sig. (2-tailed)	Diferența mediilor
Anxietate generală	-3,924	130	,000	-13,287
Frica de a se autoafirma	-3,011	130	,003	-18,150
Rezistență fiziologică scăzută la stres	-4,488	67,816	,000	-24,490

Analizând rezultatele din *Tabelul 2.13* pentru testul t independent, observăm următoarele:

Anxietate generală. Adolescenții cu DZt1 și TCA au o diferență de medie semnificativă de -13,287 comparativ cu cei fără TCA. Aceasta arată că anxietatea este mai accentuată în rândul adolescenților cu ambele afecțiuni, ceea ce sugerează că TCA pot exacerba simptomele de anxietate în rândul celor cu DZt1.

Frică de a se autoafirma. Există, de asemenea, o diferență semnificativă de -18,150 în medie între cele două grupuri. Acest lucru poate indica faptul că adolescenții cu DZt1 și TCA pot avea dificultăți mai mari de autoafirmare, posibil din cauza presiunilor suplimentare și a complexității managementului ambelor condiții cronice.

Rezistență fiziologică scăzută față de stres. Adolescenții cu DZt1 și TCA au o medie de 44,49, iar cei fără TCA au o medie mai mică de 20,00, ceea ce indică o rezistență mai bună la stres în rândul celor fără TCA. Cu cât scorul este mai mare, cu atât rezistența la stres este considerată a fi mai slabă, astfel că un scor de 44,49 reflectă o capacitate scăzută de a gestiona stresul, în timp ce un scor de 20 indică o capacitate mai bună. Diferența de medii, fiind semnificativă, accentuează impactul negativ al TCA asupra rezistenței la stres în rândul adolescenților cu DZt1.

Aceste rezultate sugerează că TCA poate juca un rol semnificativ în creșterea nivelelor de anxietate și scăderea capacității de a face față stresului în rândul adolescenților cu DZt1.

Tabelul 2.14. Diferențele de medie ale nivelului anxietății dintre adolescenții cu DZt1 cu tulburare de comportament alimentar și adolescenții fără DZt1 cu tulburare de comportament alimentar

	Testul t			
	t	Gradele de libertate	Sig. (2-tailed)	Diferența mediilor
Anxietate generală	2,499	160	,013	6,660
Frica de a se autoafirma	2,508	148,545	,013	10,748
Rezistență fiziologică scăzută la stres	2,537	147,306	,012	11,677

Privind datele prezentate (Tabelul 2.14), putem face următoarele observații calitative referitoare la mediile și diferențele de medii la variabilele anxietății între adolescenții cu DZt1 cu TCA și adolescenții fără DZt1 cu TCA:

Anxietate generală:

Adolescenții cu DZt1 și TCA au o medie de 41,82, în timp ce adolescenții fără DZt1 cu TCA au o medie considerabil mai scăzută, de 12,88. Diferența de medii (6,66) este statistic semnificativă (p =.013), ceea ce indică faptul că DZt1 poate contribui la un nivel mai înalt de anxietate când este asociat cu TCA.

Frica de a se autoafirma:

Media pentru adolescenții cu DZt1 și TCA este de 55,33, față de 23,53 pentru adolescenții fără DZt1. Diferența de medii (10,748) este, de asemenea, semnificativă (p =.013). Acest lucru ar putea sugera că adolescenții cu condiții medicale cronice și probleme de comportament alimentar se simt mai inhibați în a se exprima și a-și afirma drepturile sau opinia.

Rezistență fiziologică scăzută la stres:

Diferența semnificativă în medii indicată de un t-test (p =.012) și o diferență medie de 11,677 sugerează că există o diferență statistic semnificativă între cele două grupuri studiate. Cu toate acestea, avem nevoie să interpretăm aceste medii în context. Scorurile medii arată că adolescenții fără DZt1 cu TCA au un scor mai mare (52,65) comparativ cu adolescenții cu DZt1 și TCA, care au un scor mediu de 44,49. Aceste date sugerează că, în ciuda absenței unei condiții medicale cronice precum DZt1, adolescenții fără DZt1 cu TCA se confruntă cu o rezistență mai scăzută la stres. Aceasta poate reflecta impactul substanțial al TCA asupra capacității de a gestiona stresul, independent de alte condiții medicale. Diferența de medie dintre cele două grupuri, care este statistic semnificativă, întărește ideea că TCA în sine este asociată cu dificultăți considerabile în gestionarea stresului.

În concluzie, adolescenții cu DZt1 și tulburare de comportament alimentar par să aibă nivele semnificativ mai ridicate de anxietate și frică de autoafirmare și o capacitate mai redusă de a face față stresului în comparație cu adolescenții fără DZt1 cu tulburare de comportament alimentar. Aceste rezultate subliniază impactul cumulativ al unei boli cronice și al tulburărilor de comportament alimentar asupra sănătății mentale și necesitatea de a aborda în mod specific aceste aspecte în cadrul intervențiilor de sănătate psihologică pentru adolescenți

În urma analizei datelor prezentate, putem observa următoarele.

Adolescenții cu DZt1 care prezintă tulburări de comportament alimentar se confruntă cu niveluri mai ridicate de anxietate generală în comparație cu cei fără tulburări de comportament

alimentar, ceea ce sugerează că tulburări de comportament alimentar amplifică manifestările de anxietate asociate cu gestionarea diabetului.

Nivelurile de frică de autoafirmare sunt semnificativ mai înalte în rândul adolescenților cu diabet zaharat tip1 și TCA, comparativ cu cei fără TCA, ceea ce poate indica o luptă internă mai intensă cu stima de sine și exprimarea nevoilor personale.

Rezistența scăzută la stres este o trăsătură comună în rândul adolescenților cu DZt1 și TCA, cu scoruri medii mai ridicate care indică o capacitate redusă de a face față stresului. Acest lucru poate avea implicații directe asupra managementului zilnic al diabetului și necesită atenție în planificarea intervențiilor terapeutice.

2.3. Stabilirea relației dintre constructele psihologice (anxietate și scheme cognitive dezadaptative) și indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar la adolescenții cu diabet zaharat tip 1

În continuare ne-am propus să determinăm și analizăm corelația dintre indicatorii comportamentali ai TCA și anxietate, scheme cognitive dezadaptative la adolescenții cu DZt1. Astfel, vom putea elucida care parametri sunt posibili predictori ai dezvoltării TCA la acești adolescenți.

Corelația dintre anxietate și indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar. În tabelul următor sunt prezentate corelațiile dintre variabilele comportamentale ale tulburărilor de comportament alimentar și variabilele legate de anxietate la adolescenți cu DZt1 (Tabelul 2.14). În continuare, vom analiza relațiile de corelare puternic semnificative, identificând variabilele anxietății care ar putea prezice dezvoltarea unor TCA.

Tabelul 2.15. Valorile corelației dintre anxietate și indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar

		Nemulțumire față de corp	Comportament bulimic	Dorința de fi slab	Scala compozită risc de tulburare de comportament alimentar
Anxietate generală	Pearson Correlation	**,344****	,197*	**,261****	**,297****
	Sig. (2-tailed)	**,000**	,024	**,002**	**,001**
Frica de a se autoafirma	Pearson Correlation	,198*	**,284****	**,236****	,201*
	Sig. (2-tailed)	,023	**,001**	**,006**	,021
Rezistență fiziologică crescută la stres	Pearson Correlation	**,252****	,158	,191*	,181*
	Sig. (2-tailed)	**,004**	,070	,028	,038

Nemulțumirea față de corp este în strânsă corelație direct proporțională cu variabila anxietate generală (r =.344, p <.001) și rezistența fiziologică scăzută la stres (r =.252, p =.004). Acest fenomen ne sugerează faptul că adolescenții cu o capacitate redusă de a gestiona stresul și cu anxietatea intensă amplifică preocupările legate de aspectul fizic și crește criticitatea față de propria imagine corporală.

Comportamentul bulimic este în strânsă legătura statistică direct proporțională cu variabila frica de a se autoafirma (r =.284, p <.001) ceea ce sugerează că lipsa de asertivitate, componentă definitorie a fricii de autoafirmare, conduc la utilizarea mâncatului compulsiv și purjării ca metode de gestionare a frustrărilor și emoțiilor neexprimate.

Dorința de a fi slab este direct proporțională semnificativă statistic cu variabila anxietate generală (r =.261, p =.002), și frica de a se autoafirma (r =.236, p =.006). Posibila cauză ar putea fi că anxietatea generală duce la o dorință accentuată de control, iar menținerea unei greutăți scăzute poate fi văzută ca o modalitate de a exercita acest control. Suplimentar, adolescenții care se tem să se autoafirme caută validare externă prin atingerea standardelor ideale de frumusețe, ceea ce crește dorința de a fi slab.

Scala compozită risc de tulburare de comportament alimentar prezintă o corelația pozitivă semnificativă statistic cu variabila anxietate generală (r =.297, p =.001) demonstrând că anxietatea generală afectează echilibrul emoțional, ceea ce duce la un risc crescut de instalare a TCA ca mecanism de coping.

Corelația dintre schemele cognitive dezadaptative și indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar. În continuare, vom descrie relația de corelare dintre schemele cognitive dezadaptative și indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar (Tabelul 2.15). Valorile corelației dintre aceste scheme și indicatorii comportamentali relevă legături semnificative între diverse aspecte cognitive și comportamente alimentare nesănătoase, evidențiind modul în care percepțiile și gândurile disfuncționale pot influența negativ sănătatea mintală și comportamentele legate de alimentație la adolescenții cu DZt1.

Tabelul 2.16. Valorile corelației dintre schemele cognitive dezadaptative și indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar

		Nemulțumire față de corp	**B**	**DS**	**SCRTCA**
Deprivare emoțională	Pearson Corr.	,190*	,172*	,216*	,142
	Sig. (2-tailed)	,029	,049	,013	,104
Abandon/instabilitate	Pearson Correlation	**,362****	**,402****	**,341****	**,385****
	Sig. (2-tailed)	**,000**	**,000**	**,000**	**,000**
Neîncredere/abuz	Pearson Correlation	**,338****	**,323****	**,423****	**,334****

	Sig. (2-tailed)	**,000**	**,000**	**,000**	**,000**
Izolare socială / înstrăinare	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**,252**** **,004**	**,391**** **,000**	**,342**** **,000**	**,287**** **,001**
Defect/rușine	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**,334**** **,000**	**,253**** **,003**	**,277**** **,001**	**,289**** **,001**
Eșec	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**,246**** **,004**	,193* ,027	,157 ,072	**,247**** **,004**
Dependență/incompetență	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,193* ,026	,150 ,085	,145 ,097	,178* ,041
Vulnerabilitate la rău și boală	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**,350**** **,000**	,345** ,000	**,484**** **,000**	**,401**** **,000**
Protecționism / ego infantil	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**,382**** **,000**	,402** ,000	**,458**** **,000**	**,497**** **,000**
Subjugare/revendicare	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**,330**** **,000**	,298** ,001	**,298**** **,001**	**,317**** **,000**
Auto-sacrificiu	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**,386**** **,000**	,123 ,161	**,251**** **,004**	**,231**** **,008**
Inhibiție emoțională	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**,256**** **,003**	,103 ,239	**,234**** **,007**	,163 ,061
Standarde nerealiste/hipercriticism	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**,258**** **,003**	,193* ,027	**,270**** **,002**	**,239**** **,006**
Grandomanie	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**,276**** **,001**	,175* ,045	**,272**** **,002**	,206* ,018
Autocontrol / autodisciplină insuficientă	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**,268**** **,002**	**,265**** **,002**	**,307**** **,000**	**,303**** **,000**
Căutarea aprobării / recunoaștere	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**,311**** **,000**	**,347**** **,000**	**,293**** **,001**	**,348**** **,000**
Negativism/pasivitate	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**,337**** **,000**	**,292**** **,001**	**,415**** **,000**	**,367**** **,000**
Penalizare	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**,304**** **,000**	**,231**** **,008**	**,273**** **,002**	**,348**** **,000**

Nemulțumirea față de corp are o corelație semnificativă statistic cu următoarele scheme cognitive la adolescenții cu DZt1: abandon/instabilitate (r =.362**, p <.001), ceea ce sugerează că insecuritatea emoțională și frica de a fi părăsiți contribuie la o imagine de sine negativă; neîncredere/abuz (r =.338**, p <.001), indicând că experiențele de abuz sau trădare duc la o percepție negativă asupra propriului corp; izolare socială/înstrăinare (r =.252**, p =.004), arătând că sentimentul de a fi diferit și izolat amplifică nemulțumirea față de corp; defect/rușine (r =.334**, p <.001), relevând că sentimentul de inferioritate și rușine contribuie la o imagine corporală negativă; eșec (r =.246**, p =.004), sugerând că percepția eșecului în alte domenii afectează modul în care adolescenții își percep corpul; vulnerabilitate la rău și boală (r =.350**, p <.001), arătând că anxietatea legată de sănătate influențează negativ percepția corporală; protecționism/ego infantil

(r =.382**, p <.001), indicând că dependența emoțională exagerată împiedică dezvoltarea identității individuale corporale sănătoase; subjugare (r =.330**, p <.001), sugerând că reprimarea propriilor nevoi pentru a se conforma așteptărilor celorlalți contribuie la nemulțumirea față de sine; auto-sacrificiu (r =.386**, p <.001), relevând că neglijarea propriilor nevoi pentru a satisface nevoile altora duce la o imagine corporală negativă; inhibiție emoțională (r =.256**, p =.003), arătând că lipsa de exprimare a emoțiilor și frustrarea acumulată se reflectă în percepția corporală; standarde nerealiste/hipercriticism (r =.258**, p =.003), sugerând că perfecționismul și autocritica excesivă contribuie la o percepție negativă asupra corpului; grandomanie (r =.276**, p =.001), indicând că lipsa de acceptare a propriei persoane și dorința de a controla percepția altora contribuie la nemulțumirea față de corp; autocontrol/autodisciplină insuficientă (r =.268**, p =.002), arătând că lipsa de autocontrol și toleranța scăzută la frustrare afectează imaginea corporală; căutarea aprobării/recunoașterii (r =.311**, p <.001), relevând că dependența de validarea externă influențează negativ percepția asupra corpului; negativism/pasivitate (r =.337**, p <.001), sugerând că focalizarea pe aspectele negative contribuie la o percepție corporală negativă; și penalizare (r =.304**, p <.001), arătând că tendința de a critica și pedepsi greșelile amplifică autocritica.

Comportamentul bulimic are o corelație semnificativă statistic cu următoarele scheme cognitive: abandon/instabilitate (r =.402**, p <.001), sugerând că frica de instabilitate și nesiguranța legată de suportul emoțional pot duce la comportamente alimentare nesănătoase; neîncredere/abuz (r =.323**, p <.001), indicând că experiențele de abuz sau trădare contribuie la dezvoltarea tulburărilor alimentare; izolare socială/înstrăinare (r =.391**, p <.001), arătând că sentimentul de a fi diferit și izolat este asociat cu bulimia; defect/rușine (r =.253**, p =.003), relevând că sentimentul de inferioritate și rușine joacă un rol important în apariția comportamentelor bulimice; vulnerabilitate la rău și boală (r =.345**, p <.001), arătând că anxietatea legată de sănătate afectează negativ comportamentele alimentare; protecționism/ego infantil (r =.402**, p <.001), indicând că dependența emoțională exagerată împiedică dezvoltarea unor obiceiuri alimentare sănătoase; subjugare (r =.298**, p =.001), sugerând că reprimarea propriilor nevoi pentru a se conforma așteptărilor celorlalți contribuie la comportamentele bulimice; autocontrol/autodisciplină insuficientă (r =.265**, p =.002), arătând că lipsa de autocontrol și toleranța scăzută la frustrare influențează negativ comportamentele alimentare; căutarea aprobării/recunoașterii (r =.347**, p <.001), relevând că dependența de validarea externă joacă un rol semnificativ în dezvoltarea bulimiei; negativism/pasivitate (r =.292**, p =.001), indicând că focalizarea pe aspectele negative este asociată cu comportamente bulimice;

și penalizare (r =.231**, p =.008), sugerând că tendința de a critica și sancționa sporește apariția bulimiei.

Dorința de a fi slab are o corelație semnificativă statistic cu următoarele scheme cognitive: abandon/instabilitate (r =.341**, p <.001), indicând că nesiguranța emoțională și teama de instabilitate contribuie la dorința de a fi slab; neîncredere/abuz (r =.423**, p <.001), sugerând că experiențele de abuz sau trădare duc la o dorință crescută de a pierde în greutate; izolare socială/înstrăinare (r =.342**, p <.001), arătând că sentimentul de a fi diferit și izolat amplifică dorința de a fi slab; defect/rușine (r =.277**, p <.001), relevând că sentimentul de inferioritate și rușine contribuie la această dorință; vulnerabilitate la rău și boală (r =.484**, p <.001), indicând că anxietatea constantă legată de sănătate influențează negativ percepția corporală și dorința de a fi slab; protecționism/ego infantil (r =.458**, p <.001), arătând că dependența emoțională exagerată împiedică dezvoltarea unei percepții sănătoase asupra corpului; subjugare (r =.298**, p <.001), sugerând că reprimarea propriilor nevoi pentru a se conforma așteptărilor altora contribuie la dorința de a fi slab; auto-sacrificiu (r =.251**, p =.004), relevând că neglijarea propriilor nevoi pentru a satisface nevoile altora duce la această dorință; inhibiție emoțională (r =.234**, p =.007), arătând că lipsa de exprimare a emoțiilor se reflectă în dorința de a pierde în greutate; standarde nerealiste/hipercriticism (r =.272**, p =.002), sugerând că perfecționismul contribuie la dorința de a fi slab; grandomanie (r =.272**, p =.002), indicând că dorința de a controla percepția altora contribuie la această dorință; autocontrol/autodisciplină insuficientă (r =.307**, p <.001), arătând că lipsa de autocontrol afectează dorința de a pierde în greutate; căutarea aprobării/recunoașterii (r =.293**, p <.001), relevând că dependența de validarea externă influențează negativ dorința de a fi slab; negativism/pasivitate (r =.415**, p <.001), indicând că punerea accentului pe aspecte negative contribuie la această dorință; și penalizare (r =.293**, p <.001), sugerând că predispoziția de a judeca și pedepsi intensifică dorința de a pierde în greutate.

Scala compozită risc de tulburare de comportament alimentar are o corelație semnificativă statistic cu următoarele scheme cognitive: abandon/instabilitate (r =.385**, p <.001), sugerând că insecuritatea emoțională și teama de instabilitate contribuie la creșterea riscului de tulburări alimentare; neîncredere/abuz (r =.334**, p <.001), indicând că experiențele de abuz sau trădare amplifică acest risc; izolare socială/înstrăinare (r =.287**, p <.001), arătând că sentimentul de izolare este asociat cu un risc crescut; defect/rușine (r =.289**, p <.001), relevând că sentimentul de inferioritate contribuie la riscul de tulburări alimentare; eșec (r =.247**, p =.004), sugerând că percepția eșecului crește riscul de tulburări alimentare; vulnerabilitate la rău și boală (r =.401**, p <.001), indicând că anxietatea legată de sănătate crește riscul; protecționism/ego infantil (r =.497**, p <.001), arătând că dependența emoțională exagerată împiedică dezvoltarea unei

alimentații sănătoase și crește riscul; subjugare (r =.317**, p <.001), sugerând că reprimarea propriilor nevoi contribuie la acest risc; auto-sacrificiu (r =.246**, p =.008), relevând că neglijarea propriilor nevoi pentru a satisface nevoile altora amplifică riscul de tulburări alimentare; standarde nerealiste/hipercriticism (r =.239**, p =.005), sugerând că perfecționismul contribuie la acest risc; autocontrol/autodisciplină insuficientă (r =.303**, p <.001), arătând că lipsa de autocontrol crește riscul; căutarea aprobării/recunoașterii (r =.348**, p <.001), relevând că dependența de validarea externă crește riscul de tulburări alimentare; negativism/pasivitate (r =.367**, p <.001), indicând că concentrarea pe aspectele negative contribuie la creșterea acestui risc; și penalizare (r =.345**, p <.001), sugerând că înclinația de a reproșa și penaliza accentuează riscul de tulburări alimentare.

Corelația dintre durata bolii, vârstă și indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar. În urma analizei corelației dintre variabila vârstă și indicatorii comportamentali ai TCA (*Tabelul 2.16*), susținem că vârsta nu joacă un rol semnificativ statistic în predispoziția spre TCA.

În schimb, puteam observa o corelație direct proporțională semnificativ statistic dintre durata bolii și comportamentul bulimic, dorința de a fi slab și SCRTCA. Acest lucru sugerează că, pe măsură ce durata bolii se extinde, riscul de dezvoltare a comportamentelor alimentare nesănătoase și a tulburărilor alimentare crește, evidențiind importanța monitorizării și intervenției psihologice continue pentru a preveni aceste probleme pe termen lung.

Tabelul 2.17. Valorile corelației dintre vârstă, durata bolii și indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar

		Nemulțumirea față de corp	Comportament bulimic	Dorința de a fi slab	Scala compozită risc de tulburarea de comportament alimentar
Vârsta	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,056 ,521	-,014 ,876	,145 ,096	,066 ,449
Durata bolii	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,101 ,247	**,299** **,000**	**,251** **,004**	**,245** **,005**

2.4. Profilul psihologic al adolescentului diabetic cu tulburare de comportament alimentar

Ca urmare a rezultatelor prezentate în compartimentele anterioare, am elaborat un profil psihologic integrat al persoanei adolescente cu DZt1 și TCA. Acest profil ne oferă o organizare și o înțelegere mai clară a atitudinii adolescenților cu DZt1 și TCA față de propriul corp, a modului de funcționare cognitiv și afectiv.

În *Figura 2.7*, prezentăm *profilul psihologic al adolescentului cu DZt1 cu TCA*.

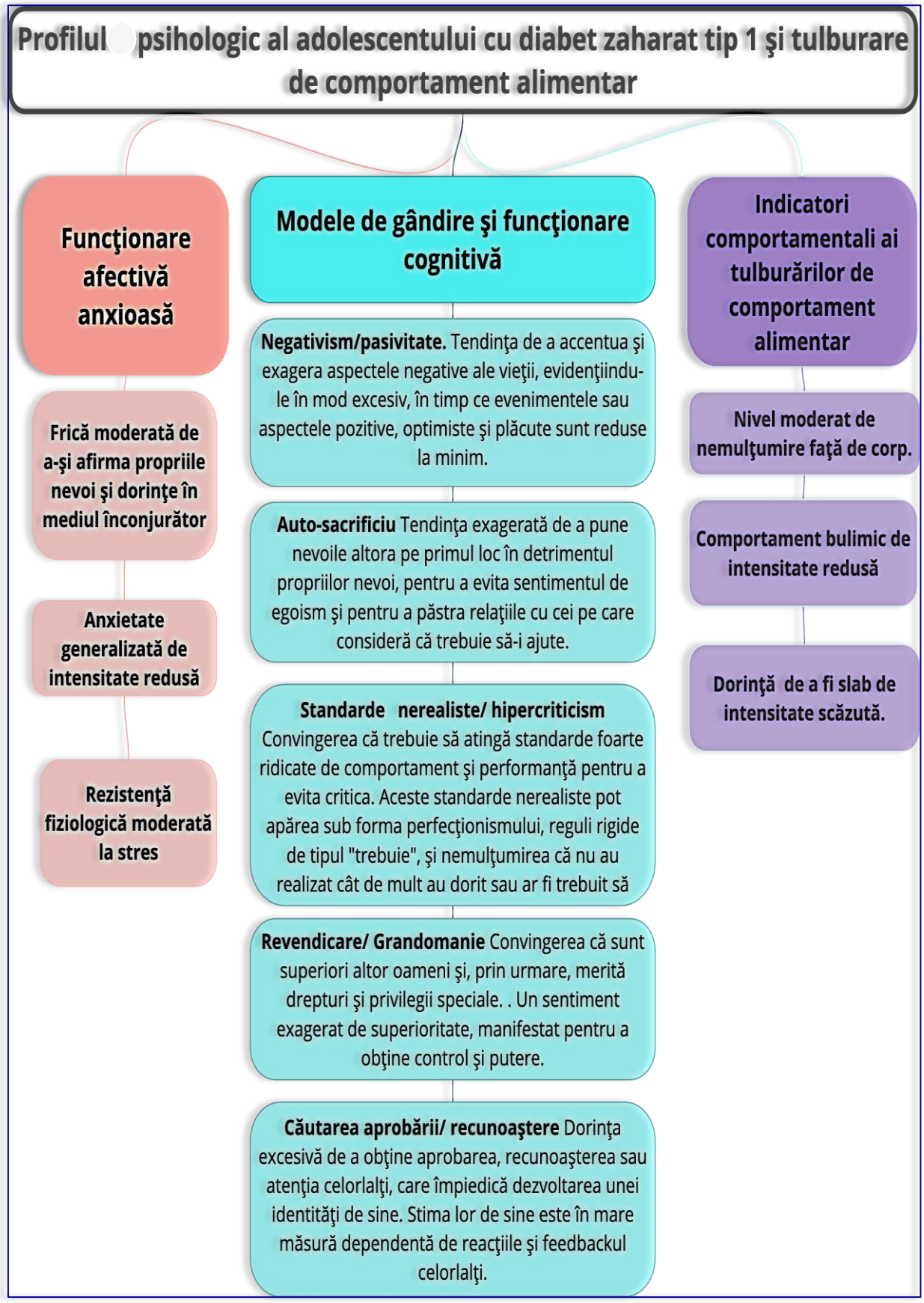


Fig. 2.7. Profilul psihologic al adolescentului cu DZt1 cu tulburare de comportament alimentar

2.5. Concluzii la capitolul 2

În capitolul 2 al lucrării au fost prezentate rezultatele referitoare la analiza complexă a tulburărilor de comportament alimentar, anxietății și schemelor cognitive dezadaptative ale adolescenților cu diabet zaharat tip 1 și tulburare de comportament alimentar.

În baza rezultatelor obținute în urma demersului diagnostic, putem formula următoarele concluzii:

1. Studiul a scos în evidență particularitățile manifestării tulburărilor de comportament alimentar (TCA) la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 în comparație cu adolescenții sănătoși. Analiza indicatorilor comportamentali, cum ar fi comportamentul bulimic, nemulțumirea față de corp și dorința de a fi slab, a arătat diferențe semnificative între cele două grupuri. Adolescenții cu DZt1 au prezentat un comportament bulimic ușor mai ridicat, o nemulțumire față de corp semnificativ mai mare și o dorință de a fi slab mai pronunțată comparativ cu adolescenții sănătoși. De asemenea, riscul global de a dezvolta TCA, evaluat prin scala compozită Risc de tulburare de comportament alimentar, a fost mai mare la adolescenții diabetici.
2. Se remarcă prezența semnificativă a schemelor cognitive dezadaptative la adolescenții cu diabet zaharat tip 1 și tulburări de comportament alimentar Schemele precum „Auto-sacrificiu", „Căutarea aprobării/recunoașterii", „Negativism/pasivitate", și „Vulnerabilitatea la rău și boală" sunt proeminente, reflectând tendințele de a neglija nevoile proprii, căutarea constantă a validării externe, pesimismul general și teama excesivă de probleme de sănătate. Aceste descoperiri subliniază complexitatea provocărilor psihologice cu care se confruntă adolescenții cu DZt1, care pot intensifica dificultățile legate de gestionarea diabetului și alimenta comportamente alimentare nesănătoase. Diferențele semnificative între adolescenții cu diabet zaharat tip 1 cu și fără tulburări de comportament alimentar, precum și între cei cu diabet zaharat tip 1 și cei fără diabet zaharat tip 1, evidențiază nevoia de abordări terapeutice personalizate care să integreze aspectele psihologice și medicale ale tratamentului.
3. Se relevă că adolescenții cu diabet zaharat tip 1 și tulburări de comportament alimentar se confruntă cu niveluri semnificativ mai ridicate de anxietate generală, frică de autoafirmare și o rezistență scăzută la stres în comparație cu adolescenții fără diabet zaharat tip 1 sau fără tulburări de comportament alimentar. Prevalența anxietății generale este semnificativă în rândul celor cu diabet zaharat tip 1 și tulburări de comportament

alimentar, indicând o provocare majoră în acest grup. De asemenea, dificultățile majore în exprimarea nevoilor personale sunt reflectate prin frica de autoafirmare, probabil intensificate de gestionarea diabetului și a tulburărilor alimentare. Capacitatea redusă de a gestiona stresul sugerează un impact negativ semnificativ asupra managementului diabetului și sănătății mentale generale.

4. S-a confirmat existența unor corelații semnificative între anxietate și indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar, precum și între schemele cognitive dezadaptative și acești indicatori. Astfel, anxietatea generală, frica de a se autoafirma și alte variabile legate de anxietate sunt puternic corelate cu nemulțumirea față de corp, comportamentul bulimic și dorința de a fi slab. De asemenea, schemele cognitive dezadaptative, cum ar fi abandon/instabilitate, neîncredere/abuz și altele, prezintă corelații semnificative cu aceiași indicatori comportamentali.
5. S-a observat necesitatea implementării unor intervenții integrate, atât biomedicale, cât și psihosociale, pentru adolescenții cu diabet zaharat tip 1. Nivelurile ridicate de anxietate, de scheme cognitive dezadaptative și tulburări de comportament alimentar indică faptul că suportul psihosocial este esențial pentru a îmbunătăți bunăstarea mentală și gestionarea eficientă a diabetului.

3. PROGRAM DE INTERVENȚIE PSIHOLOGICĂ PENTRU DIMINUAREA ANXIETĂȚII, A NIVELULUI MANIFESTĂRII SCHEMELOR COGNITIVE DEZADAPTATIVE ȘI A TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT ALIMENTAR LA ADOLESCENȚII CU DIABET ZAHARAT TIP 1

3.1. Relevanța intervenției psihologice în cazul adolescenților cu diabet zaharat tip 1

Intervențiile psihologice joacă un rol semnificativ în managementul cuprinzător al tuturor bolilor cronice. Cu toate acestea, în majoritatea cazurilor, căutarea sprijinului psihologic este adesea îngreunată de numeroși factori psihosociali (Dudău & Mitrofan, 2019). Acești factori includ stigmatizarea socială, conformitatea cu normele sociale, fricile legate de terapie, anxietatea față de explorarea propriilor emoții, evitarea dezvăluirii de sine, anticiparea rezultatelor negative în legătură cu beneficiile și riscurile colaborării cu un psiholog, precum și o încredere scăzută în sine (Corrigan, Druss & Perlick, 2014; Vogel, Wade & Haake, 2007). Aceste dificultăți nu sunt determinate doar de circumstanțe obiective, cum ar fi absența unei asigurări medicale care să acopere costurile.

În plus, în continuare, o proporție extrem de mică din persoanele care se confruntă cu probleme legate de sănătatea mentală reușesc să acceseze asistență specializată. Aceasta este valabil chiar și în contextul în care se poate observa o tendință de creștere a acestei proporții în decursul timpului, așa cum indică cercetările efectuate de Mackenzie și echipa sa în a. 2014 (Mackenzie, Gekoski & Knox, 2014). În ceea ce privește subiecții cu diabet, un număr redus dintre aceștia recurg la asistență psihologică, conform cercetărilor precum cele realizate de Shin și colaboratorii în 2017 (Shin, Kim & Myers, 2017). Această situație persistă în ciuda nivelului semnificativ de stres emoțional asociat cu afecțiunea. În Republica Moldova, nu există statistici exacte referitoare la accesul subiecților cu diabet la servicii psihiatrice și psihologice. Un studiu relevant din România, relevant și Republicii Moldova, efectuat între anii 2005 și 2007, pe un eșantion reprezentativ la nivel național, a evidențiat că o proporție semnificativă de subiecți fie nu caută ajutor de la specialiștii în sănătate mintală, chiar dacă se confruntă cu disconfort și disfuncționalitate cauzate de simptome, lăsând astfel tulburările lor netratate, fie amână momentul apelării la asistență specializată pentru o perioadă îndelungată, conform studiului realizat de Florescu și colaboratorii în 2009 (Florescu, Băban, Dumitrescu & Tăut, 2009). În plus, din observațiile empirice se poate deduce că în România, evaluarea și consilierea psihologică nu sunt obișnuite în planul de îngrijire pe termen lung al subiecților cu diabet.

În atare situație, legătura dintre medic și pacient devine de o importanță crucială în gestionarea diabetului. În cadrul acestui raport, ar fi benefic ca medicii să poată depăși limitele nevoilor biomedicale ale subiecților și să exprime empatie și înțelegere suplimentară față de nevoile lor psihologice, conform studiului realizat de Barnard, Lloyd și Holt în 2012 (Barnard, Lloyd & Holt, 2012). Cu toate acestea, atingerea acestui obiectiv este dificilă din diverse motive, cel mai notabil fiind acela că cerințele obiective necesare sunt dificil de îndeplinit (cum ar fi disponibilitatea timpului, spațiul adecvat și un raport optim medic-pacienți). De exemplu, conform datelor Institutului Național de Statistică din a. 2016, în România, în medie, un medic se ocupa de 345 de pacienți, conform informațiilor prezentate de MedicHub în 2017 (Medichub, 2017). Mai mult, pentru identificarea și gestionarea anumitor dificultăți psihologice, este necesară deținerea unor competențe specializate, pe care medicii fără pregătire în psihiatrie nu le posedă, conform cercetării efectuate de Lecrubier în 2007 (Lecrubier, 2007).

Numeroase studii au demonstrat eficacitatea intervențiilor psihologice în îmbunătățirea gestionării și stării generale de bine a persoanelor cu diabet zaharat de tip 1. Un exemplu notabil este studiul privind Controlul și Complicațiile Diabetului (DCCT), realizat în anii 1990. Acest studiu semnificativ a evidențiat rolul crucial al factorilor psihosociali în gestionarea diabetului. Rezultatele au arătat că o gestionare intensivă a diabetului, care include monitorizarea regulată a glicemiei și administrarea de insulină, a redus semnificativ riscul complicațiilor legate de diabet. De asemenea, studiul a subliniat nevoia de sprijin psihologic și intervenții comportamentale pentru a îmbunătăți auto-gestionarea diabetului (The DCCT Research Group, 1987).

Un alt exemplu este studiul PEACH (Abordări Psihoeducaționale la Copii și Adolescenți), care a examinat efectele unei intervenții cognitive-comportamentale la adolescenți cu diabet de tip 1. Intervenția avea ca scop îmbunătățirea controlului glicemic prin abordarea aspectelor legate de adaptare, aderență și comunicare. Rezultatele acestui studiu au demonstrat că adolescenții care au participat la intervenție au avut un control glicemic mai bun și o calitate a vieții îmbunătățită comparativ cu cei din grupul de control (Ness, Smith & Holley, 1998).

Studiul global DAWN2 (Atitudini, Dorințe și Nevoi în Diabet 2) a evaluat impactul psihosocial al diabetului asupra indivizilor, evidențiind nevoia de sprijin psihologic sporit. Studiul a subliniat importanța abordării bunăstării emoționale și sănătății mintale ca părți integrale ale îngrijirii diabetului (Nicolucci et al., 2013).

O altă intervenție eficientă este Terapia Comportamentală Sistemică pentru Familie (BFST), care se concentrează pe implicarea familiei în gestionarea diabetului la adolescenți. Cercetările au arătat că această implicare familială poate duce la un control glicemic mai bun și la o aderență crescută la planurile de tratament (Wysocki, Greco & Harris, 2008).

În plus, intervențiile bazate pe mindfulness, cum ar fi *Reducerea stresului prin conștientizare bazată pe mindfulness*, au fost demonstrate a fi eficiente în reducerea stresului legat de diabet, îmbunătățirea bunăstării emoționale și sporirea controlului glicemic. Un studiu realizat de Whitebird și colaboratorii săi a arătat că participanții la un astfel de program au avut reduceri semnificative ale stresului legat de diabet (Whitebird, Kreitzer & O'Connor, 2009).

Intervenții psihologice pentru abordarea schemelor cognitive dezadaptative în DZt1

Persoanele cu această afecțiune cronică dezvoltă adesea scheme cognitive dezadaptative – tipare de gândire negative încrustate în timp – care pot afecta bunăstarea emoțională și capacitatea de a gestiona eficient afecțiunea. Din fericire, intervențiile psihologice oferă o cale promițătoare pentru abordarea acestor scheme cognitive maladaptive, promovând strategii de adaptare mai sănătoase și, în cele din urmă, îmbunătățind calitatea vieții pentru cei cu diabet tip 1.

Câteva intervenții psihologice bazate pe dovezi pot aborda eficient schemele cognitive dezadaptative la adolescenții cu DZt1, după cum urmează.

Terapia cognitiv-comportamentală este o abordare de bază care implică identificarea tiparelor de gândire negative, contestarea valabilității lor și înlocuirea lor cu gânduri mai realiste și adaptative. În contextul diabetului, poate ajuta persoanele să conteste convingerile negative despre capacitatea lor de a gestiona afecțiunea, promovând în cele din urmă mai multă autoeficacitate și bunăstare emoțională.

Terapia schemelor extinde terapia cognitiv-comportamentală prin abordarea tiparelor negative de gândire adânc înrădăcinate. Prin abordarea nevoilor emoționale de bază și a strategiilor de adaptare maladaptive care le înconjoară, persoanele pot experimenta vindecare psihologică profundă, conducând la o gestionare îmbunătățită a diabetului.

Terapia cognitivă bazată pe mindfulness combină practicile de mindfulness cu tehnici cognitive, ajutând persoanele să devină mai conștiente de schemele de gândire negative fără judecată. Prin cultivarea unei răspunsuri echilibrate la aceste gânduri, persoanele pot gestiona mai bine suferința emoțională asociată diabetului.

Terapia acceptării și angajamentului: această formă de terapie pune accent pe acceptarea gândurilor și sentimentelor dificile, în timp ce se angajează în acțiuni bazate pe valori. Această abordare promovează flexibilitatea psihologică și ajută persoanele să alinieze comportamentele cu obiectivele lor de sănătate, provocând astfel schemele cognitive negative.

Terapia de grup și grupurile de suport: setările de grup oferă validare și un sentiment de apartenență. Partajarea experiențelor și a strategiilor de adaptare în cadrul acestor setări contestă schemele cognitive negative și promovează un sentiment de împuternicire împărtășit.

Intervenții psihologice pentru scăderea nivelului anxietății în DZt1

Gestionarea DZt1 poate aduce adesea nivele ridicate de anxietate din cauza necesității constante de a monitoriza nivelurile de zahăr din sânge, de a administra insulină și a potențialelor complicații asociate afecțiunii. Intervențiile psihologice pot fi extrem de eficiente în ajutarea persoanelor cu DZt1 să facă față și să reducă anxietatea. Iată câteva abordări de luat în considerare:

Terapia cognitiv-comportamentală este o abordare larg recunoscută pentru tratarea anxietății. Ajută persoanele să identifice tiparele de gândire negative care contribuie la anxietatea lor și le învață strategii pentru a contesta și restructura aceste gânduri (Bucun & Crețu, 2020). Poate fi adaptată pentru a aborda declanșatoarele specifice de anxietate legate de diabet, cum ar fi frica de hipoglicemie sau îngrijorările legate de consecințele pe termen lung asupra sănătății.

Tehnici de relaxare și relaxarea progresivă musculară, exercițiile de respirație profundă și meditația de tip mindfulness pot ajuta persoanele cu DZt11 să-și gestioneze anxietatea. Aceste tehnici promovează relaxarea și pot fi utilizate în momentele de stres sau atunci când se confruntă cu situații dificile legate de diabet.

Terapia prin expunere implică expunerea treptată a persoanelor la sursele lor de anxietate într-un mod controlat. Pentru cineva cu anxietate legată de diabet, aceasta ar putea implica practicarea verificărilor glicemiei sau administrării insulinei într-un mediu sigur. În timp, acest lucru poate ajuta la desensibilizarea răspunsului de anxietate.

Intervenții bazate pe mindfulness încurajează să fii prezent în momentul de acum fără judecată. Intervențiile bazate pe mindfulness pot ajuta persoanele cu DZt1 să reducă ruminarea și gândirea catastrofică legată de afecțiunea lor, ducând la o scădere a anxietății (Bucun & Crețu, 2020).

Suportul social și psihoeducația prin intermediul grupurilor de suport sau atelierele educaționale asigură conectarea cu alți adolescenți care au DZt1 poate oferi un sentiment de comunitate și reduce izolarea care uneori însoțește anxietatea.

Strategii de gestionare a stresului, administrarea timpului și rezolvarea problemelor poate ajuta persoanele cu diabet tip 1 să se simtă mai în control și mai puțin copleșite, conducând la reducerea anxietății. Este important ca persoanele cu diabet tip 1 să lucreze cu un profesionist în sănătatea mintală care are cunoștințe atât despre gestionarea anxietății, cât și despre diabet.

Intervențiile alese ar trebui să fie adaptate nevoilor și preferințelor individului. Integrarea intervențiilor psihologice în planul general de îngrijire a diabetului poate duce la o gestionare mai bună a anxietății, o îmbunătățire a controlului diabetului și o bunăstare generală sporită.

Intervenții psihologice pentru diminuarea riscului dezvoltării tulburărilor de comportament alimentar

Adolescenții cu DZt1 care se confruntă și cu probleme precum dorința de a fi slab, tendința spre comportament bulimic și nemulțumire față de corp necesită intervenții psihologice specializate care să ia în considerare nevoile lor medicale și psihologice unice. Menținerea echilibrului între gestionarea diabetului și aceste provocări poate fi complexă, așa că o abordare cuprinzătoare este esențială. Expunem câteva considerații pentru intervenția psihologică în acest context specific:

Terapie cognitiv-comportamentală specifică diabetului: Adaptează tehnicile tradiționale cognitiv-comportamentale pentru a aborda provocările specifice cu care se confruntă adolescenții cu DZt1. Aceasta ar putea implica abordarea impactului gestionării diabetului asupra imaginii corporale, crearea de strategii pentru gestionarea stresului legat de diabet și identificarea declanșatorilor pentru comportamentele alimentare dereglate în contextul diabetului.

Practici de mâncat conștient: Încorporează tehnici de conștientizare care se concentrează pe a mânca în mod conștient, a fi atent la semnalele de foame și sațietate și a face alegeri alimentare care susțin atât gestionarea diabetului, cât și starea de bine generală.

Grupuri de suport: Creează grupuri de suport adaptate în mod specific adolescenților cu DZt1 care se luptă și cu preocupări legate de imaginea corporală și alimentație. Sprijinul dintre semeni poate fi extrem de valoros în reducerea izolării și în normalizarea experiențelor.

Monitorizarea propriei stări: Ajută adolescenții să-și urmărească gândurile, emoțiile și comportamentele legate de imaginea corporală și obiceiurile alimentare. Acest lucru poate oferi informații despre declanșatori și modele care pot fi abordate în terapie.

Dezvoltarea abilități de rezolvare a problemelor: Învață adolescenții abilități eficiente de soluționare a problemelor pentru a gestiona situațiile în care gestionarea diabetului și preocupările legate de imaginea corporală se intersectează. Acest lucru poate implica abordarea evenimentelor sociale, a presiunii grupului de prieteni sau a declanșatorilor emoționali.

Întotdeauna se acordă prioritate siguranței și bunăstării adolescentului și se lucrează în colaborare cu o echipă medicală calificată pentru a asigura o abordare cuprinzătoare a îngrijirii. Planurile de tratament individualizate care abordează interacțiunea complexă dintre factorii fizici și psihologici vor produce cele mai pozitive rezultate pentru adolescenții cu diabet de tip 1 care se confruntă cu aceste provocări.

3.2. Descrierea *Programului de intervenție psihologică* la adolescenții cu diabet zaharat de tip 1

Ținând cont de rezultatele prezentate anterior, am elaborat un program de intervenție psihologică de 7 zile pe perioada aflării adolescenților în staționar care are drept scop diminuarea nivelului de anxietate, gradului de manifestare schemelor cognitive dezadaptative și scăderea riscului dezvoltării unei TCA la adolescenții cu DZt1, acesta fiind un complex de exerciții și tehnici, organizat sub formă de training de grup. Intervenția psihologică în DZt1 presupun intervenții complexe ce includ dimensiunile cognitivă, afectivă și comportamentală. Un obiectiv al cercetării noastre a constat în determinarea strategiilor de lucru cu adolescenții cu DZt1 și elaborarea unui program de intervenție psihologică pentru acest grup de pacienți.

Acest program de intervenție de grup este conceput pentru a oferi sprijin emoțional, strategii de coping și intervenție psihologică pentru adolescenții (cu vârste între 12 și 18 ani) cu diabet zaharat de tip 1 care se luptă cu anxietatea, schemele cognitive dezadaptative și insatisfacția corporală. Programul își propune să îi ajute pe acești adolescenți să traverseze provocările unice cu care se confruntă din cauza stării lor medicale, abordând în același timp bunăstarea lor emoțională.

Scopul programului de intervenție

Scopul acestui program de intervenție psihologică narativă și cognitiv-comportamentală de grup de 7 zile este de a oferi adolescenților cu DZt1 un mediu de susținere terapeutic în care să poată aborda anxietatea, schemele cognitive dezadaptative și insatisfacția corporală. Acest program își propune să ajute participanții să dezvolte strategii de coping, să-și îmbunătățească stima de sine și să-și dezvolte reziliența în timp ce își gestionează eficient diabetul.

Obiectivele programului de intervenție

Conținutul *Programului de intervenție psihologică* vizează următoarele dimensiuni și obiective:

- dezvoltarea încrederii în ajutorul psihologic și conexiunii cu facilitatorul;
- înțelegerea anxietății prin explorarea și reconstruirea semnificațiilor experiențelor personale;
- identificarea schemelor cognitive dezadaptative;
- rescrierea narațiunilor de anxietate;
- valorificarea narațiunilor legate de insatisfacție corporală;
- crearea de narațiuni orientate spre viitor și stabilirea obiectivelor.

Principiile creării și realizării programului de intervenție

1. Abordarea centrată pe client;
2. Respectarea confidențialității;
3. Respect pentru autonomie;
4. Încurajarea încrederii în sine și autoeficacității;
5. Sensibilitate culturală;
6. Abordare colaborativă;
7. Practică bazată pe dovezi;
8. Dezvoltare de abilități;
9. Orientare către obiective;
10. Atitudine fără judecată;
11. Finalizare și feedback.

Etapele în elaborarea și aplicarea programului de intervenție

Analizând literatura de specialitate în vederea determinării celei mai potrivite abordări psihologice, ne-am informat din experiența altor cercetări și instituții cu privire la reabilitatea persoanelor cu DZt1. Programul de intervenție a fost adaptat după abordarea psihoterapiei narative și cognitiv comportamentale, în urma numeroaselor cercetări demonstrându-se a fi foarte eficient cât în tratarea anxietății (Abbasi, Zahrakar, Pourghaz & Noohi, 2020; White, Epston, 1990; White, 2007), schemelor cognitive dezadaptative (Russell & Van Den Broek, 1992), nemulțumirii față de corp (Martin, Rejeski, Leary, McAuley & Bane, 1997) atât și în abordarea generală a DZt1 (Picchi, Mosconi, Piccinini & Testa, 2018).

De asemenea, am utilizat tehnici din terapia cognitiv comportamentală, dovedindu-se a fi extrem de utilă în abordarea schemelor cognitive dezadaptative și în restructurare cognitivă la adolescenții cu DZt1 (Rechenberg & Koerner, 2021). Astfel, în dependență de profilul psihologic al fiecărui pacient la programul de intervenție psihologică, de simptomele clinice sau subclinice, am personalizat planul și obiectivele intervenției în conformitate cu necesitățile primordiale ale fiecărui subiect în parte (spre exemplu, în dependență de schema cognitivă dezadaptativă accentuată, s-a lucrat cu acel sistem de credințe specific schemei). Scopul și obiectivele generale ale programului de intervenție au fost respectate.

Subiecții programului

Au fost selectați șase subiecți adolescenți, cu vârsta cuprinsă între 14 și 15 ani, diagnosticați cu diabet zaharat tip 1, pacienți ai IMSP Institutului Mamei și Copilului. Criteriul de selecție a fost prezența a minim un indicator comportament al TCA la nivel tipic sau ridicat. A fost ales numărul

de 6 din motivul aflării subiecților în staționar, selectarea simultană a participanților în prima zi a internării și starea fizică în care se aflau nu a permis lucrul cu un grup mai mare.

Organizare program de intervenție

Programul de intervenție psihologică a inclus 7 ședințe de grup a câte 60 minute fiecare, organizate zilnic, pe o perioadă de 7 zile, în anul 2023. Urmează prezentarea schematică a programului de intervenție (*Tabelul 3.1*).

Tabelul 3.1. Program de intervenție pentru adolescenți cu diabet zaharat tip 1

Ședința 1: Dezvoltarea încrederii și stabilirea cadrului **Scop**: Stabilirea încredere în cadrul grupului și prezentarea obiectivelor programului.	Mesaj de bun venit și introducere: Facilitator și participanți. Stabilirea în acord comun a regulilor cadrului și confidențialității. Activități de spargere a gheții pentru a construi raport. Împărtășirea de narațiuni inițiale despre viața cu T1D și orice frici sau preocupări legate de imaginea corpului.
Ședința 2: Înțelegerea narațiunilor privind anxietatea **Scop**: Explorarea și înțelegerea narațiunilor saturate cu anxietate în T1D.	Jurnal ghidat: Participanții scriu despre experiențele lor cu anxietatea și T1D. Discuție de grup: Împărtășire și reflectare asupra narațiunilor cu anxietate. Introducere în tehnicile narative: identificarea tiparelor și temelor în poveștile de anxietate.
Ședința 3: Provocarea schemelor cognitive dezadaptative **Scop**: Examinarea schemele cognitive dezadaptative prin narațiuni personale.	Discuții de grup despre schemele cognitive și impactul lor asupra anxietății și stării de bine. Participanții împărtășesc povești care exemplifică modele de gândire dezadaptative. Introducere în tehnicile de restructurare cognitivă.
Ședința 4: Rescrierea narațiunilor de anxietate **Scop**: Începerea procesul de reîncadrare a narațiunilor de anxietate.	Exerciții narative ghidate: Participanții rescriu o experiență anterioară cu T1D care induce anxietate dintr-o perspectivă mai responsabilă. Partajare în grup: Participanții își citesc narațiunile revizuite și discută schimbările de perspectivă. Învățarea de tehnici de respirație și relaxare pentru gestionarea anxietății.
Ședința 5: Explorarea narațiunilor despre imaginea corpului **Scop:** abordarea narațiunilor de nemulțumire față de corp în contextul T1D.	Discuții de grup despre percepțiile imaginii corporale și legătura lor cu T1D. Exerciții narative ghidate: Participanții creează narațiuni în contradicție cu convingerile negative despre imaginea corporală. Împărtășirea și reflectarea asupra narațiunilor revizuite ale imaginii corpului.

Ședința 6: Dezvoltarea narațiunilor pozitive cu imaginea de sine **Scop**: Încurajarea narațiunilor care promovează o imagine pozitivă de sine.	Discuție de grup despre stima de sine și conceptul de sine pozitiv. Exerciții narative ghidate: Participanții creează narațiuni care le subliniază punctele forte și calitățile unice. Împărtășirea și reflectarea asupra narațiunilor personale care promovează acceptarea de sine.
Ședința 7: **Integrare, celebrare și pașii următori** **Scop:** Reflectarea asupra călătoriei, sărbătorirea progresului și planificarea o creșterii continue.	Discuție de grup: reflectarea asupra călătoriei narative de 7 zile și asupra creșterii personale. Activitate de sărbătoare: Împărtășirea poveștilor de succes. Încurajarea participanții să continue să folosească tehnici narative pentru auto-îmbunătățirea continuă și ca instrument de gestionare a anxietății, a schemelor cognitive și a preocupărilor legate de imaginea corpului

Programul de intervenție psihologică a implicat diferite componente psihoterapeutice, cum ar fi consilierea psihologică, elemente din psihoterapia narativă, terapia cognitiv-comportamentală și psihoeducație, precum și tehnici de reabilitare emoțională. Fiecare ședință a fost structurată într-un mod consistent, urmând un plan general:

1. Etapa introductivă: În această fază, se pune accent pe salutarea participanților și crearea unei atmosfere de siguranță, propice colaborării.
2. Conținutul de bază – Această parte constă din activități și exerciții orientate către atingerea fiecărui obiectiv specific în discuție.
3. Reflectarea asupra activităților desfășurate: Participanții împărtășesc și reflectează asupra gândurilor și emoțiilor lor legate de subiectele discutate și activitățile desfășurate în cadrul ședinței.
4. Încheierea ședinței: Această etapă include momente de reflecție și furnizarea de sarcini sau exerciții de realizat acasă pentru consolidarea progreselor obținute în timpul ședinței.

Este esențial să subliniem că toate intervențiile psihologice efectuate în cadrul programului au fost realizate în conformitate cu cerințele și normele etice și morale. Evaluarea psihologică și ședințele de consiliere au fost desfășurate doar cu consimțământul explicit al subiecților implicați și al tutorilor legali ai acestora. Informațiile cu caracter personal obținute și analizate au fost protejate prin codificare și măsuri de securitate adecvate. După încheierea programului de intervenție, s-a trecut la etapa evaluării eficacității acestuia, care a inclus retestarea subiecților folosind aceleași probe ca în etapa inițială, analiza comparativă a rezultatelor pentru a evalua

schimbările în dimensiunile cognitive, afective și comportamentale, și formularea de concluzii și recomandări corespunzătoare.

Strategii și tehnici utilizare în programul de intervenție (*Anexa 3.1*)

Programul de intervenție psihologică constă dintr-un sistem de exerciții și tehnici organizate în ședințe complexe bine organizate, orientate spre îmbunătățirea funcționării schemelor cognitive, proceselor afective și imaginii corporale ale adolescenților cu DZt1. Intervenția psihologică în diabet s-a concentrat pe următoarele aspecte: dezvoltarea încrederii în specialiștii în sănătate mintală și utilitatea abordării psihologice ale bolii, explorarea sinelui și utilizarea resurselor personale, conștientizarea stărilor și proceselor disfuncționale și abordarea lor, modificarea perspectivei cu privire la afecțiune, reducerea autostigmatizării și a izolării sociale.

a. Dezvoltarea încrederii în facilitator și membrii grupului

Construirea încrederii este esențială în psihoterapie și terapia de grup, jucând un rol crucial în eficacitatea acestor procese. Încrederea servește ca fundament pentru mai multe aspecte critice: În primul rând, încrederea stabilește siguranța și confortul. Clienții și membrii grupului trebuie să se simtă în siguranță pentru a-și împărtăși gândurile cele mai intime și vulnerabilitățile, ceea ce este posibil doar atunci când au încredere în terapeutul sau colegii lor. În al doilea rând, încrederea îmbunătățește comunicarea. În terapie, comunicarea sinceră și deschisă este vitală pentru abordarea eficientă a problemelor. Terapia de grup se bazează pe încredere pentru a promova împărtășirea, sprijinul și învățarea mutuală. De asemenea, încrederea construiește un raport și o alianță terapeutică solidă. Această alianță promovează colaborarea și un sentiment de parteneriat, ajutând la progresul terapiei. În plus, încrederea promovează empatia și înțelegerea, componente esențiale ale terapiei eficiente. Aceasta susține, de asemenea, confidențialitatea, asigurând clienții că dezvăluirile lor rămân private. În terapia de grup, încrederea încurajează responsabilitatea, membrii grupului cerându-și reciproc să fie responsabili pentru angajamentele lor. În cele din urmă, încrederea duce la rezultate terapeutice mai bune. Atunci când clienții au încredere în proces și în persoanele implicate, sunt mai predispuși să se implice pe deplin și să lucreze în direcția obiectivelor lor, făcând din încredere un element fundamental în tratamentul sănătății mintale (Gültekin, Erkan & Tüzüntürk, 2011).

TEHNICI:

***„Acord de grup și confidențialitate*”.** Această tehnică stabilește reguli clare de comportament în cadrul grupului, subliniind importanța respectului reciproc și a confidențialității. Participanții sunt încurajați să se asculte activ și să respecte dreptul fiecăruia

de a împărtăși informații personale în ritmul propriu, creând astfel un mediu sigur în care pot explora subiecte sensibile fără teama de a fi judecați.

Activități de spargere a gheții. Activități ludice precum „Nume și fapt amuzant" sau „Două adevăruri și o minciună" sunt folosite la începutul sesiunilor pentru a reduce anxietatea și a facilita conectarea între membrii grupului. Aceste exerciții oferă participanților ocazia de a se cunoaște mai bine într-un mod informal și relaxat, edificând astfel baza pentru încredere și cooperare.

b. Conștientizarea și abordarea anxietății

Înțelegerea și tratarea anxietății la adolescenții cu DZt1 este de o importanță fundamentală din mai multe motive convingătoare. În primul rând, anxietatea netratată poate agrava semnificativ gestionarea DZt1. Nivelele ridicate de anxietate pot duce la fluctuații ale nivelurilor de zahăr din sânge, care pot avea consecințe grave pe termen scurt și lung asupra sănătății. În al doilea rând, anxietatea poate afecta în mod negativ calitatea vieții acestor adolescenți. Poate perturba rutinele zilnice, interacțiunile sociale și performanța școlară, ducând la o senzație redusă de bine. În plus, înțelegerea și abordarea anxietății la adolescenții cu DT1 pot preveni dezvoltarea unor tulburări de sănătate mintală mai grave în viitor (Rășcanu & Nuț, 2010). Anxietatea netratată în adolescență poate crește riscul de tulburări de anxietate și depresie în viața adultă. În final, oferirea de sprijin și tratament pentru anxietate la acești adolescenți nu numai că îmbunătățește sănătatea și starea lor de bine imediată, dar pune și bazele unor vieți mai sănătoase și mai împlinite pe termen lung. Îi ajută să navigheze prin provocările unice ale DZt1 cu reziliență și încredere, contribuind la un viitor mai promițător.

TEHNICI:

„Jurnalul ghidat". Participanții sunt încurajați să țină un jurnal în care să își exprime liber gândurile și emoțiile legate de anxietate și diabet. Acest exercițiu le oferă un spațiu personal de reflecție, ajutându-i să devină mai conștienți de tiparele lor de gândire și de emoțiile pe care le trăiesc. Ulterior, aceste însemnări pot fi discutate în grup, facilitând o mai bună înțelegere a surselor de anxietate și oferind perspective noi din partea colegilor.

„Identificarea narațiunilor de anxietate și externalizarea lor". Terapia narativă ajută participanții să vadă anxietatea ca pe un fenomen extern, o „entitate" separată de sine, pe care o pot descrie și analiza. Prin externalizarea anxietății, participanții reușesc să își obiectiveze fricile, să le analizeze critic și să își dezvolte noi perspective. Această tehnică îi ajută să reducă identificarea personală cu anxietatea și să își recapete sentimentul de control asupra acesteia (Hawke, Relihan, Rhodes & Grimshaw, 2023; White, 2007; White, Epston, 1990) (*Anexa 4*).

„Identificarea episoadelor unice”. Participanții sunt invitați să reflecteze asupra momentelor în care au gestionat cu succes anxietatea sau diabetul. Aceste episoade sunt analizate pentru a identifica punctele forte și strategiile care au funcționat, ceea ce le oferă adolescenților încredere în capacitatea lor de a face față provocărilor. Acest proces contribuie la construirea unei perspective mai optimiste și la recunoașterea resurselor lor interne.(White, 2007) (*Anexa 5*).

„Tehnica de respirație 4-7-8”. Această tehnică de respirație profundă este folosită pentru a induce o stare de calm și relaxare. Prin inhalare timp de 4 secunde, menținerea respirației pentru 7 secunde și expirare lentă timp de 8 secunde, participanții își pot reduce ritmul cardiac și tensiunea musculară. Este o tehnică simplă, dar eficientă, care poate fi utilizată ori de câte ori apare anxietatea.

„Relaxarea Musculară Progresivă”. Tehnica implică tensionarea și relaxarea succesivă a diferitelor grupe musculare, ajutând participanții să devină mai conștienți de tensiunea acumulată în corpul lor și să învețe să o elibereze. Această practică este deosebit de utilă pentru reducerea simptomelor fizice ale anxietății și pentru promovarea unei stări generale de calm și bunăstare.

c. Abordarea schemelor cognitive disfuncționale

Restructurarea cognitivă este o tehnică terapeutică folosită pentru a aborda și modifica schemele cognitive maladaptative la indivizi, inclusiv adolescenții cu diabet de tip 1 (T1D) care pot dezvolta modele de gândire negative legate de condiția lor. Aceste scheme pot contribui la anxietate, depresie și la o gestionare precară a diabetului. Iată câteva tehnici de restructurare cognitivă adaptate adolescenților cu DZt1 aplicate în programul de intervenție:

TEHNICI:

„***Jurnalul Gândurilor”.*** Participanții sunt încurajați să își noteze gândurile disfuncționale legate de diabet, emoțiile asociate acestora și situațiile care le declanșează. Acest exercițiu ajută la conștientizarea tiparelor de gândire negativă și a impactului acestora asupra emoțiilor și comportamentului. Ulterior, aceste gânduri pot fi analizate în sesiuni pentru a identifica modalități mai constructive de a gândi.

„Dialogul socratic”. Tehnica presupune punerea unor întrebări care să conteste gândurile disfuncționale ale participanților. Prin întrebări de tipul „Ce dovezi ai pentru acest gând?” sau „Cum ar vedea o altă persoană această situație?”, participanții sunt ghidați să își reevalueze gândurile automate și să își dezvolte un mod de gândire mai rațional și adaptativ (Clark & Egan, 2015) (*Anexa 6*).

Tehnica „Gânduri, emoții, acțiuni”. Această tehnică ajută participanții să înțeleagă relația dintre gândurile lor negative, emoțiile care apar ca urmare a acestor gânduri

și comportamentele care rezultă. Prin acest proces, ei învață cum să identifice și să modifice gândurile negative, astfel încât să îmbunătățească atât starea lor emoțională, cât și comportamentele lor în viața de zi cu zi (Durlak, Furnham & Lampman, 1991) (*Anexa 7*).

d. Abordarea imaginii de sine

Abordarea imaginii corporale în psihoterapie pentru adolescenții cu DZt1 este vitală. Gestionarea DZt1 implică adesea medicamentație și posibile schimbări ale corpului, ceea ce poate duce la o imagine de sine și o stima de sine scăzută. Prin abordarea acestor preocupări, terapia ajută adolescenții să dezvolte o imagine de sine mai sănătoasă, reducând stresul și anxietatea legate de condiția lor. De asemenea, se reduce riscul TCA, promovând o mai bună aderență la îngrijirea diabetului. În cele din urmă, aceste discuții din terapie promovează bunăstarea emoțională, reziliența și o relație pozitivă cu propriul corp, permițându-le să navigheze cu încredere și să-și îmbunătățească sănătatea mentală generală.

***„Psihoeducație despre imagine de sine și imagine corporală*”.** Participanților li se oferă informații despre modul în care imaginea corporală poate fi influențată de factori externi, precum normele sociale sau media, dar și de diabetul lor. Acest tip de educație le permite să își construiască o înțelegere mai sănătoasă și realistă a propriei imagini corporale, reducând astfel riscul dezvoltării unei stime de sine negative.

„Externalizarea problemei”. Participanții sunt ghidați să externalizeze gândurile și credințele negative legate de corpul lor, tratându-le ca pe niște entități separate de sine. Această tehnică le permite să privească obiectiv problema și să înțeleagă că nu trebuie să se identifice cu aceste gânduri, facilitând astfel procesul de schimbare și acceptare (White, 2007) (*Anexa 4*).

„Scrisori de compasiune pentru corp”. Adolescenții sunt invitați să își scrie scrisori de auto-compasiune în care își exprimă înțelegerea și sprijinul față de propriul corp. Aceste scrisori îi ajută să își dezvolte o atitudine mai blândă și mai iertătoare față de sine, diminuând astfel autocritica și încurajând acceptarea corporală. Scrisorile pot fi împărtășite în grup sau păstrate private pentru reflecție personală.

3.3. Evaluarea impactului *Programului de intervenție psihologică* de grup în cadrul diabetului zaharat tip 1

Pentru evaluarea eficacității programului de intervenție psihologică, cei șase adolescenți cu DZt1, care au participat la programul descris în secțiunea 3.2, au fost supuși retestării. Scopul a fost verificarea eficacității programului de suport psihologic prin aplicarea unor teste psihodiagnostice incluse în demersul diagnostic constatativ. Aceste teste includ Inventarul

tulburărilor de comportament alimentar EDI-3, Chestionarul schemelor cognitive Young – forma scurtă YSQ-S3R, și Chestionarul de identificare a nivelului anxietății școlare Phillips.

Datele obținute au fost supuse analizei statistice și comparate pentru a releva evoluția particularităților psihologice ale adolescenților cu DZt1 și pentru a demonstra existența unei diferențe privind eficacitatea programului de suport psihologic.

În evaluarea programului de intervenție, am examinat rezultatele obținute de persoanele din grupul experimental după etapa de intervenție, comparativ cu cele din etapa inițială. În prima etapă, pentru a evidenția diferențele înregistrate de subiecții implicați în experimentul formativ, am comparat rezultatele obținute imediat după implementarea programului de intervenție psihologică. Acest lucru s-a realizat prin prelucrarea datelor cu ajutorul metodelor statistice, inclusiv testul t și metoda test-retest.

Indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar

Tabelul 3.2. Valorile pre-test/post-test ale indicatorilor comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar

Scale	***Media scorurilor***		***Diferența scorurilor medii***	**Valoarea corelării**	**Semnificația (sig.)**	**Valoarea testului *t***	**Pragul de semnificație *p***
	Pre-test	Post-test					
Nemulțumire față de corp	65,67	54,67	21,0	,994	,000	17,340	,000
Bulimie	16,33	12,00	4,333	,864	,026	1,846	,124
Dorința de a fi slab	27,50	16,83	10,667	,988	,000	2,938	,032

„Nemulțumirea față de corp”

Rezultatele furnizate (*Tabelul 3.2, Figura 3.1, Figura 3.2*) indică o corelație pozitivă puternic semnificativă (0,994) între scorurile medii ale pre-testului și post-testului, cu o valoare p înaltă de 0,000 ($p<0,05$). Coeficientul de corelație puternic semnificativ (0,994) sugerează o relație liniară pozitivă între scorurile medii ale pre-testului și post-testului ale variabilei „nemulțumire față de corp”. Diferența dintre scorurile mediilor pre-test și post-test de 21,0 și testul t de 17,340 la prag de semnificație de,000 pentru eșantioane perechi consolidează în continuare dovezi pentru eficacitatea psihoterapiei. În rezumat, pe baza rezultatelor, intervenția psihoterapeutică pare să fie foarte eficientă în reducerea nivelurilor de „Nemulțumire față de corp” la adolescenții diabetici.

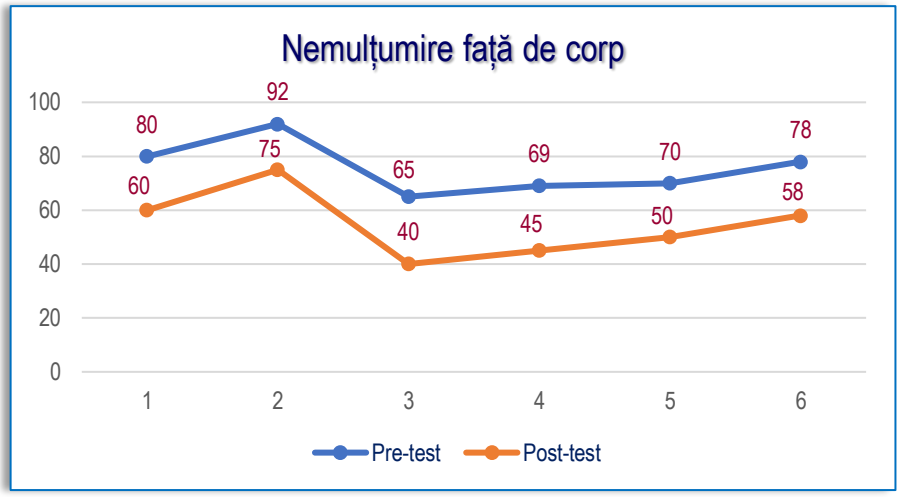


Fig. 3.1. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Nemulțumire față de corp”

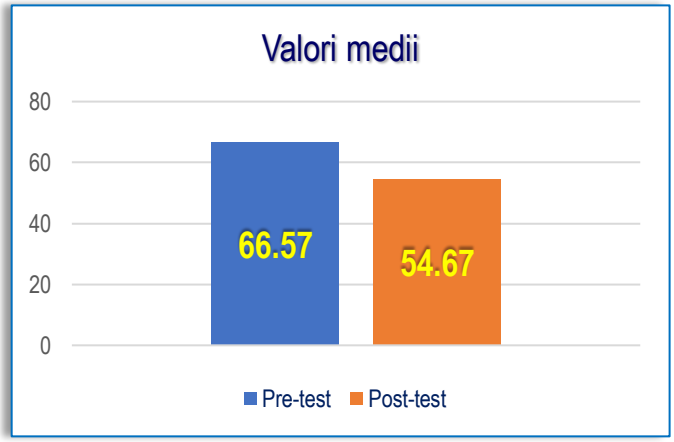


Fig. 3.2. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Nemulțumire față de corp”

„Bulimie”

Coeficientul moderat pozitiv de corelație (r = 0,864) indică o relație semnificativă între scorurile medii ale pre-testului și post-testului pentru riscul de bulimie în rândul adolescenților diabetici. Valoarea p statistic înaltă de 0,026 asociată cu corelația sugerează că această corelație observată nu este probabil să fie rezultatul hazardului aleatoriu.

Cu toate acestea, diferența medie de 4,333 și testul t pentru eșantioane perechi (1,846) nu demonstrează o schimbare majoră din punct de vedere statistic. Valoarea testului t este relativ mică, iar valoarea p asociată de 0,124 este mai mare decât nivelul convențional de semnificație de 0,05. Acest lucru sugerează că diferența medie observată poate fi rezultatul variabilității aleatorii în locul unui efect sistematic al psihoterapiei (*Tabelul 3.2, Figura 3.3, Figura 3.4*).

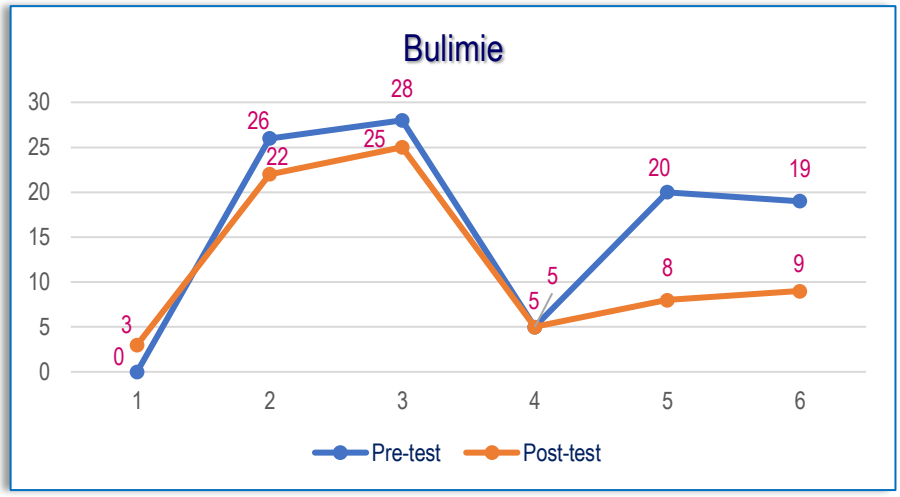


Fig. 3.3. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Bulimie”

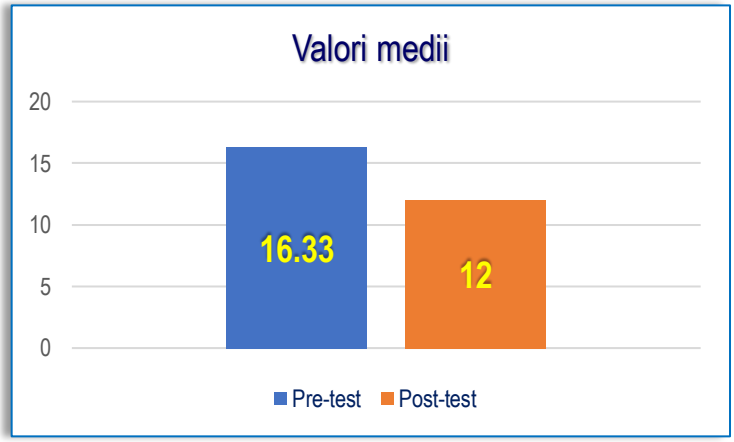


Fig. 3.4. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Bulimie”

În concluzie, în timp ce corelația indică o relație semnificativă între scorurile pre-test și post-test, lipsa semnificației statistice în testul t pentru eșantioane perechi generează incertitudine cu privire la eficacitatea psihoterapiei în reducerea notabilă a riscului de bulimie în rândul adolescenților diabetici. Investigarea suplimentară sau un eșantion mai mare ar putea fi necesare pentru a face concluzii mai definitive.

„Dorința de a fi slab”

Coeficientul de corelație puternic semnificativ (0,988) sugerează o relație liniară aproape perfect pozitivă între scorurile medii ale pre-testului și post-testului privind „Dorința de a fi slab”. Valoarea p extrem de marcantă de 0,000 asociată cu corelația sugerează că această corelație observată este foarte puțin probabil să fie rezultatul hazardului aleatoriu.

Diferența medie ale scorurile de 10,667 și testul t pentru eșantioane perechi cu o valoare de 2,938 și p de 0,032 indică o schimbare observabilă din punct de vedere statistic „Dorinței de a fi slab” după psihoterapie. În timp ce statisticile testului t nu sunt extrem de mari, nivelul semnificației sub 0,05 indică faptul că diferența medie observată nu este probabil să fie rezultatul variabilității aleatorii (*Tabelul 3.2, Figura 3.5, Figura 3.6*).

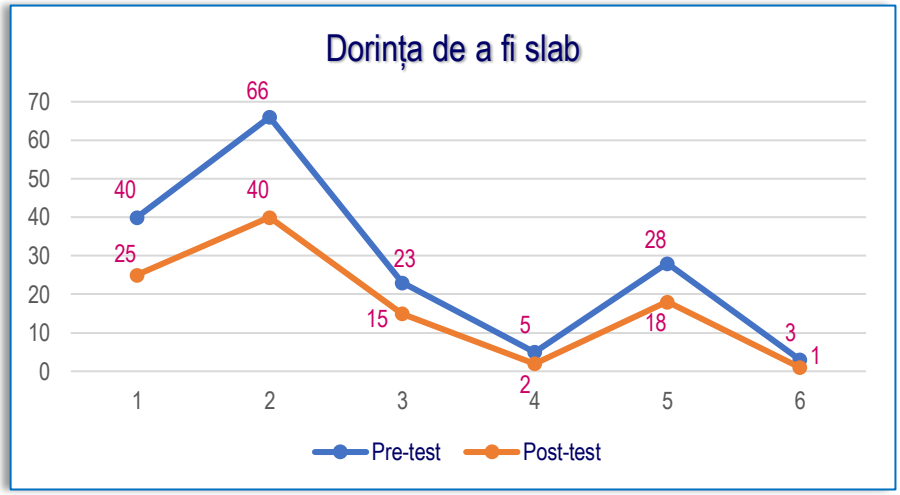


Fig. 3.5. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Dorința de a fi slab”

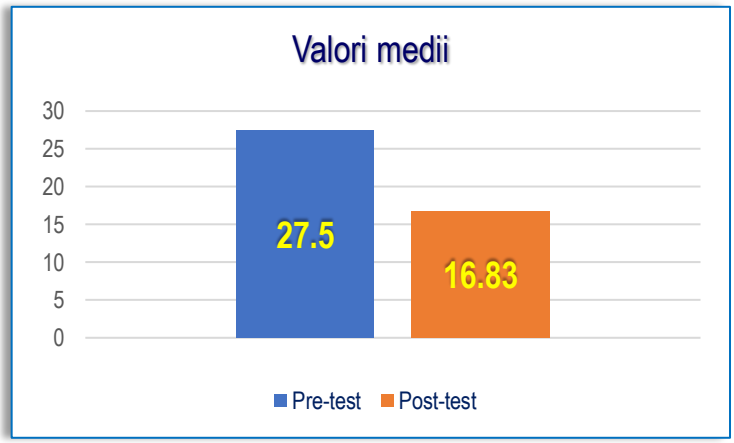


Fig. 3.6. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Dorința de a fi slab”

În concluzie, pe baza rezultatelor furnizate, intervenția psihoterapeutică pare să fie foarte eficientă în reducerea „Dorinței de a fi slab” în rândul adolescenților diabetici. Coeficientul extrem de mare de corelație și diferența sesizabilă a mediei oferă dovezi solide care susțin impactul pozitiv al intervenției psihoterapeutice.

Manifestarea schemelor cognitive dezadaptative

Tabelul 3.3. Prezentarea datelor statistice la etapa pre-test/post-test privind manifestarea schemelor cognitive

	Media scorurilor		***Diferența scorurilor medii***	**Valoarea corelării**	**Semnificația (sig.)**	**Valoarea testului *t***	**Pragul de semnificație *p***
	Pre-test	Post-test					
Deprivare emoțională	24,5	25,00	-,500	,909	,012	-,147	,889
Abandon/Instabilitate	33,00	26,00	7,000	,820	,046	2,073	,093
Neîncredere/abuz	61,17	36,17	25,000	,072	,892	4,686	,005
Izolare socială / înstrăinare	40,50	21,00	19,500	,991	,000	21,151	,000
Defect/rușine	42,33	34,50	7,833	,964	,002	3,871	,012
Eșec	41,00	33,67	7,333	,926	,008	3,427	,019
Dependență/incompetență	38,00	31,67	6,333	,961	,002	3,099	,027
Vulnerabilitate la rău și boală	39,50	32,83	6,667	,954	,003	3,093	,027
Protecționism / ego infantil	40,83	34,33	6,500	,978	,001	2,735	,041
Subjugare/revendicare	41,00	34,00	7,000	,965	,002	4,398	,007
Auto-sacrificiu	82,33	56,17	26,167	,819	,046	6,563	,001
Inhibiție emoțională	55,67	40,83	14,833	,980	,001	10,972	,000
Standarde nerealiste / hipercriticism	61,00	42,00	19,000	,968	,002	6,635	,001
Grandomanie	61,50	41,50	20,000	,908	,012	7,131	,001
Autocontrol / autodisciplină insuficientă	58,67	39,67	19,000	,817	,047	6,922	,001
Căutarea aprobării / recunoaștere	76,83	39,50	37,333	,965	,002	14,783	,000
Negativism/pasivitate	64,17	46,50	17,667	,876	,022	4,981	,004
Penalizare	58,17	40,33	17,833	,892	,017	6,347	,001

„Deprivare emoțională”

Eficiența psihoterapiei în scăderea nivelului schemei cognitive „Deprivare emoțională” la adolescenții diabetici poate fi înțeleasă prin prisma informațiilor furnizate în analiza datelor:

Corelația semnificativă pozitivă (0,909) indică o relație puternică și pozitivă între scorurile medii ale pre-testului și post-testului.

În ceea ce privește diferența medie de -0,5, este important de menționat că, în ciuda acestei medii negative, corelația pozitivă sugerează că aceasta poate fi rezultatul unor schimbări individuale semnificative la nivelul adolescenților. Totuși, testul t pentru eșantioane perechi nu indică o diferență notabilă statistic între pre-test și post-test (t = -0,147, p = 0,889) (*Tabelul 3.3, Figura 3.7, Figura 3.8*).

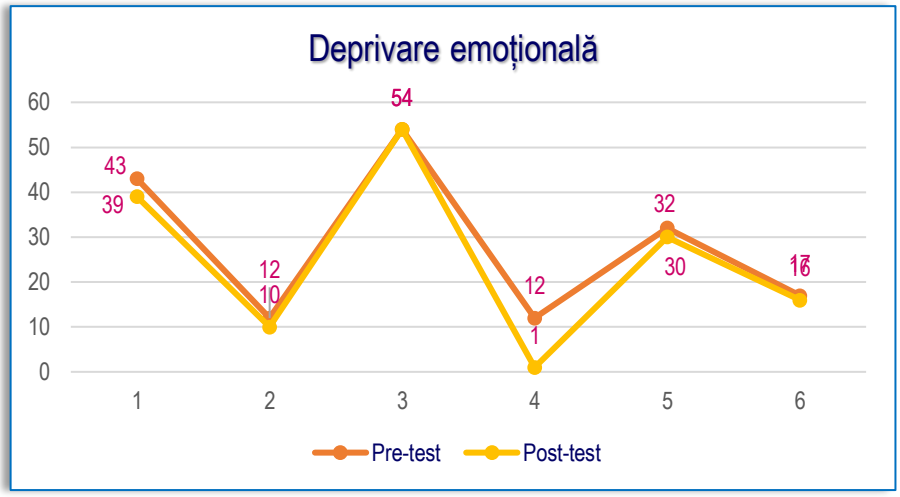


Fig. 3.7. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Deprivare emoțională”

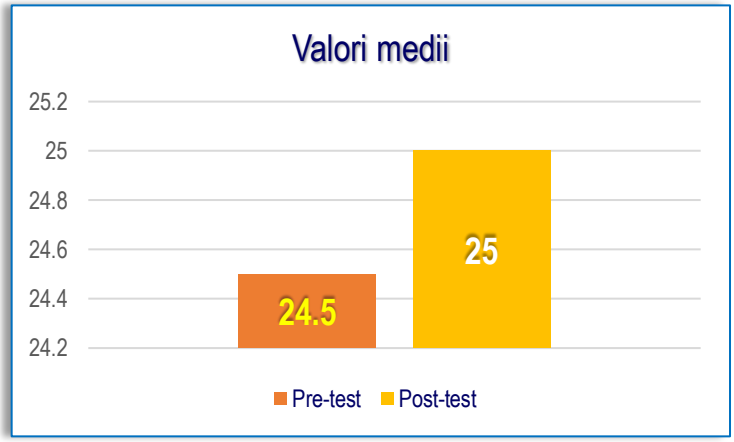


Fig. 3.8. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Deprivare emoțională”

În concluzie, deși corelația pozitivă înaltă sugerează o asociere puternică între pre-test și post-test în ceea ce privește schema cognitivă „Deprivare emoțională”, absența unei diferențe considerabile statistic în testul t poate indica că schimbările la nivel de grup pot fi limitate. Este posibil ca această schemă cognitivă să fie mai stabilă sau să necesite un interval mai lung de intervenție pentru a produce modificări semnificative.

„Abandon/instabilitate”

Eficacitatea psihoterapiei în reducerea nivelului schemei cognitive „Abandon/instabilitate” în rândul adolescenților diabetici poate fi interpretată în contextul următoarelor date furnizate:

Corelația semnificativ pozitivă (0,820) sugerează o relație importantă între scorurile medii ale pre-testului și post-testului.

În privința diferenței medii de 7,0, aceasta indică o schimbare esențială între pre-test și post-test. Totuși, testul t pentru eșantioane perechi nu atinge un nivel vizibil statistic (t = 2,073, p = 0,093), ceea ce poate indica o anumită variabilitate sau un efect mai mic la nivel de grup (*Tabelul 3.3, Figura 3.9, Figura 3.10*).

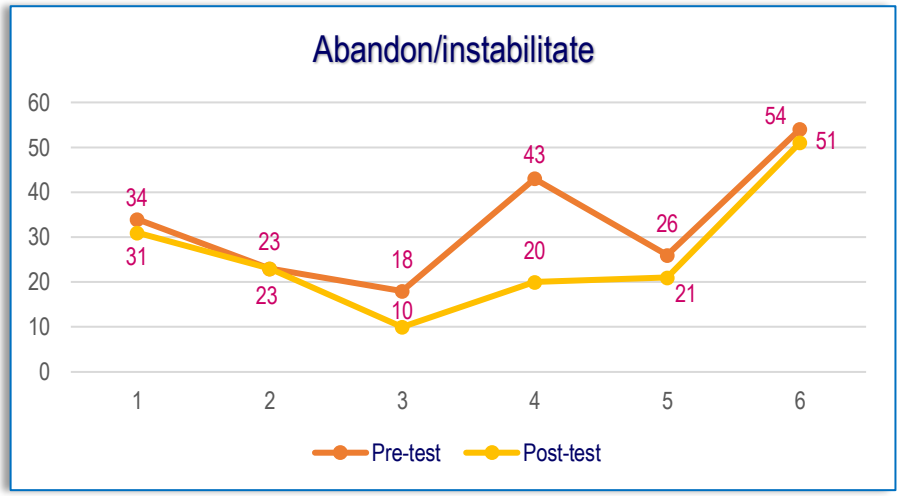


Fig. 3.9. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Abandon/instabilitate”

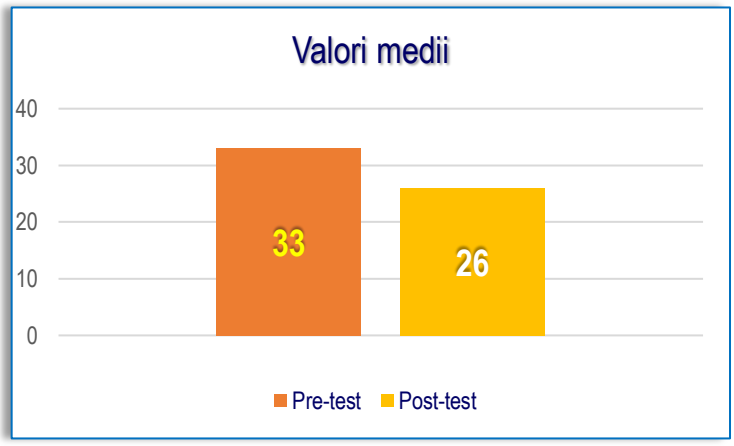


Fig. 3.10. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Abandon/instabilitate”

În concluzie, deși corelația semnificativ pozitivă sugerează o asociere puternică între pre-test și post-test privind schema cognitivă „Abandon/instabilitate”, nivelul marginal de semnificație în testul t poate indica că schimbările la nivel de grup pot necesita o monitorizare sau evaluare mai detaliată pentru a evidenția eficacitatea pe termen lung a psihoterapiei în această schemă cognitivă specifică.

„Neîncredere/abuz”

Rezultatele sugerează o diferență semnificativă între scorurile medii ale pre-testului și post-testului pentru schema cognitivă „Neîncredere/abuz”, atestată de diferența mediilor de 25,0, testul t pentru eșantioane perechi cu un t=4,686 și un nivel de semnificație înalt (sig. 2-tailed) de 0,005. Astfel, psihoterapia a avut un impact benefic asupra nivelului schemei cognitive în cauză.

Totuși, corelația foarte mică (0,072) și nesemnificativă sugerează că nu există o asociere puternică între scorurile medii ale pre-testului și post-testului pentru această schemă cognitivă. Acest rezultat poate indica faptul că schimbările individuale în cadrul grupului nu sunt bine reflectate de această corelație.

Nivelul înalt de semnificație (sig.) de 0,892 asociat cu corelația sugerează că această asociere observată este probabil să fie rezultatul hazardului aleatoriu și nu indică o relație substanțială între pre-test și post-test (*Tabelul 3.3, Figura 3.11, Figura 3.12*).

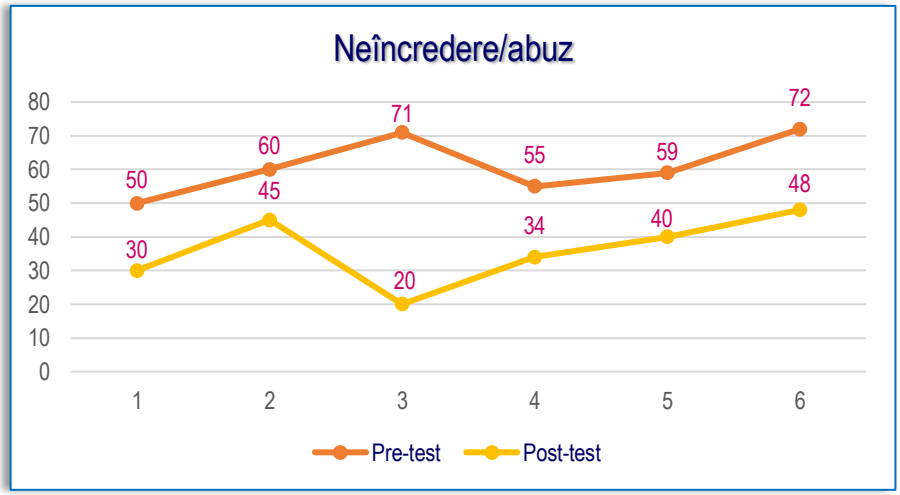


Fig. 3.11. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Neîncredere/abuz”

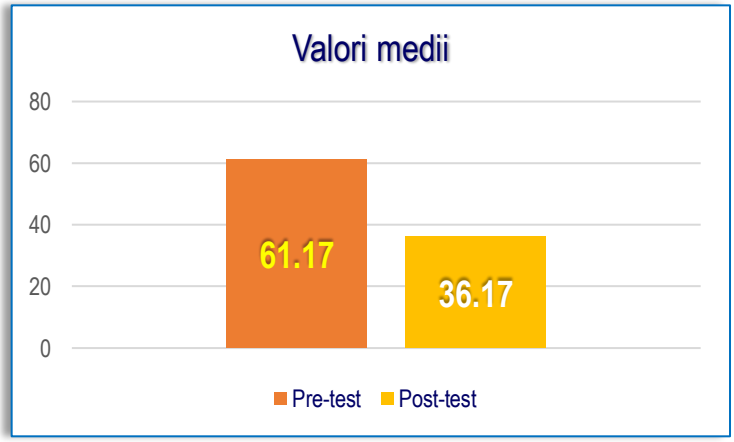


Fig. 3.12. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Neîncredere/abuz”

Deși diferența observabilă indică eficacitatea psihoterapiei în reducerea nivelului schemei cognitive „Neîncredere/abuz”, corelația nesemnificativă sugerează că această reducere poate să nu depindă de nivelurile individuale ale schemei cognitive la pre-test. Or, alți factori să fi influențat această schimbare.

„Izolare socială / înstrăinare”

Rezultatele indică o eficacitate marcantă a psihoterapiei în reducerea manifestării schemei cognitive „Izolare socială / înstrăinare” la adolescenții diabetici. Corelația net semnificativă (0,991) sugerează o relație liniară aproape perfect pozitivă între scorurile medii ale pre-testului și post-testului. Diferența mediilor de 19,15 și testul t pentru eșantioane-perechi cu un t extrem de mare de 21,151 și un nivel de semnificație de 0,000 confirmă impactul major al psihoterapiei asupra schemei cognitive. Evident e că intervenția a avut un efect concludent în reducerea nivelului de izolare socială și înstrăinare la adolescenții diabetici (*Tabelul 3.3, Figura 3.13, Figura 3.14*).

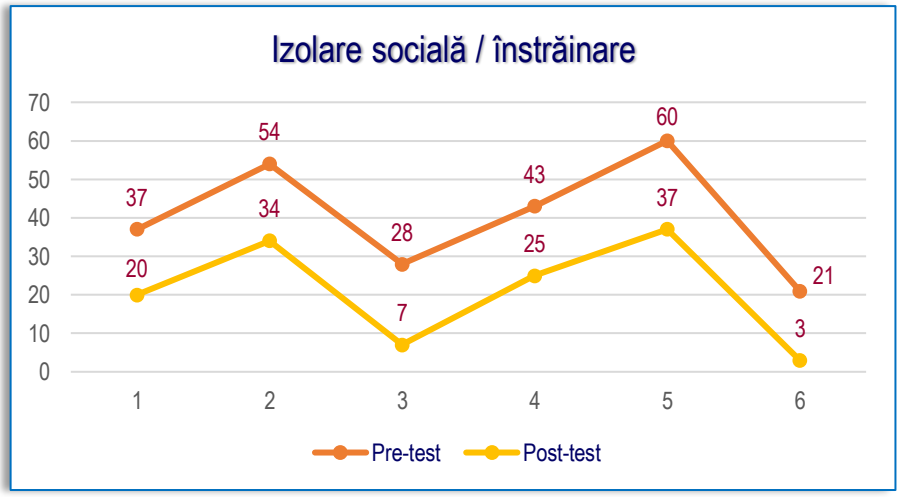


Fig. 3.13. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Izolare socială/înstrăinare”

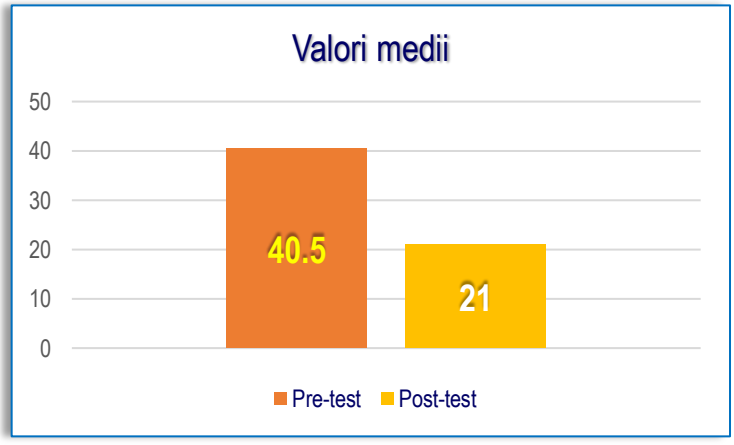


Fig. 3.14. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Izolare socială/înstrăinare”

„Defect/rușine”

Rezultatele sugerează o eficacitate marcantă a psihoterapiei în reducerea nivelului schemei cognitive „Defect/rușine” în rândul adolescenților diabetici.

Corelația puternic semnificativă (0,964) indică o relație liniară extrem de pozitivă între scorurile medii ale pre-testului și post-testului. Diferența esențială a mediilor de 7,833, testul t pentru eșantioane perechi cu un t de 3,871 și un nivel de semnificație înalt (sig, 2-tailed) de 0,012 confirmă impactul sesizabil al psihoterapiei asupra schemei cognitive în cauză. Acest rezultat sugerează că intervenția a avut un efect pozitiv în reducerea nivelului de defect și rușine la adolescenții diabetici (*Tabelul 3.3, Figura 3.15, Figura 3.16*).

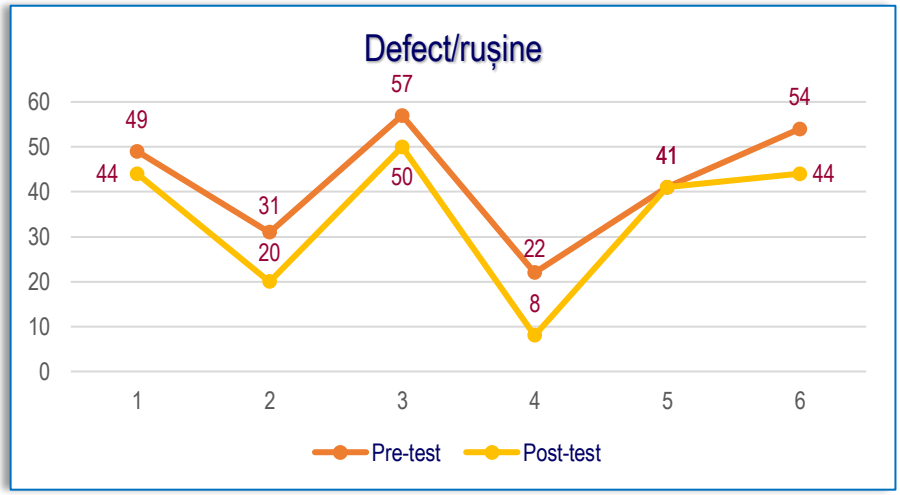


Fig. 3.15. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Defect/rușine”

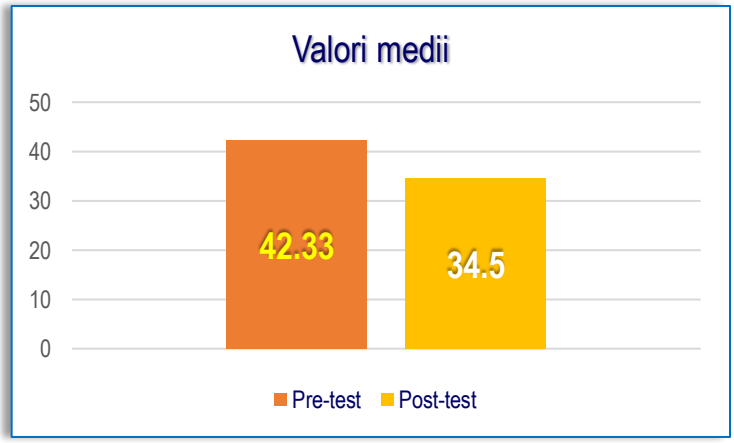


Fig. 3.16. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Defect/rușine”

„Eșec”

Rezultatele sugerează că psihoterapia a avut un impact deosebit în reducerea nivelului schemei cognitive „Eșec” la adolescenții diabetici. O corelație puternic semnificativă (0,926) indică o asociere pozitivă notabilă între scorurile medii ale pre-testului și post-testului, evidențiind eficacitatea intervenției în modificarea acestei scheme cognitive.

Diferența substanțială a mediilor (7,33), testul t pentru eșantioane perechi cu un t=3,427 și un prag înalt (sig. 2-tailed) de 0,019 susțin concluzia că schimbarea observată în schemele cognitive este concludentă din punct de vedere statistic. În consecință, psihoterapia a avut un efect benefic în reducerea sentimentelor de eșec la adolescenții diabetici (*Tabelul 3.3, Figura 3.17, Figura 3.18*).

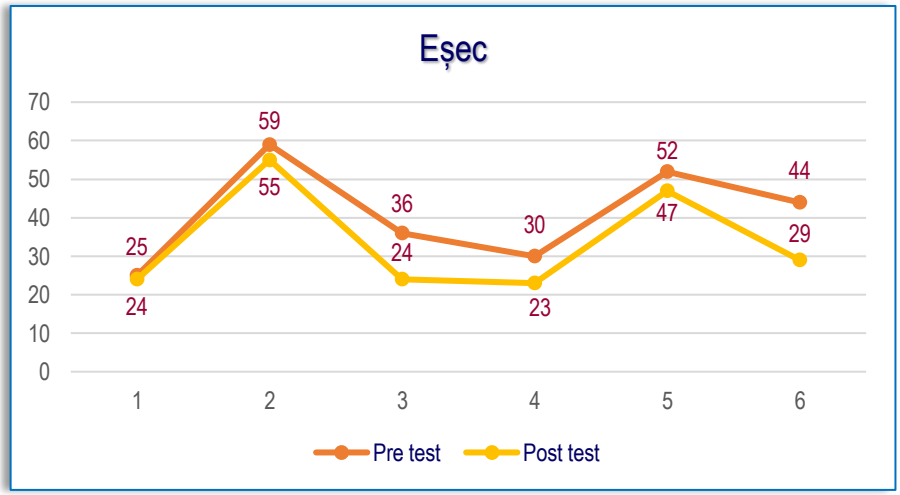


Fig. 3.17. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Eșec”

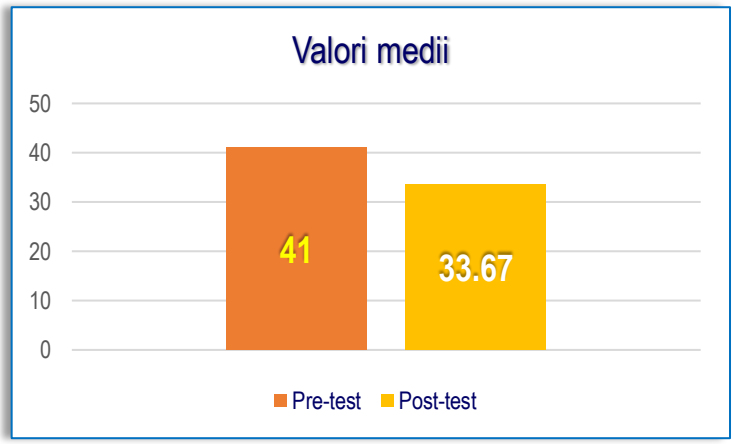


Fig. 3.18. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Eșec”

„Dependență/incompetență”

Rezultatele indică o eficacitate a psihoterapiei în reducerea nivelului schemei cognitive „Dependență/incompetență” la adolescenții diabetici. Corelația puternic semnificativă (0,961) între scorurile medii ale pre-testului și post-testului sugerează o relație pozitivă puternică între intervenție și schimbarea în schema cognitivă.

Diferența notabilă a mediilor (6,33) indică o modificare relevantă între pre-test și post-test în ceea ce privește percepția de dependență și incompetență la adolescenții diabetici. Testul t pentru eșantioane-perechi, cu un t de 3,099 și un nivel relevant (sig. 2-tailed) de 0,027, sprijină concluzia că această schimbare este marcantă (*Tabelul 3.3, Figura 3.19, Figura 3.20*).

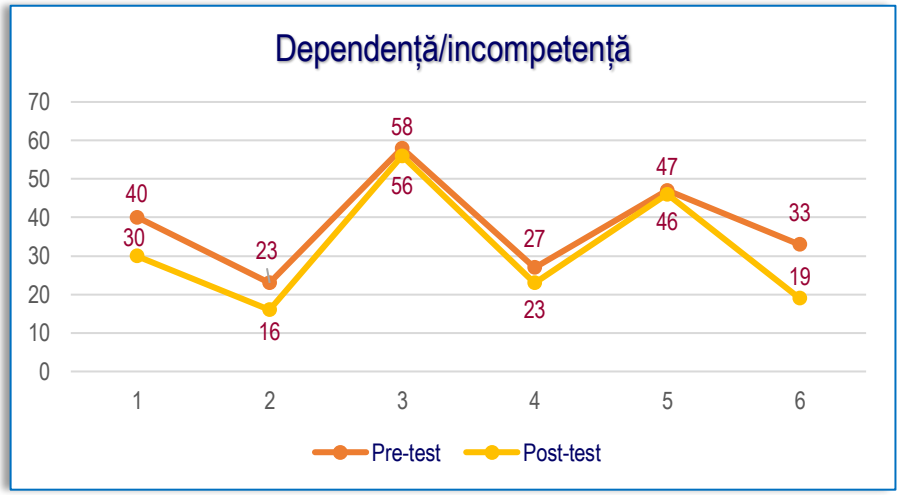


Fig. 3.19. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Dependență/incompetență”

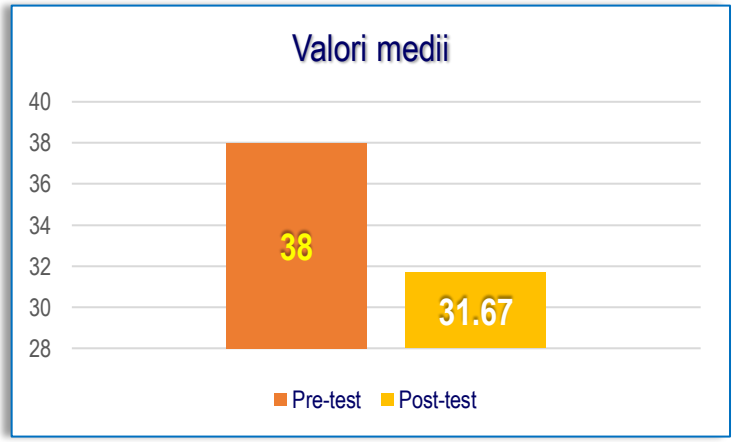


Fig. 3.20. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Dependență/incompetență”

Astfel, rezultatele indică că psihoterapia a avut un impact pozitiv și esențial în modificarea schemei cognitive „Dependență/incompetență” la adolescenții diabetici. Este posibil ca această

intervenție să fi contribuit la consolidarea stimei de sine și a încrederii în propria competență la acești adolescenți, conform datelor corelației și testului t.

„Vulnerabilitate la rău și boală”

Rezultatele indică o utilitate a psihoterapiei în reducerea nivelului schemei cognitive „Vulnerabilitate la rău și boală” la adolescenții diabetici. Corelația înalt semnificativă (0,954) sugerează o asociere puternic pozitivă între scorurile medii ale pre-testului și post-testului, indicând că intervenția a avut un impact notabil asupra acestei scheme cognitive.

Diferența medie de 6,667, testul t pentru eșantioane-perechi cu un t=3,093 și un nivel relevant (sig. 2-tailed) de 0,027 susțin concluzia că schimbarea observată în schemele cognitive este importantă din punct de vedere statistic. Prin urmare, psihoterapia a avut un efect benefic în reducerea sentimentelor de vulnerabilitate la rău și boală la adolescenții diabetici, conform rezultatelor corelației și testului t (*Tabelul 3.3, Figura 3.21, Figura 3.22*).

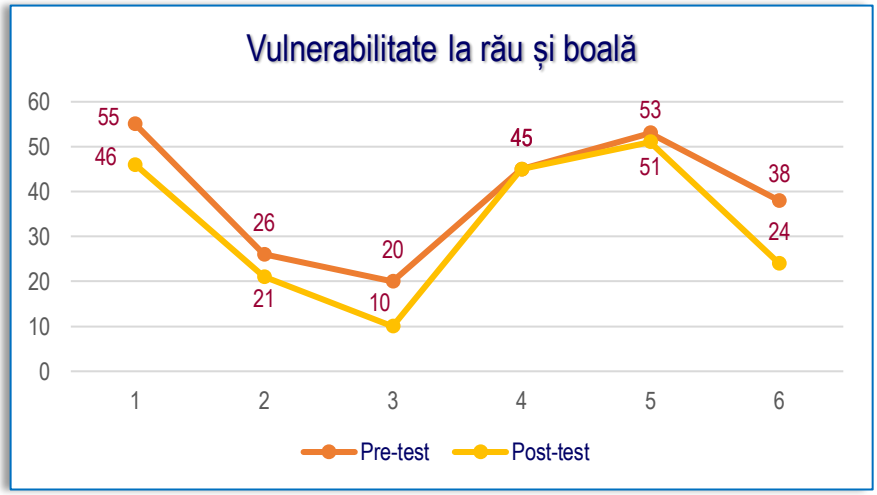


Fig. 3.21. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Vulnerabilitate la rău și boală”

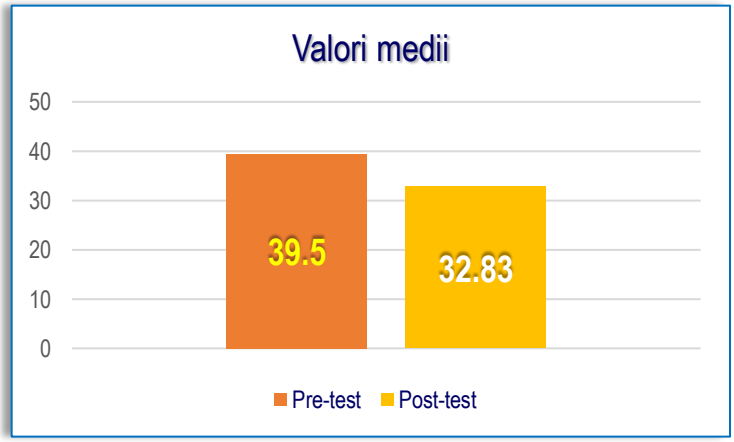


Fig. 3.22. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Vulnerabilitate la rău și boală”

„Protecționism / ego infantil”

Rezultatele atestă eficiența psihoterapiei în diminuarea schemei cognitive „Protecționism /ego infantil” la adolescenții diabetici. Corelația semnificativă (0,978) între scorurile medii ale pre-testului și post-testului indică o legătură pozitivă între intervenție și schimbarea în schema cognitivă. Diferența medie de 6,5 indică o schimbare notabilă între pre-test și post-test în ceea ce privește percepția de protecționism și ego infantil la adolescenții diabetici. Testul t pentru eșantioane perechi, cu un t=2,735 și un nivel notabil (sig. 2-tailed) de 0,041, sugerează că această schimbare este relevantă statistic.

Astfel, rezultatele indică că psihoterapia a avut un impact pozitiv și relevant în modificarea schemei cognitive „Protecționism / ego infantil” la adolescenții diabetici. Este posibil ca această intervenție să fi contribuit la o creștere a maturității emoționale și a capacității de a face față la acești adolescenți, conform datelor corelației și testului t (*Tabelul 3.3, Figura 3.23, Figura 3.24*).

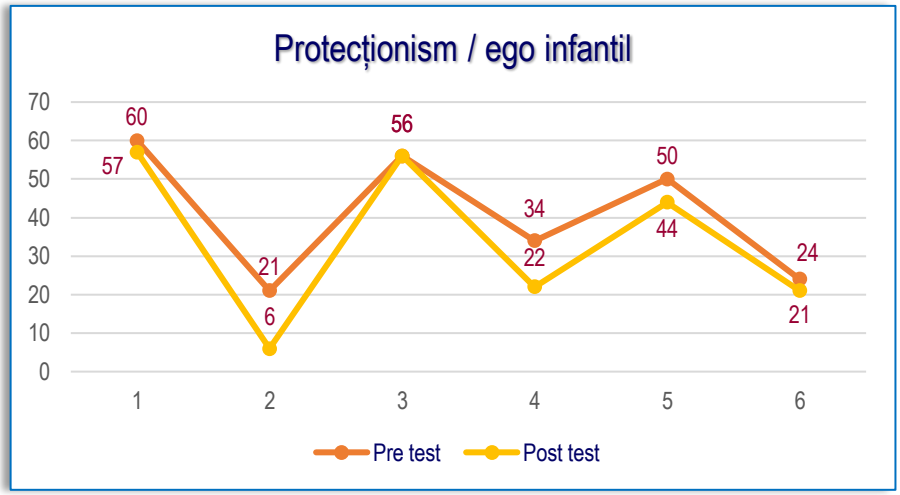


Fig. 3.23. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Protecționism / ego infantil”

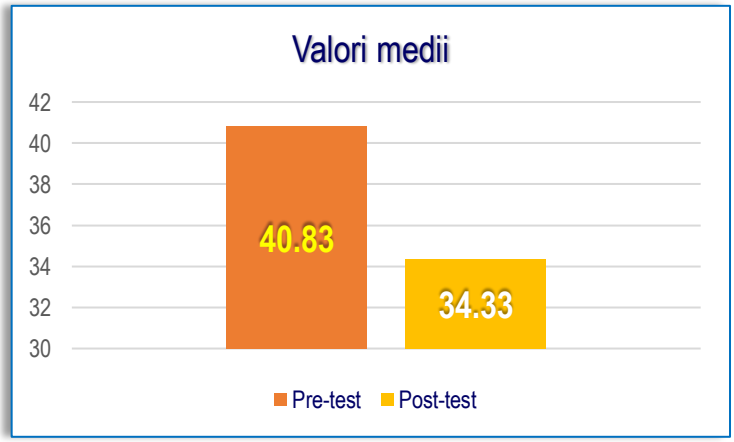


Fig. 3.24. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Protecționism / ego infantil”

„Subjugare/revendicare”

Datele relevă o eficacitate a psihoterapiei în scăderea nivelului schemei cognitive „Subjugare/revendicare” la adolescenții diabetici. Corelația înalt semnificativă (0,965) indică o conexiune puternică și pozitivă între scorurile medii ale pre-testului și post-testului, sugerând că intervenția a avut un impact notabil în modificarea acestei scheme cognitive.

Diferența medie relevantă de 7,00, testul t pentru eșantioane perechi cu un t de 4,398 și un prag (sig. 2-tailed) de 0,007 susțin concluzia că schimbarea observată în schemele cognitive este notabilă din punct de vedere statistic. Prin urmare, psihoterapia a avut un efect benefic în reducerea sentimentelor de subjugare și revendicare la adolescenții diabetici, conform rezultatelor corelației și testului t (*Tabelul 3.3, Figura 3.25, Figura 3.26*).

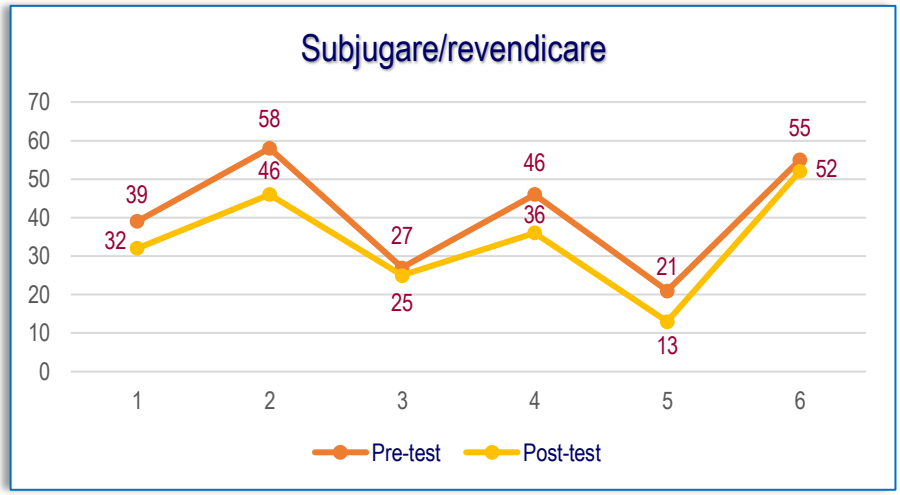


Fig. 3.25. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Subjugare/revendicare”

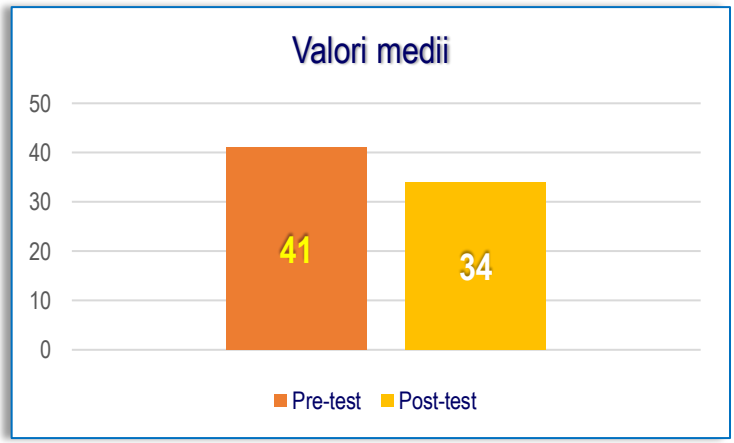


Fig. 3.26. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Subjugare/revendicare”

Per ansamblu, aceste date furnizează dovezi puternice că psihoterapia a fost eficientă în abordarea schemei cognitive „Subjugare/revendicare” în rândul participanților. Aceste rezultate susțin impactul pozitiv al intervenției și indică că adolescenții diabetici au beneficiat mult de pe urma psihoterapiei în gestionarea și reducerea preocupărilor lor legate de subjugare și revendicare.

„Auto-sacrificiu”

Rezultatele arată o eficacitate a psihoterapiei în reducerea schemei cognitive „Auto-sacrificiu” la adolescenții diabetici. Corelația (0,819) între scorurile medii ale pre-testului și post-testului indică o relație pozitivă notabilă între intervenție și schimbarea în schema cognitivă.

Diferența medie de 26,167 indică o schimbare relevantă între pre-test și post-test în ceea ce privește percepția de auto-sacrificiu la adolescenții diabetici. Testul t pentru eșantioane perechi, cu un t de 6,563 și un nivel semnificativ (sig. 2-tailed) de 0,001, sugerează că această schimbare este semnificativă statistic (*Tabelul 3.3, Figura 3.27, Figura 3.28*).

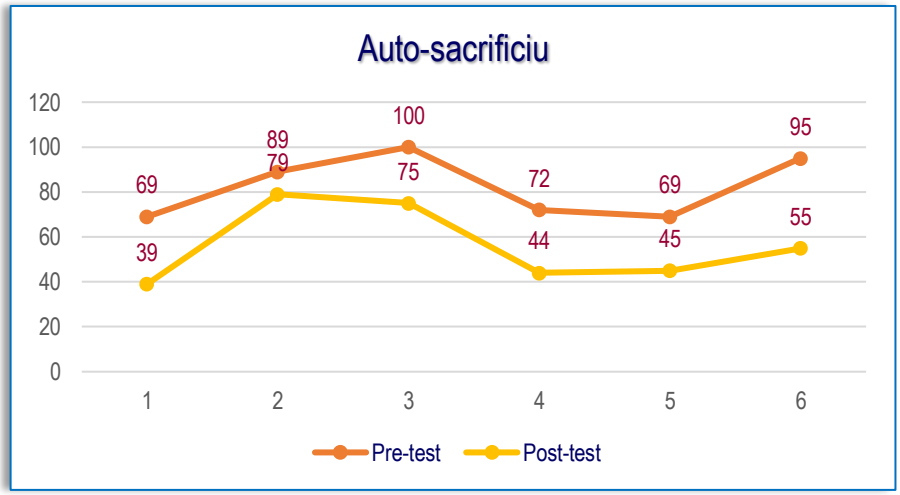


Fig. 3.27. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Auto-sacrificiu”

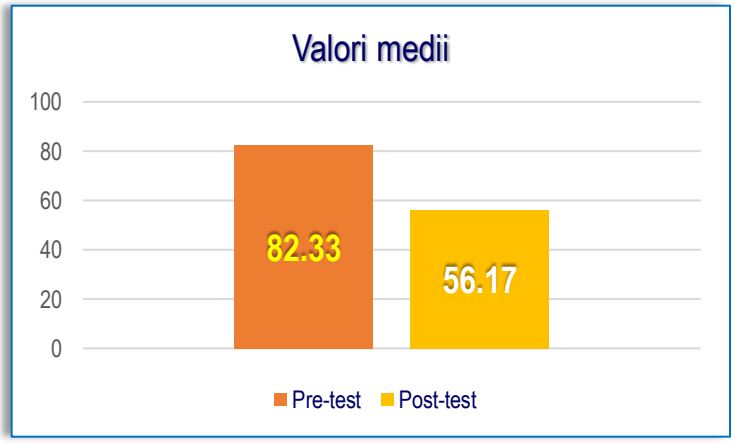


Fig. 3.28. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Auto-sacrificiu”

„Inhibiție emoțională”

Datele susțin beneficiile psihoterapiei în diminuarea schemei cognitive „Inhibiție emoțională” la adolescenții diabetici. Corelația relevantă și puternică (0,980) între scorurile medii ale pre-testului și post-testului indică o conexiune pozitivă semnificativă între intervenție și schimbarea în schema cognitivă.

Diferența medie notabilă de 14,833 indică o schimbare esențială între pre-test și post-test în ceea ce privește percepția de inhibiție emoțională la adolescenții diabetici. Testul t pentru eșantioane-perechi, cu un t de 10,972 și un nivel marcant (sig. 2-tailed) de 0,000, susține concluzia că această schimbare este remarcabilă statistic (*Tabelul 3.3, Figura 3.29, Figura 3.30*).

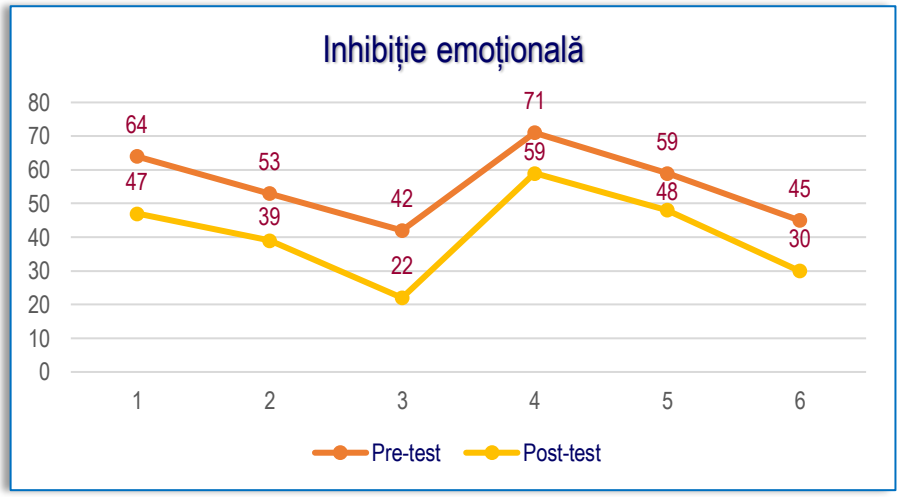


Fig. 3.29. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Inhibiție emoțională”

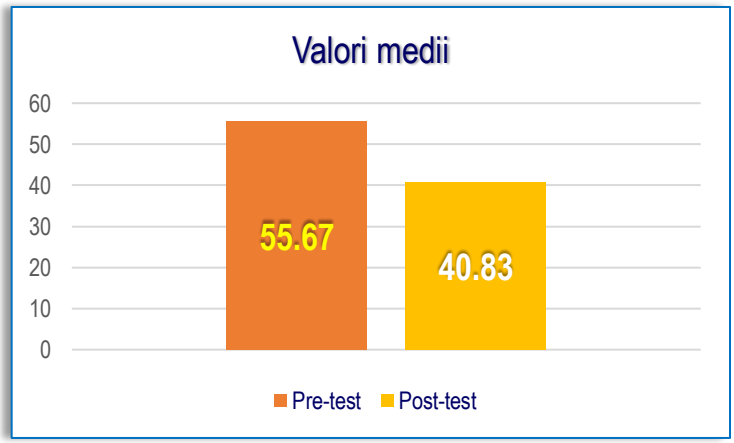


Fig. 3.30. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Inhibiție emoțională”

Astfel, rezultatele indică că psihoterapia a avut un impact pozitiv și vizibil în modificarea schemei cognitive „Inhibiție emoțională” la adolescenții diabetici. Este posibil ca această

intervenție să fi contribuit la dezvoltarea abilităților emoționale și gestionarea mai eficientă a emoțiilor la acești adolescenți, conform datelor ale corelației și testului t.

„Standarde nerealiste / hipercriticism”

Rezultatele relevă eficacitatea psihoterapiei în diminuarea nivelului schemei cognitive „Standarde nerealiste/hipercriticism” la adolescenții diabetici. O corelație notabilă și extrem de înaltă (0,968) indică o conexiune puternică și pozitivă între scorurile medii ale pre-testului și post-testului, or, intervenția a avut un impact marcant în transformarea acestei scheme cognitive.

Diferența medie relevantă de 19,00 și testul t pentru eșantioane perechi cu un t de 6,635 și un nivel esențial (sig. 2-tailed) de 0,001 susțin concluzia că schimbarea observată în schemele cognitive este semnificativă din punct de vedere statistic. Prin urmare, psihoterapia a avut un efect benefic în reducerea sentimentelor legate de standarde nerealiste și hipercriticism la adolescenții diabetici, conform rezultatelor corelației și testului t (*Tabelul 3.3, Figura 3.31, Figura 3.32*).

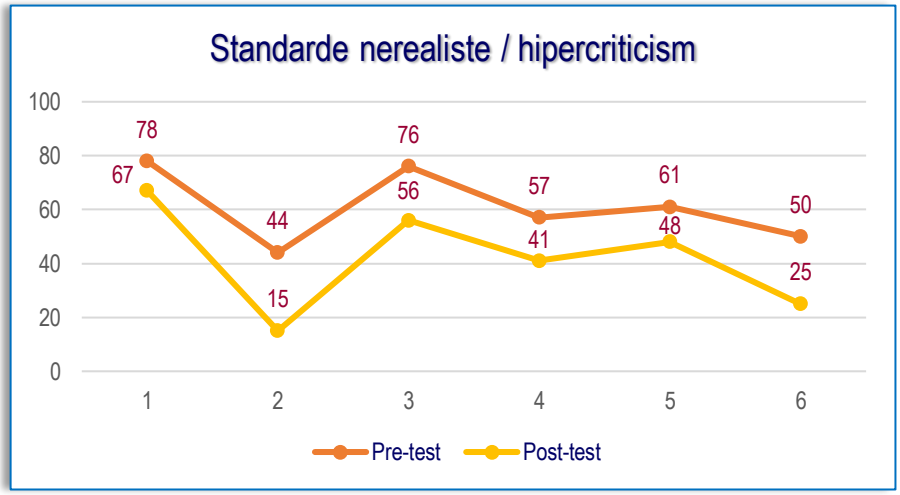


Fig. 3.31. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Standarde nerealiste / hipercriticism”

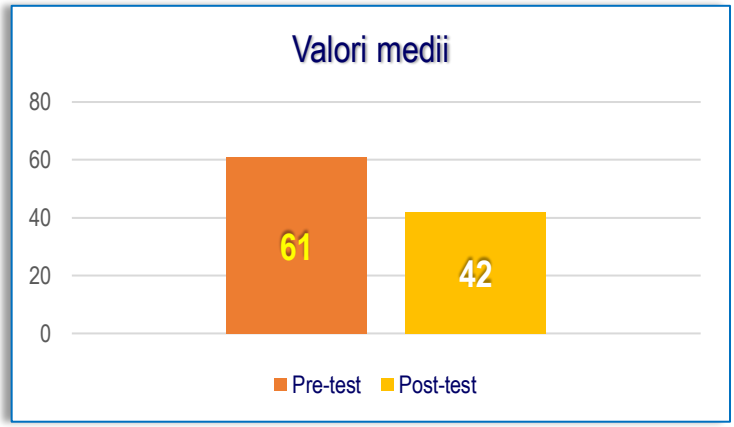


Fig. 3.32. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Standarde nerealiste / hipercriticism”

„Grandomanie”

Rezultatele relevă un impact substanțial al psihoterapiei în reducerea nivelului schemei cognitive „Grandomanie” la adolescenții diabetici. O corelație marcantă și puternică (0,908) între scorurile medii ale pre-testului și post-testului sugerează o relație pozitivă esențială între intervenție și schimbarea în schema cognitivă.

Diferența medie notabilă de 20,00 indică o schimbare relevantă între pre-test și post-test în ceea ce privește percepția de grandomanie la adolescenții diabetici. Testul t pentru eșantioane perechi, cu un t de 7,131 și un nivel remarcabil (sig. 2-tailed) de 0,001, sugerează că această schimbare este semnificativă statistic (*Tabelul 3.3, Figura 3.33, Figura 3.34*).

Astfel, rezultatele relevă că psihoterapia a avut un impact major în modificarea schemei cognitive „Grandomanie” la adolescenții diabetici. Posibil, această intervenție să fi contribuit la o atitudine mai echilibrată și realistă față de sine, conform datelor corelației și testului t.

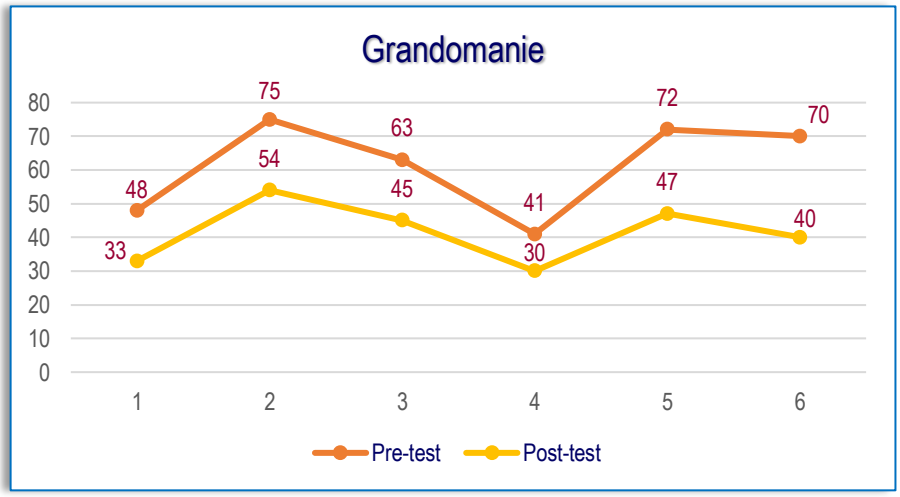


Fig. 3.33. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Grandomanie”

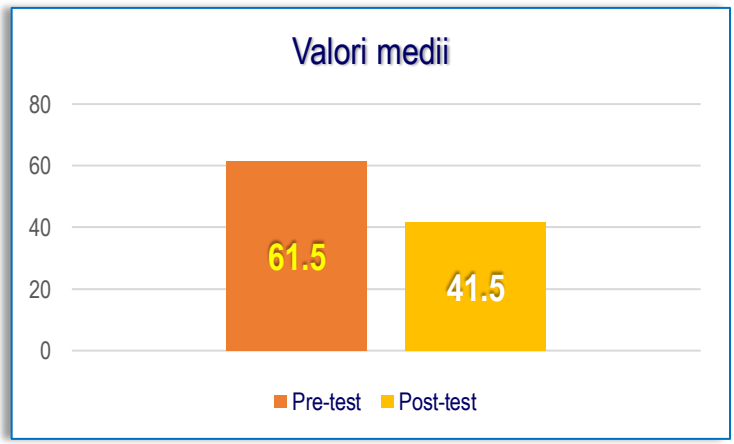


Fig. 3.34. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Grandomanie”

„Autocontrol / autodisciplină insuficientă”

Chiar dacă nivelul de semnificație al corelației este marginal (p = 0,047), valoarea mare a coeficientului de corelație (0,817) indică o legătură pozitivă considerabilă între scorurile medii ale pre-testului și post-testului. Acest lucru sugerează că psihoterapia a avut un impact notabil în sensul reducerii percepției de autocontrol și autodisciplină insuficientă la adolescenții diabetici.

Diferența medie marcantă de 19,00, testul t cu valoarea relevantă de 6,922 și pragul de semnificație de 0,001 consolidează concluzia că schimbarea observată în schema cognitivă este esențială statistic. Astfel, psihoterapia pare să fi avut un efect pozitiv semnificativ în dezvoltarea autocontrolului și autodisciplinei la acești adolescenți, conform rezultatelor corelației și testului t (*Tabelul 3.3, Figura 3.35, Figura 3.36*).

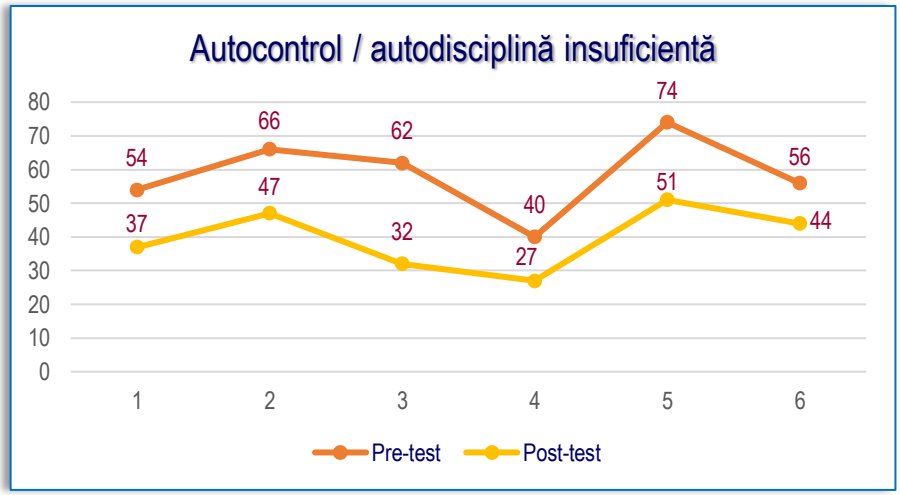


Fig. 3.35. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Autocontrol / autodisciplină insuficientă”

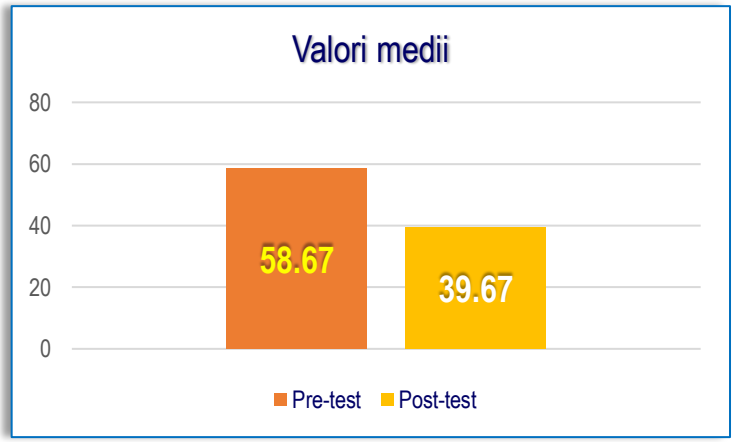


Fig. 3.36. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Autocontrol / autodisciplină insuficientă”

„Căutarea aprobării / recunoaștere”

Rezultatele susțin impactul pozitiv al psihoterapiei în reducerea nivelului schemei cognitive „Căutarea aprobării/recunoaștere” la adolescenții diabetici. O corelație notabilă și puternică (0,965) între scorurile medii ale pre-testului și post-testului indică o relație pozitivă semnificativă între intervenție și schimbarea în schema cognitivă.

Diferența medie de 37,333 indică o schimbare remarcabilă între pre-test și post-test în ceea ce privește percepția de căutare a aprobării și recunoaștere la adolescenții diabetici. Testul t pentru eșantioane perechi, cu un t de 14,783 și un nivel relevant (sig. 2-tailed) de 0,000, susține concluzia că această schimbare este marcantă statistic (*Tabelul 3.3, Figura 3.37, Figura 3.38*).

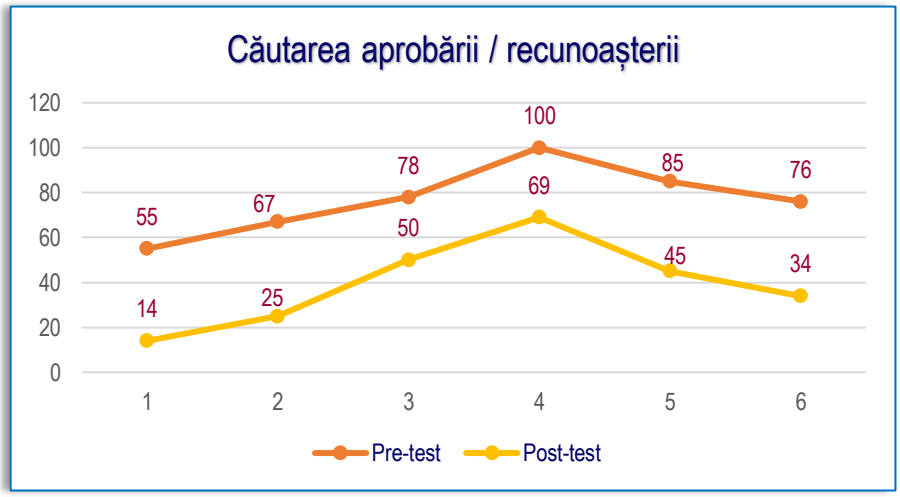


Fig. 3.37. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Căutarea aprobării / recunoaștere”

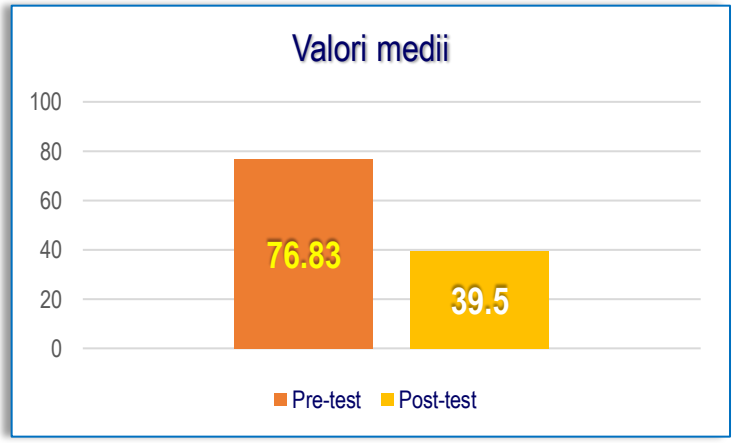


Fig. 3.38. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Căutarea aprobării / recunoaștere”

Prin urmare, concluziile relevă că psihoterapia a avut un efect benefic și esențial în transformarea schemei cognitive „Căutarea aprobării / recunoaștere” la adolescenții diabetici.

Presupunem că această intervenție să fi contribuit la diminuarea nevoii excesive de aprobare și recunoaștere din partea altora, conform rezultatelor obținute din analiza corelației și a testului t.

„Negativism/pasivitate”

Conform rezultatelor, psihoterapia a avut un impact notabil în reducerea nivelului schemei cognitive „Negativism/pasivitate” la adolescenții diabetici. Corelația relevantă și puternică (0,876) între scorurile medii ale pre-testului și post-testului sugerează o relație pozitivă remarcabilă între intervenție și schimbarea în schema cognitivă.

Diferența medie de 17,667 indică o schimbare semnificativă între pre-test și post-test în ceea ce privește percepția de negativism și pasivitate la adolescenții diabetici. Testul t pentru eșantioane perechi, cu un t de 4,981 și un prag înalt (sig. 2-tailed) de 0,004, susține concluzia că această schimbare este semnificativă statistic. Este posibil ca această intervenție să fi contribuit la reducerea gândirii negative și adoptarea unei atitudini mai proactive în fața provocărilor, conform datelor ale corelației și testului t (*Tabelul 3.3, Figura 3.39, Figura 3.40*).

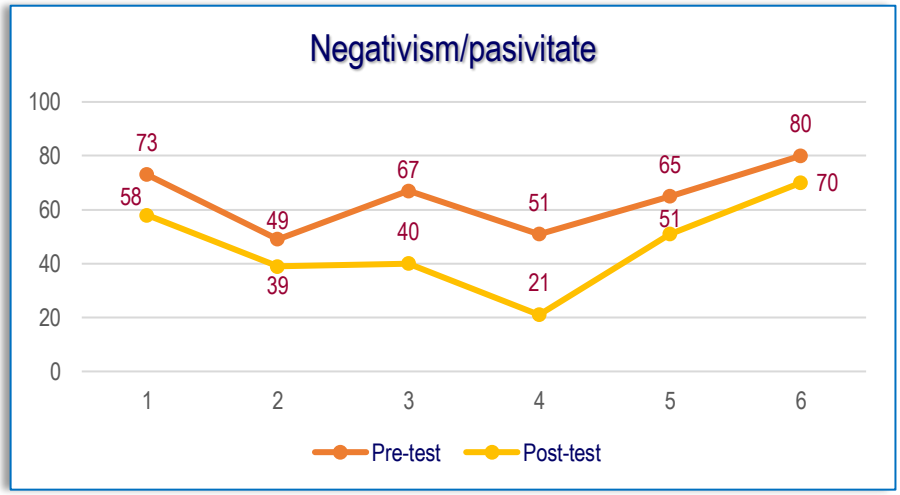


Fig. 3.39. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Negativism/pasivitate”

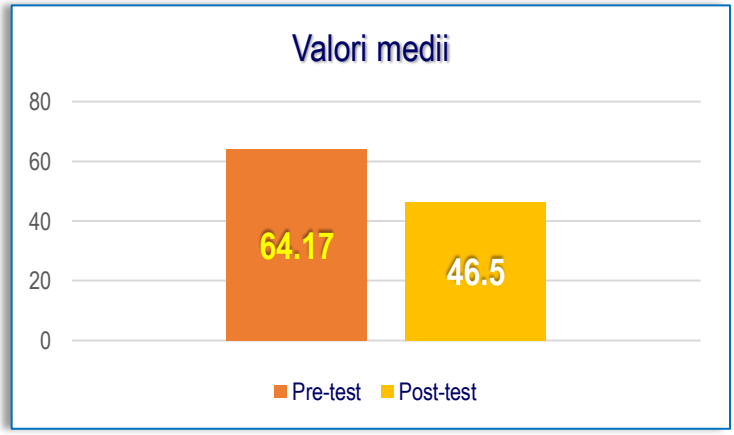


Fig. 3.40. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Negativism/pasivitate”

„Penalizare”

Rezultatele indică o eficacitate vizibilă a psihoterapiei în scăderea nivelului schemei cognitive „Penalizare” la adolescenții diabetici. O corelație puternic semnificativă (0,892) între scorurile medii ale pre-testului și post-testului evidențiază o relație pozitivă între intervenție și modificarea în schema cognitivă.

Diferența mediilor de 17,833 indică o schimbare considerabilă între pre-test și post-test în ceea ce privește percepția de penalizare la adolescenții diabetici. Testul t pentru eșantioane perechi, cu un t de 6,347 și un prag înalt (sig. 2-tailed) de 0,001, susține concluzia că această schimbare este notabilă statistic. Este plauzibil că această intervenție a avut un impact în diminuarea sentimentelor de autocondamnare și autocritică la acești adolescenți, conform rezultatelor obținute din analiza corelației și a testului t (*Tabelul 3.3, Figura 3.41, Figura 3.42*).

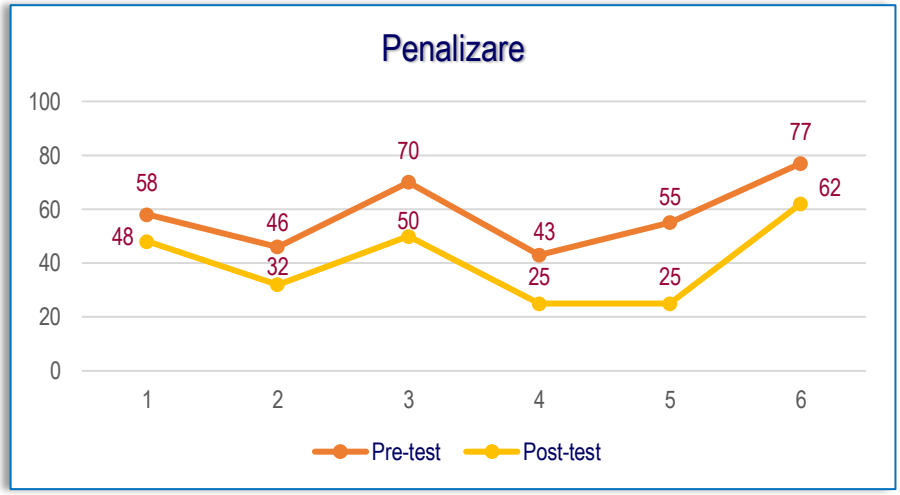


Fig. 3.41. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Penalizare”

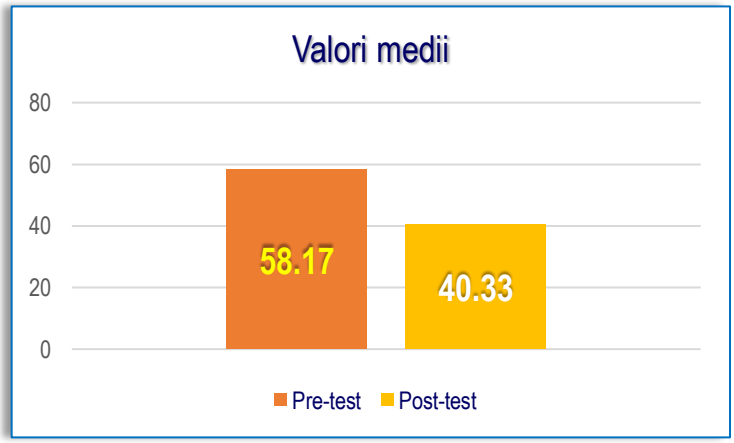


Fig. 3.42. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Penalizare”

„Anxietate”

Anxietate generală

Rezultatele indică o eficacitate semnificativă a psihoterapiei în reducerea nivelului anxietății generale la adolescenții diabetici. Corelația semnificativă și puternică (0,876) între scorurile medii ale pre-testului și post-testului sugerează o relație pozitivă forte între intervenție și schimbarea în nivelul anxietății generale.

Diferența medie de 18,0 indică o schimbare notabilă între pre-test și post-test în ceea ce privește nivelul anxietății generale la adolescenții diabetici. Testul t pentru eșantioane perechi, cu un t de 6,677 și un nivel înalt (2-tailed) de 0,001, susține concluzia că această schimbare este observabilă statistic (*Tabelul 3.3, Figura 3.43, Figura 3.44*).

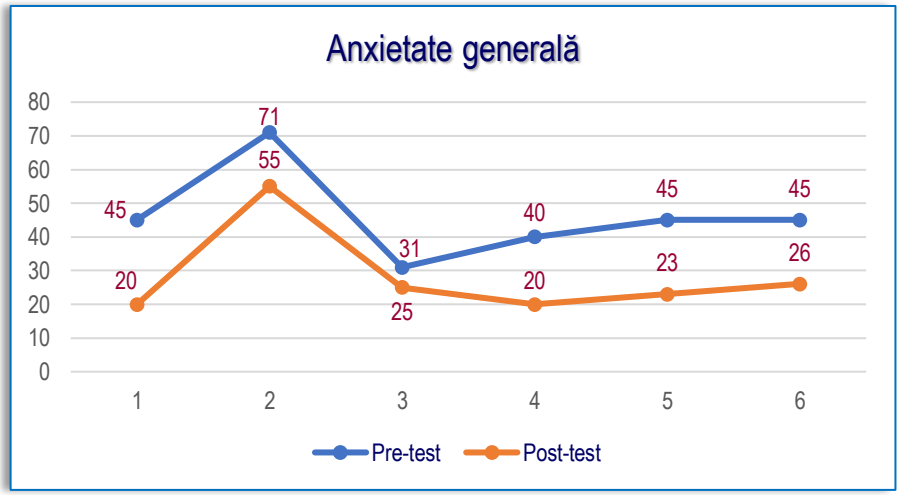


Fig. 3.43. Valorile medii pre-test și post-test ale variabilei „Anxietate generală”

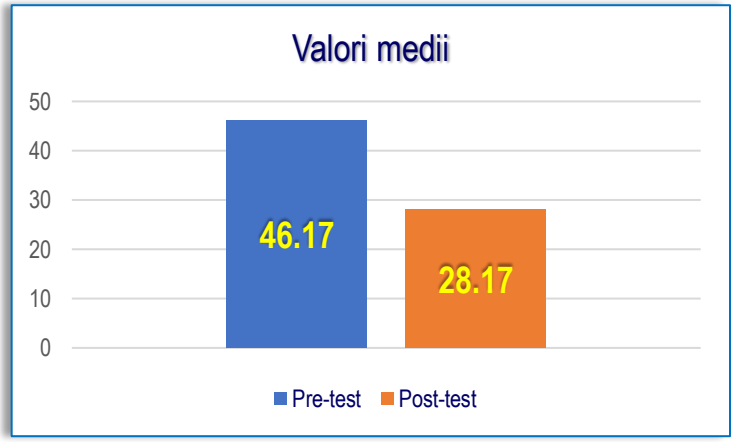


Fig. 3.44. Valorile pre-test și post-test ale variabilei „Anxietate generală”

Astfel, rezultatele indică că psihoterapia a avut un impact puternic pozitiv în reducerea nivelului anxietății generale la adolescenții diabetici. Este posibil ca această intervenție să fi contribuit la îmbunătățirea stării lor de bine emoțională și gestionarea mai eficientă a anxietății, conform datelor ale corelației și testului t.

3.4. Analiza studiului de caz

Ca urmare a descrierii programului de intervenție psihologică, propunem în continuare o prezentare desfășurată adaptării acestui program pentru un caz clinic de intervenție psihologică individuală, desfășurată pe o perioadă de 7 zile, cu ședințe de o oră cu frecvență zilnică:

STUDIU DE CAZ „*ANA*”

Date generale:

Nume: Ana (*pseudonim*)
Vârstă: 14 ani.
Gen: feminin.
Ocupație: elevă în clasa a IX-a.
Loc de trai: Chișinău, Moldova.
Mediu familial: nuclear, biparental, neconflictual, unicul copil, contact frecvent cu familia extinsă.

Informații medicale:

Diagnostic principal: Diabet zaharat tip 1.
Anul diagnosticării: 2019.

Istoricul medical:

Ana a fost diagnosticată cu DZt1 la vârsta de 10 ani, după ce părinții au observat schimbări semnificative în comportamentul și starea ei de sănătate. Până atunci, Ana a fost o copilă sănătoasă și energică, dar brusc a început să aibă sete excesivă, urinări frecvente și a pierdut în greutate în mod inexplicabil. Părinții, îngrijorați, au căutat imediat ajutor medical, iar diagnosticul de DZt1 a fost confirmat.

De-a lungul anilor, Anei a fost supusă unui regim strict de gestionare a diabetului, inclusiv monitorizarea constantă a glicemiei, administrarea de insulină și ajustări ale dietei sub îndrumarea specialistului endocrinolog. Cu toate acestea, Ana a avut dificultăți în acceptarea bolii și în gestionarea emoțiilor asociate cu tratamentul pe termen lung.

Istoricul psihologic:

Înainte de diagnosticul diabetului, Ana era o adolescentă energică și sociabilă, implicată activ în activități școlare și sociale. Diabetul zaharat a adus cu sine nu doar provocări medicale, ci și schimbări semnificative în starea ei emoțională. A început să se retragă social, dezvoltând temeri legate de acceptarea colegilor și teama de a deveni „diferită". Aceste aspecte au dus la o creștere a anxietății și la o nemulțumire crescută față de corp, deoarece Ana începuse să se compare cu colegii ei și să se teamă de posibile judecăți.

Stare mintală în perioada internării:

Stare mintală adecvată, orientare spațio-temporală în normă, abilități motrice și lingvistice funcționale.

Perspectiva parentală asupra stării pacientei:

<u>Mama</u>:

- „*Ne-am observat fiica schimbându-se treptat în ultima perioada. Este ca și cum ar purta o povară pe umerii ei. O vedem tot mai preocupată, mai ales în privința performanțelor la scoală. Suntem îngrijorați pentru ea*."
- „*Am observat că Ana pare mereu stresată și preocupată de școală. Se retrage des în camera ei și parcă nu mai e aceeași fată vioaie pe care o cunoaștem*."
- „*Am găsit adesea reviste și cărți despre diete în camera ei. Suntem conștienți că mulți tineri se confruntă cu astfel de presiuni, dar ne dorim ca ea să înțeleagă că frumusețea vine în multe forme și mărimi. Este important să fie sănătoasă și fericită. Ne-am dat seama că are această nemulțumire față de corp, mereu căutând diete și fiind nemulțumită de felul în care arată. Ne îngrijorează această obsesie.*"
- „*Am încercat să o încurajăm să vorbească despre emoțiile sale, dar pare să se închidă uneori. Ne dorim ca Ana să știe ca suntem aici pentru ea, indiferent de încercări*."

<u>Tata</u>:

- „*Diabetul a adus o schimbare majoră în viața ei. Vedem că îi este greu să gestioneze nu doar aspectele medicale, ci și emoțiile asociate cu boala*."
- „*Am impresia că se compară mereu cu ceilalți și își dorește aprobarea lor. E important să știe că o iubim indiferent de orice și că nu trebuie să fie perfectă*."
- „*Diabetul a fost o lovitură grea pentru toată familia. Vedem cât de greu îi este să se obișnuiască cu noile restricții. Încercăm să fim alături de ea în fiecare pas, să o susținem*."

- „*Observăm că mereu se compară cu ceilalți. Este o presiune imensă pe umerii ei, iar noi încercăm să o ajutăm să înțeleagă că nu trebuie să fie perfectă. Este iubită așa cum este*."
- „*Suntem recunoscători pentru orice ajutor și ghidare putem primi pentru a o ajuta pe Ana să treacă peste aceste dificultăți. Ne dorim să o vedem fericită și împlinită*."

Părinții Anei își exprimă îngrijorarea profundă față de starea emoțională și comportamentul fetei. Ei sunt deschiși la ideea de a participa activ la sprijinirea fiicei lor și sunt conștienți de complexitatea situației. A înțelege perspectiva și grijile părinților poate contribui la elaborarea unui plan terapeutic holistic pentru a îmbunătăți starea de bine a Anei.

Interviu preliminar cu pacienta

Înainte de începerea nemijlocită a programului de intervenție psihologică, am realizat cu pacienta un interviu preliminar (*Anexa 8*) pentru a asigura o abordare terapeutică personalizată și eficientă. Prin metoda observației, am înțeles mai bine starea mintală a pacientei și contextul. Acest lucru permite identificarea factorilor de stres, a preocupărilor și a nevoilor specifice, oferind o bază solidă pentru planificarea intervenției terapeutice. De asemenea, această conversație ne-a oferit o oportunitate esențială pentru construirea unui raport de încredere între pacient și terapeut. Este un prim pas important în stabilirea unei relații terapeutice solide, care este esențială pentru succesul intervenției.

Evaluare psihologică pre-intervenție

Evaluarea inițială a avut drept obiectiv să identifice nivelul de anxietate, manifestarea schemelor cognitive dezadaptative precum și evaluarea riscului dezvoltării unei TCA prin aprecierea nivelului nemulțumirii față de corp, bulimiei și dorinței de a fi slav. Aceste date furnizează un punct de plecare esențial pentru a personaliza și direcționa intervenției într-un mod cât mai eficient. Pentru îndeplinirea acestui obiectiv au fost utilizate: Inventarul Tulburărilor de Comportament Alimentar EDI-3, Chestionarul schemelor cognitive Young – forma scurtă YSQ-S3R, și Chestionarul de identificare a nivelului anxietății școlare Phillips.

În continuare, vom explora rezultatele acestei evaluări, aducând în discuție aspecte cheie ale stării emoționale ale Anei înaintea începerii programului de terapie. Aceste informații ne vor ghida în demersul nostru de a oferi suport și înțelegere adecvată pentru a îmbunătăți calitatea vieții Anei și a-i facilita procesul său de ajustare la provocările recente:

Anxietate:

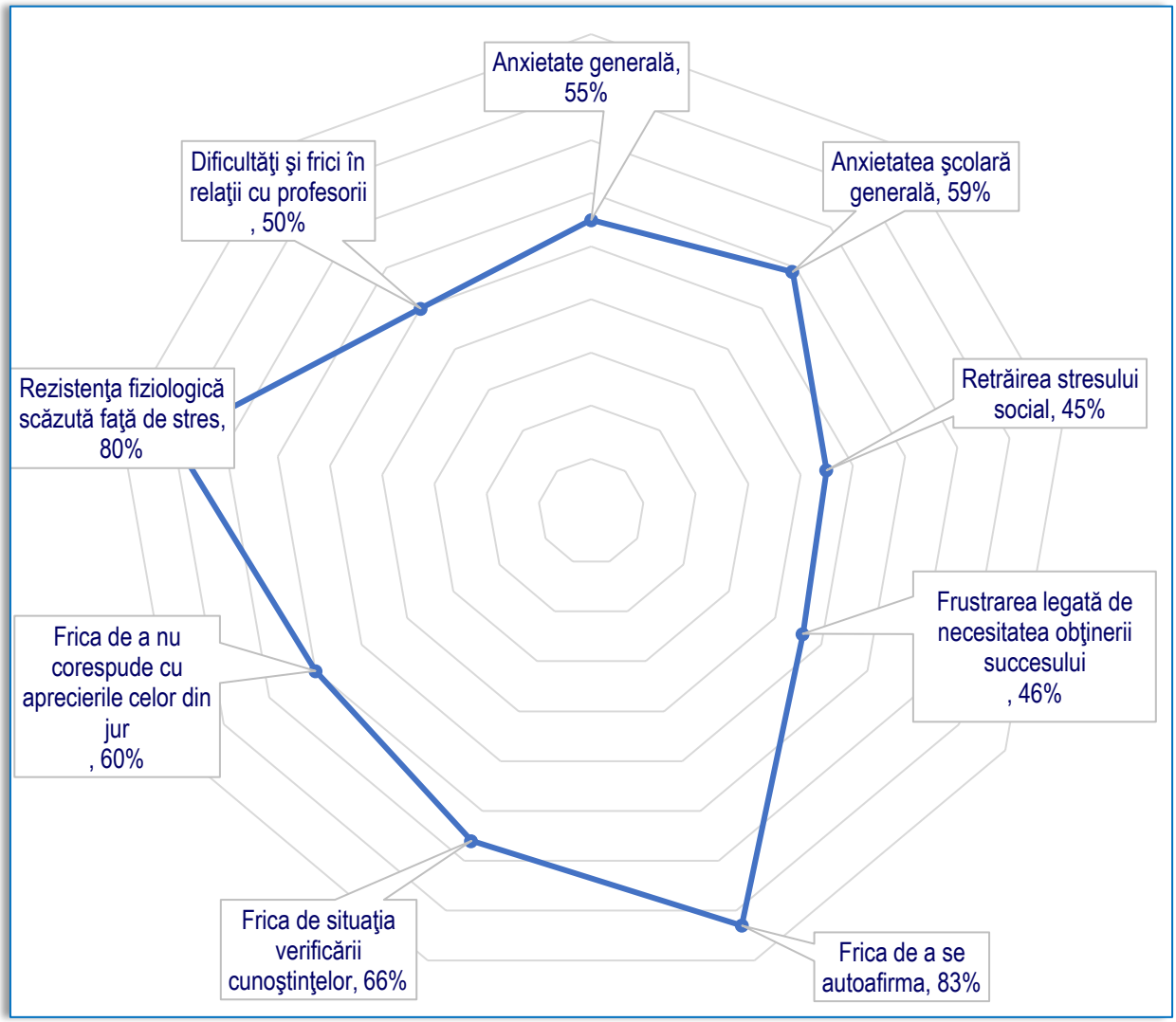


Fig. 3.45. Nivelul anxietății pre-intervenție

Rezultatele evaluării inițiale pentru pacienta Ana dezvăluie o prezență semnificativă a anxietății în diferite domenii ale vieții sale (*Figura 3.45*). Un nivel moderat de anxietate generală (55%) și anxietate școlară generală (59%) indică o preocupare semnificativă și potențiale influențe asupra performanței academice. De asemenea, retrăirea stresului social (45%) și frustrarea legată de necesitatea obținerii succesului (46%) sugerează unele aspecte ale stresului social și al presiunii de performanță. Ceea ce iese în evidență cu claritate sunt fricile intense, precum frica de a se autoafirma (83%), frica de situația verificării cunoștințelor (66%) și frica de a nu corespunde cu aprecierile celor din jur (60%), toate indicând o sensibilitate crescută la evaluările externe. Rezistența fiziologică scăzută față de stres (80%) arată o vulnerabilitate crescută la reacții de stres, iar anxietatea în relațiile cu profesorii (50%) poate afecta modul în care interacționează în mediul școlar.

Scheme cognitive dezadaptative:

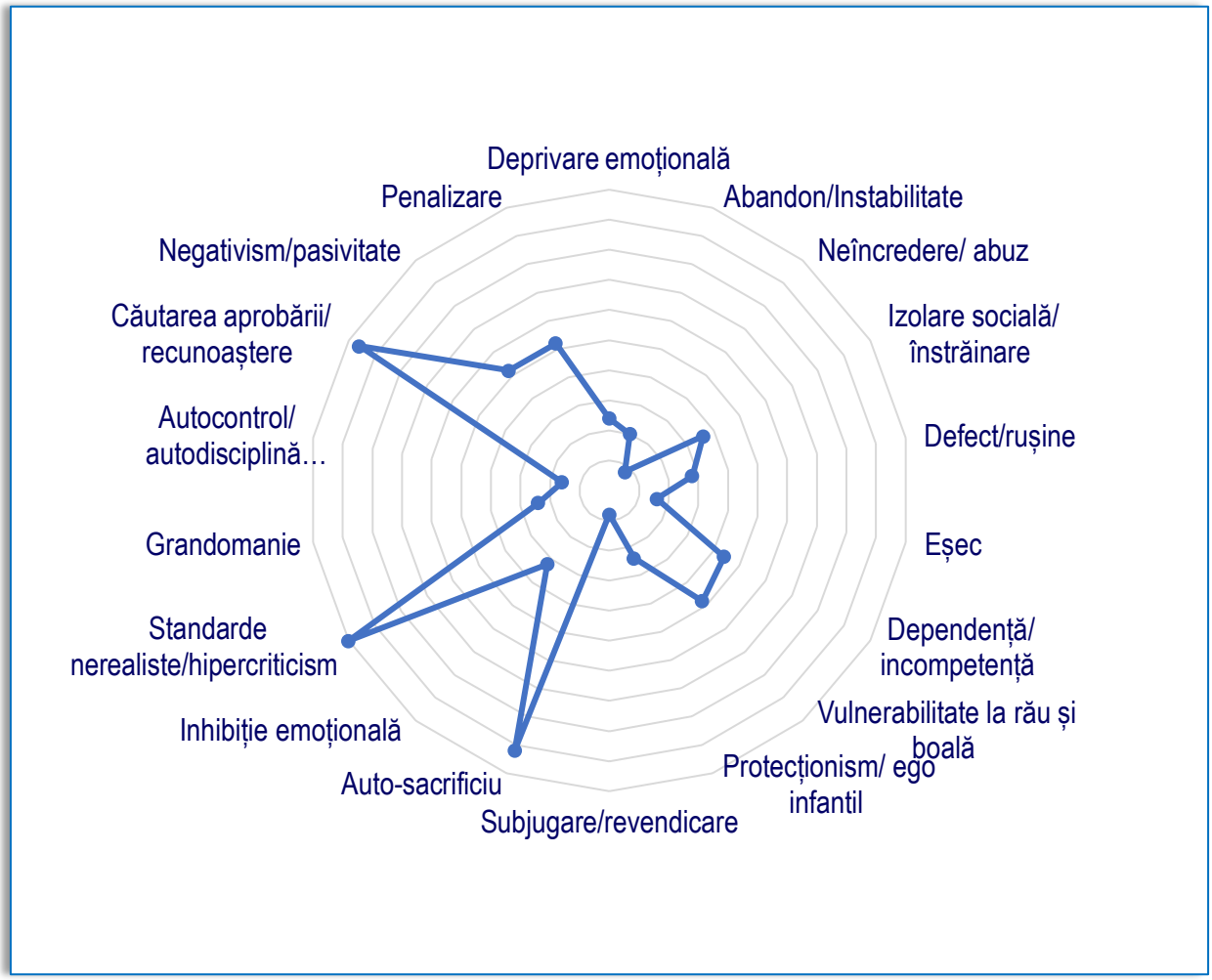


Fig. 3.46. Nivelul de manifestare a schemelor cognitive dezadaptative pre-intervenție

Rezultatele evaluării schemelor cognitive dezadaptative (*Figura 3.46*) pentru pacienta Ana indică prezența unor modele de gândire și comportament care pot influența semnificativ starea sa emoțională și comportamentală. Schemele cu scor crescut și mare oferă o imagine detaliată a domeniilor care necesită atenție și intervenție în timpul programului de terapie. Cu un scor de 100%, Standardele nerealiste/hipercriticism evidențiază o autoevaluare riguroasă și exigentă, sugerând că pacienta își pune presiune mare asupra performanțelor și se percepe în mod critic. Căutarea aprobării/recunoașterii (96%) indică o nevoie puternică de validare externă, reflectând o sensibilitate crescută la opinia celor din jur. Auto-sacrificiul, cu un impresionant scor de 92%, sugerează că pacienta are tendința de a-și subordona propriile nevoi în favoarea altora, ceea ce poate contribui la episoade de Deprivare emoțională (24%). Aceste scheme cognitive intense vor fi abordate în cadrul intervenției terapeutice pentru a încuraja schimbările de perspectivă și dezvoltarea unor modele de gândire mai sănătoase și adaptative.

Indicatorii comportamentali ai tulburări de comportament alimentar:

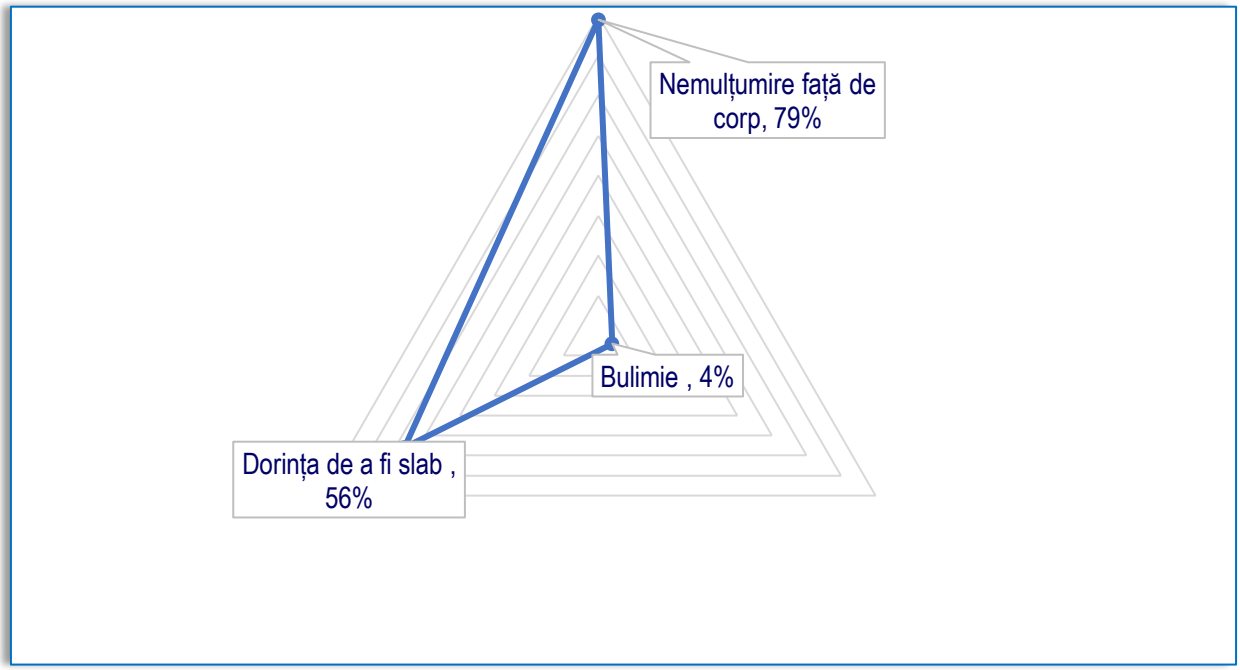


Fig. 3.47. Nivelul indicatorilor comportamentali ai tulburări de comportament alimentar

Rezultatele evaluării aspectului de nemulțumire față de corp pentru pacienta Ana Maria sugerează o semnificație clinică ridicată, cu un scor de 79. Această valoare indică o preocupare intensă și disconfort legat de percepția asupra propriei imagini corporale. Cu toate că scorul pentru bulimie este scăzut (4), dorința de a fi slab are o semnificație clinică tipică, cu un scor de 56 (*Figura 3.47*). Aceste rezultate indică o relație complexă cu propriul corp, evidențiind potențiale dificultăți în acceptarea și aprecierea imaginii corporale. În cadrul programului de intervenție psihologică, se va acorda o atenție deosebită acestor aspecte pentru a dezvolta o percepție mai sănătoasă și echilibrată a corpului, promovând astfel stima de sine și bunăstarea emoțională a pacientei.

PLANUL DE INTERVENȚIE ȘI PROCEDURILE UTILIZATE

În continuare sunt prezentate succint cele șapte ședințe de intervenție psihologică și exercițiile utilizate cu pacienta Ana.

ȘEDINȚA nr. 1

Scopul acestei prime ședințe a fost să creeze un mediu sigur și încrezător pentru Ana în contextul intervenției psihologice. În cadrul primei ședințe, Ana a fost întâmpinată cu un mesaj de bun venit și o atmosferă prietenoasă. Psihologul a subliniat importanța încrederii

și confidențialității, asigurând-o pe Ana că spațiul respectă aceste principii. În continuare, au fost stabilite regulile cadrului terapeutic. Pentru a sparge gheața, Ana a fost încurajată spre o discuția despre viața sa, punând accent pe experiența ei cu diabetul și eventualele preocupări legate de imaginea corpului. Pacienta a împărtășit cu curiozitate și ușor disconfort inițial, exprimându-și interesul pentru modul în care vor evolua ședințele. Această primă ședință a stabilit baza pentru viitoarele întâlniri, conturând un cadru deschis și încredere pentru Ana să exploreze și să lucreze asupra aspectelor personale în cadrul intervenției psihologice.

Idei menționate de pacientă:

Experiența cu diabetul: Ana a descris modul în care diabetul influențează ziua ei și cum se simte în legătură cu gestionarea zilnică a acestei condiții. A vorbit despre momentele de anxietate sau stres legate de monitorizarea nivelului de zahăr în sânge și administrarea insulinei.

Frici și preocupări legate de imaginea corpului: Ana a fost deschisă în a discuta despre fricile și nemulțumirile sale legate de propria imagine corporală. A vorbit despre presiunile sociale și personale pe care le simte în ceea ce privește standardele de frumusețe și modul în care acestea interacționează cu gestionarea diabetului ei.

Relația cu profesorii și situația verificării cunoștințelor: Ana a menționat dificultățile și fricile pe care le simte în contextul școlar, evidențiind teama de a nu corespunde așteptărilor profesorilor și a colegilor în situațiile de evaluare, simțind permanent presiunea ideii: „Oare cum se va descurca eleva cu diabet".

※ *Tema pentru acasă:* completarea fișei „Jurnalul gândurilor" (*Anexa 9*).

ȘEDINȚA nr. 2

Scopul acestei ședințe constă în a explora și înțelege în profunzime povestirile și experiențele saturate cu anxietate asociată cu diabetul de tip 1.

În cadrul acestei ședințe ne-am concentrat pe explorarea și înțelegerea narațiunilor sale saturate cu anxietate în contextul diabetului de tip 1. Am început ședința cu analiza temei pentru acasă și o introducere la activitatea „Jurnalului ghidat", încurajând-o pe Ana să scrie liber despre experiențele sale cu anxietatea și modul în care aceasta se intersectează cu DZt1. Ana a răspuns pozitiv, iar jurnalul ei a devenit un instrument prin care și-a exprimat gândurile și emoțiile într-un mod personal.

În partea de discuție care a urmat, am încurajat-o să împărtășească anumite părți ale narațiunii sale și să reflecteze asupra lor. Am subliniat importanța deschiderii și sincerității în

acest proces. Ana a fost receptivă și a oferit contribuții semnificative, dezvăluind cum anxietatea afectează percepția sa a bolii.

Am introdus, de asemenea, tehnica narativă „Harta externalizării nr. 1" (White, 2007), ajutând-o să identifice tipare și teme în propria sa poveste. Ana a fost provocată să observe modul în care gândurile și emoțiile asociate cu anxietatea pot forma tipare recurente în comportamentul și perspectivele sale. În cadrul ședinței de externalizare a anxietății, Ana a împărtășit mai multe aspecte ale experienței sale:

Identificarea entității anxietății: Ana a numit anxietatea ei „Norul negru" pentru că simte că aceasta îi complică viața și relațiile cu ceilalți.

Conversația externalizată: Ana a descris modul în care „Norul negru" îi spune mereu că nu este suficient de bună și că ceilalți o judecă constant. Ana a exprimat că această entitate creează adesea blocaje în comunicare și îi induce frica să se exprime deschis.

Explorarea istoricului și impactului: Ana a identificat momente cheie din trecut în care anxietatea a fost mai intensă, cum ar fi perioadele de evaluări școlare sau interacțiunile sociale semnificative. A discutat despre cum aceste momente au lăsat amprente puternice asupra convingerilor sale negative.

※ *Temă pentru acasă:* completarea în continuare a „Jurnalului gândurilor".

ȘEDINȚA nr. 3

Scopul acestei etape constă în examinarea schemelor cognitive dezadaptative prin intermediul narațiunilor personale pacientei.

Într-o atmosferă de încredere și confidențialitate, psihologul începe cu o discuție de psihoeducație, explicând natura schemelor cognitive și modul în care acestea pot influența anxietatea și starea generală de bine.

Pacienta Ana împărtășește situații specifice care evidențiază modul în care gândește și reacționează în situații anume, demonstrând astfel schemele cognitive:

Auto-sacrificiu: Ana povestește cum, în repetate rânduri, și-a neglijat propriile nevoi și dorințe pentru a satisface pe ceilalți sau a-și respecta regimul. De exemplu: ea renunțat la participarea la activități pe care le iubește pentru că prietenii săi voiau altceva; nu a frecventat ora de sport din cauza unei hipoglicemii.

Căutarea aprobării/recunoașterii: Ana relatează cum se simte constant presată să obțină aprobarea celor din jur. Ea menționează cum este afectată emoțional atunci când nu primește laude pentru realizările sale și cum aceasta determină adesea deciziile pe care le ia.

Standarde nerealiste / hipercriticism: Ana dezvăluie cum își impune standarde extrem de ridicate în ceea ce privește performanța școlară. Ea se critica aspru pentru fiecare mică greșeală și simte că nu poate accepta nimic mai puțin decât perfecțiunea.

Aceste povești personale oferă psihologului și Anei un cadru tangibil pentru a explora și a înțelege mai profund modul în care schemele cognitive afectează gândurile și comportamentele ei. Prin abordarea acestor exemple concrete, Ana începe să observe modelele de gândire dezadaptative și să le analizeze în contextul terapiei.

O parte crucială a ședinței o reprezintă aplicarea tehnicii de restructurare cognitivă, mai precis „dialogul socratic". Această tehnică implică un proces de întrebări și răspunsuri menit să ghidăm pacientul să-și exploreze și să-și reevalueze gândurile și convingerile. Psihologul folosește cu grijă întrebări deschise și reflexive pentru a ajuta la evidențierea conexiunilor între gânduri, emoții și comportamente.

În cazul Anei, tehnica socratică se concentrează pe schema Auto-sacrificiu, Căutarea aprobării/recunoașterii și Standarde nerealiste/hipercriticism. Prin intermediul dialogului, Ana este încurajată să exploreze originile acestor scheme, să identifice dovezi care le sprijină sau le contestă, și să dezvolte perspective mai echilibrate și realiste. Această abordare interactivă, bazată pe dialog și auto-reflecție ghidată, oferă Anei instrumente pentru a înțelege și a schimba schemele cognitive dezadaptative, deschizând calea pentru o evoluție pozitivă în gestionarea anxietății și a stării emoționale. (Exemplu al aplicării tehnicii „Dialogul socratic" – în *Anexa 10*).

※ Temă pentru acasă: identificarea gândurilor care aparțin fiecărei scheme cognitive dezadaptative și provocarea lor în mod autonom prin tehnica „Dialogului socratic".

ȘEDINȚA nr. 4

Scopul aceste ședințe a fost de a iniția procesului de reconceptualizare a narațiunilor legate de anxietate**.** Accentul s-a pus pe redefinirea narațiunilor legate de anxietatea asociată cu diabetul zaharat de tip 1. Ana a fost ghidată să participe la exerciții narative, unde a avut ocazia să rescrie o experiență anterioară specifică care a generat anxietate legată de diabet. Scopul principal a fost să încurajeze o perspectivă mai responsabilă și echilibrată asupra acestor momente.

După ce Ana și-a completat exercițiul, am facilitat o discuție detaliată și introspectivă cu privire la poveștile rescrise. Ana a citit cu voce tare narațiunile revizuite și am explorat împreună schimbările de perspectivă pe care le-a adus în acest proces. Această etapă a oferit un mediu sigur și sprijinitor, unde Ana a avut posibilitatea să își exprime și să examineze transformările personale.

A fost utilizată tehnica „Identificare episoadelor unice” cu ajutorul „Hărții de externalizare nr. 2”. (Exemplu de dialog este prezentat în *Anexa 11*).

Ultima parte a ședinței a fost dedicată învățării și practicării unor tehnici de respirație și relaxare personalizate, adaptate nevoilor specifice ale Anei. Scopul a fost să-i ofere Anei instrumente concrete și eficiente pentru gestionarea anxietății în situații viitoare legate de DZt1. Aceste tehnici au fost integrate într-un plan de gestionare a stresului adaptat nevoilor individuale ale Anei („Tehnica de respirație 4-7-8”).

※ Temă pentru acasă: Completarea fișei „Jurnalul gândurilor” și exersarea „Tehnicii de respirație 4-7-8” în momente de neliniște.

ȘEDINȚA nr. 5

Scopul acestei ședințe este să exploreze și să adreseze narațiunile negative și nemulțumirea față de imaginea corpului în contextul diabetului de tip 1.

Psihologul începe ședința aducând în discuție importanța percepțiilor imaginii corporale în contextul diabetului de tip 1 și modul în care diabetul poate influența percepția corpului și emoțiile asociate. Conversația este ghidată pentru a identifica gândurile și convingerile negative pe care Ana le are legate de imaginea corpului său în relație cu DZt1.

În continuare, Ana este implicată în exerciții narative ghidate, în care este încurajată să creeze narațiuni care contrazic convingerile negative despre imaginea corpului. Aceste narațiuni sunt construite în jurul aspectelor pozitive ale corpului și ale eforturilor depuse în gestionarea DZt1. Ea își amintește momente în care a depus eforturi considerabile pentru a gestiona boala și își recunoaște resursele interne. Prin aceste narațiuni revizuite, Ana își pune în lumină calitățile și realizările sale, contribuind astfel la o perspectivă mai echilibrată și pozitivă asupra imaginii corpului său.

În finalul ședinței, Ana a fost invitată să scrie o *„Scrisoare de compasiune pentru corp”* în care să-și manifeste recunoștința pentru corpul său (*Anexa 12*).

※ Temă pentru acasă: Să scrie o scrisoare de compasiune adresată diabetului (*Anexa 13*).

ȘEDINȚA nr. 6

Scopul acestei ședințe a fost dezvoltarea și încurajarea poveștilor personale care contribuie la o percepție pozitivă a propriei identități și a imaginii de sine.

În cadrul ședinței, Ana a fost încurajată să exploreze și să dezvolte narațiuni care să contribuie la construirea unei imagini pozitive de sine. Sesiunea a început cu o discuție deschisă

despre stima de sine și conceptul de sine pozitiv, oferindu-i Anei un cadru pentru a reflecta asupra propriei percepții despre sine. Psihologul a ghidat discuția pentru a evidenția aspecte precum punctele forte și calitățile unice ale Anei.

Următoarea parte a ședinței a implicat exerciții narative ghidate, unde Ana a fost îndemnată să creeze narațiuni care să sublinieze acele aspecte pozitive ale personalității și eforturilor sale de gestionare a diabetului de tip 1. Psihologul a facilitat acest proces, ajutând-o pe Ana să identifice și să articuleze aceste aspecte în mod coerent și convingător prin utilizare tehnicii narative „Identificarea episodului unic" (*Anexa 14*).

În finalul ședinței, Ana a împărtășit aceste narațiuni. Discuția ulterioară a fost dedicată reflectării asupra modului în care aceste narațiuni pot contribui la promovarea acceptării de sine și la dezvoltarea unei imagini de sine mai pozitive. Această ședință a avut un impact profund asupra modului în care pacienta își percepe propria persoană și a adus la lumină resursele și calitățile sale pe care le poate utiliza pentru a-și spori încrederea în sine și a-și gestiona mai eficient anxietatea asociată cu diabetul de tip 1.

ȘEDINȚA nr. 7

În această ultimă ședință, Ana și psihologul au reflectat asupra călătoriei narative de 7 zile și asupra progresului pe care pacienta l-a făcut în gestionarea anxietății, a schemelor cognitive și a preocupărilor legate de imaginea corpului. Au explorat împreună momentele cheie din fiecare ședință și modul în care acestea au contribuit la schimbările pozitive în perspectiva și starea emoțională.

În cadrul discuției, Ana a împărtășit cum tehnica narativă a ajutat-o să-și reconceptualizeze și să-și redefinească narațiunile personale, contribuind la o imagine mai pozitivă de sine. Ea a subliniat că, prin exercițiile narative ghidate, a reușit să identifice și să exploreze episoade unice din viața ei în care a gestionat cu succes anxietatea legată de diabetul de tip 1 și a reușit să-și schimbe perspectiva.

Psihologul a încurajat-o pe Ana să continue să utilizeze tehnicile narative în viitor pentru auto-îmbunătățire continuă și ca instrument practic de gestionare a anxietății. Această ședință a marcat nu doar încheierea programului de intervenție, ci și începutul unei călătorii continue de autodezvoltare pentru Ana.

Evaluare psihologică post-intervenție

În urma celor șapte ședințe de intervenție psihologică, este esențial să evaluăm succesul acestei călătorii terapeutice prin retestare pentru a stabili eficacitate programului:

Dinamica nivelului anxietății post-terapie

Rezultatele evaluărilor pre- și post-intervenție (*Figura 3.48*) reflectă evoluția semnificativă a stării psihologice a pacientei în urma programului de intervenție. Se remarcă o reducere a nivelului de anxietate generală de la 55% la 36%, precum și a anxietății școlare generale de la 59% la 31%. Frica de a se autoafirma a înregistrat o scădere semnificativă, trecând de la 83% la 33%, sugerând o îmbunătățire vizibilă în abordarea și exprimarea propriei identități. De asemenea, frica de situația verificării cunoștințelor a scăzut de la 66% la 50%, reflectând o atitudine mai relaxată în situațiile de evaluare. Progrese semnificative s-au observat și în privința rezistenței fiziologice la stres, care a scăzut de la 80% la 40%, semnalând o abordare mai echilibrată și eficientă a provocărilor cotidiene. Cu toate acestea, aspectele legate de retrăirea stresului social au rămas constante la 45%. În ansamblu, rezultatele susțin eficacitatea intervenției psihologice în îmbunătățirea stării psihologice și gestionarea anxietății la Ana.

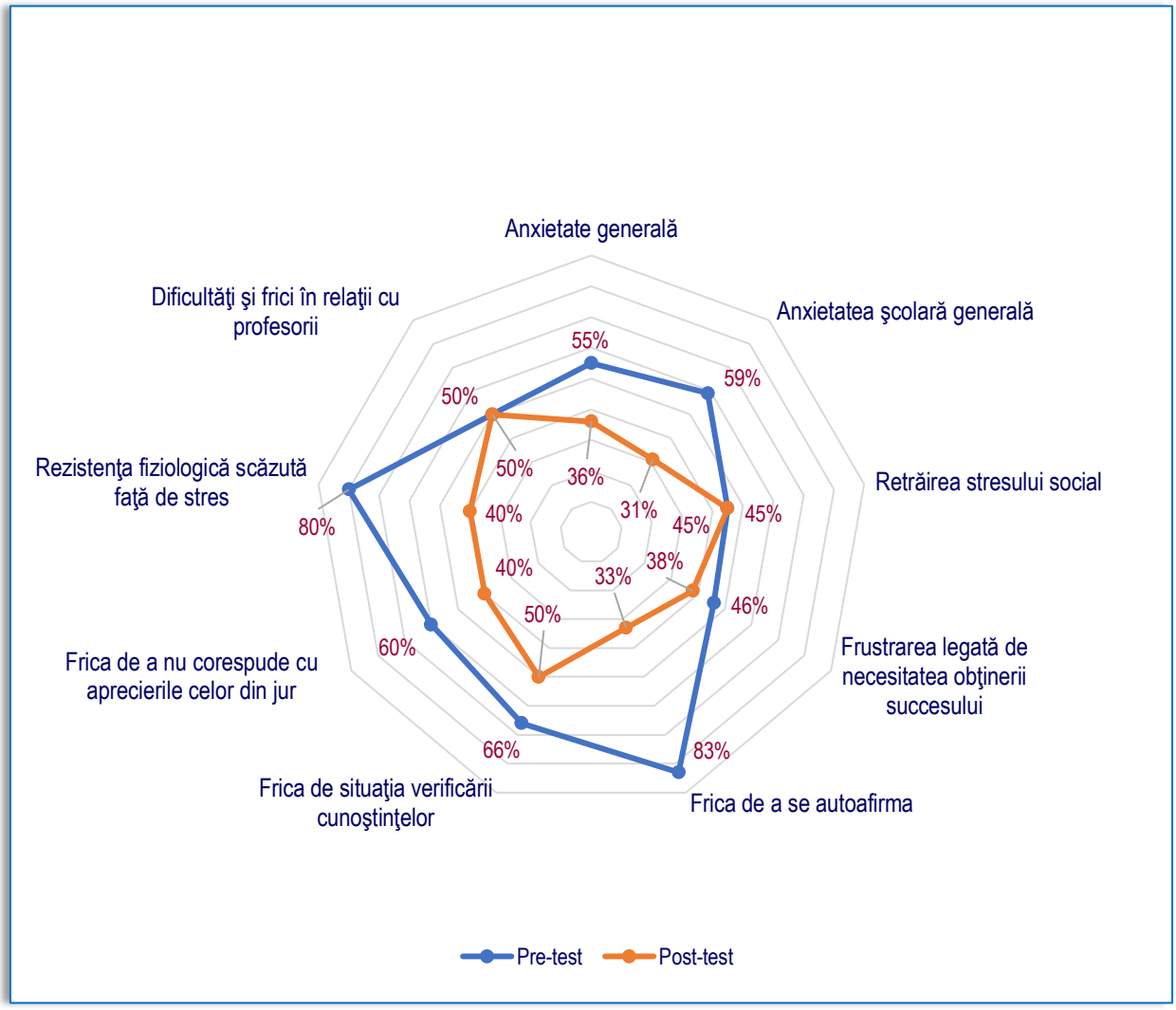


Fig. 3.48. Evoluția nivelului anxietății la etapele pre-test/post-test

Dinamica nivelului manifestării schemelor cognitive dezadaptative post-terapie

Rezultatele evaluărilor pre- și post-intervenție (*Tabelul 3.4*) indică o notabilă ameliorare a manifestărilor schemelor cognitive dezadaptative la pacientă, în special în ceea ce privește Auto-sacrificiul, Căutarea aprobării/recunoașterii și Standardele nerealiste/hipercriticism, schemele pe care a fost pus focus în intervenție. În cazul Auto-sacrificiului, s-a observat o reducere semnificativă de la 92% la 62%, sugerând că Ana a reușit să își regândească și să își ajusteze atitudinea față de propria persoană, manifestând o mai mare atenție la propriile nevoi și bunăstare. Căutarea aprobării/recunoașterii a scăzut de la 96% la 67%, reflectând o mai bună autonomie și încredere în propriile abilități, independent de validarea externă. Standardele nerealiste/hipercriticism au înregistrat, de asemenea, o diminuare semnificativă de la 100% la 60%, semnalând o abordare mai echilibrată și mai blândă în autoevaluarea sa. Aceste rezultate evidențiază eficacitatea intervenției psihologice în aducerea unor schimbări pozitive în structurile cognitive ale Anei, contribuind la dezvoltarea unui mod de gândire mai sănătos și adaptativ.

Tabelul 3.4. Evoluția scorurilor schemelor cognitive dezadaptative pre-test/post-test

Schemă cognitivă	**Valoare pre-test (%)**	**Valoare post-test (%)**
Deprivare emoțională	24	⇓ **16**
Abandon/instabilitate	20	**20**
Neîncredere/abuz	8	**8**
Izolare socială / înstrăinare	36	⇓ **24**
Defect/rușine	28	⇓ **24**
Eșec	16	**16**
Dependență/incompetență	44	⇓ **20**
Vulnerabilitate la rău și boală	48	⇓ **36**
Protecționism / ego infantil	24	⇓ **12**
Subjugare/revendicare	8	**8**
Auto-sacrificiu	92	⇓ **62**
Inhibiție emoțională	32	⇓ **24**
Standarde nerealiste / hipercriticism	100	⇓ **60**
Grandomanie	24	**24**
Autocontrol / autodisciplină insuficientă	16	**16**
Căutarea aprobării / recunoaștere	96	⇓ **67**
Negativism/pasivitate	52	⇓ **45**

Evoluția indicatorilor comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar

Rezultatele evaluărilor pre- și post-intervenție (*Figura 3.49*) pentru Ana oferă indicii clare cu privire la impactul pozitiv al intervenției psihologice asupra aspectelor legate de corp. În ceea ce privește Nemulțumirea față de corp, s-a observat o scădere semnificativă de la 79 la 64, reflectând o îmbunătățire a percepției pacientei asupra propriului corp în urma procesului terapeutic. Același trend pozitiv se regăsește și în cazul dorinței de a fi slab, unde scorul a scăzut

de la 56 la 26. Aceasta indică o schimbare în modul în care Ana își percepe și își dorește să arate, manifestând o mai mare acceptare și confort cu propria sa imagine corporală.

Rezultatele constante pentru Bulimie (4 la pre-test și post test) sugerează că această problemă nu a reprezentat un aspect major de lucru în intervenția curentă sau că ar putea necesita abordări specifice suplimentare în viitor. În ansamblu, scăderea semnificativă a Nemulțumirii față de corp și a Dorinței de a fi slab arată că intervenția psihologică a fost eficientă în sprijinirea Anei să-și construiască o relație mai sănătoasă și mai pozitivă cu propriul său corp.

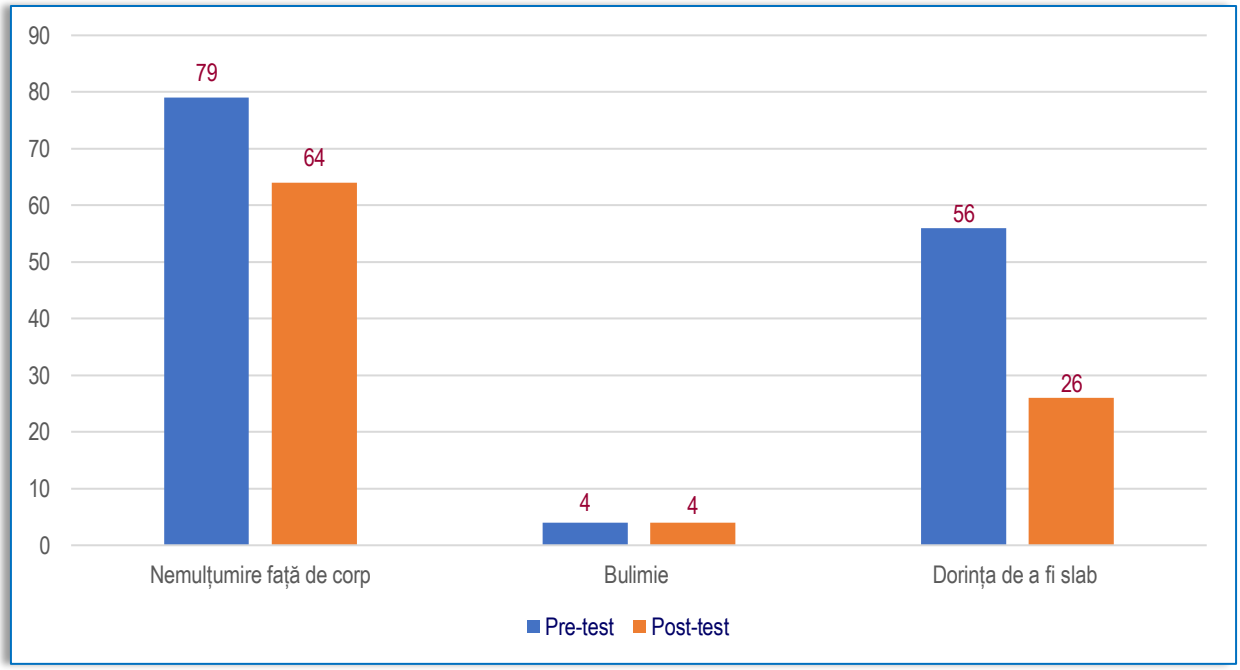


Fig. 3.49. Evoluția nivelului riscului dezvoltării unei tulburări de comportament alimentar, etapele pre-test/post-test

Concluzii privind starea psihologică a adolescentei post-intervenție

Anxietate și gestionarea stresului:

În urma intervenției, pacienta a manifestat o reducere semnificativă a anxietății generale, evidențiată prin exprimarea mai relaxată în situații de evaluare și gestionarea eficientă a stresului.

Frica de a se autoafirma a cunoscut o diminuare semnificativă, reflectând o îmbunătățire în abordarea și exprimarea identității personale.

Schemele cognitive dezadaptative:

Pacienta a evidențiat o îmbunătățire semnificativă în abordarea Auto-sacrificiului, exprimând o mai mare atenție la propriile nevoi și bunăstare.

În ceea ce privește Căutarea aprobării/recunoașterii, s-a observat o reducere semnificativă, indicând o autonomie sporită și încredere în sine.

Standardele nerealiste/hipercriticism au înregistrat o scădere semnificativă, semnalând o abordare mai echilibrată și mai blândă în autoevaluarea sa.

Imaginea corporală și relația cu corpul:

Nemulțumirea față de corp a înregistrat o reducere semnificativă, indicând o îmbunătățire a percepției asupra propriei imagini corporale.

Dorința de a fi slab a scăzut semnificativ, reflectând o schimbare pozitivă în modul în care Ana își percepe și își dorește să arate.

Recomandări pentru pacientă

- Continuarea terapiei pentru a consolida progresele obținute și pentru a aborda orice aspecte rămase nerezolvate. O ședință de întreținere lunară sau trimestrială ar putea fi benefică pentru a monitoriza evoluția și a interveni la nevoie.
- Implicarea pacientei în tehnici de gestionare a stresului, cum ar fi meditația sau yoga, pentru a consolida abilitățile dobândite în cadrul terapiei.
- Implicarea în activități care îi consolidează încrederea și îi oferă un sentiment de putere și control, cum ar fi participarea la proiecte personale sau sociale.
- Menținerea și să cultivarea rețelei sociale pozitive, implicându-se în interacțiuni care îi aduc sprijin emoțional și relații sănătoase.

Recomandări pentru părinții pacientei:

- Promovarea unui mediu deschis și empatic în cadrul familiei, încurajând discuțiile sincere despre emoții și experiențe.
- Implicarea activă în progresul terapiei, întreținând comunicarea cu terapeutul pentru a înțelege și sprijini strategiile și abordările terapeutice.
- Recunoașterea realizărilor și progreselor adolescentei, promovând astfel dezvoltarea unei stime de sine sănătoase și încrederea în propriile abilități.
- Planificarea și implicarea familiei în activități pozitive care să încurajeze un mediu de sprijin și să contribuie la starea de bine generală a fiecărui membru al familiei.
- Participarea la ședințele de informare și educație în diabet pentru a îmbunătăți înțelegerea asupra problemelor cu care se confruntă adolescenta și pentru a se adapta mai eficient sprijinul acordat.
- Menținerea unui echilibru între sprijinirea adolescentei și menținerea propriului bunăstare este esențială pentru a oferi sprijin constant.

Observații și concluzii asupra intervenției de grup și intervenției individuale

În continuare, vor fi descrise observațiile făcute de către psiholog asupra comportamentului subiecților atât în timpul intervenției de grup, cât și a intervenției individuale.

Intervenția de grup:

- Participanții au interacționat activ și au empatizat reciproc la auzul experiențelor asemănătoare. Vârsta apropiată dintre subiecți, diagnosticul cu care se confruntă, trăirile și emoțiile similare a facilitat sentimentul de apartenență și de solidaritate;
- Unii participanți au fost reticenți în a se implica în discuții la începutul programului, însă pe măsură ce unii adolescenți mai sociabili se deschideau, deveneau și ei mai înclinați să se exprime;
- În timpul unor ședințe, unii participanți pot monopoliza discuția, în timp ce alții rămân mai puțin activi, ceea ce poate produce frustrare. A fost important de transmis într-un mod asertiv mesajul că timpul este alocat egal tuturor;
- Participanții au menționat că este curios faptul că aceeași problematică poate fi trăită prin atâtea perspective și că nu sunt singuri în această situație.

Intervenția individuală:

- S-a observat că deschiderea adolescentei a avut loc mai rapid decât în cazul terapiei de grup;
- La început s-a remarcat un disconfort al participantei de a fi expusă unu la unu prin evitarea contactului vizual și răspunsuri monosilabice, dar prin conversație și validare a stării adolescentei, am reușit să fie indusă o stare de relaxare;
- Fiind timpul alocat doar unui singur participant, am reușit să cercetăm mai mult funcționarea psihică a adolescentei, creându-se o relație terapeutică mai profundă. De asemenea, participanta a fost mai concentrată pe sine și pe propriile experiențe, fără a fi distrasă de problemele și dinamica celorlalți.

Ambele forme de intervenție au avantajele și dezavantajele lor în funcție de caz. **Intervenția de grup** este mai potrivită pentru situațiile în care participanții au nevoie de sprijin social și de sentimentul de apartenență. Este eficientă în cazul problemelor comune, unde schimbul de experiențe poate avea un efect benefic asupra motivației și progresului individual. **Intervenția individuală**, pe de altă parte, este ideală pentru probleme personale, complexe și foarte sensibile, unde participantul are nevoie de atenție și suport personalizat.

3.5. Concluzii la capitolul 3

În acest capitol al lucrării, am identificat și prezentat – în baza rezultatelor constatative – un program de intervenție psihologică care a inclus cele mai eficiente metode pentru îmbunătățirea funcționalității mintale în cazul subiecților cu diabet tip 1. Analiza rezultatelor pre-test/post-test a confirmat eficacitatea programului de intervenție cu privire la anumite aspecte psihologice, demonstrând că obiectivul principal al cercetării a fost atins cu succes.

1. *Indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar*. Programul de intervenție psihologică pare să fie foarte eficient în reducerea „Nemulțumirii față de corp" și „Dorinței de a fi slab" la adolescenții diabetici. În ceea ce privește bulimia, rezultatele nu furnizează concluzii clare, sugerând că investigații suplimentare sau o dimensiune de eșantion mai mare ar putea fi necesare pentru a confirma eficacitatea psihoterapiei în această privință.
2. *Manifestarea schemelor cognitive dezadaptative.* În ansamblu, rezultatele indică o eficacitate semnificativă a intervenției psihologice în modificarea unor scheme cognitive specifice la adolescenții cu diabet zaharat. Schemele care au înregistrat succes semnificativ în urma intervenției psihoterapeutice include: „Izolare socială / înstrăinare", „Defect/rușine", „Eșec", „Dependență/incompetență", „Vulnerabilitate la rău și boală", „Protecționism / ego infantil", „Subjugare/revendicare", „Auto-sacrificiu", „Inhibiție emoțională", „Standarde nerealiste / hipercriticism", „Grandomanie", „Autocontrol / autodisciplină insuficientă", „Căutarea aprobării / recunoaștere", „Negativism/pasivitate" și „Penalizare". Cu toate acestea, schemele cognitive „Deprivare emoțională", „Abandon/instabilitate", „Neîncredere/abuz" nu au evidențiat diferențe semnificative statistic între pre-test și post-test, indicând posibile limitări ale intervenției în aceste domenii specifice. Este important să se ia în considerare particularitățile individuale ale adolescenților și să se adapteze abordările terapeutice pentru a maximiza beneficiile asupra stării lor psihologice.
3. *Anxietate*a. Intervenția psihologică a avut un impact semnificativ și pozitiv în reducerea nivelului anxietății generale la adolescenții diabetic, contribuit la îmbunătățirea stării de bine emoțională a adolescenților diabetici și la o gestionare mai eficientă a anxietății lor. Aceste rezultate pot indica nu doar o schimbare pe termen scurt, ci și beneficii semnificative în gestionarea aspectelor emoționale pe termen lung. Astfel, această formă de intervenție pare să fie eficientă și relevantă pentru adolescenții diabetici în ceea ce privește gestionarea anxietății generale.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Adolescenții cu diabet zaharat tip 1 și tulburări de comportament alimentar se confruntă cu provocări semnificative în gestionarea bolii lor cronice, care afectează diverse aspecte ale vieții lor. Aceste provocări includ aderarea dificilă la regimurile stricte de tratament, comportamente riscante și dificultăți cognitive și emoționale. Tulburările de comportament alimentar sunt frecvente în rândul adolescenților cu diabet zaharat tip 1, fiind influențate de factori psihologici, socioculturali și specifici diabetului. Aceste tulburări au un impact negativ semnificativ asupra sănătății mintale și comportamentelor alimentare ale adolescenților cu diabet zaharat tip 1, afectându-le calitatea vieții și bunăstarea generală.

1. Tulburările de comportament alimentar și anxietatea sunt frecvente și comorbide în rândul adolescenților cu diabet zaharat tip 1, complicând tratamentul medical și afectând negativ calitatea vieții acestora**.** Studiul a relevat că adolescenții cu diabet zaharat tip 1 și tulburări de comportament alimentar prezintă niveluri semnificativ mai ridicate de anxietate generală, frică de autoafirmare și o rezistență scăzută la stres în comparație cu adolescenții fără diabet zaharat tip 1 sau fără tulburări de comportament alimentar. Această comorbiditate complică tratamentul și subliniază necesitatea intervențiilor timpurii și integrate, care să abordeze atât aspectele psihologice, cât și cele fizice ale acestei afecțiuni.
2. Există o relație semnificativă între schemele cognitive dezadaptative, anxietate și tulburările de comportament alimentar în rândul adolescenților cu diabet zaharat tip 1. Studiul a identificat corelații semnificative între anxietate și indicatorii comportamentali ai tulburărilor de comportament alimentar, precum și între schemele cognitive dezadaptative și acești indicatori. Aceste corelații sugerează că abordările terapeutice trebuie să fie cuprinzătoare și personalizate pentru a aborda atât aspectele cognitive, cât și emoționale ale subiecților. O astfel de abordare poate contribui la îmbunătățirea sănătății mentale și la gestionarea mai eficientă a diabetului zaharat tip 1.
3. Intervențiile psihologice integrate sunt esențiale pentru îmbunătățirea stării mentale și gestionării diabetului zaharat tip 1 la adolescenți, oferind suport complet și cuprinzător. Studiul a subliniat necesitatea implementării unor intervenții care să combine suportul psihologic cu tratamentul biomedical. Intervențiile psihologice au demonstrat eficacitate în reducerea anxietății generale și a manifestărilor schemelor cognitive dezadaptative, îmbunătățind astfel starea de bine emoțională și calitatea vieții adolescenților cu diabet

zaharat tip 1. Aceste intervenții sunt esențiale pentru a asigura o îngrijire holistică și eficientă pentru această populație vulnerabilă.

4. Programul de intervenție psihologică dezvoltat și validat în cadrul studiului s-a dovedit eficient în ameliorarea simptomatologiei asociate tulburărilor de comportament alimentar, anxietății și schemelor cognitive dezadaptative la adolescenții cu diabet zaharat tip 1. Intervenția a contribuit la reducerea nemulțumirii față de corp, dorinței de a fi slab și anumitor scheme cognitive dezadaptative, demonstrând un impact pozitiv semnificativ asupra sănătății mintale și gestionării diabetului. Acest program poate fi utilizat cu succes în cadrul asistenței medicale și psihologice, având un efect benefic de durată asupra bunăstării emoționale și fizice a adolescenților.

Sintetizând rezultatele științifice obținute, putem afirma cu ceretitudine că scopul și obiectivele de cercetare propuse au fost realizate pe deplin. Drept urmare, a fost soluționată problema științifică importantă constând în identificarea particularităților psihologice manifestate în tulburările de comportament alimentar la adolescenții cu diabet zaharat tip 1, înțelegerea relației dintre aceste tulburări cu anxietatea și schemele cognitive dezadaptative și elaborarea unui program de intervenție psihologică. Acest program a avut drept efect ameliorarea nivelului anxietății și manifestărilor schemelor cognitive dezadaptative, contribuind la îmbunătățirea bunăstării adolescenților afectați.

Rezultatele studiului teoretico-experimental realizat oferă ocazia de a propune o serie de recomandări pentru dezvoltarea cercetărilor viitoare și a practicilor psihologice în domeniul combaterii tulburărilor de comportament alimentar și gestionării diabetului zaharat tip 1 la adolescenți.

Recomandări pentru specialiștii în sănătate mintală

- Colaborare activă cu echipa medicală care tratează diabetul pentru a asigura abordarea holistică a tratamentului, care să includă atât aspectele medicale, cât și cele psihologice.
- Punerea accentului pe identificarea și contestarea gândurilor disfuncționale și schemele cognitive asociate cu anxietatea și tulburările de comportament alimentar, precum schema standarde nerealiste, hipercriticism, căutarea aprobării și auto-sacrificiu.
- Implementarea de tehnici narative prin care adolescenții să-și rescrie propriile povești despre diabet, accentuând momentele de succes și tactici funcționale.
- Oferirea de psihoeducație despre influența diabetului asupra imaginii corporale, acceptării corpului și cultivarea unei relații mai blânde și mai iertătoare cu propriul corp.
- Utilizarea tehnicilor de relaxare pentru a reduce nivelul general de anxietate asociat cu gestionarea diabetului.
- Organizarea de grupuri de suport pentru adolescenții cu diabet, oferind un context sigur în care să primească validare, să se exprime liber și să învețe strategii adaptative.
- Evaluarea periodică a nivelului anxietății, schemelor cognitive și indicatorilor tulburărilor de comportament alimentar prin teste psihometrice precum EDI-3, YSQ-S3R și Philips și ajustarea intervenției în funcție de nevoile și evoluția fiecărui subiect.

Recomandări pentru părinții adolescenților

- Crearea unui mediu familial de suport în care părinții ar trebui să creeze un mediu familial deschis și suportiv, unde adolescenții să se simtă confortabil să discute despre provocările lor legate de diabetul zaharat tip 1 și tulburările de comportament alimentar și să-și exprime trăirile pentru a fi validate.
- Monitorizarea atentă a comportamentului alimentar, a schimbărilor în comportamentul al copiilor lor și să observe semnele de disfuncție alimentară.
- Încurajarea discuțiilor referitor la gestionarea stresului, impactul emoțional al bolii și oferirea de spațiu pentru exprimarea temerilor, frustrării și tristeții fără a fi judecați.

Recomandări privind dezvoltarea cercetărilor de perspectivă:

- Investigarea rolului altor factori psihologici, cum ar fi depresia, stima de sine, reziliența și suportul social, în relația cu tulburările de comportament alimentar și anxietatea la adolescenții cu diabet zaharat tip 1. Studierea modului în care aceste variabile psihologice

interacționează și influențează gestionarea diabetului și sănătatea mintală a adolescenților, pentru a identifica noi oportunități de intervenție și suport psihologic

- Realizarea de studii cu eșantioane mai mari pentru a confirma și extinde concluziile actuale privind eficacitatea intervențiilor psihologice. Replicarea studiilor în diferite contexte culturale și geografice pentru a evalua nivelul de generalizare a rezultatelor.
- Dezvoltarea și testarea programelor de prevenție timpurie care vizează reducerea riscului de tulburări de comportament alimentar și anxietate la adolescenții cu diabet zaharat tip 1. Evaluarea impactului intervențiilor timpurii asupra stării de bine emoționale și a calității vieții pe termen lung.
- Impactul asupra familiilor. Studierea impactului diabetului zaharat tip 1 și al tulburărilor de comportament alimentar asupra familiilor adolescenților, inclusiv stresul și dinamica familială. Cercetarea eficienței programelor de suport pentru părinți și familii în gestionarea stării emoționale și a comportamentelor alimentare ale adolescenților

BIBLIOGRAFIE

1. ABBASI, A., ZAHRAKAR, K., POURGHAZ, A. et al. The effectiveness of narrative therapy on anxiety and tolerance of people with generalized anxiety disorder. In: *Via Medica*, 2020, nr. 4(17), pp. 181-185. ISSN 1732-9841.
2. ABEBE, D.S., LIEN, L., TORGERSENET, L. et al. Binge eating, purging and non-purging compensatory behaviours decrease from adolescence to adulthood: A population-based, longitudinal study. In: *BMC Public Health*, 2012, nr. 12(1). 10 p. ISSN 1471-2458.
3. ACKARD, D.M., FULKERSON, J.A., NEUMARK-SZTAINER, D. Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. In: *International Journal of Eating Disorders*, 2007, Vol. 40(5), pp. 409-417. ISSN 0276-3478.
4. ADVANI, S. et al. Eating everything except food (PICA): A rare case report and review. In: *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 2014, Vol. 4(1), pp. 1-4. ISSN 2250-1002.
5. AGRAS, W.S. et al. Report of the National Institutes of Health Workshop on Overcoming Barriers to Treatment Research in Anorexia Nervosa. In: *International Journal of Eating Disorders*, 2004, Vol. 35, pp. 509-521. ISSN 0276-3478.
6. ALLEN, H.N., CRAIGHEAD, L.W. Appetite monitoring in the treatment of binge eating disorder. In: *Behavior Therapy*, 1999, Vol. 30(2), pp. 253-272. ISSN 0005-7894.
7. AL-YATEEM, N., ROSSITER, R., ROBB, W.F. et al. Anxiety-related disorders in adolescents in the United Arab Emirates: A population-based cross-sectional study. In: *BMC Pediatrics*, 2020, Vol. 20(1), pp. 1-8. ISSN 1471-2431.
8. American Diabetes Association. Eating disorders. In: *Diabetes Care*, 2020, Vol. 43 (Supplement 1), S185-S193. ISSN 0149-5992.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2013. 990 p. ISBN 978-0-89042-554-1.
10. ANDERSON, K., RIEGER, E., CATERSON, I. A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. In: *Journal of Psychosomatic Research*, 2006, Vol. 60(3), pp. 245-252. ISSN 0022-3999.
11. ARAIA, E. et al. Gender differences in disordered eating behaviors and body dissatisfaction among adolescents with type 1 diabetes: Results from diabetes MILES youth-Australia. In: *International Journal of Eating Disorders*, 2017, Vol. 50, pp. 118-1193. ISSN 0276-3478.
12. ARNTZ, A., JACOB, G. *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. New Jersey: Wiley-Blackwell, 2012. 280 p. ISBN 978-1119962861.

13. ATTIA, E., SCHROEDER, L. Pharmacologic treatment of anorexia nervosa: Where do we go from here? In: *International Journal of Eating Disorders*, 2005, Vol. 37, pp. 60-63. ISSN 0276-3478.
14. BALL, J., MITCHELL, P. A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. In: *Journal of Eating Disorders*, 2004, Vol. 12, pp. 303-314. ISSN 2050-2974.
15. BARCACCIA, B., PALLINI, S., BAIOCCO, R. et al. Dysfunctional eating behaviors, anxiety, and depression in Italian boys and girls: The role of mass media. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2018, Vol. 40(1), pp. 72-77. ISSN 1516-4446.
16. BARNARD, K.D., LLOYD, C.E., HOLT, R.I.G. *Psychology and diabetes care: A practical guide*. London: Springer-Verlag, 2012. 238 p. ISBN 978-0-85729-572-9.
17. BECK, A.T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Penguin Publishing Group, 1979. 368 p. ISBN 978-0452009288.
18. Beck, A.T. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. In: *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1967, Vol. 18, p. 249. ISSN 0035-8797.
19. BELLACK, A.S., HERSEN, M. (Eds.). *Psychopathology in Adulthood* (2nd ed.). New York: Allyn and Bacon, 2000, pp. 419-441. ISBN 978-0205200276.
20. BERGERON, D., TYLKA, T.L. Support for the uniqueness of body dissatisfaction from drive for muscularity among men. In: *Body Image*, 2007, Vol. 4(3), pp. 288-295. ISSN 1740-1445.
21. BIVOL, R., RACU, I. Studiul comparativ al personalității adolescentelor cu comportament alimentar restrictiv. În: *Cercetarea în ştiinţe ale educaţiei şi în psihologie: provocări, perspective",* conferinţă ştiinţifică naţională, 16 septembrie 2021, Chişinău. Chişinău: „Print-Caro" SRL, 2021) pp. 316-321. ISBN 978-9975-56-934-7.
22. BLECHERT, J. et al. Electrocortical processing of food and emotional pictures in anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: *Psychosomatic Medicine*, 2011, Vol. 73, pp. 415-421. ISSN 0033-3174.
23. BRYDEN, K.S. et al. Eating habits, body weight, and insulin misuse: A longitudinal study of teenagers and young adults with type 1 diabetes. In: *Diabetes Care*, 1999, Vol. 22, 1956-1960. ISSN 0149-5992.
24. BUCUN, N., CREȚU, C.F. Mindfulness și psihoterapia cognitiv-comportamentală în intervenția asupra anxietății la copii (programul „mindful time for kids"). În: *Studia Universitatis Moldaviae (Seria Științe ale Educației)* , 2020, nr. 11, pp. 33-38. ISSN 2345-1025.
25. BÜHREN, K., HERPERTZ-DAHLMANN, B., HOLTKAMP, K. et al. Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first-onset anorexia nervosa. In: *European Eating Disorders Review*, 2014, Vol. 22(1), pp. 39-44. ISSN 1099-0968.

26. CACCAVALE, L.J. et al. Associations of disordered eating behavior with the family diabetes environment in adolescents with Type 1 diabetes. In: *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 2015, Vol. 36, pp. 8-13. ISSN 0196-206X.
27. CAMERON, F.J., NORTHAM, E.A. Childhood precursors of adolescent outcomes in type 1 diabetes mellitus. In: *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 2005, Vol. 18(3), pp. 223-234. ISSN 2191-0251.
28. CARROT, B., RADON, L., HUBERT, T. et al. Are lifetime affective disorders predictive of long-term outcome in severe adolescent anorexia nervosa? In: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2017, Vol. 26(8), pp. 969-978. ISSN 1435-165X.
29. CARUSO, N.C., RADOVANOVIC, B., KENNEDY, J.D. et al. Sleep, executive functioning and behaviour in children and adolescents with type 1 diabetes. In: *Sleep Medicine*, 2014, Vol. 15(2), pp. 240-246. ISSN 1389-9457.
30. CASH, T.F. (Ed.). *Encyclopedia of body image and human appearance*. Amsterdam: Academic Press, 2012. 884 p. ISBN 978-0-12-384925-0.
31. CASH, T.F., HRABOSKY, J.I. The effects of psychoeducation and self-monitoring in a cognitive-behavioral program for body-image improvement. In: *Eating Disorders Journal of Treatment & Prevention*, 2003, Vol. 11, pp. 255-270. ISSN 1064-0266.
32. CERLAT, R., ANGHELUȚA, V. Dimensiuni ale perfecționismului și caracteristici ale bulimiei la adolescenți. În: *Studia Universitatis Moldaviae (Seria Ştiinţe ale Educaţiei)*, 2022, nr. 9(159), pp. 142-147. ISSN 1857-2103.
33. CHEN, E. et al. Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. In: *International Journal of Eating Disorders*, 2003, Vol. 33, pp. 241-254. ISSN 0276-3478.
34. CLARK, G.I., EGAN, S.J. The Socratic method in cognitive behavioural therapy: A narrative review. In: *Cognitive Therapy and Research*, 2015, Vol. 39(6), pp. 863-879. ISSN 0147-5916.
35. CLERY, P. et al. Systematic review and meta-analysis of the efficacy of interventions for people with Type 1 diabetes mellitus and disordered eating. In: *Diabetic Medicine*, 2017, Vol. 34, pp. 1667-1675. ISSN 0742-3071.
36. COLTON, P., OLMSTED, M., DANEMAN, D. et al. Disturbed eating behavior and eating disorders in preteen and early teenage girls with type 1 diabetes: A case-controlled study. In: *Diabetes Care*, 1994, Vol. 17(7), pp. 741-743. ISSN 0149-5992.
37. COLTON, P.A. et al. Eating disorders in girls and women with type 1 diabetes: A longitudinal study of prevalence, onset, remission, and recurrence. In: *Diabetes Care*, 2015, Vol. 38, pp. 1212-1217. ISSN 0149-5992.

38. COLTON, P.A., OLMSTED, M.P., DANEMAN, D. et al. Disturbed eating behavior and eating disorders in preteen and early teenage girls with type 1 diabetes: A case-controlled study. In: *Diabetes Care*, 2004, Vol. 27(7), pp. 1654-1659. ISSN 0149-5992.
39. **CONDREA**, **V.** Aspecte psihologice ale obezității. În: *Cercetarea în ştiinţe ale educaţiei şi în psihologie: provocări, perspective",* conferinţă ştiinţifică naţională, 16 septembrie 2021, Chişinău. Chişinău: „Print-Caro" SRL, 2021a, pp. 325-330. ISBN 978-9975-56-934-7. [citat 10.12.2021]. Disponibil: https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/150150
40. **CONDREA**, **V.** Correlation between anxiety and maladaptive cognitive schemas in teenagers with type 1 diabetes. In: *Education for Peace and Sustainable Development.* The 6 th International Conference on Adult Education., November 9-11, 2023, Chisinau, Republic of Moldova. Chișinău: S.n. (CEP USM), 2023, pp. 97-98. ISBN 978-9975-62-593-7. [citat 10.12.2021]. Disponibil: https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/194974
41. **CONDREA**, **V.** Influența anxietății asupra comportamentului alimentar. În: *Psihologia aplicativă din perspectiva abordărilor societale contemporane*, Ed. 1, 3 decembrie 2021, Chişinău. Chişinău: FPC „PRIMEX-Com" SRL, 2021b, pp. 46-53. ISBN 978-9975-159-01-2. [citat 10.12.2021]. Disponibil: https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/185150
42. **CONDREA**, **V.** Influența ostilității asupra comportamentului alimentar. În: *Formarea profesională medicală – viziuni, acțiuni și performanțe*, vol. 1, Materialele Conferinţei a 9-a Naţionale cu participare internaţională a cadrelor didactice din învățământul profesional medical, 18-19 noiembrie 2021, Chișinău, Republica Moldova. Chișinău: S.n. (Print-Caro SRL), 2021c, pp. 72-78. ISBN 978-9975-56-967-5. [citat 10.12.2021]. Disponibil: https://ise.upsc.md/uploads/files/1640697349_materialele_conferintei_cercetarea_psihologie i-cop.pdf
43. **CONDREA**, **V.** Manifestarea schemelor cognitive dezadaptative la adolescenții cu diabet zaharat de tip 1. In: *Current Affairs and Perspectives in Psychological Research: International conference of applied psychology*. Ed. a 2-a, 29-30 noiembrie 2022, Chisinău, Republic of Moldova. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic al USM, 2022, pp. 84-91. [citat 10.12.2021]. Disponibil: https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/171761
44. **CONDREA**, **V.** Mecanisme de apărare și calitatea vieții la pacienții cu diabet zaharat tip 2. În: *Journal of Romanian Literary Studies*. 2024b, nr. 37, pp. 773-777. ISSN 2248-3004. [citat 10.12.2021]. Disponibil: https://asociatia-alpha.ro/jrls/37-2024-Jrls-b.pdf
45. **CONDREA**, **V.** Particularitățile manifestării tulburărilor comportamentului alimentar la adolescenții cu diabet. În: *Psihologie, revista ştiinţifico-practică*. 2024, nr. 1(44), pp. 64-72. ISSN 1857-2502. [citat 10.12.2021]. Disponibil: https://journals.indexcopernicus.com/search/article?articleId=3947281

46. **CONDREA**, **V.** Procesarea vizuală în tulburarea dismorfică corporală. În: *Integrare prin cercetare și inovare: Științe sociale*, 10-11 noiembrie 2021, Chișinău, Republica Moldova. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic al USM, 2021d, SS, pp. 28-29. ISBN 978-9975-158-55-8. [citat 10.12.2021]. Disponibil: https://cercetare.usm.md/wp-content/uploads/St_sociale_07_12.pdf
47. **CONDREA**, **V.** Relationship between anxiety and glycated hemoglobin in adolescents with type 1 diabetes. În: *Studia Universitatis Moldaviae (Seria Ştiinţe ale Educaţiei).* 2024a, nr. 5(175), pp. 206-211. ISSN 1857-2103. [citat 10.12.2021]. Disponibil: https://educational.studiamsu.md/nr-5-175/
48. CONROY, M. et al. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. In: *General Hospital Psychiatry*, 2008, Vol. 30(1), pp. 67-72. ISSN 0163-8343.
49. COOPER, M. Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review. In: *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1997, Vol. 25, pp. 113-145. ISSN 1469-1833.
50. COOPER, M., TURNER, H. Underlying assumptions and core beliefs in anorexia nervosa and dieting. In: *British Journal of Clinical Psychology*, 2000, Vol. 39(2), pp. 215-218. ISSN 2044-8260.
51. COOPER, M.J. Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. In: *Clinical Psychology Review*, 2005, Vol. 25(4), pp. 511-531. ISSN 0272-7358.
52. COOPER, M.J., ROSE, K.S., TURNER, H. The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. In: *Eating Behaviors*, 2006, Vol. 7(1), pp. 27-35. ISSN 1873-7358.
53. COOPER, M.J., TODD, G., WELLS, A. Content, origins, and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1998, Vol. 12, pp. 213-230. ISSN 1938-887X.
54. COOPER, M.J., WELLS, A., TODD, G. A cognitive model of bulimia nervosa. *British* In: *Journal of Clinical Psychology*, 2004, Vol. 43, pp. 1-16. ISSN 0144-6657.
55. CORNING, A.F., HEIBEL, H.D. Re-thinking eating disorder prevention: The case for prioritizing the promotion of healthy identity development. In: *Eating Disorders*, 2015, Vol. 24(1), pp. 106-113. ISSN 1532-530X.
56. CORRIGAN, P.W., DRUSS, BG., PERLICK, D.A. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. In: *Psychological Science in the Public Interest*, 2014, Vol. 15(2), pp. 37-70. ISSN 1539-6053.

57. DAMIANO, S. R. et al. Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. In: *Eating Behaviors International Journal*, 2015, Vol. 16, pp. 64-71. ISSN 1873-7358.
58. DARE, C. et al. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial of out-patient treatments. In: *British Journal of Psychiatry*, 2001, Vol. 178, pp. 216-221. ISSN 0007-1250.
59. DAVID, D. *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*. Ed. a III-a. Iași: Polirom, 2017. 368 p. ISBN 978-973-46-6819-9.
60. DECKERSBACH, T. et al. Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder. In: *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2000, Vol. 6(6), pp. 673-681. ISSN 1355-6177.
61. DELAMATER, A.M., de WIT, M., McDARBY, V. et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Psychological care of children and adolescents with type 1 diabetes. In: *Pediatric Diabetes*, 2018, Vol. 19(S27), pp. 237-249. ISSN 1399-543X.
62. DESOCIO, J.E. Challenges in diagnosis and treatment of comorbid eating disorders and mood disorders. In: *Perspectives in Psychiatric Care*, 2019, Vol. 55(3), pp. 494-500. ISSN 0031-5990
63. DINGEMANS, A.E., SPINHOVEN, P., van FURTH, E.F. Maladaptive core beliefs and eating disorder symptoms. In: *Eating Behaviors*, 2006, Vol. 7(3), pp. 258-265. ISSN 1873-7358.
64. DOYLE, E.A. et al. Disordered eating behaviors in emerging adults with type 1 diabetes: A common problem for both men and women. In: *Journal of Pediatric Health Care*, 2017, Vol. 31, pp. 327-333. ISSN 0891-5245.
65. DUDĂU, D., MITROFAN, L. Necesitatea suportului psihologic în cazul pacienților diagnosticați cu diabet. În: *Revista de psihologie*, 2019, nr. 1(65), pp. 55-74. ISSN 0034-8759.
66. DURLAK, J.A., FURNHAM, T., LAMPMAN, C. Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children: A meta-analysis. In: *Psychological Bulletin*, 1991, Vol. 110, pp. 204-214. ISSN 1939-1455.
67. EILANDER, M.M.A., de WIT, M., ROTTEVEEL, J. et al. Diabetes IN develOpment (DINO): The bio-psychosocial, family functioning and parental well-being of youth with type 1 diabetes: A longitudinal cohort study design. In: *BMC Pediatrics*, 2015, Vol. 15, p. 40. ISSN 1471-2431.
68. EISLER, I. et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 2000, Vol. 41, 727-736. ISSN 0021-9630.

69. ELMQUIST, J., SHOREY, R.C., ANDERSON, S.E. et al. The relationship between early maladaptive schemas and eating-disorder symptomatology among individuals seeking treatment for substance dependence. In: *Addiction Research & Theory*, 2015, Vol. 23, pp. 429-436. ISSN 2155-6105.
70. ESNAOLA, I., RODRÍGUEZ, A., GOÑI, A. Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: Gender and age differences. In: *Salud Mental*, 2010, Vol. 33(1), pp. 21-29. ISSN 0185-3325.
71. FAIRBURN, C.G. et al. Eating disorders in young adults with insulin dependent diabetes mellitus: A controlled study. In: *BMJ*, 1991, Vol. 303, pp. 17-20. ISSN 0966-6494.
72. FAIRBURN, C.G. et al. Psychotherapy and bulimia nervosa: The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. In: *Archives of General Psychiatry*, 1993, Vol. 50, pp. 419-428. ISSN 0003-990X.
73. FAIRBURN, C.G. Evidence-based treatment of anorexia nervosa. In: *International Journal of Eating Disorders*, 2005, Vol. 37(Suppl.), pp. 26-30. ISSN 0276-3478.
74. FAIRBURN, C.G., BOHN, K. Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome „Not Otherwise Specified" (NOS) category in DSM-IV. In: *Behaviour Research and Therapy*, 2005, Vol. 43, pp. 691-701. ISSN 0005-7967.
75. FAIRBURN, C.G., COOPER, Z., SHAFRAN, R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A transdiagnostic theory and treatment. In: *Behaviour Research and Therapy*, 2003, Vol. 41, pp. 509-528. ISSN 0005-7967.
76. FAIRBURN, C.G., WILSON, G.T. (Eds.). *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press, 1993. 419 p. ISBN 978-0898628586.
77. FEUSNER, J.D. et al. Inverted face processing in body dysmorphic disorder. In: *Journal of Psychiatric Research*, 2010, Vol. 44(15), pp. 1088-1094. ISSN 0022-3956.
78. FLADUNG, A.K. et al. A neural signature of anorexia nervosa in the ventral striatal reward system. In: *American Journal of Psychiatry*, 2010, Vol. 167, pp. 206-212. ISSN 0002-953X.
79. FLORESCU, S., BĂBAN, A., DUMITRESCU, D. et al. The Romanian mental health study: Main aspects of lifetime prevalence and service use of DSM-IV disorders. In: *Management in Health*, 2009, nr. 13, pp. 22-29. ISSN 2067-7561.
80. FORBUSH, K., HEATHERTON, T.F., KEEL, P.K. Relationships between perfectionism and specific disordered eating behaviors. In: *International Journal of Eating Disorders*, 2007, Vol. 40, pp. 37-41. ISSN 0276-3478.
81. FÜSTÖS, J., GRAMANN, K., HERBERT, B.M. et al. On the embodiment of emotion regulation: Interoceptive awareness facilitates reappraisal. In: *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2013, Vol. 8(8), pp. 911-917. ISSN 1749-5016.

82. GABBARD, G.O., BECK, J.S., HOLMES, J. (Eds.). *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Oxford, England: Oxford University Press, 2007, pp. 177-202. ISBN 9780198520658.
83. GAGNON, C., AIME, A., BELANGER, C. Predictors of comorbid eating disorders and diabetes in people with type 1 and type 2 diabetes. In: *Canadian Journal of Diabetes*, 2017, Vol. 41, pp. 52-57. ISSN 1499-2671.
84. GARCIA, S.C., MOTA-CARDOSO, R., RIBEIRO, C. et al. Increased rates of eating disorders and their symptoms in women with major depressive disorder and anxiety disorders. In: *International Journal of Eating Disorders*, 2020, Vol. 53(11), pp. 1844-1854. ISSN 1098-108X.
85. GARNER, D.M. *EDI – 3: Inventarul tulburărilor de comportament alimentar – 3. Manual de specialitate*. Cluj-Napoca: A.S.C.R., 2010. 293 p. ISBN 9786068244099.
86. GARNER, D.M. Pathogenesis of anorexia nervosa. In: *The Lancet*, 1993, Vol. 341 (8861), pp. 1631-1635. ISSN 0140-6736.
87. GARNER, D.M., BEMIS, K.M. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. In: *Cognitive Therapy and Research*, 1982, Vol. 6, pp. 123-150. ISSN 0147-5916.
88. GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E. (Eds.). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press, 1985, pp. 160-192. ISBN 978-0-89862-642-1.
89. GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E. (Eds.). *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed.). Chichester, England: Wiley, 1997. 528 p. ISBN 9781572301863.
90. GENTILE, K., RAGHAVAN, C., RAJAH, V. et al. It doesn't happen here: Eating disorders in an ethnically diverse sample of economically disadvantaged, urban college students. In: *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 2007, Vol. 15, pp. 405-425. ISSN 1064-0266.
91. GLAVAN, A., RUSU, E. Aplicarea terapiei cognitive comportamentale în bulimia nervoasă la tineri. Studiu de caz. În: *Acta et commentationes (Ştiinţe ale Educaţiei)*, 2018, nr. 2(13), pp. 142-147. ISSN 1857-0623.
92. GOEBEL-FABBRI, A.E. Disturbed eating behaviors and eating disorders in type 1 diabetes: Clinical significance and treatment recommendations. In: *Current Diabetes Reports*, 2009, Vol. 9, pp. 133-139. ISSN 1534-4827.
93. GOEBEL-FABBRI, A.E. et al. Improvement and emergence of insulin restriction in women with type 1 diabetes. In: *Diabetes Care*, 2011, Vol. 34, pp. 545-550. ISSN 0149-5992.
94. GOEBEL-FABBRI, A.E. et al. Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes. In: *Diabetes Care*, 2008, Vol. 31(3), pp. 415-419. ISSN 0149-5992.

95. GOEBEL-FABBRI, A.E. *Prevention and recovery from eating disorders in type 1 diabetes: Injecting hope*. New York: Routledge, 2017. 127 p. ISBN 978-1138890657.
96. GRAHAM, A. *Schema therapy for anorexia nervosa: An intensive systematic individual case study: Doctoral dissertation in psychology*. Grahamstown, 2021. 651 p.
97. GRANT, M. Anxiety in adolescents. In: O'Donohue, W., Benuto, L., Tolle, L.W. (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Psychology*. Berlin: Springer, 2013. 751 p. ISBN 978-1461466321.
98. GRATZ, K.L., ROEMER, L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. In: *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2004, Vol. 26, pp. 41-54. ISSN 0882-2689.
99. GRILO, C.M., MASHEB, R.M. Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: Frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. In: *Obesity Research*, 2001, Vol. 9(5), pp. 320-325. ISSN 1071-7323.
100. GRYLLI, V., WAGNER, G., BERGER, G. Characteristics of self-regulation in adolescent girls with type 1 diabetes with and without eating disorders: A cross-sectional study. In: *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2010, Vol. 83(3), pp. 289-301. ISSN 1476-0835.
101. GÜLTEKIN, F., ERKAN, A.Z., TÜZÜNTÜRK, S. The effect of group counseling practices on trust building among counseling trainees: From the perspective of social network analysis. In: *Procedia: Social & Behavioral Sciences*, 2011, Vol. 15, pp. 2415-2420. ISSN 1877-0428.
102. HAGGER, V., HENDRIECKX, C., STURT, J. et al. Diabetes distress among adolescents with type 1 diabetes: A systematic review. In: *Current Diabetes Reports*, 2015, Vol. 16(1), p. 9. ISSN 1534-4827.
103. HALMI, K.A. et al. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: Implications for future study designs. In: *Archives of General Psychiatry*, 2005, Vol. 62, pp. 776-781. ISSN 0003-990X.
104. HANSEN, J.A., WEISSBROD, C., SCHWARTZ, D.D. Paternal involvement in pediatric type 1 diabetes: Fathers' and mothers' psychological functioning and disease management. In: *Families, Systems, & Health*, 2012, Vol. 30(1), pp. 47-61. ISSN 1091-7527.
105. HARRISON, A., SULLIVAN, S., TCHANTURIA, K. et al. Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. In: *Psychological Medicine*, 2010, Vol. 40(11), pp. 1887-1897. ISSN 1469-8978.
106. HAUGSTVEDT, A., WENTZEL-LARSEN, T., ROKNE, B. et al. Perceived family burden and emotional distress: Similarities and differences between mothers and fathers of children

with type 1 diabetes in a population-based study. In: *Pediatric Diabetes*, 2011, Vol. 12(2), pp. 107-114. ISSN 1399-543X.

107. HAWKE, L.D., RELIHAN, J., RHODES, A.E. et al. Narrative-based psychotherapies for mood disorders: A scoping review of the literature. In: *SSM - Mental Health*, 2023, Vol. 3(1). ISSN 2666-5603.
108. HEIDERSCHEIT, A. *Creative arts therapies and clients with eating disorders*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2016. 416 p. ISBN 978-1849059114.
109. HELGESON, V.S., REYNOLDS, K.A., SIMINERIO, L. et al. Parent and adolescent distribution of responsibility for diabetes self-care: Links to health outcomes. In: *Journal of Pediatric Psychology*, 2014, Vol. 39(5), pp. 514-523. ISSN 0146-8693.
110. HELGESON, V.S., SNYDER, P.R., ESCOBAR, O. et al. Comparison of adolescents with and without diabetes on indices of psychosocial functioning for 3 years. In: *Journal of Pediatric Psychology*, 2007, Vol. 32, pp. 794-806. ISSN 0146-8693.
111. HICKS WHITE, A.A., SNYDER, A. Examining youth and caregiver reports of depression and anxiety in families seeking eating disorder treatment. In: *Eating Disorders*, 2017, Vol. 26(4), pp. 326-342. ISSN 1532-530X.
112. HILLS, J. *Introduction to systemic and family therapy*. London: Bloomsbury Publishing, 2012. 216 p. ISBN 978-0230224445.
113. HOOD, K.K., BEAVERS, D.P., TUCKER, C.M. et al. Managing type 1 diabetes in adolescence: A review of research literature. In: *Journal of Pediatric Psychology*, 2017, Vol. 32(7), pp. 760-772. ISSN 0146-8693.
114. HOOD, K.K., HUESTIS, S., MAHER, A. et al. Depressive symptoms in children and adolescents with type 1 diabetes: Association with diabetes-specific characteristics. In: *Diabetes Care*, 2006, Vol. 29(6), pp. 1389-1393. ISSN 0149-5992.
115. HUGHES, E.K., GOLDSCHMIDT, A.B., LABUSCHAGNE, Z. et al. Eating disorders with and without comorbid depression and anxiety: Similarities and differences in a clinical sample of children and adolescents. In: *European Eating Disorders Review*, 2013, Vol. 21(5), pp. 386-394. ISSN 1099-0968.
116. HUGHES, M.L. et al. The relationship between different levels of cognition and behavioral symptoms in the eating disorders. In: *Eating Behaviors*, 2006, Vol. 7(2), pp. 125-133. ISSN 1873-7358.
117. JASER, S.S., FAULKNER, M.S., WHITTEMORE, R. et al. Coping, self-management, and adaptation in adolescents with type 1 diabetes. In: *Annals of Behavioral Medicine*, 2016, Vol. 51(1), pp. 30-41. ISSN 0883-6612.

118. JONES, C., HARRIS, G., LEUNG, N. Parental rearing behaviours and eating disorders: The moderating role of core beliefs. In: *Eating Behaviors*, 2005, Vol. 6(4), pp. 355-364. ISSN 1873-7358.
119. JONES, C., LEUNG, N., HARRIS, G. Dysfunctional core beliefs in eating disorders: A review. In: *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2007, Vol. 21, pp. 156-171. ISSN 0889-8391.
120. JONES, J.M. et al. Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: Cross-sectional study. In: *BMJ*, 2000, Vol. 320, pp. 1563-1566. ISSN 0959-8138.
121. KAKLEAS, K., KANDYLA, B., KARAYIANNI, C. et al. Psychosocial problems in adolescents with type 1 diabetes mellitus. In: *Diabetes & Metabolism*, 2009, Vol. 35(5), pp. 339-350. ISSN 1262-3636.
122. KAYE, W.H., FUDGE, J.L., PAULUS, M. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. In: *Biological Psychiatry*, 2001, Vol. 49, pp. 644-652. ISSN 0006-3223.
123. KEITH, L., GILLANDERS, D., SIMPSON, S. An exploration of the main sources of shame in an eating-disordered population. In: *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2009, Vol. 16(4), pp. pp. 317-327. ISSN 1099-0879.
124. KELLOGG, S.H., YOUNG, J.E. Schema therapy for borderline personality disorder. In: *Journal of Clinical Psychology*, 2006, Vol. 62, pp. 445-458. ISSN 1097-4679.
125. KLERMAN, G.L., WEISSMAN, M.M., ROUNSAVILLE, B.J. et al. *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books, 1984. 272 p. ISBN 978-0465033966.
126. KRING, A.M., SLOAN, D.M. *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*. New York: The Guilford Press, 2009. 461 p. ISBN 978-1606234501.
127. KRONSTRÖM, K., KUOSMANEN, L., SOURANDER, A. Changes in the clinical features of child and adolescent psychiatric inpatients: A nationwide time-trend study from Finland. In: *Nordic Journal of Psychiatry*, 2016, Vol. 70(6), pp. 436-441. ISSN 0803-9488.
128. KURTZ, R. *Body-Centered Psychotherapy*. Mendocino, California: Life Rhythm, 2007. ISBN 978-0940795235.
129. LAFFEL, L.M.B., CONNELL, A., VANGSNESS, L. et al. General quality of life in youth with type 1 diabetes: Relationship to patient management and diabetes-specific family conflict. In: *Diabetes Care*, 2003, Vol. 26(11), pp. 3067-3073. ISSN 0149-5992.
130. LAMPARD, A.M., TASCA, G.A., BALFOUR, L. et al. An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioral model of eating disorders. In: *European Eating Disorders Review*, 2013, Vol. 21(2), pp. 99-107. ISSN 1099-0968.

131. LAVENDER, J.M., WONDERLICH, S.A., ENGEL, S.G. et al. Dimensions of emotion dysregulation in bulimia nervosa. In: *European Eating Disorders Review*, 2014, Vol. 22(3), pp. 212-216. ISSN 1072-4133.
132. Le GRANGE, D., BINFORD, R., LOEB, K.L. Manualized family-based treatment for anorexia nervosa: A case series. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005, Vol. 44, pp. 41-46. ISSN 0890-8567.
133. LECRUBIER, Y. Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: Results from 3 European studies. In: *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 2007, Vol. 68(2), pp. 36-41. ISSN 1555-2101.
134. LEUNG, N., PRICE, E. Core beliefs in dieters and eating disordered women. In: *Eating Behaviors*, 2007, Vol. 8(1), pp. 65-72. ISSN 1873-7358.
135. LEUNG, N., WALLER, G., THOMAS, G. Core beliefs in anorexic and bulimic women. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1999a, Vol. 187(12), pp. 736-741. ISSN 1539-736X.
136. LEUNG, N., WALLER, G., THOMAS, G. Group cognitive-behavioural therapy for anorexia nervosa: A case for treatment? In: *European Eating Disorders Review*, 1999b, Vol. 7(5), pp. 351-361. ISSN 1099-0968.
137. LEUNG, N., WALLER, G., THOMAS, G. Outcome of group cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa: The role of core beliefs. In: *Behaviour Research and Therapy*, 2000, Vol. 38(2), pp. 145-156. ISSN 1873-622X.
138. LEVINSON, C.A., RODEBAUGH, T.L. Social anxiety and eating disorder comorbidity: The role of negative social evaluation fears. In: *Eating Behaviors*, 2012, Vol. 13(1), pp. 27-35. ISSN 1873-7358.
139. LOCK, J. Adjusting cognitive behavior therapy for adolescents with bulimia nervosa. In: *American Journal of Psychotherapy*, 2005, Vol. 59, pp. 267-281. ISSN 0002-9564.
140. LOCK, J., Le GRANGE, D. Family-based treatment of eating disorders. In: *International Journal of Eating Disorders*, 2005, Vol. 37 (Suppl.), pp. 64-67. ISSN 0276-3478.
141. LOCK, J., Le GRANGE, D., AGRAS, W.S. et al. *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. New York: Guilford Press, 2000. 270 p. ISBN 978-1572306073.
142. LUCK, A., WALLER, G., MEYER, C. et al. The role of schema processes in the eating disorders. In: *Cognitive Therapy & Research*, 2005, Vol. 29(6), pp. 717-732. ISSN 1573-2819.
143. LUYCKX, K., SEIFFGE-KRENKE, I., SCHWARTZ, S.J. Disturbed eating behaviors in adolescents and emerging adults with type 1 diabetes: A one-year prospective study. In: *Diabetes Care*, 2019, Vol. 42, pp. 1637-1644. ISSN 0149-5992.

144. MacDONALD, P., SHARKEY, S., ELLIS, P.M. Eating disorders in people with Type 1 diabetes: Experiential perspectives of both clients and healthcare professionals. In: *Diabetic Medicine*, 2018, Vol. 35, pp. 223-231. ISSN 0742-3071.
145. MACKENZIE, C.S., GEKOSKI, W.L., KNOX, V.J. Changes in attitudes toward seeking mental health services: A 40-year cross-temporal meta-analysis. In: *Clinical Psychology Review*, 2014, Vol. 34(2), pp. 99-106. ISSN 0272-7358.
146. MAHER, A., HEALY, L., JONES, C. Early maladaptive schemas in eating disorders: A systematic review. In: *European Eating Disorders Review*, 2022, Vol. 30, pp. 3-22. ISSN 1099-0968.
147. MAINE, M., KELLY, J. *The Body Myth: Adult Women and the Pressure to Be Perfect*. Hoboken, NJ: Wiley, 2005. 279 p. ISBN 978-0471691587.
148. MARKOWITZ, J.T., BUTLER, D.A., VOLKENING, L.K. et al. Screening tool for disordered eating in diabetes: Internal consistency and external validity in a contemporary sample of pediatric patients with type 1 diabetes. In: *Diabetes Care*, 2010, Vol. 33, pp. 495-500. ISSN 0149-5992.
149. MARTIN, K.A., REJESKI, W.J., LEARY, M.R. et al. Is the social physique anxiety scale really multidimensional? Conceptual and statistical arguments for a unidimensional model. In: *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 1997, Vol. 19, pp. 359-377. ISSN 0895-2779.
150. McFARLANE, T.L., MACDONALD, D.E., ROYAL, S. Rapid and slow responders to eating disorder treatment: A comparison on clinically relevant variables. In: *International Journal of Eating Disorders*, 2013, Vol. 46(6), pp. 563-566. ISSN 1098-108X.
151. McINTOSH, V.V., JORDAN, J., CARTER, F.A. et al. Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. In: *Psychiatry Research*, 2016, Vol. 240, pp. 412-420. ISSN 0165-1781.
152. Medichub. *Aproape 300.000 de cadre medicale profesează în România*, 2022. [citat 07.11.2023]. Disponibil: https://www.medichub.ro
153. MENEGUZZO, P., TODISCO, P., MONARO, M. The predictive value of the early maladaptive schemas in social situations in anorexia nervosa. In: *European Eating Disorders Review*, 2020, Vol. 28, pp. 318-331. ISSN 1099-0968.
154. MERWIN, R.M., MOSKOVICH, A.A., ZUCKER, N.L. Momentary predictors of insulin restriction among adults with type 1 diabetes and eating disorder symptomatology. In: *Diabetes Care*, 2015, Vol. 38, pp. 2025-2032. ISSN 0149-5992.
155. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. *Diabetul zaharat – diferența o fac nursele*. 2021 [citat 07.11.2023]. Disponibil: https://ms.gov.md/

156. MINUCHIN, S., REITER, M.D, BORDA, C. *The Craft of Family Therapy: Challenging Certainties*. New York: Routledge, 2013. 234 p. ISBN 978-0415708128.
157. MITCHISON, D., HAY, P., MOND, J. DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: Prevalence and clinical significance. In: *Psychological Medicine*, 2019, Vol. 50, pp. 981-990. ISSN 1469-8978.
158. MONELL, E., CLINTON, D., BIRGEGÅRD, A. Emotion dysregulation and eating disorders—Associations with diagnostic presentation and key symptoms. In: *International Journal of Eating Disorders*, 2018, Vol. 51, pp. 921-930. ISSN 1098-108X.
159. MUNRO, C., RANDELL, L., LAW, H. et al. A new service model for the treatment of severe anorexia nervosa in the community: The anorexia nervosa intensive treatment team. In: *Psychiatric Bulletin*, 2014, Vol. 38(5), pp. 220-225. ISSN 1472-1473.
160. NAGL, M., HILBERT, A., De ZWAAN, M. Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2016, Vol. 25(8), pp. 903-918. ISSN 1018-8827.
161. NATHAN, P.E., GORMAN, J.M. (Eds.). *A guide to treatments that work* (4th ed.). New York: Oxford University Press, 2015. 988 p. ISBN 978-0199342211.
162. National Institute for for Health and Clinical Excellence. *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Leicester: British Psychological Society, 2004. 260 p. ISBN 9781854333988.
163. NAUGHTON, M.J., RUGGIERO, A.M., LAWRENCE, J.M. et al. Health-related quality of life of children and adolescents with type 1 or type 2 diabetes mellitus: SEARCH for Diabetes in Youth Study. In: *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2008, Vol. 162(7), pp. 649-657. ISSN 1072-4710.
164. NESS, R.B., SMITH, A.B., HOLLEY, R.L. Design of the PID Evaluation and Clinical Health (PEACH) Study. In: *Controlled Clinical Trials*, 1998, Vol. 19(5), pp. 499-514. ISSN 1879-050X.
165. NEUMARK-SZTAINER, D. et al. Weight control practices and disordered eating behaviors among adolescent females and males with type 1 diabetes: Associations with sociodemographics, weight concerns, familial factors, and metabolic outcomes. In: *Diabetes Care*, 2002, Vol. 25, pp. 1289-1296. ISSN 0149-5992.
166. NEUMARK-SZTAINER, D., HANNAN, P.J., STORY, M. et al. Family meals and adolescents: What have we learned from Project EAT (Eating among Teens)? In: *Public Health Nutrition*, 2010, Vol. 13, pp. 1113-1121. ISSN 1368-9800.
167. NEVONEN, L., BROBERG, A.G. A comparison of sequenced individual and group psychotherapy for patients with bulimia nervosa. In: *International Journal of Eating Disorders*, 2006, Vol. 39, pp. 117-127. ISSN 0276-3478.

168. NICOLUCCI, A. et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. In: *Diabetic Medicine*, 2013, Vol. 30(7), pp. 767-777. ISSN 1464-5491.
169. NIELSEN, S., EMBORG, C., MØLBACK, A.G.J. Mortality in concurrent type 1 diabetes and anorexia nervosa. In: *Diabetes Care*, 2002, Vol. 25, pp. 309-312. ISSN 0149-5992.
170. NILSSON, K., HAGGLOF, B. Long-term follow-up of adolescent anorexia nervosa in northern Sweden. In: *European Eating Disorders Review*, 2005, Vol. 13, pp. 89-100. ISSN 1072-4133.
171. NOWAKOWSKI, M.E., McFARLANE, T., CASSIN, S. Alexithymia and eating disorders: A critical review of the literature. In: *Journal of Eating Disorders*, 2013, No. 1(21). ISSN 2050-2974.
172. O'HARA, C.B., CAMPBELL, I.C., SCHMIDT, U. A reward-centred model of anorexia nervosa: A focused narrative review of the neurological and psychophysiological literature. In: *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2015, Vol. 52, pp. 131-152. ISSN 0149-7634.
173. OBEID, N., BUCHHOLZ, A., BOERNER, K.E. et al. Self-esteem and social anxiety in an adolescent female eating disorder population: Age and diagnostic effects. In: *Eating Disorders*, 2013, Vol. 21(2), pp. 140-153. ISSN 1532-530X.
174. OBEID, S., HALLIT, S., AKEL, M. et al. Are eating disorders associated with bipolar disorder type I? Results of a Lebanese case-control study. In: *Perspectives in Psychiatric Care*, 2020, Vol. 57, pp. 326-334. ISSN 1744-6163.
175. OLDERSHAW, A., HAMBROOK, D., TCHANTURIA, K. et al. Emotional processing following recovery from anorexia nervosa. In: *European Eating Disorders Review*, 2012, Vol. 20, pp. 502-509. ISSN 1072-4133.
176. OLDERSHAW, A., TREASURE, J., HAMBROOK, D. et al. The socio-emotional processing stream in anorexia nervosa. In: *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2011, Vol. 35, pp. 970-988. ISSN 0149-7634.
177. OLOFSDOTTER, S., ENEBRINK, P., LINDBERG, L. Anxiety disorders among adolescents referred to general psychiatry for multiple causes: Clinical presentation, prevalence, and comorbidity. In: *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 2016, Vol. 4(2), pp. 55-64. ISSN 2245-8875.
178. PETERSON, C.M., FISCHER, S., YOUNG-HYMAN, D. Topical review: A comprehensive risk model for disordered eating in youth with type 1 diabetes. In: *Journal of Pediatric Psychology*, 2015, Vol. 40, pp. 385-390. ISSN 0146-8693.
179. PEVELER, R.C. et al. The relationship of disordered eating habits and attitudes to clinical outcomes in young adult females with type 1 diabetes. In: *Diabetes Care*, 2005, Vol. 28(1), pp. 84-88. ISSN 0149-5992.

180. PHILIPS, B.N. *School Stress and Anxiety: Theory, Research, and Intervention* (School Mental Health Series). New York: Human Sciences Press, 1978. 165 p. ISBN 0877053243.
181. PHILLIPS, K.A., MENARD, W., FAY, C. et al. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2005, Vol. 66(6), pp. 717-725. ISSN 0160-6689.
182. PIAGET, J., COOK, M., NORTON, W.W. *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press, 1952. 419 p. ISBN 0823682072.
183. PICCHI, S., MOSCONI, P., PICCININI, G. et al. The narrative interview in therapeutic education: The diabetic patients' point of view. *Acta Biomed*, 2018, Vol. 18(89.6-S), pp. 43-50. ISSN 0392-4203.
184. PIKE, K.M., WALSH, B.T., VITOUSEK, K. et al. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. In: *American Journal of Psychiatry*, 2003, Vol. 160, pp. 2046-2049. ISSN 0002-953X.
185. PILECKI, M.W., JÓZEFIK, B. Perception of transgenerational family relationships: Comparison of eating-disordered patients and their parents. In: *Medical Science Monitor*, 2013, Vol. 19, pp. 1114-1124. ISSN 1234-1010.
186. PINHAS-HAMIEL, O., HAMIEL, U., LEVY-SHRAGA, Y. Eating disorders in adolescents with type 2 and type 1 diabetes. In: *Current Diabetes Reports*, 2015, Vol. 15(2), p. 568. ISSN 1534-4827.
187. POTÂNG, A., **CONDREA**, **V.** Aspecte psihologice ale diabulimiei. În: *Studia Universitatis Moldaviae (Seria Ştiinţe ale Educaţiei)*, 2021, nr. 9(149), pp. 79-82. ISSN 1857-2103. [citat 10.12.2021]. Disponibil: https://educational.studiamsu.md/nr-9-2021/
188. POTÂNG, A., **CONDREA**, V. Manifestări psihologice și neuropsihologice ale optimismului și pesimismului. În: *Integrare prin cercetare și inovare.: Științe ale educației*, 10-11 noiembrie 2022, Chisinau, Republica Moldova. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic al USM, 2022, SE, pp. 43-45. ISBN 978-9975-62-471-8. [citat 10.12.2021]. Disponibil: https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/174591
189. POTÂNG, A., **CONDREA, V.** The relationship between maladaptive cognitive patterns and glycated hemoglobin in adolescents with type 1 diabetes mellitus. In: I. Boldea (Ed.), *The Proceedings of the International Conference Globalization, Intercultural Dialogue and National Identity: The power of dialogue in a globalized world* (Section Communication, Journalism, Education, Psychology, and Sociology) 2024,Vol. 11, pp. 56-62. Arhipelag XXI Press. ISBN 978-606-8624-18-1. [citat 10.12.2021]. Disponibil: https://ibn.idsi.md/ro/vizualizare_articol/210467

190. POWERS, M.A., RICHTER, S., ACKARD, D. et al. Determining the influence of type 1 diabetes on two common eating disorder questionnaires. In: *The Diabetes Educator*, 2013, Vol. 39, pp. 387-396. ISSN 0145-7217.
191. POWERS, M.A., RICHTER, S., ACKARD, D. et al. Development and validation of the Screen for Early Eating Disorder Signs (SEEDS) in persons with type 1 diabetes. In: *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 2016, Vol. 24, pp. 271-288. ISSN 1064-0266.
192. POWERS, M.A., RICHTER, S.A., ACKARD, D.M. et al. Diabetes distress among persons with type 1 diabetes. In: *The Diabetes Educator*, 2017, Vol. 43, pp. 105-113. ISSN 0145-7217.
193. RACU, I. Anxietatea de autoapreciere la preadolescenţi. În: *Psihologie. Pedagogie Specială. Asistenţă Socială*, 2012, Vol. 26, pp. 30-35. ISSN 1857-0224.
194. RACU, I. Determinantele psihologice ale anxietății în adolescență. În: *Psihologie. Pedagogie Specială. Asistenţă Socială*, 2019) 2(55), pp. 3-17. ISSN 1857-0224.
195. RACU, I. Experiența anxietății la preadolescenți și adolescenți. În: *Perspectivele şi Problemele Integrării în Spaţiul European al Cercetării şi Educaţiei*, Ed. 6, 6 iunie 2019, Cahul. Volumul 6, Partea 2. Cahul: Universitatea de Stat „Bogdan Petriceicu Hasdeu‖ din Cahul, 2019, pp. 72-75. ISSN 2587-3563.
196. RACU, I., BIVOL, R. *Studiul tulburărilor alimentare la adolescente*. *Psihologia în mileniul III – provocări și soluții*, 25-26 octombrie 2019. Volumul 1. Bălți: Universitatea de Stat „Alecu Russo" din Bălţi, 2020) pp. 264-267. ISBN 978-9975-50-246-7.
197. RACU, I., RACU, I. Anxiety in children and adolescents. În: *Univers Pedagogic*, 2023, Nr. 1(77), pp. 41-46. ISSN 1811-5470.
198. RANCOURT, D., JANICKE, D.M., SILVERSTEIN, J.H. et al. Test of the modified dual pathway model of eating disorders in individuals with type 1 diabetes. In: *International Journal of Eating Disorders*, 2019, Vol. 52, pp. 630-642. ISSN 0276-3478.
199. RAPEE, R.M. Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In: Rey, J.M., Martin, A. (Eds.), *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2018. 20 p. ISBN 978-0-646-57440-0.
200. RAWAL, A., PARK, R.J., WILLIAMS, J.M.G. Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. In: *Behaviour Research and Therapy*, 2010, Vol. 48, pp. 851-859. ISSN 1873-622X.
201. RĂȘCANU, R., NUȚ, S. Anxietate, depresie în perioada de tranziție. În: *Revistă de Psihologie*, 2010, nr. 1-2, pp. 75-91. ISSN 0034-8759.

202. RECHENBERG, K., KOERNER, R. Cognitive behavioral therapy in adolescents with type 1 diabetes: An integrative review. In: *Journal of Pediatric Nursing*, 2021, Vol. 60, pp. 190-197. ISSN 0882-5963.
203. RIDGE, K., TREASURE, J., STAFFORD, M. et al. Diabetes-oriented learning family intervention (DOLFIN): A feasibility study evaluating an intervention for carers of young persons with Type 1 diabetes. In: *Diabetic Medicine*, 2014, Vol. 31, pp. 55-60. ISSN 0742-3071.
204. ROBIN, A.L., SIEGEL, P.T., MOYE, A.W. et al. Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. In: *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 1994, Vol. 15, pp. 111-116. ISSN 0196-206X.
205. RÖHRICHT, F. Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. In: *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 2009, Vol. 4(2), pp. 135-156. ISSN 1743-2979.
206. ROJO-MORENO, L., GARCÍA-BLANCO, A., BLASCO-FONTECILLA, H. et al. Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. In: *Psychiatry Research Elsevier*, 2015, Vol. 227(1), pp. 52-57. ISSN 2772-5987.
207. RUSSELL, G.F.M., SZMUKLER, G.I., DARE, C. et al. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: In: *Archives of General Psychiatry*, 1987, Vol. 44, pp. 1047-1056. ISSN 0003-990X.
208. RUSSELL, R.K., Van DEN BROEK, P. Changing narrative schemas in psychotherapy. In: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 1992, Vol. 29, pp. 344-354. ISSN 0033-3204.
209. SCARFF, J.R. Orthorexia Nervosa: An obsession with healthy eating. In: *Federal Practitioner*, 2017, Vol. 34(6), pp. 36-39. ISSN 1078-4497.
210. SCHACTER, D.L., GILBERT, D.T., WEGNER, D.M. *Psychology* (2nd ed.). New York: Worth, 2011. 653 p. ISBN 978-1429237192.
211. SCHAUMBERG, K., ZERWAS, S., GOODMAN, E. et al. Anxiety disorder symptoms at age 10 predict eating disorder symptoms and diagnoses in adolescence. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2018, Vol. 60(6), pp. 686-696. ISSN 1469-7610.
212. SCHMIDT, N.B., JOINER, T.E., YOUNG, J.E. et al. The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. In: *Cognitive Therapy and Research*, 1995, Vol. 19(3), pp. 295-321. ISSN 0147-5916.
213. SCHMIDT, U., TRACEY, D.W., TREASURE, J.L. The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): Development, key features, and preliminary

evidence. In: *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2014, Vol. 28(1), pp. 48-71. ISSN 0889-8391.

214. SCHMIDT, U., TRACEY, D.W., TREASURE, J.L. The MOSAIC study – comparison of the Maudsley Model of Treatment for Adults with Anorexia Nervosa (MANTRA) with Specialist Supportive Clinical Management (SSCM) in outpatients with anorexia nervosa or eating disorder not otherwise specified, anorexia nervosa type: study protocol for a randomized controlled trial. In: *Trials*, 2013, Vol. 14, p. 160. ISSN 1745-6215.
215. SCHNEIDER, K.J., PIERSON, J.F., BUGENTAL, J.F.T. (Eds.). *The Handbook of Humanistic Psychology: Theory, Research, and Practice* (2nd ed.). Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: SAGE, 2015. 800 p. ISBN 978-1452267746.
216. SERFATY, M.A., TURKINGTON, D., HEAP, M. et al. Cognitive therapy versus dietary counselling in the outpatient treatment of anorexia nervosa: Effects of the treatment phase. In: *European Eating Disorders Review*, 1999, Vol. 7, pp. 334-350. ISSN 1072-4133.
217. SHAPIRO, L. Yoga based body psychotherapy: A yoga based and body centered approach to counseling. In: *International Body Psychotherapy Journal*, 2013, Vol. 12(1), pp. 42-55. ISSN 2169-4745.
218. SHIN, J.K., KIM, K.H., MYERS, H.F. Help-seeking behaviors for serious psychological distress among individuals with diabetes mellitus: The California Health Interview Survey, 2011-2012. In: *Primary Care Diabetes*, 2017, Vol. 11(1), pp. 63-70. ISSN 1751-9918.
219. SIDOR, A., BABA, C.O., MARTON-VASARHELYI, E. et al. Gender differences in the magnitude of the associations between eating disorders symptoms and depression and anxiety symptoms. Results from a community sample of adolescents. In: *Journal of Mental Health*, 2015, Vol. 24(5), pp. 294-298. ISSN 0963-8237.
220. SLADE, P.D. Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: *British Journal of Clinical Psychology*, 1982, Vol. 21(3), pp. 167-179. ISSN 0144-6657.
221. SMINK, F.R., Van HOEKEN, D., HOEK, H.W. Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. In: *Current Psychiatry Reports*, 2012, Vol. 14(4), pp. 406-414. ISSN 1523-3812.
222. SOLMI, F., HATCH, S.L., HOTOPF, M. et al. Eating disorders in a multiethnic inner-city UK sample: Prevalence, comorbidity and service use. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2016, Vol. 51, pp. 369-381. ISSN 0933-7954.
223. STAITE, E., COOPER, M., EGAN, H. 'Diabulimia' through the lens of social media: A qualitative review and analysis of online blogs by people with Type 1 diabetes mellitus and eating disorders. In: *Diabetic Medicine*, 2018, Vol. 35, pp. 1329-1336. ISSN 0742-3071.

224. STANGIER, U., ADAM-SCHWEBE, S., MÜLLER, T. et al. Discrimination of facial appearance stimuli in body dysmorphic disorder. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 2008, Vol. 117(2), pp. 435-443. ISSN 0021-843X.
225. STEEL, J.M., YOUNG, R.J., LLOYD, G.G. et al. Clinically apparent eating disorders in young diabetic women: Associations with painful neuropathy and other complications. In: *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 1987, Vol. 294, pp. 859-862. ISSN 0959-8138.
226. STEIN, K.F. The self-schema model: A theoretical approach to the self-concept in eating disorders. In: *Archives of Psychiatric Nursing*, 1996, Vol. 10(2), pp. 96-109. ISSN 0883-9417.
227. STEIN, K.F., CORTE, C. The identity impairment model: A longitudinal study of self-schemas as predictors of disordered eating behaviors. In: *Nursing Research*, 2008, Vol. 57(3), pp. 182-190. ISSN 0029-6562.
228. STEINHAUSEN, H.C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. In: *American Journal of Psychiatry*, 2000, Vol. 159, pp. 1284-1293. ISSN 0002-953X.
229. STICE, E. A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 2001, Vol. 110(1), pp. 124-135. ISSN 0021-843X.
230. STICE, E., ROHDE, P., SHAW, H. *The Body Project: A Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Intervention*. Oxford: Oxford University Press, 2013. 289 p. ISBN 9780199859245.
231. STRIEGEL-MOORE, R.H., NICHOLSON, T.J., TAMBORLANE, W.V.J. Prevalence of eating disorder symptoms in preadolescent and adolescent girls with IDDM. In: *Diabetes Care*, 1992, Vol. 15, pp. 1361-1368. ISSN 0149-5992.
232. SVALDI, J., GRIEPENSTROH, J., TUSCHEN-CAFFIER, B. et al. Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? In: *Psychiatry Research*, 2012, Vol. 197, pp. 103-111. ISSN 0165-1781.
233. TAKII, M. et al. The relationship between the age of onset of type 1 diabetes and the subsequent development of a severe eating disorder by female patients. In: *Pediatric Diabetes*, 2011, Vol. 12, pp. 396-401. ISSN 1399-543X.
234. TALBOT, D., HAY, P., BUCKETT, G. et al. Schema modes in eating disorders compared to a community sample. In: *Journal of Eating Disorders*, 2015, Vol. 3, p. 41. ISSN 1098-108X.
235. TALLEY, N.J. Rumination syndrome. In: *Gastroenterology & Hepatology* (NY), 2011, Vol. 7(2), pp. 117-118. ISSN 2444-3824.
236. TANAKA, M., NARUO, T., NAGAI, N. et al. Habitual binge/purge behavior influences circulating ghrelin levels in eating disorders. In: *Journal of Psychiatric Research*, 2003, Vol. 37(1), pp. 17-22. ISSN 1879-1379.

237. The DCCT Research Group. Diabetes Control and Complications Trial (DCCT): Results of feasibility study. In: *Diabetes Care*, 1987, Vol. 10(1), pp. 1-19. ISSN 1666-7840.
238. THOMPSON, J.K., HEINBERG, L.J., ALTABE, M. et al. *Exacting Beauty: Theory, Assessment, and Treatment of Body Image Disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association, 1999. 396 p. ISBN 9781557985415.
239. TIGGEMANN, M. Body image across the adult life span: Stability and change. In: *Body Image*, 2004, Vol. 1(1), pp. 29-41. ISSN 1740-1445.
240. TREASURE, J., DUARTE, T.A., SCHMIDT, U. Eating disorders. In: *The Lancet*, 2020, Vol. 395, pp. 899-911. ISSN 0140-6736.
241. TREASURE, J., KAN, C., STEPHENSON, L. et al. Developing a theoretical maintenance model for disordered eating in Type 1 diabetes. In: *Diabetic Medicine*, 2015, Vol. 32(12), pp. 1541-1545. ISSN 0742-3071.
242. TRIP, S. The Romanian version of Young Schema Questionnaire - Short form 3 (YSQ-S3). In: *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 2006, Vol. 6(2), pp. 173-181. ISSN 1584-7101.
243. TSE, J., NANSEL, T.R., HAYNIE, D.L. et al. Disordered eating behaviors are associated with poorer diet quality in adolescents with type 1 diabetes. In: *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 2012, Vol. 112(11), pp. 1810-1814. ISSN 2212-2672.
244. UNOKA, Z., TÖLGYES, T., CZOBOR, P. Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: A differential association. In: *Comprehensive Psychiatry*, 2007, Vol. 48(2), pp. 199-204. ISSN 0010-440X.
245. UNOKA, Z., TÖLGYES, T., CZOBOR, P. et al. Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2010, Vol. 198, pp. 425-431. ISSN 1539-736X.
246. VAJDA, A., LÁNG, A. Emotional abuse, neglect in eating disorders and their relationship with emotion regulation. In: *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2014, Vol. 131, pp. 386-390. ISSN 1877-0428.
247. Van DUINKERKEN, E., SNOEK, F.J., de WIT, M. The cognitive and psychological effects of living with type 1 diabetes: A narrative review. In: *Diabetic Medicine*, 2020, Vol. 37(4), pp. 555-563. ISSN 0742-3071.
248. VITOUSEK, K.B., HOLLON, S.D. The investigation of schematic content and processing in eating disorders. In: *Cognitive Therapy and Research*, 1990, Vol. 14(2), pp. 191-214. ISSN 1573-2819.
249. VITOUSEK, K.M., WATSON, S., WILSON, G.T. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. In: *Clinical Psychology Review*, 1998, Vol. 18(4), pp. 391-420. ISSN 0272-7358.

250. VOGEL, D.L., WADE, N.G., HAAKE, S. Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. In: *Journal of Clinical Psychology*, 2007, Vol. 63(3), pp. 233-245. ISSN 1097-4679.
251. WALBURG, V., CHIARAMELLO, S. Link between early maladaptive schemas and defense mechanisms. In: *European Review of Applied Psychology*, 2015, Vol. 65(5), pp. 221-226. ISSN 1162-9088.
252. WALLER, G. Schema-level cognitions in patients with binge eating disorder: A case control study. In: *International Journal of Eating Disorders*, 2003, Vol. 33(4), pp. 458-464. ISSN 1098-108X.
253. WALLER, G., DICKSON, C., OHANIAN, V. Cognitive content in bulimic disorders: Core beliefs and eating attitudes. In: *Eating Behaviors*, 2002, Vol. 3(2), pp. 171-178. ISSN 1873-7358.
254. WALLER, G., MEYER, C., OHANIAN, V. Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. In: *Cognitive Therapy and Research*, 2001, Vol. 25(2), pp. 137-147. ISSN 1573-2819.
255. WALLER, G., OHANIAN, V., MEYER, C. et al. Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. In: *International Journal of Eating Disorders*, 2000, Vol. 28(2), pp. 235-241. ISSN 1098-108X.
256. WALSH, B.T. et al. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: A randomized controlled trial. In: *Journal of the American Medical Association*, 2006, Vol. 295(22), pp. 2605-2612. ISSN 0098-7484.
257. WEISSBERG-BENCHELL, J., SHAPIRO, J.B., HOOD, K.K. et al. Preventing diabetes-specific emotional distress and depressive symptoms in adolescents with type 1 diabetes. In: *Journal of Clinical Psychology*, 2020, Vol. 76(8), pp. 1436-1449. ISSN 0021-9762.
258. WESTEN, D., HEIM, K. Disturbances of the self and identity in personality disorders. In: M. Leary J. Tangney (Eds.), *Handbook of Self and Identity*. New York: Guilford Press, 2013, p. 754. ISBN 9781462515370.
259. WHITE, M. *Maps of narrative practice*. New York: W.W. Norton & Company, 2007. 288 p. ISBN 978-0393705164.
260. WHITE, M., EPSTON, D. *Narrative means to therapeutic ends.* New York: W.W. Norton & Company, 1990. 229 p. ISBN 978-0393700985.
261. WHITEBIRD, R., KREITZER, M., O'CONNOR, P. Mindfulness-based stress reduction and diabetes. In: *Diabetes Spectrum*, 2009, Vol. 22(4), pp. 226-230. ISSN 1944-7353.

262. WILSON, G.T., FAIRBURN, C.G., AGRAS, W.S. et al. Cognitive behavior therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002, Vol. 70(2), pp. 267-274. ISSN 0022-006X.
263. WILSON, G.T., SHAFRAN, R. Eating disorders guidelines from NICE. *The Lancet*, 2005, Vol. 365(9453), pp. 79-81. ISSN 0140-6736.
264. WISTING, L., FROISLAND, D.H., SKRIVARHAUG, T. et al. Disturbed eating, illness perceptions, and coping among adults with type 1 diabetes on intensified insulin treatment, and their associations with metabolic control. In: *Journal of Health Psychology*, 2019, Vol. 26(5), pp. 688-700. ISSN 1359-1053.
265. WISTING, L., JOHNSON, S.U., SKRIVARHAUG, T. Cognitive behavioral therapy for adolescents with type 1 diabetes and eating disorders: A pilot study. In: *Behaviour Research and Therapy*, 2018, Vol. 108, pp. 92-100. ISSN 0005-7967.
266. World Health Organization. *Mental health of adolescents*, 2024. [citat 07.11.2023]. Disponibil: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health
267. WYSOCKI, T., GRECO, P., HARRIS, M.A. Randomized, controlled trial of Behavioral Family Systems Therapy for Diabetes: Maintenance and generalization of effects on parent-adolescent communication. In: *Behavior Therapy*, 2008, Vol. 39(1), pp. 33-46. ISSN 0005-7894.
268. YAKIN, D., GENÇÖZ, T., STEENBERGEN, L. et al. An integrative perspective on the interplay between early maladaptive schemas and mental health: The role of self-compassion and emotion regulation. In: *Journal of Clinical Psychology*, 2019, Vol. 75, pp. 1098-1113. ISSN 1097-4679.
269. YOUNG, J.E. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange, 1999. 83 p. ISBN 978-1568870472.
270. YOUNG, J.E., KLOSKO, J.S., WEISHAAR, M.E. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press, 2006. 436 p. ISBN 9781593853723.
271. YOUNG, V., EISER, C., JOHNSO.N, B. et al. Eating problems in adolescents with Type 1 diabetes: A systematic review with meta-analysis. In: *Diabetic Medicine*, 2013, Vol. 30, pp. 189-198. ISSN 0742-3071.
272. YOUNG-HYMAN, D.L., DAVIS, C.L. Disordered eating behavior in individuals with diabetes: Importance of context, evaluation, and classification. In: *Diabetes Care*, 2010, Vol. 33, pp. 683-689. ISSN 0149-5992.

ANEXE

ANEXA 1. ***Inventarul tulburărilor de comportament alimentar EDI-3 FT elaborat de D.M. Garner*** (Garner, 2010)

Instrucțiuni: Completează numele, prenumele, genul (feminin/masculin), vârsta (ani), durata bolii (de câți ani ai diabet), greutatea (kg), înălțimea (m), mediul de trai (urban/rural).

Nume, prenume	
Gen	
Vârstă	
HbA1c	
Durata bolii	
Greutate	
Înălțime	
IMC	
Mediu de trai	

EDI-3

Instrucțiuni: Citește cu atenție afirmațiile de mai jos. Ele se referă la atitudinile, emoțiile și comportamentele tale. Unele dintre afirmații se referă la mâncare sau la comportamentul alimentar; altele se referă la ceea ce simți față de tine. Pentru fiecare afirmație, decide dacă este adevărat în cazul tău: Întotdeauna (5), de obicei (4), adesea (3), câteodată (2), rar (1), niciodată (0). Încercuiește cifra care corespunde alegerii făcute de tine.

	Întotdeaun	de Obicei	Adesea	Câteodată	Rar	Niciodată
1. Mănânc dulciuri și carbohidrați, fără să mă neliniștească acest lucru	5	4	3	2	1	0
2. Cred că burta mea este prea mare	5	4	3	2	1	0
3. Mănânc când sunt supărat	5	4	3	2	1	0
4. Mă îndop cu mâncare	5	4	3	2	1	0
5. Mă gândesc să fac o cură de slăbire	5	4	3	2	1	0
6. Cred că am coapsele prea mari	5	4	3	2	1	0
7. Mi-e frică să nu mă îngraș după ce mănânc	5	4	3	2	1	0
8. Cred că burta mea are mărimea potrivită	5	4	3	2	1	0
9. Sunt îngrozit c-aș putea să mă îngraș	5	4	3	2	1	0
10. Sunt mulțumit de forma corpului meu	5	4	3	2	1	0
11. Dau o importanță mare sau exagerată greutății corporale	5	4	3	2	1	0
12. Am continuat să mănânc compulsiv atunci când simțeam că nu mă pot opri	5	4	3	2	1	0
13. Îmi place forma feselor mele (fundului meu)	5	4	3	2	1	0
14. Sunt preocupat de dorința de a fi mai slab	5	4	3	2	1	0
15. Mă gândesc să mă îndop cu mâncare	5	4	3	2	1	0
16. Cred că șoldurile mele sunt prea mari	5	4	3	2	1	0
17. Mă simt umflat după ce mănânc o masa normală	5	4	3	2	1	0
18. Mănânc moderat în fața altora și mă îndop cu mâncare când rămân singur	5	4	3	2	1	0
19. Dacă mă îngraș cu 1 kg sau două, mă îngrijorez că mă voi îngrășa în continuare	5	4	3	2	1	0
20. Mă gândesc să încerc să vomit ca să slăbesc	5	4	3	2	1	0
21. Cred ca am coapsele de mărime potrivită	5	4	3	2	1	0
22. Cred că fesele mele (fundul meu) sunt prea mari	5	4	3	2	1	0
23. Mănânc sau beau pe ascuns	5	4	3	2	1	0
24. Cred că șoldurile mele au mărimea potrivită	5	4	3	2	1	0
25. Mă îngrijorez că, atunci când sunt supărat, voi începe să mănânc	5	4	3	2	1	0

ANEXA 2. ***Chestionar de identificare a nivelului anxietății școlare, elaborat de B.N. Philips*** (Philips, 1978)

Chestionar de identificare a nivelului anxietății (Phillips)

Instrucțiuni: Chestionarul dat include întrebări referitor la felul cum te simți în școală. Răspunde sincer. Nu există răspunsuri corecte și incorecte. Nu gândi mult asupra întrebărilor. Răspunzând la întrebări încercuiți „Da", dacă ești de acord și „Nu„ dacă nu ești de acord.

1. Îți este greu să nu rămâi în urmă la învățătură față de toată clasa?	Da	Nu
2. Te neliniștești atunci când învățătorul spune, că se pregătește să te controleze cum cunoști materialul?	Da	Nu
3. Îți este greu să lucrezi în clasă așa cum dorește învățătorul?	Da	Nu
4. Visezi uneori că profesorul este furios pentru că tu nu știi lecția (tema de acasă)?	Da	Nu
5. Ți s-a întâmplat ca cineva din clasă să te fi bătut sau lovit?	Da	Nu
6. Deseori dorești ca profesorul să nu se grăbească cu explicarea materialului nou, până nu vei înțelege despre ce el vorbește?	Da	Nu
7. Te neliniștești tare când răspunzi sau îndeplinești vreo însărcinare?	Da	Nu
8. Se întâmplă să-ți fie frică să te exprimi la lecție, deoarece te temi să nu greșești?	Da	Nu
9. Îți tremură genunchii când ești chemat la răspuns?	Da	Nu
10. Deseori colegii tăi de clasă râd de tine, când vă jucați în diverse jocuri?	Da	Nu
11. Se întâmplă să ți se pună o notă mai joasă decât ai așteptat?	Da	Nu
12. Te frământă oare întrebarea dacă te vor lăsa în al doilea an?	Da	Nu
13. Te străduiești să eviți jocurile în care se fac alegeri, deoarece pe tine, de obicei, nu te aleg?	Da	Nu
14. Simți câteodată că tremuri tot, când ești chemat la răspuns?	Da	Nu
15. Deseori ai senzația că nimeni din colegii tăi nu vrea să facă ceea ce vrei tu?	Da	Nu
16. Te neliniștești mult înainte de a începe îndeplinirea unei sarcini?	Da	Nu
17. Îți este greu să primești notele pe care le așteaptă părinții de la tine?	Da	Nu
18. Ți-e frică uneori că ți se va face rău în clasă?	Da	Nu
19. Vor râde colegii tăi de tine dacă vei face vreo greșeală când răspunzi?	Da	Nu
20. Semeni tu cu colegii tăi de clasă?	Da	Nu
21. Îndeplinind sarcina te frământă faptul dacă ai îndeplinit-o bine?	Da	Nu
22. Când lucrezi în clasă ești convins că vei memoriza bine totul?	Da	Nu
23. Visezi tu uneori că ești la școală și nu poți răspunde la întrebarea profesorului?	Da	Nu
24. E drept că majoritatea colegilor tăi sunt prietenoși cu tine?	Da	Nu
25. Lucrezi tu oare cu mai multă sârguință dacă știi că rezultatele lucrării tale vor fi comparate cu rezultatele colegilor de clasă?	Da	Nu
26. Deseori dorești să te neliniștești mai puțin atunci când ești întrebat?	Da	Nu
27. Te temi uneori să te incluzi într-un conflict (într-o ceartă)?	Da	Nu

28. Simți că inima începe să-ți bată mai des atunci când profesorul spune că are să controleze cum ești pregătit pentru lecție?	Da	Nu
29. Când primești note bune, se gândește careva din prietenii tăi că vrei să te manifești?	Da	Nu
30. Te simți tu oare bine cu acei colegi cărora toți copiii le atrag o atenție deosebită?	Da	Nu
31. Se întâmplă ca unii elevi din clasa ta să vorbească ceva ce te-ar irita?	Da	Nu
32. Cum tu crezi, pierd din încredere acei elevi care nu se isprăvesc la învățătură?	Da	Nu
33. E corect, că majoritatea colegilor nu-ți atrag atenția?	Da	Nu
34. Deseori te temi să nu arăți prost, stupid?	Da	Nu
35. Ești satisfăcut ce atitudine are profesorul față de tine?	Da	Nu
36. Ajută mama ta la organizarea diferitor serate, festivități?	Da	Nu
37. Te-a neliniștit vreo dată faptul ce cred despre tine cei din jur?	Da	Nu
38. Speri ca pe viitor să înveți mai bine decât înainte?	Da	Nu
39. Consideri că la școală te îmbraci la fel de bine, ca și colegii tăi?	Da	Nu
40. Răspunzând la lecție, deseori te gândești ce cred despre tine în acest moment alții?	Da	Nu
41. Cei mai capabili elevi au careva drepturi speciale pe care nu le au alți elevi din clasă?	Da	Nu
42. Se supără unii din colegi atunci când tu reușești să fii mai bun ca ei?	Da	Nu
43. Ești satisfăcut ce atitudine au colegii tăi față de tine?	Da	Nu
44. Te simți bine atunci când rămâi unu la unu cu profesorul?	Da	Nu
45. Iau în râs uneori colegii tăi exteriorul și comportamentul tău?	Da	Nu
46. Crezi tu, că te neliniștești asupra muncii școlare mai mult decât alți colegi?	Da	Nu
47. Atunci când ești întrebat și nu poți răspunde, simți tu că acuși, acuși vei începe a plânge?	Da	Nu
48. Când seara de-acum stai în pat, te gândești uneori cu neliniște despre ce va fi mâine la școală?	Da	Nu
49. Rezolvând o problemă complicată, simți uneori că ai uitat lucruri pe care înainte le cunoșteai bine?	Da	Nu
50. Îți tremură mâna puțin, atunci când lucrezi asupra unei sarcini?	Da	Nu
51. Simți tu oare că începi să retrăiești atunci, când profesorul are de gând să dea o sarcină clasei?	Da	Nu
52. Te sperie verificarea cunoștințelor tale la școală?	Da	Nu
53. Când învățătorul dă o sarcină clasei, ți-e frică că nu te vei isprăvi?	Da	Nu
54. Visezi uneori că colegii tăi pot face ceea ce tu nu poți?	Da	Nu
55. Când profesorul explică materialul crezi că colegii tăi îl înțeleg mai bine decât tine?	Da	Nu
56. În drum spre școală te neliniștești că profesorul poate să vă dea lucrare de control?	Da	Nu
57. Când îndeplinești sarcina, de obicei, simți că faci acest lucru rău?	Da	Nu
58. Îți tremură puțin mâna când profesorul te roagă să rezolvi problema în fața întregii clase?	Da	Nu

ANEXA 3. ***Chestionarul schemelor cognitive Young – forma scurtă YSQ-S3R*** (Trip, 2006)

YSQ – S3R

Instrucțiuni: Acest chestionar conține afirmații pe care oamenii le pot folosi pentru a se auto-caracteriza.

Înainte de a răspunde, întreabă-te: „*În general, cât de des este valabilă aceasta afirmație pentru mine?*". Alege pentru fiecare afirmație unul dintre răspunsurile de mai jos, între 1 și 6, în funcție de cum ți se potrivește mai mult. Scrie numărul aferent răspunsului, în coloana cu pătrățele goale din stânga afirmațiilor.

1. Absolut fals	**3. Mai degrabă adevărat decât fals**	**5. În general adevărat**
2. În general fals	**4. Moderat adevărat**	**6. Mă descrie perfect**

1		Nu a existat niciodată în viața mea cineva care să aibă grija de mine, să se deschidă în fața mea sau căruia să-i pese într-adevăr de ceea ce mi se întâmplă.
2		Mă agăț de persoanele apropiate de teama să nu mă părăsească.
3		Simt că oamenii vor să profite de mine.
4		Nu-mi găsesc locul nicăieri.
5		Niciun băiat/nicio fată pe care îl (o) doresc nu ar putea să mă iubească daca mi-ar afla defectele.
6		Nimic din ceea ce fac la serviciu (sau la școală) nu e la fel de bine ca ceea ce fac ceilalți.
7		Nu mă simt în stare să mă descurc pe cont propriu (de sine stătător) în viața de zi cu zi.
8		Nu pot să scap de senzația că ceva rău este pe cale să se întâmple.
9		Nu am putut să mă desprind de părinți așa cum au reușit alte persoane de vârsta mea.
10		Consider că dacă fac ceea ce vreau eu, dau numai de probleme.
11		De obicei, eu sunt cel/cea care are grija de cei apropiați.
12		Sunt prea controlat(ă) pentru a arăta sentimente pozitive celorlalți (ex.: dragoste, înțelegere).
13		Trebuie să fiu cel mai bun / cea mai bună în tot ceea ce fac; nu pot să accept locul doi.
14		Accept foarte greu „NU" din partea celorlalți atunci când vreau ceva.
15		Nu am răbdare pentru a îndeplini sarcinile plictisitoare și de rutină.
16		A avea bani și a cunoaște multă lume „bună" mă face să fiu mai valoros(ă)
17		Chiar și atunci când lucrurile par să meargă bine, simt că nu este pe mult timp.
18		Dacă am greșit, merit să fiu pedepsit(ă).
19		În general, nu am pe nimeni care să-mi ofere căldură, ocrotire și iubire.
20		Am atâta nevoie de ceilalți, încât mi-e teama să nu-i pierd.
21		Simt că nu pot să las garda jos în fața celorlalți, altfel mă vor răni intenționat.
22		Sunt total diferit(ă) de ceilalți.
23		Nicio persoana pe care o doresc eu nu ar sta lângă mine daca m-ar cunoaște cu adevărat.
24		Sunt incompetent când vine vorba de realizări. (Nu pot avea succes.)
25		Sunt o persoană dependentă (neputincioasă) în viața de zi cu zi.

26		Simt că un dezastru (natural, chimic, medical sau criminal) se poate întâmpla în orice moment.
27		Atât eu, cât și părinții mei avem tendința să ne amestecăm reciproc în viața și problemele celuilalt.
28		Simt că nu am altă cale decât să îndeplinesc dorințele altora, altfel se vor răzbuna, se vor supăra sau mă vor respinge.
29		Mă consider o persoana buna întrucât mă gândesc la ceilalți mai mult decât la mine.
30		Mi se pare jenant (rușinos) să-mi arăt sentimentele în fața altora.
31		Încerc să dau tot ce-i mai bun din mine; nu mă mulțumește „aproape bine”.
32		Sunt special(ă) și deosebit(ă) și nu trebuie să accept regulile altora.
33		Dacă nu obțin ce mi-am propus (pus în plan), mă enervez și mă dau bătut(ă).
34		Realizările/succesele mele sunt mai valoroase pentru mine dacă și alții știu despre ele.
35		Dacă uneori se întâmplă ceva bun mi-e teamă că va urma ceva rău.
36		Daca nu mă lupt din răsputeri, precis că voi pierde.
37		Nu m-am simțit niciodată special(ă) pentru cineva.
38		Mi-e teama că cei apropiați mă vor părăsi sau abandona.
39		E doar o chestiune de timp (nu este mult timp) până când cineva mă va trăda.
40		Nu mă adaptez; sunt singuratic(ă).
41		Nu merit iubirea, atenția și respectul celorlalți.
42		În general oamenii sunt mai capabili decât mine și au mai multe realizări (succes).
43		Gândirea (judecata) mea nu este logică, corectă.
44		Mă tem că voi fi atacat(ă) de alți oameni.
45		Este foarte greu pentru mine și părinții mei să ascundem detalii intime, secretele (unul față de celălalt) fără să ne simțim trădați sau vinovați.
46		În relații, îl las pe celălalt să aibă ultimul cuvânt
47		Sunt atât de ocupat(ă) să-i ajut pe cei dragi, încât nu prea mai am timp și pentru mine.
48		Mi se pare greu să arăt căldură și spontaneitate („azart”) celorlalți.
49		Trebuie să-mi îndeplinesc toate responsabilitățile.
50		Nu-mi place să fiu limitat(ă) și oprit(ă) din ceea ce vreau să fac.
51		Îmi este foarte greu să sacrific gratificarea sau plăcerea imediată pentru a-mi îndeplini un scop pe termen lung (ex.: Mai bine dorm/mănânc/mă joc decât să mă pregătesc de examen, test etc.).
52		Când nu primesc multă atenție din partea altora, mă simt neimportant(ă).
53		Niciodată nu poți să fii niciodată destul de atent – întotdeauna ceva va merge rău.
54		Daca nu-mi fac treaba bine, voi suporta consecințele/urmările.
55		N-am avut fost niciodată pe cineva care chiar să mă asculte, să mă înțeleagă și care să aibă aceleași nevoi și sentimente ca mine.
56		Când cineva la care țin începe să dea înapoi și să se depărteze de mine, mă simt disperat/ă.
57		Sunt bănuitor/bănuitoare în ceea ce privește intențiile celorlalți.
58		Mă simt străin(ă) și separat(ă) de ceilalți.
59		Simt că nu pot fi iubit(ă).

60		Nu sunt atât de talentat(ă) în muncă așa cum sunt alții.
61		Nu am încredere în rațiunea (judecata, gândirea) mea în situațiile de zi cu zi.
62		Mi-e teama că o să-mi pierd toți banii și o să ajung sărac.
63		Deseori simt că părinții mei trăiesc prin mine – că nu am viața mea proprie.
64		Întotdeauna i-am lăsat pe ceilalți să decidă în locul meu, iar eu chiar nu știu ce-mi doresc pentru mine.
65		Întotdeauna eu am fost cel/cea care a ascultat problemele celorlalți.
66		Mă controlez atât de mult, încât oamenii cred că nu am emoții.
67		Simt că exista o presiune constantă asupra mea pentru a obține și rezolva lucrurile.
68		Simt că nu trebuie să mă supun regulilor și convențiilor de zi cu zi, așa cum fac ceilalți.
69		Nu mă pot forța să fac lucruri care nu îmi plac, chiar dacă știu că este spre binele meu.
70		Daca vorbesc în public sau mă aflu într-un grup, este important pentru mine toți să mă admire și să mă laude.
71		Oricât de mult muncesc, mi-e teama că voi rămâne fără bani și voi pierde aproape totul.
72		Nu contează de ce fac o greșeală. Dacă greșesc, trebuie să plătesc.
73		N-am avut niciodată lângă mine o persoana puternică și înțeleaptă care să-mi dea un sfat și să mă îndrume când n-am fost sigur/ă ce să fac.
74		Uneori sunt atât de speriat/ă că oamenii mă vor părăsi, încât reușesc să-i îndepărtez.
75		Sunt foarte atent/ă în general la intențiile ascunse ale oamenilor.
76		Mă simt întotdeauna înafara grupurilor.
77		Am prea multe defecte inacceptabile în numeroase domenii pentru a-i lăsa pe alții să mă cunoască.
78		Nu sunt la fel de inteligent/a ca majoritatea la locul de munca (sau la scoală).
79		Nu am încredere în capacitatea mea de a rezolva probleme uzuale, care apar zilnic.
80		Mă tem că am o boală gravă, chiar dacă medicii nu au diagnosticat nimic grav.
81		Deseori simt că nu am o identitate separată/diferită de cea a părinților sau a partenerului (suntem un tot întreg).
82		Îmi vine foarte greu să cer să-mi fie respectate drepturile și să-mi fie luate în seamă sentimentele.
83		Unii oameni considera că fac prea mult pentru ceilalți și prea puțin pentru mine.
84		Oamenii mă percep că fiind crispat(ă) (rece) pe plan emoțional, sentimental.
85		Nu-mi trec ușor cu vederea greșelile și nu mi le iert.
86		Simt că ceea ce am eu de dat/făcut este mai de valoare decât ce dau/fac ceilalți.
87		Rar am fost în stare să mă bazez pe propriile mele hotărâri/decizii.
88		Laudele și complimentele mă fac să mă simt valoros(ă).
89		Mi-e teama că o alegere greșită poate duce la o catastrofă/dezastru.
90		Sunt o persoana rea care merită să fie pedepsită.

ANEXA 3.1.

Strategii și tehnici utilizare în programul de intervenție

Programul de intervenție psihologică constă dintr-un sistem de exerciții și tehnici organizate în ședințe complexe bine organizate, orientate spre îmbunătățirea funcționării schemelor cognitive, proceselor afective și imaginii corporale ale adolescenților cu DZt1. Intervenția psihologică în diabet s-a concentrat pe următoarele aspecte: dezvoltarea încrederii în specialiștii în sănătate mintală și utilitatea abordării psihologice ale bolii, explorarea sinelui și utilizarea resurselor personale, conștientizarea stărilor și proceselor disfuncționale și abordarea lor, modificarea perspectivei cu privire la afecțiune, reducerea autostigmatizării și a izolării sociale.

a. Dezvoltarea încrederii în facilitator și membrii grupului

Construirea încrederii este esențială în psihoterapie și terapia de grup, jucând un rol crucial în eficacitatea acestor procese. Încrederea servește ca fundament pentru mai multe aspecte critice: În primul rând, încrederea stabilește siguranța și confortul. Clienții și membrii grupului trebuie să se simtă în siguranță pentru a-și împărtăși gândurile cele mai intime și vulnerabilitățile, ceea ce este posibil doar atunci când au încredere în terapeutul sau colegii lor. În al doilea rând, încrederea îmbunătățește comunicarea. În terapie, comunicarea sinceră și deschisă este vitală pentru abordarea eficientă a problemelor. Terapia de grup se bazează pe încredere pentru a promova împărtășirea, sprijinul și învățarea mutuală. De asemenea, încrederea construiește un raport și o alianță terapeutică solidă. Această alianță promovează colaborarea și un sentiment de parteneriat, ajutând la progresul terapiei. În plus, încrederea promovează empatia și înțelegerea, componente esențiale ale terapiei eficiente. Aceasta susține, de asemenea, confidențialitatea, asigurând clienții că dezvăluirile lor rămân private. În terapia de grup, încrederea încurajează responsabilitatea, membrii grupului cerându-și reciproc să fie responsabili pentru angajamentele lor. În cele din urmă, încrederea duce la rezultate terapeutice mai bune. Atunci când clienții au încredere în proces și în persoanele implicate, sunt mai predispuși să se implice pe deplin și să lucreze în direcția obiectivelor lor, făcând din încredere un element fundamental în tratamentul sănătății mintale (Gültekin, Erkan & Tüzüntürk, 2011).

- ***TEHNICI:***

***„Acord de grup și confidențialitate*”.** Membrilor li se vorbește despre cum ar trebui să se trateze reciproc cu respect și demnitate în orice moment. Acest lucru include ascultarea activă, absența judecăților și aprecierea perspectivei unice a fiecărei persoane. Membrii ar trebui să înțeleagă noțiunea de confidențialitate și să fie de acord să nu împărtășească informații personale

sau experiențe în afara sesiunilor de grup. Se subliniază importanța de a fi la timp pentru ședințele de grup. Sosirile tardive pot perturba fluxul și încrederea din cadrul grupului. Participanții sunt încurajați la participarea activă, dar și să respecte dreptul fiecărui membru de a împărtăși în ritmul lor propriu. Nimeni nu ar trebui să fie obligat să împărtășească dacă nu se simte confortabil. Membrii ar trebui să fie de acord să ofere feedback constructiv și să-și exprime gândurile și sentimentele deschis în cadrul discuțiilor de grup. Cu toate acestea, acest lucru ar trebui făcut cu respect și cu intenția de a ajuta, nu de a răni.

Activități de spargere a gheții: În terapia de grup sunt instrumente valoroase pentru a dezvolta o senzație de conexiune, confort și încredere între membrii grupului. Acestea pot ajuta indivizii să se cunoască mai bine, să reducă anxietatea și să creeze o atmosferă pozitivă și de susținere în cadrul grupului. Câteva idei de activități care au fost utilizate sunt: „Nume și fapt amuzant" (fiecare membru se prezintă cu numele său și împărtășește un fapt amuzant sau interesant despre el însuși; Acest lucru ajută la inițierea interacțiunii și adaugă o notă personală.) „Două adevăruri și o minciună" (Membrii, cu rândul, împărtășesc două afirmații adevărate despre ei și o afirmație falsă. Grupul încearcă să ghicească care afirmație este minciuna, promovând interacțiunea și umorul.). „Puncte comune" (Grupul stă în cerc, iar fiecare membru împărtășește ceva ce are în comun cu persoana din stânga lor. Această activitate ajută la evidențierea experiențelor comune și a similitudinilor.).

b. Conștientizarea și abordarea anxietății

Înțelegerea și tratarea anxietății la adolescenții cu DZt1 este de o importanță fundamentală din mai multe motive convingătoare. În primul rând, anxietatea netratată poate agrava semnificativ gestionarea DZt1. Nivelele ridicate de anxietate pot duce la fluctuații ale nivelurilor de zahăr din sânge, care pot avea consecințe grave pe termen scurt și lung asupra sănătății. În al doilea rând, anxietatea poate afecta în mod negativ calitatea vieții acestor adolescenți. Poate perturba rutinele zilnice, interacțiunile sociale și performanța școlară, ducând la o senzație redusă de bine. În plus, înțelegerea și abordarea anxietății la adolescenții cu DT1 pot preveni dezvoltarea unor tulburări de sănătate mintală mai grave în viitor (Răşcanu & Nuț, 2010). Anxietatea netratată în adolescență poate crește riscul de tulburări de anxietate și depresie în viața adultă. În final, oferirea de sprijin și tratament pentru anxietate la acești adolescenți nu numai că îmbunătățește sănătatea și starea lor de bine imediată, dar pune și bazele unor vieți mai sănătoase și mai împlinite pe termen lung. Îi ajută să navigheze prin provocările unice ale DZt1 cu reziliență și încredere, contribuind la un viitor mai promițător.

- ***TEHNICI:***

„Jurnalul ghidat” este un exercițiu structurat de scriere menit să ajute adolescenții cu DZt1 să exploreze și să înțeleagă narațiunile lor de anxietate într-un mediu de grup sigur și de susținere. Scopul principal al jurnalizării ghidate este de a încuraja participanții să reflecteze și să-și exprime gândurile, emoțiile și experiențele lor legate de anxietate și DZt1 într-un format structurat. Această tehnică le permite indivizilor să obțină perspicacitate în propriile povestiri de anxietate și furnizează o bază pentru discuții de grup și explorare terapeutică. Facilitatorul începe prin introducerea conceptului de jurnalizare ghidată și a scopului său în cadrul programului de terapie. Facilitatorul subliniază faptul că jurnalizarea ghidată reprezintă un spațiu sigur și privat în care participanții pot explora sentimentele și experiențele lor fără judecată.

Participanților li se oferă prompt-uri sau întrebări specifice legate de anxietate și DZt1. De exemplu: „Descrie o situație recentă în care ai simțit anxietate legată de diabetul tău. Ce gânduri și sentimente ai avut?”, „Cum afectează anxietatea viața ta de zi cu zi cu DZt1?”. Participanților li se cere să scrie liber și sincer, fără a se preocupa de gramatică sau structură. Ei ar trebui să se concentreze pe exprimarea gândurilor și emoțiilor lor. Participanților li se acordă un interval de timp desemnat (de exemplu, 20-30 de minute) pentru a scrie în jurnalele lor. După jurnalizare, participanții sunt invitați să împărtășească voluntar reflecțiile lor cu grupul. Facilitatorul ghidează discuția prin punerea de întrebări deschise pentru a încuraja explorarea temelor, a schemelor și a emoțiilor care rezultă din însemnările din jurnal. Participanții pot discuta despre asemănările, diferențele și perspectivele dobândite din ascultarea experiențelor celorlalți.

„Identificarea narațiunilor de anxietate și externalizarea lor” (White, 2007). Terapia narativă se bazează pe ideea că indivizii își construiesc identitățile și își dau sens experiențelor lor prin poveștile pe care le spun despre ei înșiși și viețile lor. Prin examinarea acestor povești, indivizii pot identifica narativele care contribuie la anxietatea lor și pot explora narațiuni alternative, mai pline de încredere în sine și optimism (Hawke, Relihan, Rhodes & Grimshaw, 2023). Obiectivul principal al acestei tehnici este de a introduce participanții în instrumentele și abilitățile terapiei narative care îi vor ajuta să identifice modelele și temele recurente din poveștile lor de anxietate. Prin aceasta, ei pot obține o mai mare înțelegere a cauzelor și declanșatorilor subiacenți anxietății lor legate de DZt1.

Etape:

1. *Explicație a tehnicilor narative:* Facilitatorul începe prin explicarea conceptului de terapie narativă și relevanța acesteia în înțelegerea anxietății. Participanții sunt informați că poveștile pe care și le spun despre experiențele lor pot modela emoțiile și comportamentele lor.

2. *Identificarea poveștilor de anxietate:* Participanților li se încurajează să împărtășească poveștile personale de anxietate legate de DT1. Aceste povești pot include incidente specifice, gânduri recurente sau sentimente generale de anxietate. Fiecare participant are ocazia să se exprime fără judecată.
3. *Identificarea modelelor:* După ce împărtășesc poveștile lor, facilitatorul îndrumă grupul să identifice modele comune sau teme recurente în aceste povești. Acest lucru poate implica căutarea de emoții comune, declanșatori sau situații care duc constant la anxietate.
4. *Externalizare:* Participanților li se prezintă conceptul de externalizare, în care anxietatea este văzută ca ceva separat de ei înșiși. Acest lucru le permite indivizilor să se distanțeze de anxietatea lor, facilitând analiza. Iată câteva tipuri de întrebări pe care le puteți folosi pentru a externaliza anxietatea, conform „Hărții de externalizare" creată de Michael White (*Anexa 4*): Denumirea anxietății: „Ce nume i-ai da anxietății tale?", „Cum ai descrie această anxietate ca o entitate sau personaj separat?", „Dacă anxietatea ta ar avea un nume sau o formă, cum ar fi?". Dialogul de externalizare: „Poți avea o conversație cu anxietatea ta, ca și cum ar fi o persoană sau o entitate distinctă?", „Ce îți spune anxietatea atunci când este cea mai puternică?", „Cum încearcă anxietatea să-ți influențeze gândurile sau acțiunile?". Întrebări de scalare: „Pe o scară de la 1 la 10, cât de mult spațiu ocupă anxietatea ta în viața ta?", „Cât de mult control are anxietatea ta asupra ta și cum te afectează?", „Unde ai dori să fie anxietatea ta pe această scară și ce ar fi nevoie pentru a ajunge acolo?". Explorarea efectelor: „Cum a afectat această anxietate viața ta, în special în gestionarea DZt1?", „Care sunt modurile în care anxietatea ta a interferat cu rutinele și activitățile tale zilnice?", „Cum ar fi diferită viața ta dacă ai putea reduce impactul acestei anxietăți?".

„Identificarea episoadelor unice" (White, 2007) reprezintă o abordare constructivă utilizată în terapie, în special atunci când se lucrează cu adolescenți care au DZt1care experimentează anxietate. Această tehnică se concentrează pe identificarea și explorarea momentelor sau situațiilor din viața lor când au gestionat cu succes anxietatea, DZt1 sau ambele. Scopul este să amplifice aceste experiențe pozitive pentru a le spori încrederea în sine, a reduce anxietatea și a promova o perspectivă mai optimistă. Iată o descriere a tehnicii împreună cu exemple de întrebări utilizate, cu ajutorul „Hărții de externalizare nr. 2" de analizare a episodului unic creat de Michael White (*Anexa 5*):

Etape:

1. *Identificarea rezultatelor unice:* Terapeutul inițiază o discuție cu grupul pentru a explora experiențele lor legate de DZt1 și anxietate. Sunt încurajați să identifice momente specifice care ies în evidență ca experiențe pozitive sau diferite de cele obișnuite în anxietatea lor.
2. *Povestire și explorare:* Se adresează întrebări deschise pentru a-i încuraja pe adolescenți să împărtășească povești detaliate despre aceste episoade unice. Acestea pot fi situații în care au gestionat eficient diabetul sau momente când anxietatea lor a fost semnificativ redusă. Sunt ascultați activ și cu empatie, creând un mediu sigur și de susținere pentru exprimarea lor.
3. *Puncte forte și strategii:* În timpul procesului de povestire, conversația este ghidată pentru a evidenția punctele forte, abilitățile sau strategiile pe care adolescenții le-au folosit în aceste rezultate unice. Exemple de întrebări: „Ce acțiuni ai întreprins pentru a-ți gestiona anxietatea în acea situație?", „Poți descrie orice mecanisme sau strategii pe care le-ai utilizat și te-au ajutat?", „Cine sau ce ți-a oferit sprijin sau motivație în acea perioadă?".
4. *Relaționarea cu alte situații:* Adolescenții sunt încurajați să exploreze modul în care punctele lor forte și strategiile utilizate în aceste episoade unice pot fi aplicate în alte aspecte ale vieții lor în care se confruntă cu provocări legate de anxietate sau DZt1. Se adresează întrebări precum: „Cum crezi că poți aplica ceea ce ai învățat din acea experiență în situații similare?", „Ce lecții poți trage din aceste episoade unice care te pot ajuta să gestionezi anxietatea și diabetul în viitor?".
5. *Reînnoirea pozitivității:* Se lucrează împreună cu adolescentul pentru a integra aceste episoade unice în povestea lor de viață globală. Sunt ajutați să vadă aceste experiențe ca dovezi ale rezilienței și competenței lor.
6. *Întrebări pentru a stimula reflecția:* „Cum schimbă aceste rezultate unice modul în care îți vezi capacitatea de a face față provocărilor?", „Cum ar putea arăta povestea vieții tale dacă incluzi aceste experiențe pozitive?".

„Tehnica de respirație 4-7-8" (David, 2017). Tehnicile de respirație sunt instrumente valoroase pentru adolescenții care se confruntă cu anxietate. Acestea pot ajuta la calmarea sistemului nervos, reducerea simptomelor fizice ale anxietății (cum ar fi ritmul cardiac rapid și respirația sacadată) și oferirea unei senzații de control asupra stării de anxietate. Iată o tehnică

simplă și eficientă de respirație pentru adolescenții cu anxietate: „Tehnica de respirația 4-7-8” implică un model specific de inhalare, reținere a respirației și expirare pentru a promova relaxarea.

Etape (*indicațiile facilitatorului*):

1. *Fii confortabil:* Găsește un loc liniștit și confortabil pentru a sta sau a te culca. Închide ochii dacă simți că este confortabil.
2. *Relaxează-ți umerii:* Lasă-ți umerii să se relaxeze și menține-ți spatele drept.
3. *Așază-ți limba:* Plasează ușor vârful limbii în partea superioară a gurii, chiar în spatele dinților din față de sus. Menține-o acolo pe toată durata exercițiului.
4. *Expiră complet:* Expiră pe gură, făcând un sunet de șuierat pe măsură ce expiri complet.
5. *Inhalează liniștit:* Închide gura și inhalează liniștit pe nas timp de 4 secunde.
6. *Reține respirația:* Reține respirația pentru șapte secunde.
7. *Expiră complet:* Expiră complet și sonor pe gură până timp de 8 secunde. Încearcă să faci un sunet de șuierat pe măsură ce expiri.
8. *Repetă:* Repetă acest ciclu (pașii 5-7) de încă trei ori pentru un total de patru cicluri de respirație.

„Relaxarea musculară progresivă” (David, 2017). Tehnicile de relaxare sunt instrumente importante pentru a ajuta adolescenții cu DZt1 să gestioneze anxietatea. Aceste tehnici pot contribui la reducerea stresului, la calmarea sistemului nervos și la promovarea unei stări de bine. Iată o tehnică de relaxare care poate fi benefică pentru adolescenții cu T1D și anxietate. Relaxarea musculară progresivă este o tehnică de relaxare bine stabilită care implică tensiunea și apoi relaxarea sistematică a diferitelor grupuri musculare din corp. Aceasta ajută la reducerea tensiunii fizice, la diminuarea anxietății și la promovarea unei stări de calm.

Etape (*indicațiile facilitatorului*):

1. *Găsiți un spațiu liniștit:* Alegeți un loc liniștit și confortabil în care să nu fiți deranjat.
2. *Stați într-o poziție confortabilă:* Stați sau culcați-vă într-o poziție confortabilă. Puteți face acest exercițiu cu ochii închiși sau deschiși, în funcție de preferința dvs.
3. *Concentrați-vă asupra respirației:* Faceți câteva respirații lente și adânci pentru a vă centra. Inspirați pe nas, rețineți pentru câteva momente, și expirați încet pe gură.
4. *Tensiune și relaxare:* Începeți de la picioare și lucrați în sus. Pentru fiecare grup muscular, efectuați următoarele acțiuni:
5. Inspirați și, pe măsură ce faceți acest lucru, tensionați mușchii din zona respectivă cât de tare puteți, fără să vă încordați excesiv. Mențineți această tensiune timp de câteva secunde (aproximativ 5 secunde).

6. Expirați complet și eliberați brusc tensiunea din grupul muscular respectiv. Concentrați-vă asupra senzației de relaxare pe măsură ce tensiunea dispare.
7. Acordați atenție diferenței dintre tensiune și relaxare. Ar trebui să simțiți că o undă de calm vă învăluie.
8. *Progresul ascendent:* Continuați acest proces, deplasându-vă în sus prin corp. Avansați prin picioare, abdomen, piept, spate, umeri, brațe și gât. Nu uitați să includeți și mușchii feței.
9. *Respirați adânc:* Pe parcursul exercițiului, mențineți o respirație lentă și profundă. Inspirați pe nas și expirați pe gură.
10. *Rămâneți relaxați:* După ce ați trecut prin toate grupurile musculare, luați-vă un moment pentru a vă bucura de senzația de relaxare din întregul corp. Concentrați-vă asupra acestei stări de calm timp de un minut sau două.
11. *Încheiați sesiunea:* Deschideți încet ochii dacă erau închiși. Mișcați-vă ușor și readaptați-vă la mediul înconjurător.

c. Abordarea schemelor cognitive disfuncționale

Restructurarea cognitivă este o tehnică terapeutică folosită pentru a aborda și modifica schemele cognitive maladaptative la indivizi, inclusiv adolescenții cu diabet de tip 1 (T1D) care pot dezvolta modele de gândire negative legate de condiția lor. Aceste scheme pot contribui la anxietate, depresie și la o gestionare precară a diabetului. Iată câteva tehnici de restructurare cognitivă adaptate adolescenților cu DZt1 aplicate în programul de intervenție:

- ***TEHNICI:***

„Jurnalul gândurilor” (David, 2017). Adolescenții sunt încurajați să țină un jurnal al gândurilor și emoțiilor lor, în special atunci când se confruntă cu situații dificile legate de diabet. Acest lucru îi poate ajuta să devină conștienți de modelele repetitive de gândire negativă.

„Dialogul socratic” (David, 2017). Această tehnică poate fi foarte eficientă atunci când se lucrează cu adolescenți care au DZt1și scheme cognitive dezadaptative legat de condiția lor. Prin utilizarea întrebărilor deschise și a încurajării gândirii critice, aceasta ajută să conteste credințele negative, să dezvolte o înțelegere mai profundă a diabetului lor și să exploreze modele de gândire mai adaptative. Adolescenților li se oferă Fișa de lucru „*Dialogul socratic*” (*Anexa 6*) pentru o mai bună înțelegere și vizualizare a tehnicii (Clark & Egan, 2015).

Etape:

1. Identificarea gândurilor disfuncționale: Se începe prin discutarea unei situații sau gânduri specifice legate de DZt1 care îi deranjează sau pe care o percep ca negativă. De exemplu, ei ar putea afirma: „Sunt o povară pentru familia mea din cauza diabetului meu.”.
2. Clarificare: Se adresează întrebări pentru a asigura claritatea mesajului: „Ce înseamnă *o povară*?”.
3. Contestarea asumpțiilor: Încurajarea adolescentul să examineze semnificațiile de bază ale gândurilor lor: „De ce crezi că ești *o povară*? Ce dovezi susțin această convingere?”.
4. Explorarea implicațiilor: Se pun întrebări care îl ajută pe adolescent să considere implicațiile mai extinse ale convingerilor sale: „Dacă ai fi *o povară*, cum crezi că ar sesiza asta familia ta? Cum ar putea ei percepe altfel diabetul tău?”.
5. Încurajarea auto-reflecției: Se stimulează auto-reflecția printr-un dialog despre procesul de gândire legat de această convingere: „Poți să te gândești la un moment specific când ai început să te simți astfel? Ce evenimente sau experiențe au putut influența această convingere?”.
6. Perspectivă alternativă: Se încurajează adolescentul să ia în considerare perspective alternative sau explicații: „Există alte moduri de a interpreta rolul tău în familia ta? Cum ar putea familia ta vedea diabetul tău în mod diferit?”.
7. Identificarea dovezilor: Adolescentul este ajutat să examineze dovezi pro și contra credinței lor: „Ce exemplu poți oferi care susțin ideea ta că ești o povară? Ai observat momente în care familia ta te-a susținut sau înțeles?”.
8. Gânduri echilibrate: Se lucrează împreună cu psihologul pentru a reformula gândul disfuncțional într-unul mai echilibrat și constructiv: „În loc să te gândești că ești o povară, cum ar fi să te vezi ca pe cineva care poate echilibra diabetul și viața socială?”.
9. Plan de acțiune: Ghidarea adolescentul să dezvolte un plan de acțiune bazat pe gândurile lor revizuite. De exemplu, adolescenții pot lucra la comunicarea deschisă și asertivă cu familia lor despre sentimentele și nevoile lor legate de gestionarea diabetului.
10. Revizuire și reflecție: Se încurajați reflectarea regulată asupra progresului lor. Se pun întrebări cum ar fi: „Cum a influențat noua ta perspectivă sentimentele și acțiunile tale? Ai observat schimbări pozitive în gestionarea diabetului și în starea ta emoțională?”.

Tehnica „Gânduri, emoții, acțiuni” reprezintă o abordare cognitiv-comportamentală care poate fi deosebit de benefică pentru adolescenții cu DZt1, funcționând pe scheme cognitive dezadaptative. Această tehnică îi ajută pe indivizi să identifice și să modifice conexiunile dintre gândurile lor, emoții și acțiuni, permițându-le să dezvolte modele cognitive adaptative. Pentru lucru mai facil cu adolescenții și o organizare vizuală mai bună pentru ei, am elaborat și aplicat fișa „Gânduri, emoții, acțiuni” (Durlak, Furnham & Lampman, 1991) (*Anexa 7*):

1. *Gânduri:* Începeți prin a-i ajuta pe adolescenți să devină conștienți de gândurile lor, în special cele legate de diabetul lor și de orice credințe dezadaptative pe care le-ar putea avea. Încurajați-i să înregistreze aceste gânduri într-un jurnal sau într-un registru de gânduri.
2. *Emoții:* Apoi, explorați emoțiile sau sentimentele asociate acestor gânduri. Cereți adolescentului să descrie cum îl fac aceste gânduri să se simtă. Este esențial să creeze o conștientizare emoțională cu privire la impactul gândurilor lor asupra stării lor emoționale.
3. *Acțiuni:* Examinați acțiunile sau comportamentele care rezultă din aceste gânduri și sentimente. Adolescenții pot reacționa la gândurile lor negative în diferite moduri, cum ar fi evitarea sarcinilor de gestionare a diabetului sau izolarea lor socială.
4. *Identificarea modelelor:* Ajutați adolescentul să recunoască modelele, examinând cum sunt interconectate gândurile lor, sentimentele și acțiunile lor. Există teme sau secvențe recurente în experiențele lor?
5. *Contestarea gândurilor disfuncționale:* Odată identificate conexiunile, lucrați cu adolescentul pentru a contesta gândurile disfuncționale. Încurajați-l să pună sub semnul întrebării exactitatea și validitatea credințelor lor negative despre ei înșiși și despre diabetul lor.
6. Restructurarea cognitivă: Ghidați adolescentul în reformularea gândurilor lor disfuncționale în unele mai echilibrate și constructive. De exemplu, dacă au un gând precum „Nu pot gestiona diabetul meu”, ajutați-i să-l reformuleze ca „Învăț să gestionez diabetul meu și este în regulă să fac uneori greșeli.”.
7. *Explorarea sentimentelor și acțiunilor alternative:* Încurajați adolescentul să ia în considerare cum schimbarea gândurilor lor poate duce la diferite emoții și acțiuni.
8. Ce emoții și comportamente pozitive pot rezulta din gândirea mai funcțională?
9. *Experimente comportamentale:* Uneori, este util să efectuați experimente comportamentale pentru a testa noi modele de gândire. De exemplu, ei pot încerca o abordare diferită în gestionarea diabetului și să observe cum afectează sentimentele și rezultatele lor.

10. *Jurnalizarea și monitorizarea progresului:* Încurajați adolescentul să țină un jurnal pentru a înregistra gândurile, sentimentele și acțiunile lor în timp. Acest lucru îi poate ajuta să monitorizeze progresul și să identifice zone în care mai este nevoie de lucru.

d. „Abordarea imaginii de sine

Abordarea imaginii corporale în psihoterapie pentru adolescenții cu DZt1 este vitală. Gestionarea DZt1 implică adesea medicamentație și posibile schimbări ale corpului, ceea ce poate duce la o imagine de sine și o stima de sine scăzută. Prin abordarea acestor preocupări, terapia ajută adolescenții să dezvolte o imagine de sine mai sănătoasă, reducând stresul și anxietatea legate de condiția lor. De asemenea, se reduce riscul TCA, promovând o mai bună aderență la îngrijirea diabetului. În cele din urmă, aceste discuții din terapie promovează bunăstarea emoțională, reziliența și o relație pozitivă cu propriul corp, permițându-le să navigheze cu încredere și să-și îmbunătățească sănătatea mentală generală.

„Psihoeducație despre imagine de sine și imagine corporală” vizează ce este imaginea corporală și cum poate fi influențată de normele sociale, media și afecțiunile cronice de sănătate precum DZt1. Se ajută adolescentul să înțeleagă conceptul de imagine corporală și potențialul său impact asupra sănătății mintale.

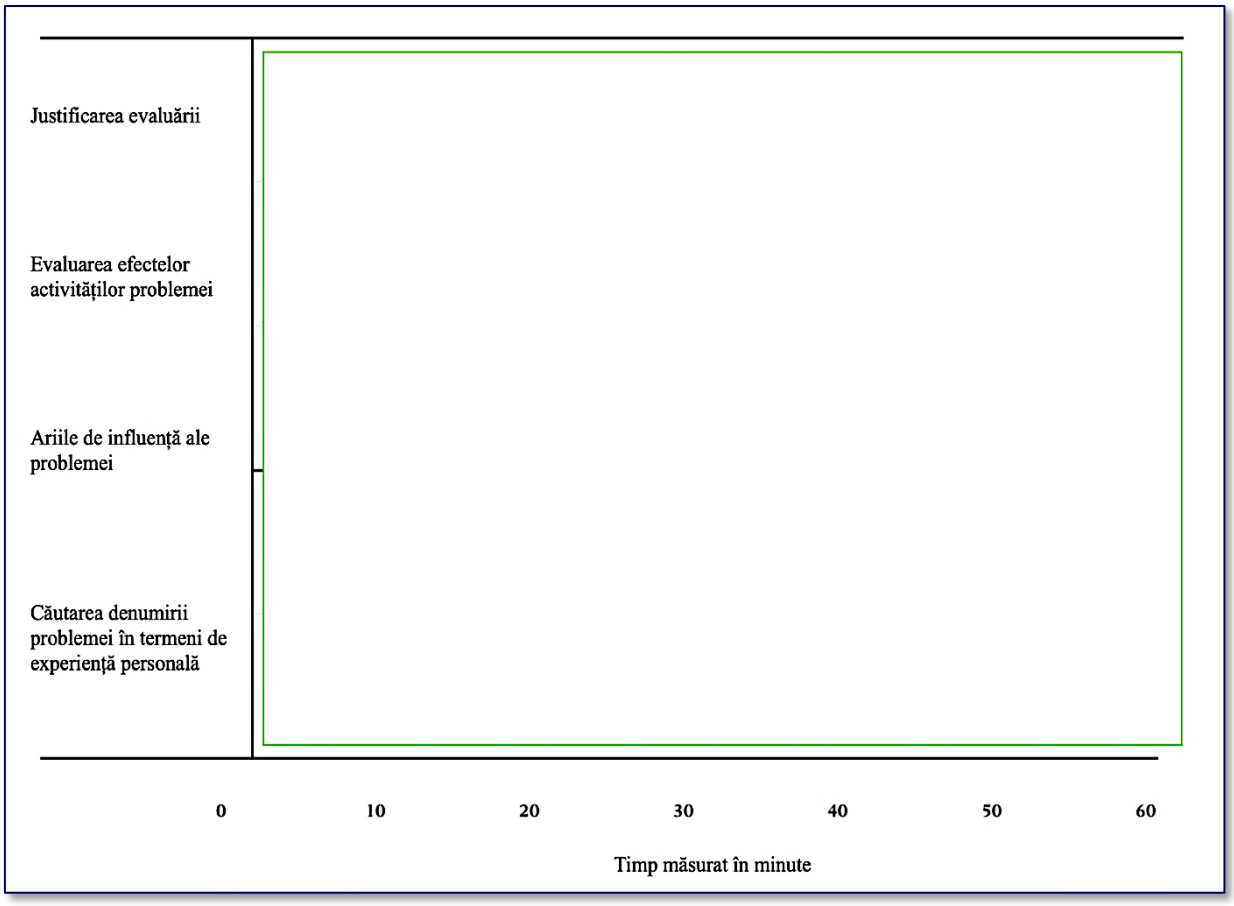
„Externalizarea problemei” (White, 2007). Se externalizează narațiunile negative despre imaginea corpului. Adolescentul este încurajat să vadă aceste povești ca influențe externe (aproape ca personaje într-o poveste) pe care le pot examina obiectiv. Conform „Hărții de externalizare nr. 1”, elaborată de Michael White (*Anexa 4*), pot fi oferite următoarele întrebări deschise:

- ✓ *Poți să dai un nume gândurilor sau credințelor negative pe care le ai despre corpul tău sau aspectul tău? Spre exemplu: „Criticul” sau „Judecătorul”? Cum te simți când le separi de tine însuți?*
- ✓ *Imaginează-ți că urmărești un film despre un personaj care are gânduri negative separat despre corpul său din cauza DZt1. Cum l-ai numi pe acel personaj și cum l-ai descrie?*
- ✓ *Când apar aceste gânduri negative, simți că fac parte din tine sau par ceva 206eparate care încearcă să te influențeze?*
- ✓ *Dacă ai putea să pui aceste gânduri negative sub o formă fizică, precum un personaj sau o creatură, cum ar arăta și cum ar interacționa cu tine?*
- ✓ *Gândește-te la o situație în care ai reușit să te opui sau să îți pui la îndoială aceste gânduri negative. Cum te-ai simțit în acele momente? Cum ți-a schimbat perspectiva asupra lor?*
- ✓ *Dacă aceste gânduri negative ar avea o voce, cum ar suna? Sunt zgomotoase sau liniștite? Vorbesc cu un anumit ton?*
- ✓ *Poți descrie impactul acestor gânduri negative asupra vieții tale? Cum îți afectează emoțiile, comportamentele și relațiile?*

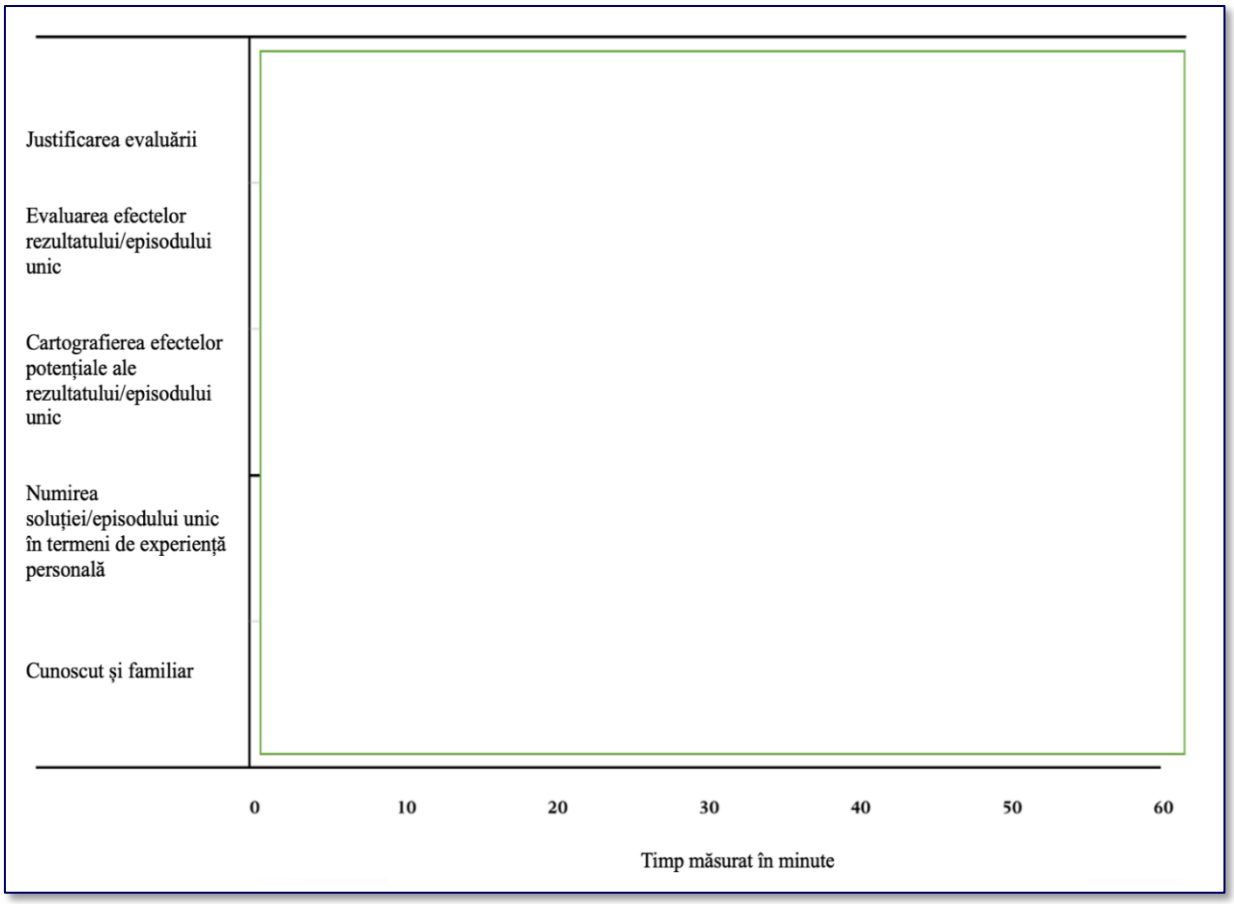
Aceste întrebări ajută adolescenții să externalizeze narativele lor negative legate de imaginea corporală, tratându-le ca entități sau influențe separate. Atare perspectivă poate facilita analiza și contestarea acestor gânduri, ducând finalmente la o imagine mai sănătoasă a corpului.

„Scrisori de compasiune pentru corp”. Se încurajează adolescenților să își scrie scrisori pline de compasiune pentru ei înșiși. În aceste scrisori, ei ar trebui să-și abordeze preocupările legate de imaginea corpului cu bunătate, înțelegere și sprijin. Ei pot partaja aceste scrisori în cadrul grupului sau le pot păstra private. Exemple de mesaje oferite spre exemplu adolescenților pot fi: „*Recunosc dificultățile cu care m-am confruntat în acceptarea propriului corp și în gestionarea diabetului meu. Este în regulă să simt ceea ce simt*”, „*Înțeleg că sentimentele mele legate de propriul corp sunt reale și nu trebuie să mă judec pentru gândurile acestea. Toți avem momentele noastre de îndoială*.”, „*Înțeleg că viața cu diabet poate fi dificilă și este normal să am zile în care mă simt frustrat sau copleșit. Este în regulă să fiu blând cu mine în astfel de momente*.”, „*Aleg să înlocuiesc auto-critica cu afirmații pozitive. Sunt mai mult decât diabetul meu, iar valoarea mea nu este determinată de aspectul meu*.”, „*Apreciez propriul corp pentru tot ceea ce face pentru a mă menține sănătos. A trecut prin multe, și sunt recunoscător pentru rezistența lui*.”.

ANEXA 4. *„Harta de externalizare nr. 1”* (White, 2007)



ANEXA 5. *„Harta de externalizare nr. 2”* (White, 2007)



ANEXA 6. ***Fișa de lucru „Dialogul socratic”***

„Dialogul socratic”

Gândurile sunt ca un dialog curent în creierul tău. Ele vin și pleacă repede. Atât de repede, de fapt, încât rareori avem timp să le punem la îndoială. Deoarece gândurile noastre determină cum ne simțim și cum acționăm, este important să punem la îndoială orice gânduri care ne fac rău

Petreceți un moment gândindu-vă la fiecare dintre următoarele întrebări și înregistrați răspunsuri detaliate. Elaborați și explicați „de ce” sau „de ce nu” în răspunsurile tale.

Gândul care trebuie pus la îndoială.

Care sunt dovezile care susțin acest gând? Dar care sunt împotrivă?

Mă bazez pe fapte sau pe sentimente/emoții?

Este acest gând alb-negru, pe când realitatea este mai complicată?

Aș putea interpreta greșit dovezile? Fac cumva vreo presupunere?

Ar putea alți oameni să aibă interpretări diferite ale aceleași situații? Care ar fi ele?

Analizez toate dovezile sau doar acele are susțin gândul meu?

Ar putea gândul meu să fie doar o exagerare a ceea ce este adevărat?

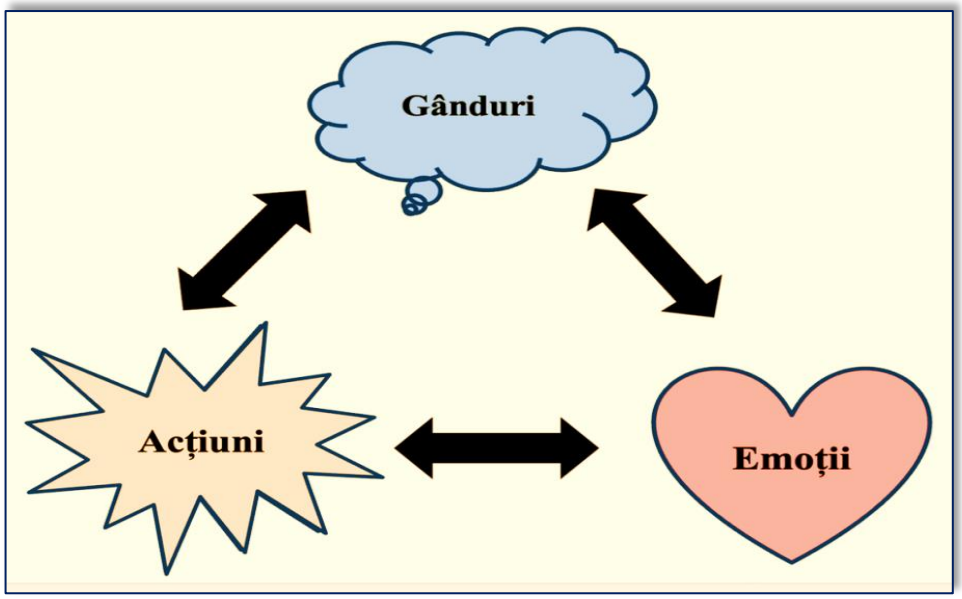
ANEXA 7. ***Tehnica „Gânduri, emoții, acțiuni”***

„Gânduri, emoții, acțiuni”

Toată lumea are probleme, cât mari atât și mici. Conexiunea dintre **gânduri**, **emoții** și **acțiuni** sunt importante pentru a rezolvarea problemelor.

Imaginează-ți că ai în curând un test și gândești că „*Voi avea eșec!*”. Din cauza acestui gând începi să-ți faci griji. Ești atât de îngrijorat încât ți se face rău doar gândindu-te la test. Pentru că te simți atât de neplăcut, decizi să nu studiezi.

Gândul („*Voi avea eșec!!*”) a condus la emoție (îngrijorare) care a condus la o acțiune (te-ai oprit din studiat). Ce s-ar fi schimbat dacă ai fi avut un alt gând?





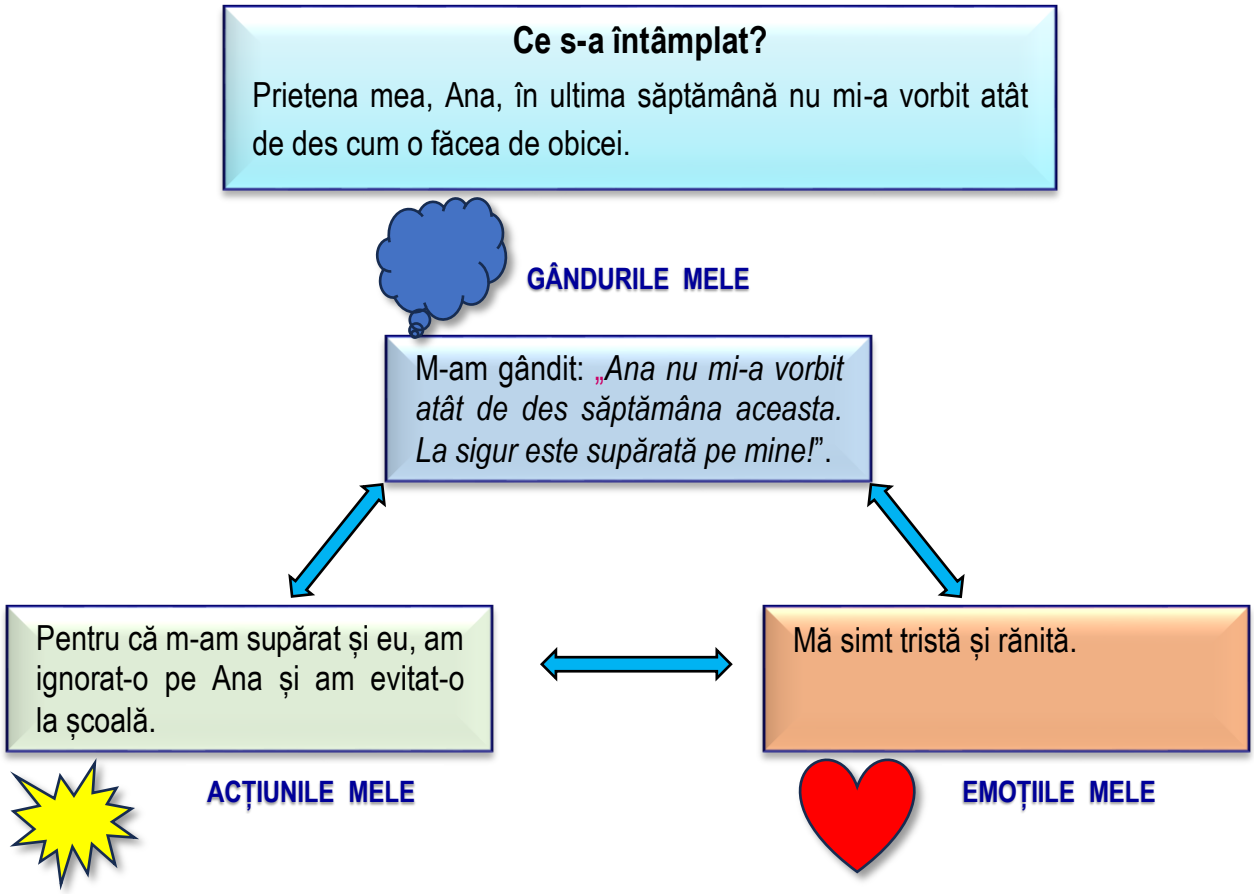
Gândurile sunt cuvintele care îți trec prin minte. Sunt lucrurile pe care ți le spui despre ceea ce se întâmplă în jurul tău. Există multe gânduri diferite pe care le-ai putea avea despre o singură situație.



Emoțiile vin și pleacă pe măsură ce ți se întâmplă diferite lucruri. Poți să te simți fericit, furios și trist, pe parcursul aceleiași zile. Unele emoții sunt neplăcute, dar nu sunt rele. Toată lumea are aceste emoții din când în când.

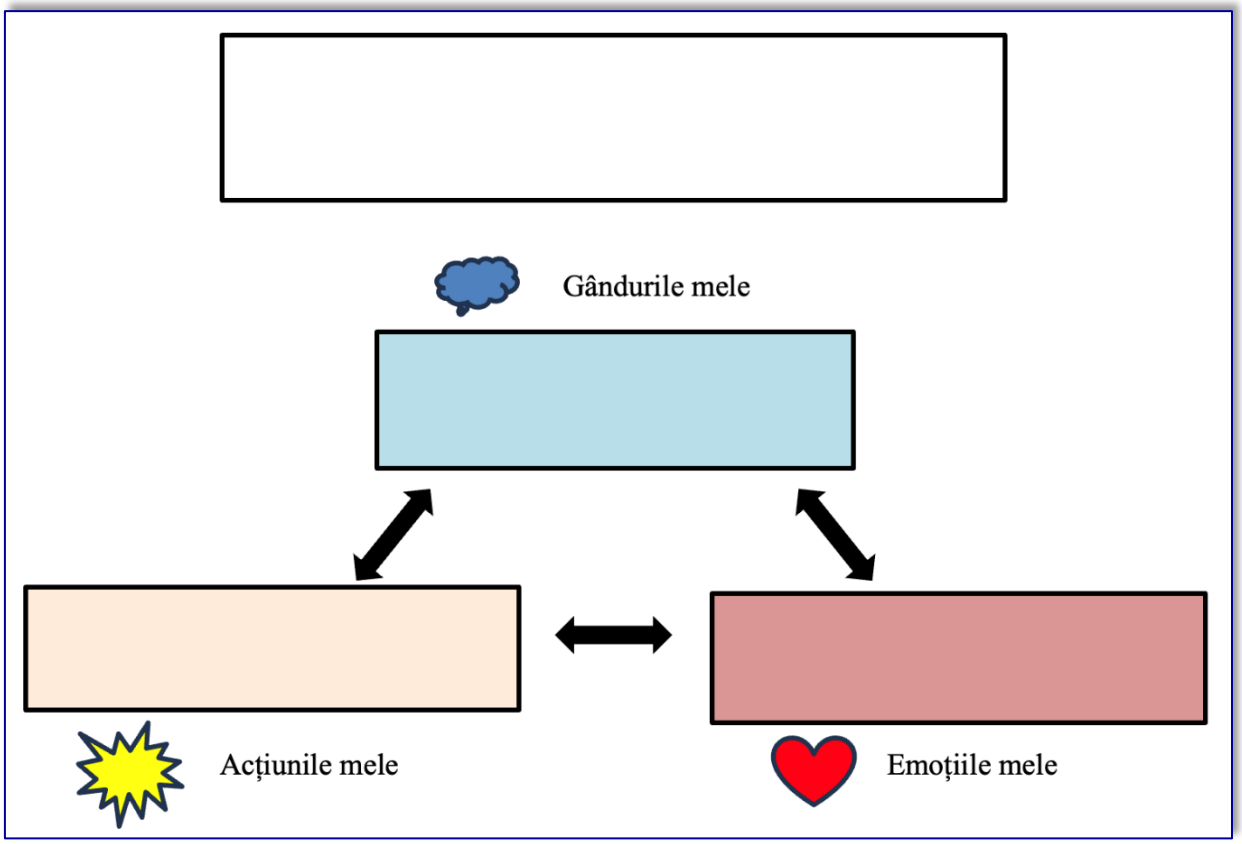


Acțiunile sunt lucrurile pe care le faci sau felul în care te comporți. Gândurile și emoțiile tale au un impact mare asupra modului în care acționezi. Dacă te simți fericit, probabil că vei face lucruri frumoase, dar dacă te simți supărat, s-ar putea să vrei să te comporți răutăcios.



Doar pentru că ai un gând nu înseamnă că este adevărat. gândurile tale sunt **presupuneri** despre de ce s-a întâmplat ceva sau despre ceva ce s-ar putea întâmpla. A veni cu gânduri noi te va ajuta să vezi o situație diferit.

	Gânduri noi	Emoții noi	Acțiuni noi
1	*„S-ar putea ca Ana să fie supărată pe mine, dar poate nu, Nu am de unde știi.”*	Îngrijorată că Ana ar putea fi supărată, dar nu sunt la fel de tristă cum am fost.	O întreb pe Ana dacă este supărată pe mine sau dacă are o altă problemă.
2	*„Probabil că Ana a fost ocupată cu școala sau cu altceva.”*	Dezamăgită că nu vorbesc cu Ana, dar sunt înțelegătoare.	Voi rămâne prietenoasă cu Ana ca de obicei și o voi saluta-o oricum.
3	*„Poate Ana este supărată dar nu are legătură cu mine.”*	Îngrijorată de cum se simte Ana.	O întreb pe Ana ce se întâmplă și dacă are nevoie de ajutor.



	Gânduri noi	Emoții noi	Acțiuni noi
1			
2			
3			

ANEXA 8. ***Studiul de caz „Ana". Interviu preliminar***

Interviu preliminar

Psiholog (P.): Bună Ana, mă numesc Victoria, și sunt psihologul alocat secției de endocrinologie. Cum te simți astăzi?

Ana (A.): Bună ziua... mă simt cam pierdută, dar bine.

P.: Îmi pare rău să aud asta, dar mă bucur că avem șansa să stăm de vorbă. Vreau să discutăm puțin despre tine. Ai fost aleasă aleator pentru a participa la ședințele noastre de terapie psihologică. Cum te simți față de această oportunitate?

A.: E... ciudat. Nu m-am gândit niciodată la terapie, dar poate e bine.

P.: Înțeleg. Vreau să începem cu o discuție deschisă despre ceea ce simți. Poți să îmi povestești puțin despre cum te simți în acest moment?

A.: M-am simțit destul de copleșită. Toate schimbările în viața mea, mai ales cele legate de diabet, mă fac să mă simt pierdută și frustrată.

P.: Diabetul poate fi o provocare majoră. Cum percepi această schimbare din punct de vedere emoțional?

A.: E dificil. Mă simt mereu că trebuie să fac față așteptărilor părinților, medicilor, să fiu puternică, dar uneori mă simt slabă și neputincioasă.

P.: Îmi poți spune mai multe despre orice emoție specifică pe care ai simțit-o în legătură cu această experiență?

A.: Am fost speriată, frustrată... și uneori mă simt chiar furioasă. E dificil să accept că trebuie să trăiesc cu asta.

P.: Înțeleg că pot apărea emoții complexe și dificile în fața acestei provocări. Vreau să știi că suntem aici pentru a te sprijini. În cadrul terapiei, vom explora aceste emoții și vom lucra împreună pentru a-ți îmbunătăți starea emoțională. Ai vreo preocupare sau întrebare până acum?

A.: Nu știu... nu prea știu la ce să mă aștept.

P.: Nu e nevoie să știi în acest moment. Vom merge în ritmul tău. Scopul nostru este să-ți oferim sprijin emoțional și să găsim modalități de a-ți îmbunătăți calitatea vieții. Mă bucur că ai acceptat să participi și sunt aici pentru a te ghida pe parcursul acestei călătorii.

ANEXA 9. ***Fișa „Jurnalul gândurilor”*** (David, 2017)

„Jurnalul gândurilor”

Numele pacientului.....Data de astăzi.....			
Data, ora	**Situația** Specificați ce s-a întâmplat, când și cu cine a fost implicat	**Emoții** Specificați emoția resimțită și intensitatea ei (0-100%)	**Gând automat** Scrieți gândurile automate care au precedat emoțiile; evaluați la fiecare gradul de încredere în acuratețea sa

ANEXA 10. ***Exemplu de aplicare a tehnicii „Dialogul socratic”***

Studiul de caz „Ana”
Aplicarea tehnicii „Dialogul socratic”

Psiholog (P.): Ana, să explorăm împreună unul dintre gândurile pe care îl ai în situațiile în care cauți aprobarea. Poți să împărtășești acel gând cu mine?
Ana (A.): Un gând pe care îl am des este că trebuie să fac totul perfect, altfel nu vor fi mulțumiți de mine.

P.: Foarte bine, Ana. Acum să analizăm acest gând. Care sunt dovezile care susțin această idee că trebuie să faci totul perfect?
A.: Cred că atunci când am reușite sau când primesc aprecieri de la ceilalți, simt că am făcut totul perfect.

P.: Dar care ar putea fi împotrivă? Există vreun contraargument?
A.: Poate că atunci când greșesc și nu primesc aprobarea, simt că nu am făcut totul perfect.

P.: Înțeleg. Te-ai gândit vreodată că această idee a perfecțiunii se bazează mai mult pe sentimente sau emoții decât pe fapte concrete?
A.: Da, recunosc că uneori mă simt copleșită de presiunea de a face totul perfect.

P.: Este posibil ca această idee să fie prea simplificată, alb-negru, când realitatea este mai complicată? Există situații în care lucrurile nu trebuie să fie perfecte?
A.: (După o pauză) Da, poate că în unele situații nu este nevoie să fie perfect, dar îmi este teamă că oamenii vor judeca.

P.: Interesant. Există vreun indiciu că ai putea interpreta greșit anumite dovezi sau că faci presupuneri despre ceea ce cred ceilalți?
A.: Cred că uneori presupun că așteptările lor sunt mai mari decât sunt în realitate.

P.: Ai vreo idee dacă și alți oameni ar putea avea interpretări diferite ale aceleiași situații? Care ar putea fi acele interpretări?
A.: Probabil că da. Poate că unii oameni nu se așteaptă la perfecțiune și apreciază efortul.

P.: Excelent punct de vedere, Ana. Analizăm toate dovezile care susțin gândul tău despre perfecțiune sau te axezi doar pe anumite aspecte?
A.: Cred că mă concentrez mai mult pe reușite și aprobare și uit de efortul depus.

P.: În concluzie, s-ar putea ca acest gând să fie o exagerare a ceea ce este cu adevărat important sau valabil? Este posibil ca lucrurile să nu fie atât de critice cum le percepi?
A.: (După o pauză) Da, poate că îmi fac griji prea mult și că nu totul trebuie să fie perfect.

P.: Foarte bine, Ana. Această analiză ne ajută să privim mai obiectiv la gândurile tale și să identificăm posibile distorsiuni cognitive.

ANEXA 11. ***Exemplu de dialog „Harta de externalizare nr. 2”***

Studiul de caz „Ana”

Tehnica „Identificarea episoadelor unice” în anxietate

Identificarea episoadelor unice:

Psiholog (P.): Ana, să discutăm despre momentele legate de diabetul tău de tip 1 și anxietatea asociată. Există vreo experiență pozitivă sau diferită de cele obișnuite pe care ai remarcat-o?

Ana (A.): Da, recent am avut o situație la școală când am avut o scădere a glicemiei, dar am reușit să-mi administrez corect insulina și să-mi revin rapid. A fost o senzație de mândrie și control pe care nu o simțisem înainte.

Detaliere:

P.: Spune-mi mai multe despre acea situație specifică. Cum ai gestionat diabetul și cum s-a manifestat anxietatea în acel moment?

A.: Eram neliniștită că nu voi putea face față situației, dar am aplicat planul de acțiune pe care l-am discutat în ședințele anterioare, ceea ce mi-a dat un sentiment de control.

Puncte forte și strategii:

P.: Ești remarcabilă pentru că ai reușit să faci față acelei situații. Ce anume ai făcut sau ce strategii ai folosit care au fost eficiente?

A: Am respirat adânc pentru a-mi menține calmul și am aplicat metodele de dozare a insulinei pe care le-am învățat.

Relaționarea cu alte situații:

P.: Cum crezi că acele abilități și strategii pot fi aplicate în alte situații în care simți anxietate sau când te confrunți cu provocări legate de diabet?

A.: Cred că pot aplica aceleași tehnici atunci când mă confrunt cu situații noi sau când am temeri legate de diabet.

Reînnoirea pozitivității:

P.: Vom integra aceste experiențe în povestea ta de viață. Acestea demonstrează reziliența și competența ta în gestionarea anxietății și a diabetului.

ANEXA 12. ***Scrisoare de compasiune adresată corpului***

Studiul de caz „Ana”

Scrisoare de compasiune adresată corpului

„Dragul meu corp!

Vreau doar să-ți mulțumesc. Ai fost alături de mine în toate și, chiar dacă nu ți-am acordat întotdeauna atenția cuvenită, îți recunosc acum importanța. Ai fost puternic și răbdător, mai ales în zilele dificile cu diabetul.

Îmi pare rău pentru momentele în care nu te-am prețuit suficient. Promit că voi încerca să te iubesc și să te respect mai mult în fiecare zi. Ești casa mea.

Cu recunoștință,

Ana.”

ANEXA 13. ***Scrisoare de compasiune adresată diabetului***

Studiul de caz „Ana”

Scrisoare de compasiune adresată diabetului

„Dragul meu Diabet!

Aș vrea să-ți mulțumesc pentru lecțiile pe care mi le-ai oferit și pentru că m-ai făcut mai puternică decât am crezut vreodată că pot fi. Știu că nu am fost întotdeauna prietenoasă cu tine, dar încep să înțeleg că faci parte din mine.

În pofida greutăților pe care le aduci, m-ai învățat despre disciplină și importanța grijii de sine. Regret momentele când am simțit că te resping, dar încep să văd că suntem în aceeași echipă.

Cu recunoștință și acceptare,

Ana.”

ANEXA 14. ***Studiu de caz „Ana”***

Tehnica „Identificarea episodului unic” în dezvoltarea stimei de sine

Psiholog (P.): Astăzi ne vom concentra pe identificarea unor momente sau experiențe care au avut un impact pozitiv asupra stimei tale de sine. Există vreun episod în care te-ai simțit pe deplin acceptată și apreciată așa cum ești?

Ana (A.): Hmm, trebuie să mă gândesc... Cred că am avut o experiență când am fost implicată într-un proiect la școală și colegii au apreciat munca mea.

P.: Excelent! Poți să împărtășești mai multe despre acel moment? Cum te-ai simțit și ce anume în legătură cu acea experiență a contribuit la o percepție mai pozitivă a ta?

A.: Da, bineînțeles. Proiectul a fost destul de dificil, și inițial am simțit o presiune mare. Dar pe măsură ce am colaborat cu colegii și am adus contribuția mea, am observat că oamenii au apreciat munca mea. M-am simțit valorizată și realizată, iar asta a crescut stima mea de sine.

P.: Sună ca o experiență minunată! Acum, te invit să creezi o poveste detaliată în jurul acelei situații. Fii cât mai specifică și subliniază punctele tale forte și calitățile unice care au contribuit la succesul tău în acel proiect.

A.: Sigur, cred că pot face asta. Îmi aduc aminte de momentele de colaborare și creativitate care au adus valoare proiectului și au evidențiat abilitățile mele de lider.

P.: Perfect! După ce ai creat narațiunea, vom discuta despre modul în care aceste episoade unice pot influența percepția ta generală a identității și a imaginii de sine. Te rog să începi să construiești povestea ta și să împărtășești apoi cu mine.

A.: Am început să mă implic mai mult în proiect, aducând idei noi și conducându-i pe ceilalți. În timpul prezentării finale, colegii au evidențiat implicarea mea și au apreciat modul în care am trecut peste greutăți. M-am simțit cu adevărat apreciată și susținută de către ceilalți.

P.: Sună ca o experiență semnificativă! Cum ai perceput importanța acestei reușite asupra ta?

A.: A fost o descoperire pentru mine. M-am simțit încrezătoare și am realizat că pot aduce o contribuție valoroasă, chiar dacă la început am simțit o îngrijorare puternică. A fost un moment în care am simțit că sunt acceptată și apreciată pentru cine sunt și pentru abilitățile mele.

P.: Excelent! În următoarea ședință, vom explora cum această experiență și altele similare pot fi integrate în narațiunea ta generală, sprijinind o imagine pozitivă de sine. Felicitări pentru că ai împărtășit această poveste și pentru reușita ta în proiect!

ANEXA 15. ***Rezultatele testului t pentru eșantioane independente a diferenței indicatorilor comportamentali dintre adolescenții diabetici și cei fără diabet zaharat tip 1***

Indicatori comportamentali	t-test			
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean difference
Comportament bulimic	1,926	173,12	,056	1,773
Nemulțumire față de corp	4,206	252,490	,000	13,265
Dorința de a fi slab	3,232	211,554	,001	2,038
Scala compozită *Risc de tulburare de comportament alimentar*	3,232	211,554	,001	2,038

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata, Condrea Victoria, declar pe răspundere personală 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.

Condrea Victoria

Semnătura

Data

Curriculum Vitae

Numele/prenumele: Condrea Victoria
Data și locul nașterii: 28.01.1997, mun. Chișinău, Republica Moldova
Cetățenia: Republica Moldova

Activitatea profesională:

2021-prezent	Psihoterapeut cu practică privată
2022-prezent	Asistent universitar în cadrul Universității de Stat din Moldova, Departamentul *Psihologie*
2018-2019	Psiholog clinician în cadrul IMSP Institutul Mamei și Copilului

Studii:

2020-2024	Universitatea de Stat din Moldova, studii de doctorat în cadrul Școlii Doctorale *Științe Sociale și ale Educației*, Psihologie generală.
2018-2020	Studii de masterat în Psihologie, programul de studii *Psihologie clinică*, Universitatea de Stat din Moldova.
2000-2005	Studii de licență în Psihologie, Universitatea de Stat din Moldova.

Stagii de cercetare și formare profesională:

2022-prezent	Formare în psihoterapie cognitiv-comportamentală (Liga Română de Sănătate mintală)
2021-prezent	Curs de psihodiagnostic rorschach (Scuola Romana Rorschach)
2021-2022	Formarea continuă la specialitatea „Modulul psihopedagogic" (Universitatea de Stat din Moldova)
2018-2022	Recalificare profesională la specialitatea logopedie (Institutul de Formare Continuă)
2019-2021	Curs de formare în psihoterapie integrativă (Asociația Română de Psihoterapie Integrativă)
27-28 iulie 2019	Formarea în domeniul psihoterapiei pozitive (Gabriela Hum, psihoterapeut, România)
17-18 martie 2018	Curs de formare profesională continuă „Evaluarea personalității individuale – de la normalitate la patologie" (Agenția Regională de Consultanță în Managementul Resurselor Umane)
08 martie 2018	Workshop Introducere practică în neuropsihanaliză: implicații clinice International (Psychoanalytic University Berlin)
2017-2018	Curs de formare continuă „Evaluare și expertiză psihologică clinică pentru copil, adult și familie" (Asociația *Expert Psy,* România)

Domenii de interes științific: psihologie clinică, neuropsihologie, psihoterapie integrativă, psihoterapie cognitiv comportamentală, psihoterapie narativă.

Participări la foruri științifice locale, naționale, internaționale:

1. Conferința Științifică Națională cu Participare Internațională „Integrare prin Cercetare și Inovare” (Chișinău, 2021);
2. Conferința a IX-a Națională cu Participare Internațională a Cadrelor Didactice și a Elevilor din Învățământul Profesional Medical „Formarea Profesională Medicală – Viziuni, Acțiuni și Performanțe” (Chișinău, 2021);
3. Conferința Științifică Națională cu Participare Internațională „Psihologia Aplicativă din Perspectiva Abordărilor Societale Contemporane” (Chișinău, 2021);
4. Conferința Științifică Națională „Cercetarea în Psihologie și Științe ale Educației: Provocări, Perspective” In Memoriam Prof. Nicolae Bucun (Chișinău, 2021);
5. Conferința Științifică Națională cu Participare Internațională „Integrare prin Cercetare și Inovare” Dedicată Aniversării a 75-a a Universității de Stat din Moldova (Chișinău, 2022);
6. The IInd International Conference of Applied Psychology „Current Affairs and Perspectives in Psychological Research” (Chișinău, 2022);
7. The VIth International Conference on Adult Education „Education for Peach and Sustainable Development” (Chișinău, 2022);
8. International Conference Globalization, Intercultural Dialogue and National Identity – 11. (Online, 2024).

Articole publicate în reviste de specialitate:

1. POTÂNG, Angela, **CONDREA**, **Victoria**. Aspecte psihologice ale diabulimiei. In: Studia Universitatis Moldaviae (Seria Științe ale Educației), 2021, nr. 9(149), pp. 79-82. ISSN 1857-2103.
2. CONDREA, Victoria. Relationship between anxiety and glycated hemoglobin in adolescents with type 1 diabetes. In: Studia Universitatis Moldaviae (Seria Științe ale Educației), 2024, nr. 5(175), pp. 206-201. ISSN 1857-2103.
3. CONDREA, Victoria. Particularitățile manifestării tulburărilor comportamentului alimentar la adolescenții cu diabet. In: Psihologie, revista științifico-practică, 2024, nr. 1(44), pp. 64-72. ISSN 1857-2502.
4. CONDREA, Victoria. Mecanisme de apărare și calitatea vieții la pacienții cu diabet zaharat tip 2. In: Journal of Romanian Literary Studies, 2024, No. 37, pp. 773-777. ISSN 2248-3004.

Apartenență la societăți/asociații științifice naționale:

1. *Membru* – Centrul de Cercetări Științifice în Psihologie.

Competențe lingvistice:

Limba română – maternă

	Abilitatea de a citi	Abilitatea de a scrie	Abilitatea de a vorbi
Limba engleză	C2	C1	C1

Niveluri: A1/A2: Utilizator elementar – B1/B2: Utilizator independent – C1/C2: Utilizator experimentat

Date de contact

Date de contact personale: +373 68295257 / e-mail: victoriacondrea@yahoo.com