



**ACADEMIA ROMÂNĂ**  
**INSTITUTUL DE ANTROPOLOGIE „FRANCISC I. RAINER”**

**TEZĂ DE DOCTORAT**  
**CORPUL FEMININ – O PERSPECTIVĂ ANTROPOLOGICĂ ASUPRA**  
**REPREZENTĂRILOR ȘI PRACTICILOR CORPORALE ÎN ADOLESCENȚĂ**

**CONDUCĂTOR ȘTIINȚIFIC:**

**DR. CRISTIANA SUSANA GLAVCE – C.P. I**

Directorul Institutului de Antropologie „Francisc I. Rainer”,  
membru titular al Academiei de Științe Medicale

**DOCTORAND:**

**ALEXANDRA ELENA NEAGU**

*Această lucrare a fost realizată în cadrul proiectului “Cultura română și modele culturale europene: cercetare, sincronizare, durabilitate”, cofinanțat de Uniunea Europeană și Guvernul României din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013, contractul de finanțare nr. POSDRU/159/1.5/S/136077.*

București, 2015

## CUPRINS

<b>INTRODUCERE</b> .....	5
Bibliografie selectivă.....	7
<b>PARTEA GENERALĂ</b> .....	8
<b>CAPITOLUL I. PERSPECTIVE TEORETICE ASUPRA IMAGINII CORPORALE</b> .....	8
1.1. Imaginea corporală – definiție, dimensiuni, evaluare.....	8
1.2. Perspectiva evoluționistă asupra înfățișării umane.....	16
1.3. Perspectiva socio-culturală asupra înfățișării umane.....	21
1.4. Evoluția idealurilor corporale feminine.....	26
1.5. Factori implicați în dezvoltarea imaginii corporale.....	42
1.5.1. Factori sociali.....	42
1.5.1.1. Familia.....	42
1.5.1.2. Congenerii.....	43
1.5.1.3. Mass-media.....	45
1.5.1.4. Apartenența etnică.....	46
1.5.2. Factori individuali.....	52
1.5.2.1. Genul.....	52
1.5.2.2. Indicele de masă corporală.....	54
1.5.2.3. Statusul pubertar.....	55
1.5.2.4. Stima de sine și trăsăturile de personalitate.....	56
1.6. Imaginea corporală și obiceiurile legate de sănătate.....	57
Bibliografie selectivă.....	61
<b>PARTEA EXPERIMENTALĂ</b> .....	75
<b>CAPITOLUL II . SCOPUL ȘI DESIGNUL CERCETARII</b> .....	75
2.1. Scopul și obiectivele prezentului studiu.....	75
2.2. Descrierea cercetării – material și metodă.....	78
2.3. Metodologia statistică.....	81
2.4. Caracterizarea loturilor studiate pe sexe, grupe de vârstă și status ponderal.....	82
Bibliografie selectivă.....	91
<b>CAPITOLUL III. EVALUAREA IMAGINII CORPORALE</b> .....	95
3.1. Factori biologici: sex, vârstă, IMC.....	95
3.1.1. Scorul de discrepanță (nemuțumirea legată de forma/dimensiunile corporale).....	95
3.1.2. Scorul satisfacției față de părțile corpului.....	107
3.2. Factori psiho-sociali: stima de sine, feedbackul celorlalți semnificativi.....	114
3.3. Addendum: analiză comparativă a evaluării imaginii corporale în rândul adolescenților români și francezi.....	126
Bibliografie selectivă.....	128

<b>CAPITOLUL IV. ANALIZA OBICEIURILOR ALIMENTARE</b>	130
4.1. Analiza calitativă a regimului alimentar.....	130
4.2. Comportamentele alimentare dezordonate.....	137
4.3. Obiceiuri alimentare familiale.....	151
Bibliografie selectivă.....	157
<b>CAPITOLUL V. MANAGEMENTUL ÎNFĂȚIȘĂRII.....</b>	158
5.1. Comportamentele de evitare a distresului legat de imaginea corporală.....	158
5.2. Comportamentele de „corectare” a înfățișării.....	160
5.3. Obiceiurile cu risc pentru sănătate: consumul de tutun și alcool.....	165
Bibliografie selectivă.....	178
<b>CAPITOLUL VI. CONCLUZII.....</b>	179
<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	183
<b>ANEXĂ.....</b>	199

## INTRODUCERE

Aflat la confluența acțiunii individuale, sociale și politice, corpul uman (cu dubla sa componentă biologică și culturală) a constituit de timpuriu un subiect privilegiat al antropologiei fizice și culturale. Problematika circumscrisă acestei discipline s-a extins constant, atrăgând după sine rafinarea metodelor de cercetare și a aparatului conceptual, precum și integrarea unor perspective teoretice multiple: de la taxonomia biomorfotipurilor până la investigarea epidemiologică a diverselor patologii infecțioase ori cronice; de la examinarea concepțiilor populare și tradiționale despre sănătate și boală în diverse culturi până la cea a constituirii cunoașterii științifice despre corp în medicina occidentală; de la studiul tratamentului fizic și simbolic pe care societățile îl aplică corpului uman, până la analiza experienței bolnavului ori a interacțiunii grevate de raporturi de putere dintre pacient și terapeut; de la inventarierea tehnicilor corpului până la practicile tradiționale ori contemporane de modificare corporală; de la abordările descriptive ale variației culturale a idealurilor estetice, până la interpretările ideologice ale diverselor condiționări culturale.

Această lărgire a orizonturilor antropologice a corespuns unor mutații pe care ultimul secol le-a operat în câmpul epistemic și în cel practic: medicalizarea tuturor sectoarelor vieții individuale, de la nutriție la sexualitate, precum și redefinirea relației dintre subiect și corpul său, chestionată din perspectiva unui umanism care înregistrează cu îngrijorare transformarea corpului într-un alter ego și intrarea lui (odată cu noile practici științifice – transplantul, reproducerea artificială, replicarea individuală) sub incidența schimbului generalizat.

În Occident, mișcările politice de la sfârșitul anilor au revendicat pentru corp dreptul proprietății și autodeterminării, au făcut din el un instrument de protest împotriva ierarhiilor culturale, politice și sociale, au generat un nou imaginar și noi practici, potrivite scopurilor individuale ori ale grupurilor minoritare și au proclamat „eliberarea corpului” prin cultivarea aspectului plăcut (dieta, cosmetica, chirurgia estetică), prin stabilirea de noi limite la efort fizic (body-building), prin controlul reproducerii (pilula, avortul, delegarea maternității).

În România, fenomenul de emancipare a corpului a venit după anii '90, fiind resimțit diferit de cele două sexe. Printre primele câștiguri feminine s-au numărat abrogarea faimosului Decret 770 din 01/10/1966 și importul legal de anticoncepționale. Trupul a încetat să fie un instrument în slujba politicii pronataliste și a început să fie cultivat conform idealurilor occidentale de frumusețe și eleganță prezentate în mass-media. Noua identitate feminină (în reperele ei biologice și culturale) este ceea ce prezentul studiu își propune să schițeze, luând ca subiect de investigație construcția imaginii corporale în rândul tinerelor fete.

## PARTEA GENERALĂ

Partea generală, teoretică, este circumscrisă **Capitolului I - *Perspective teoretice asupra imaginii corporale.***

În **subcapitolul 1.1.** este prezentat un istoric al studiului imaginii corporale, începând cu primele conceptualizări ale schemei corporale datorate neurologilor interesați de consecințele unor leziuni ale creierului, trecând prin abordarea biospino-socială de pionierat a lui Paul Ferdinand Schilder (primul care extins cercetarea dincolo de domeniul neuropatologiei), până la actualele modele cognitiv-behavioriste din psihologie. În același subcapitol sunt prezentate câteva definiții ale imaginii corporale, dimensiunile constructului și cele mai răspândite metode de evaluare folosite pentru fiecare dintre aceste dimensiuni.

La ora actuală, studiul perturbărilor de schemă corporală este derulat în principal de neurologi sau psihiatrii, în timp ce psihologii și-au orientat atenția spre înțelegerea imaginii corporale ca imagine mentală a aspectului fizic, stării de sănătate, abilităților și sexualității unei persoane. Deși nu există o definiție unanim acceptată a imaginii corporale, numeroasele definiții avansate subliniază caracterul subiectiv și multidimensional al constructului, precum și faptul că el nu vizează doar atributele estetice ale corpului, ci și integritatea și funcționalitatea acestuia (Cash, 2004; Grogan, 2008; Lusk Biondi & McCann Galon, 2013).

Dimensiunea perceptuală a imaginii corporale se referă în principal la estimarea dimensiunilor corpului. Progresele tehnice au permis măsurarea diferențiată a componentelor senzoriale (răspunsurile sistemului vizual, incluzând retina și cortexul vizual) de cele nonsenzoriale (cognitive și afective, care reflectă modul în care creierul interpretează inputul vizual), precum și dezvoltarea unor tehnici de măsurare care să corecteze magnitudinea erorilor de anticipație (metoda stimulilor constanți, metoda detectării semnalului, estimarea prohibitivă adaptativă); s-a putut astfel proba că distorsiunea în dimensiunea corporală, frecvent raportată în rândul persoanelor cu tulburări alimentare, nu este cauzată de diferențe în sensibilitatea senzorială. Cele mai utilizate instrumente de măsurare a acestei dimensiuni sunt tehnica fascicului luminos reglabil, metoda fotografiilor digitale, softurile de distorsiune video (Gardner and Moncrieff, 1988; Hennighausen & Remschmidt, 1999; Gardner and Boice, 2004; Sands et al., 2004; Aleong & Duchesne, 2007).

Dimensiunea atitudinală include satisfacția sau insatisfacția subiectivă globală, distresul afectiv legat de înfățișare (evaluează emoțiile referitoare la înfățișare, adică nivelul de stres, anxietate, rușine sau disconfort) și cognițiile (credințe și gânduri) legate de înfățișare și de semnificația înfățișării. Pentru evaluarea dimensiunii atitudinale se folosesc scalele figurale și chestionarele, care pot măsura fie satisfacția legată de întreaga înfățișare, fie cea legată de

anumite zone corporale (Petersen, Schulenberg, Abramowitz, Offer, & Jarcho, 1984; Reed, Thompson, Brannick, and Sacco, 1991; Jakatdar, Cash, and Engle 2006).

Componenta comportamentală (integrată de unii cercetători în componenta atitudinală) circumscrie toate manifestările perturbării imaginii corporale, respectiv comportamentele menite să monitorizeze/verifice starea corpului, să corecteze defectul sau să evite toate situațiile care pot genera stres legat de imaginea corporală. Deși sunt puține chestionare axate în mod special pe aspectul comportamental, unele din instrumentele de screening pentru tulburarea dismorfică corporală măsoară și această componentă (Allison & Baskin, 2009).

În **subcapitolul 1.2.** este prezentată perspectiva evoluționistă asupra înfățișării umane. În ultimul deceniu, cercetările care îmbrățișează perspectiva psihologiei evoluționiste și-au concentrat atenția asupra modului în care selecția naturală a influențat înfățișarea umană nu doar prin modelarea fenotipurilor în scopul adaptării lor la condițiile mezologice, ci și prin valorizarea acelor trăsături care păreau a maximiza șansele de succes reproductiv. Caracteristicile considerate dezirabile nu conferă niciun avantaj în lupta pentru supraviețuire, dar sunt folosite în competiția sexuală ca indicii pentru evaluarea unor aspecte relevante ale calității virtualei perechi sau a celorlalți competitori – în mod special sănătatea. Din această perspectivă, frumusețea și atractivitatea încetează să fie niște simple convenții culturale, rodul unor proiecții efemere și arbitrare – care rezidă în ochii privitorului – și devin standarde cu puternic fundament biologic. Preferințele noastre pentru o anumită înfățișare sunt adaptări evoluționiste legate de alegerea partenerului.

Evidența empirică care susține această teorie vizează atât apariția unor preferințe într-o etapă ontologică timpurie (înainte de asimilarea standardelor culturale de frumusețe), precum și acordul cvasigeneral legat de ceea ce este atractiv. Studiile au pus în evidență consensul ridicat în evaluarea atractivității atât în cadrul unei culturi, cât și între culturi; concordanța a fost înregistrată atât în evaluarea atractivității fețelor subiecților de sex opus, cât și a aceluiași sex (Langois *et al.*, 1991; Langois *et al.*, 2000).

Printre criteriile propuse drept norme universale de atractivitate se numără apropierea de medie (considerată a denota heterozigoție genetică, care crește rezistența la boală), simetria bilaterală (considerată o măsură a capacității unui organism de a face față stresului din mediu prin dezvoltarea unei morfologii stabile), dimorfismul sexual (funcționează ca indicator al calității unor sisteme imunitare de a face față efectelor toxice ale hormonilor produși excesiv), un raport mic talie-șold (indică distribuția grăsimii corporale și este corelat cu starea de sănătate și fertilitate) (Grammer *et al.*, 2003; Rhodes, 2006; Fink and Neave, 2005; Schacht, 2005). Acest ultim criteriu este însă controversat, deoarece cercetările au pus în

evidență dependența lui de statutul socioeconomic. Multe alte preferințe legate de înfățișare (preferința pentru tinerețe sau aspectul tineresc, pentru un anumit aspect al pielii sau al danturii, pentru anumite mirosuri) par să fie influențate de selecția sexuală. Explicația unilaterală a preferințelor pentru o anumită înfățișare doar prin criterii biologice este la fel de greșită ca și cea care invocă unilateral influențele socio-culturale. Chiar dacă caracteristicile enunțate sunt universale, importanța atribuită lor poate fi modelată cultural, în conformitate cu factorii socio-economici.

În **subcapitolul 1.3.** este prezentată perspectiva socio-culturală asupra înfățișării umane. Aceasta atribuie culturii un rol major în constituirea și impunerea idealurilor corporale. Normele de frumusețe nu sunt universale, ci relative, reflectând constelația valorică a fiecărei societăți. De exemplu, ascensiunea idealului de suplețe feminină care s-a impus în cultura occidentală după 1950 a fost pusă pe seama dorinței de a concura clasa superioară (în care suplețea era echivalată cu bogăția și loisirul), a modificării rolului social al femeilor (de la cel matern la cel profesional), a aspirației de a părea tânără (deoarece tinerețea este echivalată cu o siluetă mai delicată) și a asocierii dintre suplețe și sănătate, așa cum a fost promovată de comunitatea medicală (deși aceasta nu a susținut niciodată că o siluetă anorectică este dezirabilă, o parte din stigma socială asociată obezității a fost atribuită discursului medical).

Dar aportul teoriilor socio-culturale nu se oprește la descrierea și înțelegerea evoluției idealurilor corporale legate de înfățișare, ci furnizează și modele teoretice explicative ale modului în care aceste idealuri ajung să influențeze dezvoltarea imaginii corporale în rândul indivizilor și patologia legată de aceasta - teoria așteptărilor/expectațiilor sociale, teoria personalității implicite și teoria generalizării statusului au fost aplicate cu succes în studiul imaginii corporale (Jackson, 2002). Cercetările socio-culturale întreprinse în ultimele două decenii au condus la rafinarea modelelor teoretice, cu precădere a celor vizând transmiterea socio-culturală a idealurilor corporale.

Probabil cel mai influent dintre ele rămâne modelul tripartit elaborat de Thompson, Heinberg, Altabe și Tantleff-Dunn (1999) pentru explicarea influențelor sociale asupra imaginii corporale și tulburărilor de alimentație își păstrează neștirbită valabilitatea. Acesta indentifică trei categorii de influențe primare (părinți, prieteni și mass-media) și două mecanisme care mediază aceste influențe: interiorizarea idealului (adoptarea lui) și comparația socială.

Un alt model explicativ articulat în legătură cu dezvoltarea imaginii corporale este cel cognitiv-comportamental propus de Cash & Pruzinky (2002), bazat pe distincția între factorii istorici, distali (ce țin de socializare, experiențe interpersonale, caracteristici fizice și

atribute ale personalității) și cei proximali (experiențe și reacții ce aparțin cursului prezent de evenimente). Factorii istorici inculcă atitudinile fundamentale legate de corp, cum ar fi înclinațiile legate de evaluare, gradul de investiție în imaginea corporală și schemele cognitive legate de corp. Factorii proximali aparțin cursului prezent de evenimente - anumite replici sau evenimente contextuale cum ar fi expunerea corporală, scrutarea socială, feedback-ul social, purtarea anumitor haine, cântărirea, activitatea fizică, dispozițiile sau modificările în înfățișare – care activează procesarea informației prin scheme și evaluarea înfățișării proprii.

**Subcapitolul 1.4.** prezintă evoluția idealurilor corporale feminine în societatea occidentală, luând în discuție presuposițiile sociale, religioase, medicale, estetice, care modelează concepțiile despre frumusețea feminină. Parcursul istoric subliniază caracterul construit al frumuseții (“natura” feminină este considerată imperfectă, ea trebuie corectată, strunită, ameliorată), ambivalența sa funciară (înlesnește deopotrivă elevația spiritului și decaderea morală), dar și vulnerabilitatea supremă - perisabilitatea (atunci când n-a fost socotită suspectă, frumusețea exterioară a fost denunțată ca deșartă).

De la statuetele paleolitice cu forme generoase în care apare evidentă recunoașterea forței generative a corpului feminin, trecând prin basoreliefurile și statuile egiptene care ilustrează speranța într-o renaștere viitoare, până la arta clasică greacă care va consacra finalmente nudul feminin, este urmărită emergența frumuseții ca modalitate importantă de evaluare atât a înfățișării, cât și a conduitei morale a unei femei. Evul Mediu marchează divorțul simbolic al pântecului îndestulat de spiritul însetat de absolut, impunând silueta suplă nu doar ca standard de frumusețe, ci ca o garanție a virtuților morale. Discursul dominant despre corp, gen și identitate reflectă statutul contradictoriu al femeilor, glorificate în cadrul cultului sacru al Fecioarei Maria și a celui laic al Doamnei iubite, dar menținute într-o stare de inferioritate socială și devenite ținta tuturor acuzelor misoginiste privind culpabilitatea originară. Acestea sunt condițiile în care abstenența monahala și/sau martirajul, ori, dimpotrivă, maternitatea devin strategiile predilecte de înlăturare a stereotipurilor negative de gen. În Renaștere se menține încă caracterul decorativ al prezenței feminine, întruchipând un fel de panoplie a bogăției și puterii masculine care le are în pază. Cu toate acestea, începe să se afirme un tip de frumusețe inteligentă, cultivată pentru beneficiul și delectarea ambilor parteneri, care va face posibilă emanciparea viitoare. Abia cu iluminismul vom avea însă confirmarea acestei mutații și recunoașterea filozofilor că odată educația inițiată, consecințele în planul autonomiei individuale nu mai pot fi evitate. Până atunci însă, frumusețea va umbla netulburată în lume. Se va îmbogăți cu chipuri noi – odată cu descoperirile geografice; se va teatraliza – odată ce Curtea și scena devin reperul; va căpăta o bază științifică – odată cu



studiul riguros al anatomiei și fiziologiei (va fi guvernată de umori, de fibre, de mușchi); se va mercantiliza – odată cu dezvoltarea unei piețe a cosmeticelor și tratamentelor de întreținere corporală; se va democratiza – odată cu trîmful culturii urbane, ba chiar, va deveni capital etnic în confruntarea națiunilor și raselor. Modernitatea aduce intrarea masivă a femeilor pe piața muncii, iar silueta devine mai zveltă ca urmare a stilului de viață activ. Biologia secolului al XIX-lea – prin abandonarea convingerii că plăcerea este esențială procreării, precum și declinul doctrinei omologiei anatomice – schimbă viziunea despre corpul și sexualitatea feminină. Din cauza cenzurii oficiale, frumusețea angelică a domnei casei și frumusețea de consum a prostituatei se separă, iar reconcilierea erotismului cu iubirea conjugală se va dovedi apoi o sarcină anevoiasă – stau mărturie nevrozele sfârșitului de secol XIX și începutului de secol XX. Fotografia, mai ales cea clandestină, schimbă și ea percepția nudității, alimentând un voyeurism de masă (destinată inițial doar oamenilor bogați, se extinde fulminant grație descoperirilor tehnologice). Secolul XX aduce noi schimbări de rol și de statut pentru femei. Cele două războaie mondiale, mișcările feministe, revoluția sexuală determină redefiniri ale identității feminine cu reverberații asupra idealului corporal. Cinematografia, televiziunea și internetul consolidează dictatura vizualului. Deși nu există un singur model corporal dominant (atât siluetele filiforme, cât și cele senzuale sunt apreciate), grăsimea se transformă în inamic public, conducând la discriminare; un ajutor semnificativ este dat chiar de discursul medical care este folosit pentru a legitima o piață a soluțiilor de slăbit în continuă dezvoltare (de la chirurgia bariatrică până la pastilele de slăbit, și de la abonamentele la sală până la aparatele de exerciții care pot fi folosite în spațiu domestic). Accentul cade pe responsabilitatea individuală, iar presiunile sociale împing orice persoană în căutare de succes profesional și personal în direcția “ameliorării”.

**Subcapitolul 1.5.** trece în revistă factori implicați în dezvoltarea imaginii corporale. Deoarece influența valorilor și ideologiile care aparțin comunității a fost discutată în secțiunea 1.3, m-am oprit aici asupra celor trei factori considerați a reprezenta cele trei canale primare prin care se transmit mesajele cu privire la standardele de frumusețe în vigoare: familia, congenerii și mass-media. Am inclus în analiza factorilor sociali și apartenența etnică, deoarece studiile au indicat interacțiuni interesante ale acesteia cu setul de norme ale culturii dominante sau globalizante. În rândul factorilor individuali am inclus genul (ca factor bio-cultural), indicele de masă și statusul pubertar (ca factori biologici), dar și stima de sine și trăsăturile de personalitate (ca factori psihologici).

**Subcapitolul 1.5** tratează influența imaginii corporale asupra obiceiurilor de legate de sănătate. O imagine corporală negativă are impact asupra funcționării biologice, psihice și sociale a individului, reprezentând un factor de risc pentru multiple patologii.

Cercetarile au reliefat ca nemulțumirea legată de dimensiunile, forma și greutatea corporală, în special în rândul femeilor, joacă un rol important în dezvoltarea unor obiceiuri alimentare dezordonate, care pot conduce în timp la tulburări de alimentație. Comportamentele alimentare dezordonate includ patternuri alimentare care reflectă anumite simptome (dar nu toate) ale tulburărilor de comportament alimentar (anorexie mentală, bulimia nervoasă, hiperfagia bulimică, tulburări alimentare nespecifice - EDNOS): restricția alimentară cronică, compulsia alimentară, purgarea prin vomitisme auto-induse, utilizarea de laxative și/sau diuretice, exercițiile fizice excesive. De asemenea, includ și obiceiurile alimentare haotice, care nu sunt specifice unei tulburări de comportament alimentar: ignorarea senzației de foame, alimentația emoțională, anxietatea față de anumite alimente sau grupe de alimente, măsurarea obsesivă a caloriilor, săritul meselor, etc.

Evitarea situațiilor sau acțiunilor care pot genera distress în legătură cu mâncarea, dar și feedbackul negativ primit de la ceilalți semnificativi are drept rezultat izolarea socială și contribuie la stima de sine scăzută și la disfuncționalități emoționale semnificative. Cercetările arată o incidență crescută a ideeației și comportamentului suicidar în rândul adolescenților cu comportamente alimentare dezordonate.

Deși imaginea corporală poate influența participarea la activități fizice într-un mod pozitiv (ca factor motivator pentru a scădea greutatea și a tonifia musculatura), studiile au arătat că adesea, ea întărește un comportament sedentar. Rușinea corporală (grija excesivă față de expunerea în public a unui corp perceput ca dizgrațios sau chiar diform) poate constitui o barieră în calea participării la activități sportive colective (Grogan, 2006).

Studiile au pus în evidență faptul că o imagine corporală deficitară reprezintă un factor de risc pentru inițierea fumatului în rândul adolescentelor sau un factor care împiedică renunțarea la fumat, din cauza convingerii că acesta reprezintă o strategie eficientă de control a greutateii (Stice & Shaw, 2003; King et al., 2005).

Niveluri joase ale stimei de sine globale și corporale au fost corelate cu o creștere a comportamentelor cu risc (consum de tutun, alcool, droguri, ideeație și tentative suicidare, bullying, comportamente sexuale cu risc) în rândul adolescentelor (Wild, Flisher, Bhana, & Lombard, 2004). Preocupările excesive legate de greutate în rândul pacienților suferind de tulburări de alimentație au condus la o creștere a șanselor de a dezvolta o tulburare legată de consumul de alcool (Franko et al., 2005). Adoptarea de diete a fost identificată și ea drept un

factor care crește prevalența consumului de alcool în rândul adolescentelor (French, Story, Downes, Resnick, & Blum, 1995). Recent, studiile au indicat imaginea corporală distorsionată și așteptările legate de beneficiile alcoolului în termeni de sporire a încrederii în sine drept factori de risc pentru consumul excesiv de alcool în rândul femeilor (Holzhauer *et al.*, 2015).

## PARTEA ORIGINALĂ

Partea practică începe cu **Capitolul II**. În **subcapitolul 2.1**, sunt prezentate scopul și obiectivele prezentului studiu.

Globalizarea a condus la răspândirea standardelor occidentale rigide de frumusețe, generând recursul din ce în ce mai frecvent la chirurgia estetică, utilizarea pe scară tot mai largă a medicamentelor (diuretice și vomitive în scopul controlului greutateii; steroizi pentru creșterea masei musculare), precum și amploarea tulburărilor alimentare (anorexie, bulimie, alimentație compulsivă).

Cercetarea în domeniul reprezentărilor și auto-reprezentărilor corporale, precum și a practicilor asociate, este încă la început în România, astfel încât literatura dedicată subiectului este inevitabil restrânsă. Prezenta teză își propune o analiză a reprezentărilor și practicilor feminine legate de corporalitate în România, care să dea un caracter integrator abordărilor preexistente circumscrise unor discipline distincte (medicină, psihologie, sociologie, studii de gen).

Adolescența este o perioadă de dezvoltare marcată de considerabile schimbări fiziologice și psihologice, care constituie provocări semnificative pentru construcția unui imagini corporale pozitive. Identificarea vulnerabilităților specifice poate facilita intervenția precoce în scopul ameliorării imaginii corporale și adoptării unui stil de viață sanogen, care să asigure pe termen lung funcționalitatea bio-psiho-socială a indivizilor.

Obiectivele specifice urmărite au fost:

- Analiza dimensiunii atitudinal-comportamentale în rândul adolescentelor cu ajutorul a patru instrumente standardizate (Figure Rating Scale, Body-Image Questionnaire, Body Part Satisfaction Scale, Body Image Avoidance Questionnaire) și comparația cu lotul masculin.
- Analiza unor factori biologici (sex, vârstă, status ponderal) și psiho-sociali (stima de sine, feedbackul celorlalți semnificativi) implicați în determinarea imaginii corporale, în vederea evaluării diferențelor între sexe și identificării vulnerabilităților specifice de gen.

- Ancheta calitativă a stilului de viață al adolescenților (obiceiurile alimentare, activitate fizică, fumat și consum alcool) și analizarea factorilor care influențează comportamentele de sănătate (sex, vârstă, status ponderal, status socio-economic, nivel de satisfacție față de corp).

Ipoteza de la care plecăm este cea a unei vulnerabilități de gen, reflectată într-un nivel mai scăzut al satisfacției față de corp (forma, dimensiuni, diferite aspecte ale înfățișării) în rândul fetelor decât în cel al băieților. Ne așteptăm că anumiți factori implicați în dezvoltarea imaginii corporale (fie individuali, fie sociali) să contribuie diferit la constituirea imaginii corporale, reprezentând puncte nevralgice care reclamă intervenții diferențiate în scopul ameliorării. Corespunzător, ne așteptăm ca și strategiile de coping cu distresul produs de înfățișare, respectiv comportamentele de evitare & de „corectare” (de tipul recursului la diete, activitate fizică, fumat) să fie puternic amprentate de gen.

**In subcapitolul 2.2** *Descrierea cercetării – material și metodă*, am expus caracteristicile loturilor de subiecți luați în studiu. Studiul a fost realizat prin investigarea unui număr de 495 de liceeni, din mediul urban, cu vârsta cuprinsă între 14 și 19 ani. Pentru realizarea obiectivelor propuse au fost constituite două loturi de adolescenți și anume: un lot de 270 de fete și un lot de 225 de băieți.

Cercetarea, de tip transversal, s-a desfășurat în perioada 2013-2015 și a presupus efectuarea de măsurători antropometrice și o anchetă bazată pe chestionare în 6 unități de învățământ din București și Ploiești.

Chestionarul cuprinde:

- date de indentificare socio-demografice (nume, data nașterii, sexul, locul nașterii, locul de rezidență actual, pregătirea școlară a părinților și intervalul de venituri al familiei);
- date antropometrice (înălțime, greutate, circumferința taliei, șoldului, coapsei); pe baza înălțimii și greutății am calculat indicele de masă corporală (IMC) și, utilizând punctele de tăietură internaționale stabilite de T. J. Cole & T. Lobstein (2012), am determinat în funcție de vârsta exprimată în luni a fiecărui subiect statutul lui ponderal;
- informații privind stadiul maturațional;
- date privind regimul alimentar (regularitatea și structura meselor, calitatea dietei, prezența obiceiurilor alimentare dezordonate, etc);
- date privind activitatea fizică;
- date privind consumul de tutun și alcool;

- date privind imaginea corporală (dimensiunea cognitiv-evaluativă, dimensiunea comportamentală, feedbackul pozitiv și cel negativ primit din mediul social, cele mai importante presiuni legate de înfățișarea fizică resimțite de respondenți).

Următoarele teste standardizate din literatura de specialitate au fost integrate cercetării:

- Scala Rosenberg a stimei de sine (Rosenberg's Self-Esteem Scale – RSES) (Rosenberg, 1965), un instrument utilizat pe scară largă pentru măsurarea sentimentului global al valorii personale și autoacceptării;
- Chestionarul evitării imaginii corporale (Body Image Avoidance Questionnaire – BIAQ) (Rosen et al., 1991), proiectat pentru a identifica legătura dintre insatisfacția legată de imaginea corpului și comportamentul de evitare a situațiilor care pot produce distres legat de corporalitate;
- Scala satisfacției cu privire la părțile corpului (Body Part Satisfaction Scale – BPSS) (Berscheid et al., 1973; Frederick *et al.*, 2014), destinată să măsoare satisfacția subiectului cu privire la anumite părți ale corpului;
- Scala figurală sau a siluetelor (Figure Rating Scale – FRS), dezvoltată de Dr. A. Stunkard (1983), corelată cu IMC-ul de către Bulik *et al.* pentru populația caucaziană (2001) și validată de Thompson and Altabe (1991) care indica discrepanța fata de idealul corporal;
- Chestionarul de imagine corporală Bruchon Schweitzer (Questionnaire d'image du corps / Body-Image Questionnaire - BIQ) (2001) utilizat în măsurarea satisfacției corporale a subiecților.

În **subcapitolul 2.3** este prezentată metodologia statistică. Baza de date a fost constituită în programul Microsoft Office Excel, cu ajutorul căruia s-a efectuat statistica descriptivă (au fost calculate valoarea medie, mediana, minima, maxima, coeficientul de variabilitate și abaterea standard). Acesta a fost suplimentat cu softul QI Macros for Excel, dezvoltat de KnowWare International Inc, folosit în special pentru testul chi patrat și testul exact al lui Fisher. Metodele de prelucrare statistică au fost alese în funcție de tipul de date analizat (cantitative sau categoriale).

Pentru compararea valorilor medii a variabilelor cantitative, am utilizat Testul “t” pentru eșantioane independente, precedat în scopul alegerii subtipului adecvat de testul F pentru compararea varianțelor a două eșantioane (egale sau inegale). Pragul de semnificație (p-value) a fost setat la 0,05 (5%), considerându-se în cadrul comparațiilor următoarele situații: p-value > 0,05; diferența este nesemnificativă; 0,01 < p-value < 0,05; diferența este statistic

semnificativă;  $0,001 < p\text{-value} < 0,01$ ; diferența este statistic foarte semnificativă;  $p\text{-value} < 0,001$ ; diferența este înalt semnificativă. Pentru compararea valorilor medii a mai mult de trei eșantioane am utilizat testul ANOVA cu un singur factor. Pentru măsurarea gradului de corelație dintre variabilele cantitative am utilizat coeficientul de corelație “r” al lui Pearson, pentru a cărui semnificație au fost avute în vedere condițiile enunțate anterior. Pentru compararea frecvențelor observate în cazul variabilelor categoriale și măsurarea asocierii a două variabile nominale a fost utilizat testul chi-pătrat. Testul exact al lui Fisher a fost folosit în examinarea asociațiilor în cadrul unui tabel de contingență  $2 \times 2$ , atunci când frecvențele înregistrate au fost mici. În cazul în care anumite categorii au fost subreprezentate, am încercat colapsarea lor pentru asigurarea validității testului.

**Subcapitolul 2.4** prezintă caracterizarea loturilor studiate pe sexe, grupe de vârstă și status ponderal. Am ales pentru studiul nostru subiecți de ambele sexe care, conform nu doar vârstei cronologice, ci și statusului lor pubertar (confirmarea menstruației, schimbării vocii/bărbieritului/poluției a fost consemnată în fișa individuală), depășiseră pubertatea propriu-zisă (caracterizată de puseul de creștere și maturizarea sexuală - apariția pilozității, dezvoltarea organelor sexuale, modificarea vocii și începutul funcționării glandelor sexuale.).

Etapa de vârstă post-pubertară în care se aflau subiecții cercetării a fost împărțită în 3 grupe (conform Schiopolu & Verza, 1997): 14-15 ani preadolescența; 16-17 ani adolescența propriu-zisă; 18-19 adolescența prelungită.

Media de vârstă din cele două loturi este foarte apropiată, fiind de 16,69 ani la fete și de 16,70 ani la băieți; deviația standard (sigma- $\sigma$ ) este similară, având valoarea de 1,24 la fete și 1,09 la băieți, ceea ce indică o omogenitate din punct de vedere al vârstelor celor două eșantioane. Distribuția pe grupe de vârstă la nivelul celor 2 loturi (feminin și masculin) este statistic semnificativă –  $\chi^2(2) = 9,09$ ;  $p = 0,011$ , cu alte cuvinte loturile nu sunt omogene sub aspectul distribuție pe sexe, fetele predominând în prima și a treia grupă de vârstă.

<b>Distribuția lotului pe sexe și grupe de vârstă</b>				
Vârstă	Fete		Băieți	
	N	%	N	%
14-15 ani	52	19,26	30	13,33
16-17 ani	139	51,48	146	64,89
18-19 ani	79	29,26	49	21,78
Total	270	100,00	225	100,00

Analiza distribuției loturilor pe grade de ponderalitate indică o diferențiere înalt semnificativă în funcție de sex –  $\chi^2(2) = 38,97$ ,  $p = 3,458E-09$ , fetele dominând în categoria subponderalității (21,85% față de 12,44%), în timp ce băieții domină în categoria supraponderalității și obezității (18,67% față de 2,59%). Analiza datelor nu indică o

diferențiere în funcție de vârstă a distribuției gradelor de ponderalitate nici în interiorul lotului feminin –  $\chi^2(4) = 7,30$ ,  $p = 0,121$ , nici în interiorul lotului masculin –  $\chi^2(4) = 2,38$ ,  $p = 0,665$ . Putem însă remarca că ponderea subiecților supraponderali tinde să scadă odată cu vârsta în lotul feminin.

<b>Distribuția lotului pe sexe și grade de ponderalitate</b>				
Status ponderal	Fete		Băieți	
	N	%	N	%
subponderalitate gr. I	45	16,67	17	7,56
subponderalitate gr. II	13	4,81	6	2,67
subponderalitate gr. III	1	0,37	5	2,22
Subtotal subponderalitate	59	21,85	28	12,44
normoponderalitate	204	75,56	155	68,89
supraponderalitate	7	2,59	38	16,89
obezitate	0	0,00	4	1,78
Subtotal supraponderalitate	7	2,59	42	18,67
Total	270	100,00	225	100,00

Inițial, în compunerea loturilor intrau 291 de fete și 237 de băieți, dar după calcularea valorilor parametrilor antropometrici pentru cele două loturi și în cadrul acestora pentru toate cele 3 grupe de vârstă, 21 de fete și 12 băieți au fost excluși ca nefăcând parte din populația studiată (valori  $\pm 3\sigma$ ). Pentru cei rămași, repartiția valorilor parametrilor antropometrici pe scară sigmatică arată concentrarea acestora în majoritatea cazurilor (>65%) în limita media  $\pm 1\sigma$ .

Testul T pentru compararea valorilor medii ale parametrilor antropometrici susține dimorfismul sexual pentru toți parametrii prelevați, cu excepția șezândei și circumferinței șoldului și a coapsei în grupa de 14-15 ani și circumferinței șoldului în grupa de vârstă 18-19 ani. La nivelul loturilor totale, diferențierea a fost semnificativă pentru circumferința coapsei și înalt semnificativă pentru toți ceilalți parametrii antropometrici.

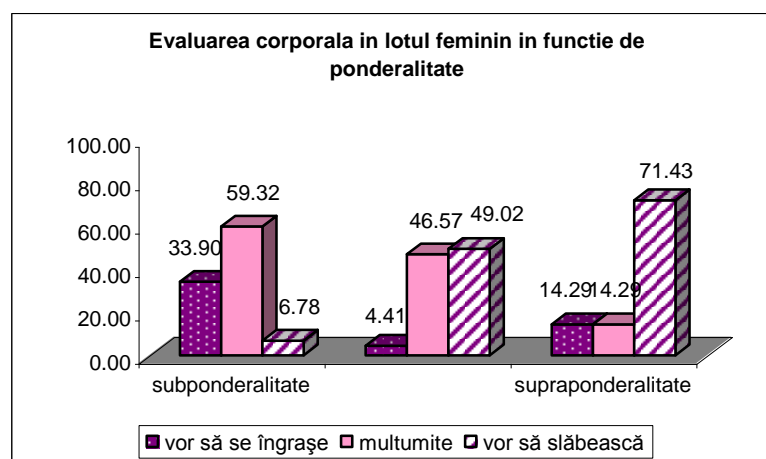
**Capitolul III** se concentrează asupra evaluării imaginii corporale. Pentru a analiza impactul factorilor biologici (sex, vârstă, IMC) asupra imaginii corporale, am avut în vedere în **Subcapitolul 3.1.** scorul de discrepanță (diferența dintre corpul perceput și corpul ideal) și scorul satisfacției față de părțile corpului.

La nivelul loturilor totale, procentul băieților nemulțumiți (scor  $\neq 0$ ) îl depășește ușor pe cel al fetelor nemulțumite (55,56% față de 51,48%), deși diferența nu este statistic semnificativă –  $\chi^2(1) = 0,82$ ,  $p\text{-value} = 0,37$ . Dacă luăm, însă, în calcul sensul scorului de discrepanță (pozitiv, zero, negativ), constatăm că, în timp ce un procent semnificativ mai mare de fete vor să slăbească (40,37% față de 11,11% care vor să se îngrășe), în lotul masculin, procentul celor care vor să se îngrășe îl depășește ușor pe al celor care vor să slăbească

(29,78% față de 25,78%). Raportat la numărul subiecților nemulțumiți, 78,48% dintre fete vor să slăbească față de 21,58% care vor să se îngrașe, în timp ce doar 46,4% dintre băieți vor să slăbească, comparativ cu 53,6% care vor să se îngrașe. Distribuția scorurilor de discrepanță (positive, zero și neutre) certifică o puternică influență a genului asupra satisfacției legate de corp,  $\chi^2(2) = 33,38$ , p-value = 3,05E-07.

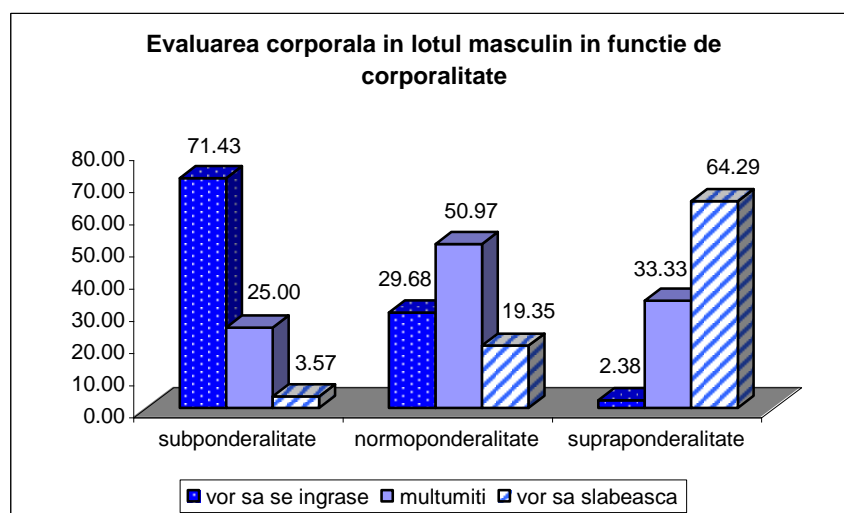
Nu am constatat diferențe semnificative în evoluția cu vârsta a scorurilor de discrepanță.

Analizând prezența/absența nemulțumirii corporale, precum și sensul acesteia în cadrul grupelor de ponderalitate, am constatat că, în lotul feminin, doar în grupa subponderalelor, ponderea subiecților mulțumiți o depășește pe cea a subiecților nemulțumiți (59,32% față de 40,68%); de asemenea, ponderea subiecților mulțumiți scade odată cu IMC-ul. Cea mai mare pondere a subiecților care vor să slăbească se află în categoria supraponderalității, dar și în categoria normoponderalității am înregistrat un procent alarmant de subiecți care-și doreau să piardă în greutate (49,02%); în oglindă, cea mai mare pondere a subiecților care vor să se îngrașe se află în categoria subponderalității; existența unor cazuri de subiecți subponderali care vor să mai slăbească, sau a unor subiecți supraponderali care vor să se îngrașe sugerează distorsiuni în evaluarea siluetei curente. Nu am constatat o diferență semnificativă în distribuția subiecților mulțumiți/nemulțumiți decât în compararea fetelor subponderalelor cu cele supraponderalele ( $\chi^2(1) = 5,12$ , p = 0,02), ceea ce înseamnă că IMC-ul trebuie să crească simțitor pentru a influența nemulțumirea. Distribuția scorurilor pozitive, zero și negative este influențată de ponderalitate dacă comparăm clasa subponderalelor și cea a normoponderalelor ( $\chi^2(2) = 58,24$ , p-value = 2,25587E-13); numărul mic de supraponderale a limitat folosirea testelor statistice pentru restul comparațiilor.





In lotul masculin, cea mai mare pondere a subiecților mulțumiți se află în categoria normoponderalilor, în timp ce ponderea cea mai scăzută se află în categoria subponderalilor. Așadar, pentru băieți, un BMI crescut reprezintă o sursă mai mică de nemulțumire, decât un BMI scăzut. Acest rezultat certifică importanța unei musculaturi dezvoltate pentru sexul masculin, dar și o atitudine diferită a băieților față de o siluetă mai robustă. Analizând nemulțumirea în funcție de direcția ei, constatăm că nemulțumirea masculină are o distribuție curviliniară, cu procente apropiate dorindu-și să slăbească și să se îngrășe; previzibil, ponderea celor care vor să se îngrășe scade odată cu IMC-ul, iar ponderea celor care vor să slăbească crește odată cu IMC-ul. In cadrul lotului masculin, ponderalitatea influențează atât distribuția subiecților mulțumiți/nemulțumiți ( $\chi^2(2) = 9,06$ , p-value = 0,01), cât și distribuția scorurilor pozitive, zero și negative ( $\chi^2(4) = 63,93$ , p-value = 4,32E-13).



Analizând vulnerabilitatea celor două sexe față de idealurile corporale la care aderă, am constatat că în lotul feminin, pentru toate clasele de vârstă și de ponderalitate, cu excepția supraponderalității, media corpului ideal este semnificativ diferită de cea a corpului ideal, ceea ce pare să susțină ipoteza ”nemulțumirii feminine normative” din literatura de specialitate. Insatisfacția feminină apare cu totul previzibilă în condițiile fixării unui ideal personal îndepărtat (chiar irealist). In schimb, pentru băieți, doar în clasa supraponderalilor media corpului perceput este semnificativ mai mare decât cea a corpului ideal, în timp ce în clasa subponderalilor media corpului perceput este semnificativ mai mică decât cea a corpului ideal. Acest lucru înseamnă că băieții normoponderali sunt mai protejați insatisfacției prin alegerea unui ideal mai apropiat de corpul real.

Am cerut, de asemenea, subiecților să o aleagă, dintre siluetele Scalei Figurale, pe cea pe care o consideră cea mai atractivă în ochii sexului opus, dar și pe cea corespunzătoare

sexului opus pe care o preferă. Rezultatele acestei anchete încrucișate sunt elocvente: în timp ce fetele își imaginează că băieții preferă o siluetă mult mai slabă decât desemnează aceștia ca atractivă ( $M=2,67$  față de  $M=3,26$ ), băieții își imaginează că fetele apreciază siluete mult mai pline decât cele nominalizate de ele ( $M=3,56$  față de  $M=2,97$ ). Ambele sexe au păreri greșite despre așteptările celuilalt sex, dar, în sensuri opuse. Coroborând cu faptul că pubertatea aduce cu sine un câștig în greutate care îi apropie pe băieți de idealul lor corporal, în timp ce pe fete le îndepărtează, nu este de mirare influența IMC-ului asupra satisfacției în rândul celor două sexe este diferită.

Analiza mediilor scorului satisfacției cu privire la părțile corpului (BPSS) nu a indicat diferențe semnificative între sexe la nivelul loturilor totale, iar la nivelul grupelor de vârstă acestea au fost constatate doar în grupa de vârstă 16-17 ani (cea mai generoasă sub aspect numeric). Testul ANOVA cu un singur factor, utilizat pentru analiza variația scorului BPSS în funcție de vârstă în cadrul aceluiași sex, a indicat o descreștere semnificativă pentru fete [ $F(2,267) = 3,12$   $p = 0,046$ ], nu însă și pentru băieți [ $F(2,222) = 1,68$ ,  $p = 0,187$ ]. Nu s-au înregistrat diferențe semnificative între sexe nici la nivelul grupelor de ponderalitate. Testul ANOVA cu un singur factor, utilizat pentru analiză variația scorului BPSS în funcție de ponderalitate în cadrul aceluiași sex, nu a indicat o variație semnificativă nici pentru fete [ $F(2,267) = 2,85$ ,  $p = 0,060$ ], nici pentru băieți [ $F(2,222) = 0,82$ ,  $p = 0,440$ ]. Intrucât scorurile totale erau opace în dezvăluirea vulnerabilităților de gen, am purces la analiza defalcată pe componente a acestui scor, obținând diferențe semnificative între sexe (scoruri mai mici înregistrate fetele) în privința satisfacției față de nas, fese, șolduri, picioare, înălțime, greutate și înfățișare generală. Este important de subliniat că, excepție făcând buzele și componentele cu ce structurează ansamblul, acestea sunt repartizate în partea inferioară a corpului, rezultat ce confirmă datele existente în literatura de specialitate (Grogan, 2008).

<b>Mediile scorului BPSS în funcție de vârstă</b>				
Vârsta	Sex	Medie	Testul t	P-value
14-15 ani	F	117,48	0,88	0,383
	M	111,80		
16-17 ani	F	108,17	-2,06	0,040
	M	114,54		
18-19 ani	F	105,75	-0,05	0,964
	M	106,00		
Total	F	109,26	-1,21	0,225
	M	112,32		

Mediile scorului BPSS în funcție de ponderalitate				
Clasa IMC	Sex	Medie	Testul t	P-value
subponderalitate	F	116,39	0,74	0,462
	M	112,64		
normoponderalitate	F	107,52	-1,10	0,274
	M	110,92		
supraponderalitate	F	99,71	-1,62	0,112
	M	117,24		

**Subcapitolul 3.2.** analizează factori psiho-sociali: stima de sine și feedbackul celorlalți semnificativi.

La nivelul loturilor totale, nivelul stimei de sine prezintă o diferențiere înalt semnificativă între sexe – media lotului feminin fiind mai mică decât cea a lotului masculin – un rezultat congruent cu cele raportate în literatura de specialitate. Analiza valorilor medii ale scorului Rosenberg pe clase de vârstă nu indică, însă, o diferențiere statistic semnificativă decât în grupa de 16-17 ani. De asemenea, în analiza nivelului stimei de sine în funcție de ponderalitate, constatăm că băieții au în continuare scoruri superioare celor ale fetelor, dar diferența nu este statistic semnificativă decât în grupa normoponderalilor.

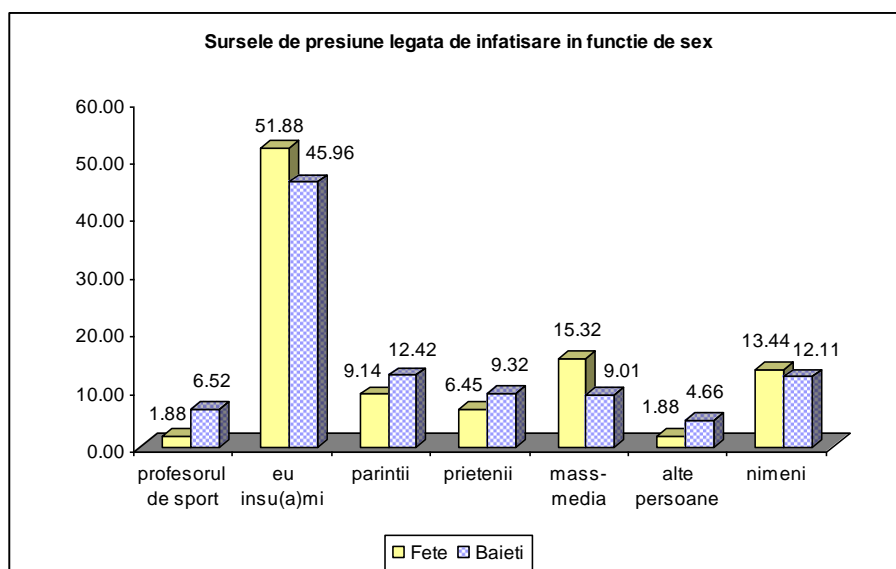
Nivelul stimei de sine în funcție de vârstă				
Grupa de vârstă	Fete	Băieți	Rezultat test T	p-value
14-15 ani	30.31	30.30	-0.01	0.994
16-17 ani	29.49	31.86	-4.32	2.12107E-05
18-19 ani	30.56	31.31	-0.88	0.381
Total	29.96	31.53	3.77	0.0002

Nivelul stimei de sine în funcție de ponderalitate				
Grupa de vârstă	Fete	Băieți	Rezultat test T	p-value
subponderalitate	29.80	31.39	-1.40	0.164
normoponderalitate	30.02	31.50	-2.97	0.003
supraponderalitate	29.57	31.76	-0.82	0.438

La nivelul loturilor totale, stima de sine corelează negativ și foarte slab cu scorul de discrepanță doar pentru sexul feminin, corelează pozitiv dar slab cu satisfacția față de părțile corpului (scorul BPSS) pentru ambele sexe și corelează negativ dar slab cu comportamentul de evitare (scorul BIAQ) atât pentru fete, cât și pentru băieți. Nivelul corelațiilor pledează pentru un efect protectiv modest al stimei de sine în raport cu imaginea corporală negativă.

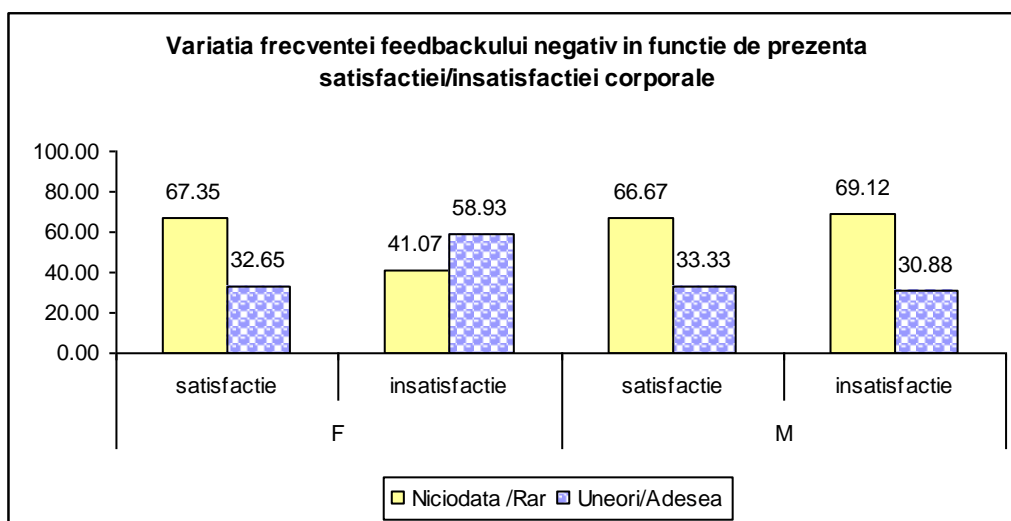
Corelații ale stimei de sine la nivelul loturilor totale						
Scor corelat	Fete			Băieți		
	df	r	p	df	r	p
Scor de discrepanță	268	-0,15	0,02	223	0,08	0,26
Scor BPSS	268	0,31	1,51058E-07	223	0,25	0,00
Scor BIAQ	268	-0,32	6,89538E-08	223	-0,28	1,9831E-05

Investigând ponderea surselor de presiune legată de înfățișare, am constatat la nivelul eșantionului total o diferență înalt semnificativă între sexe –  $\chi^2(6) = 24,00$ , p-value = 0.0005. Pentru ambele sexe, cea mai mare pondere par să o aibă propriile standarde și așteptări (51,88% în lotul feminin și 45,96% în lotul masculin). În privința surselor exterioare, însă, avem de-a face cu distribuții total diferite: surse de presiune apropiate pentru băieți, surse de presiune mai degrabă îndepărtate pentru fete. Pentru adolescente ierarhia surselor începe cu mass-media și continuă cu părinții, prietenii, alte persoane și profesorul de sport; pentru băieți, cele mai importante surse sunt – în ordine descrescătoare – părinții, prietenii, mass-media, profesorul de sport și alte persoane. Pentru toate influențele apropiate, procentele înregistrate de fete sunt net inferioare celor înregistrate de băieți.



În general, fetele sunt cele care declară în procente superioare celor înregistrate în rândul băieților că primesc uneori sau adesea feedback negativ (46,67% fata de 31,97%). Diferențe statistic semnificative între sexe se observă la nivelul loturilor totale –  $\chi^2(1) = 5,78$ , p-value = 0,02, în clasa de vârstă 16-17 ani –  $\chi^2(3) = 7,73$ , p-value = 0,01 și în rândul normoponderalilor –  $\chi^2(1) = 10,01$ , p-value = 0,002.

Testul chi-pătrat arătat diferențe semnificative în frecvența feedbackului primit între fetele nemulțumite de corpul lor și băieții nemulțumiți –  $\chi^2(1) = 9,83$ , p-value = 0,002, precum și între fetele mulțumite și cele nemulțumite de forma și dimensiunile lor corporale –  $\chi^2(1) = 7,25$ , p-value = 0,007, ceea ce sugerează o contribuție a feedbackului negativ dacă nu la generarea, măcar la întreținerea imaginii negative în rândul fetelor.



Principala sursă de feedback negativ legat de înfățișare o constituie pentru ambele sexe colegii, ceea ce constituie un argument pentru necesitatea derulării în școli a unor programe destinate reducerii intoleranței față de diferențele în înfățișare. Principala sursă de feedback pozitiv legat de înfățișare o constituie în general prietenii, ceea ce atestă crescândă importanță a acestora pe parcursul adolescenței; poziția dominantă pe care părinții o ocupă în ierarhia surselor de feedback pozitiv în lotul masculin grupa de 18-19 ani poate fi interpretată fie ca atestarea faptului că în trecerea spre vârsta adultă, băieții primesc un plus de încredere via membrii familie, fie că se bazează mai mult decât fetele pe încrederea insuflată de părinți.

**Capitolul IV** este dedicat analizei obiceiurilor alimentare. **Subcapitolul 4.1.** vizează analiza calitativă a alimentației în principal pe baza rezultatelor testului KIDMED și a indicelui de diversitate alimentară. Testul KIDMED relevă că doar 5,56% dintre fete și 4,89% dintre băieți au o dietă optimă (mediteraneană), în timp ce între 40-50% dintre subiecți au o dietă medie. Pentru fete, evoluția cu vârsta este sinonimă cu deteriorarea semnificativă a dietei prin creșterea scorurilor joase și scăderea celor înalte,  $X^2(4) = 15,64$ ,  $p = 0,004$ . Pentru băieți, evoluția cu vârsta nu aduce modificări semnificative în distribuția scorurilor. Nu s-au înregistrat diferențieri semnificative între sexe în compararea valorilor medii ale scorului Kidmed decât în cadrul vârstei de 14-15 ani. Analiza detaliată a itemilor ce compun testul KIDMED a confirmat diferențele de gen în preferințele și alegerile alimentare raportate în literatură: o proporție semnificativ mai mare de băieți consumă frecvent alimente de tip fast-food (45,8% față de 33,3%), în timp ce o proporție semnificativ mai mare de fete consumă o dată pe zi legume (72,6% față de 59,1%), dar și dulciuri (63,7% față de 54,2%).

Test KIDMED	Fete (%)	Băieți (%)	$\chi^2$	p-value
Mănânci un fruct sau bei un suc de fructe preparat în casă în fiecare zi ?	64,4	63,6	0,04	0,837
Mănânci un al doilea fruct în fiecare zi ?	36,7	36,4	0,00	0,959
Mănânci legume crude (salate) sau legume preparate o dată pe zi ?	72,6	59,1	10,01	0,002
Mănânci legume crude (salate) sau legume preparate de mai multe ori pe zi ?	30,4	29,3	0,06	0,802
Mănânci pește de 2-3 ori pe săptămână ?	17,0	21,3	1,47	0,225
Mănânci cel puțin o dată pe săptămână într-un restaurant fast-food ?	33,3	45,8	7,99	0,005
Îți plac mâncărurile din legume uscate (fasole uscată, linte etc) ?	48,1	40,9	2,61	0,106
Manânci paste sau orez de cel puțin 5 ori pe săptămână ?	12,6	16,9	1,82	0,177
Mănânci pâine sau preparate din cereale la micul dejun ?	81,9	86,2	1,73	0,188
Mănânci fructe uscate sau confiate de cel puțin 2-3 ori pe săptămână ?	17,8	19,6	0,26	0,613
Se folosește uleiul de măsline la gătit în familia ta ?	73,3	72,4	0,05	0,825
Mănânci dimineața, la micul dejun ?	81,5	84,9	1,01	0,315
Mănânci produse lactate (lapte, iaurt, branză, cașcaval etc. ) la micul dejun ?	85,6	81,8	1,29	0,256
Mănânci produse de patiserie la micul dejun ?	23,0	19,6	0,85	0,357
Mănânci 2 iaurturi și/sau 2-3 felii de brânză în fiecare zi ?	43,7	41,3	0,28	0,595
Mănânci dulciuri în fiecare zi ?	63,7	54,2	4,57	0,032

Analiza datelor relevă faptul că 60% dintre fete și 52% dintre băieți au o diversitate alimentară scăzută (consumă  $\leq 3$  grupe alimentare); nu se înregistrează diferențe semnificative între sexe în privința numărului de grupe alimentare consumate –  $\chi^2(4)=6,60$ ,  $p=0,158$ . Ponderea celor 5 grupe alimentare raportate a fi fost consumate de subiecți nu diferă semnificativ în funcție de sex –  $\chi^2(4)=1,38$ ,  $p=0,847$ . Pe primul loc se situează carnea/peștele/ouăle (83,43%), urmate de fructe (70,10%), legume (68,89%), lactate (68,48%) și cereale (37,37%).

#### **Subcapitolul 4.2.** investighează comportamentele alimentare dezordonate.

Destructurarea orarului de mese afectează ambele sexe în egală măsură, doar 33,70% dintre fete și 40,44% dintre băieți mâncând la ore regulate,  $\chi^2(2) = 2,40$ ;  $p= 0,121$ . Evoluția cu vârsta este însă diferențiată, fetele înregistrând între prima și ultima grupă de vârstă o scădere semnificativă a regularității meselor,  $\chi^2(4) = 14,22$ ;  $p= 0,001$ , în timp ce băieții nu înregistrează astfel de variații semnificative,  $\chi^2(4) = 0,14$ ;  $p= 0,93$ . Asupra statusului ponderal, regularitatea meselor nu pare să se reflecte decât în cazul băieților, normoponderalii respectând într-o proporție mai mare decât subponderalii orarul,  $\chi^2(1) = 3,96$ ;  $p= 0,047$ .

La nivelul loturilor totale, pentru ambele sexe, structura meselor zilnice este similară, principala masă fiind reprezentată de prânz, urmată de cină,  $\chi^2(2) = 3,06$ ;  $p = 0,22$ . În rândul sexului feminin, am constatat, însă, în evoluția cu vârsta, o diminuare a importanței cinei, în favoarea micului –dejun. Acest fapt trebuie legat și de obiceiul de a sări zilnic sau adesea peste cină, prezent în rândul a 20% dintre fete. Aceasta este singura masă a zilei în săritul căreia am înregistrat diferențe semnificative între sexe,  $X^2(3) = 17,14$ ;  $p = 0,0006$ .

Genul influențează utilizarea pachetului de acasă, fetele raportând într-un procent semnificativ mai mare o frecvență crescută a acestui comportament,  $X^2(4) = 11,313$ ;  $p = 0,023$ . În schimb, cumpărarea gustărilor de la chioșc este o practică care afectează circa 48% dintre adolescenți, fără diferențe semnificative în funcție de sex,  $X^2(4) = 7,57$ ;  $p = 0,11$ .

Vulnerabilitatea fetelor este însă evidentă în cazul recursului la alimente de tip „comfort food”: fetele raportează un consum sporit în condiții de nervozitate/stres/plictiseală ( $X^2(2) = 13,75$ ;  $p = 0,001$ ), un consum de alimente mai dulci în condiții similare ( $X^2(1) = 10,22$ ;  $p = 0,001$ ), precum și un consum sporit în condiții de singurătate ( $X^2(2) = 9,23$ ;  $p = 0,01$ ).

De asemenea, fetele asociază mai frecvent mâncatul cu activități care distrag atenția, precum uitatul la TV/calculator,  $X^2(4) = 9,92$ ,  $p = 0,04$ .

**Subcapitolul 4.2.** abordează problema obiceiurilor alimentare familiale. Rezultatele indică o aderență considerabilă la modelul tradițional al consumului hranei preparată în casă, cel mai probabil determinat de nivelul socio-economic, așa cum reiese și din analiza acestei practici în funcție de veniturile gospodăriei. Implicarea copiilor în prepararea hranei se diferențiază semnificativ în funcție de sex, atestând și perpetuarea unor roluri tradiționale de gen – fetele înregistrează proporții crescute atât în categoria răspunsurilor afirmative categorice „da”, cât și în categoria de frecvență „uneori”. Implicarea copiilor în aprovizionare nu este influențată semnificativ de sex, deși băieții raportează într-o proporție ușor crescută față de cea a fetelor că fac cumpărături singuri pentru familie. Investigații viitoare sunt însă necesare pentru clarificarea contextului: li se delegă cumpărarea anumitor alimente sau cumpără din proprie inițiativă? Principala sursă de aprovizionare este super-marketul, 87,41% dintre fete și 88,00% dintre băieți declarând că alimentele consumate în familiile lor provin de aici „într-o mare măsură”. Pe locul al doilea se situează piețele agro-alimentare, 53,33% din fete și 57,33% din băieți susținând că și de aici provin „în mare măsură” alimentele consumate în familiile lor. Doar jumătate dintre adolescenți (49,63% dintre fete și 50,22% dintre băieți) citesc eticheta înainte de cumpărarea produsului. Ponderea criteriilor în alegerea unui produs este influențată semnificativ de sex. Principalul criteriu pentru ambele sexe este gustul (23,85% din nominalizările fetelor și 24,64% din nominalizările băieților), urmat de curiozitate (16,06% din

nominalizările fetelor și 16,33% din nominalizările băieților). Pe locul al treilea, pentru fete se situează impactul asupra sănătății (11,70%), urmat de dorința spontană (11,35%); în schimb, pentru băieți pe locul al treilea se clasează prețul (12,54%), urmat de recomandările altor persoane (10,64%).

**Capitolul V.** este rezervat pentru investigarea managementului înfățișării. **Subcapitolul 5.1.** analizează comportamentele de evitare a distresului legat de imaginea corporală.

Recursul la comportamente de evitare a distresului produs de imaginea corporală este influențat de sex, atât la nivelul loturilor totale, cât și la nivelul ultimelor două grupe de vârstă, fetele înregistrând valori medii ale scorului BIAQ semnificativ mai mari. În rândul băieților, am constatat și un efect al vârstei asupra acestui tip de comportament, cu o diminuare semnificativă între prima și ultima grupă de vârstă (de la valoarea de 27,67 la cea de 20,49).

Mediile scorului BIAQ in functie de varsta				
Varsta	Sex	Scor BIAQ total	Testul t	P-value
14-15 ani	F	27.92	-0.10	0.92
	M	27.67		
16-17 ani	F	30.06	5.69	3.437E-08
	M	23.76		
18-19 ani	F	27.82	-4.58	0.00
	M	20.49		
Total	F	29.89	6.34	5.183E-10
	M	23.57		

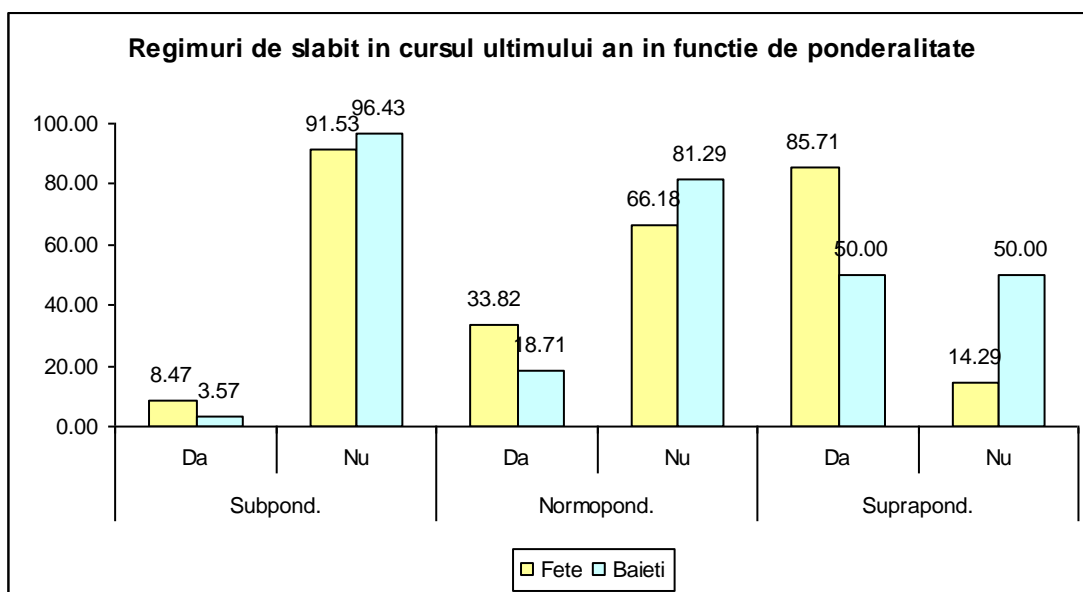
Analiza detaliată a factorilor care compun scorul a indicat o variație cu vârsta a factorului „îmbrăcăminte de camuflare” pentru fete (tendință de creștere) și a factorilor „îmbrăcăminte de camuflare” și „evitarea activității sociale” pentru băieți (tendință de scădere). Genul nu a influențat media scorului BIAQ decât în clasa normoponderalilor (fetele înregistrând o valoare mai mare a scorului), în celelalte clase IMC prezentând valori apropiate (previzibil, atât fetele cât și băieții supraponderali au înregistrat valori mai mari decât cele/cei subponderale/i). Scorul BIAQ a corelat la nivelul loturilor totale atât cu IMC-ul (factor obiectiv de evaluare a corporalității), cât și cu scorul de discrepanță (factor subiectiv al corporalității).

Corelațiile scorului BIAQ la nivelul loturilor totale						
Scor corelat	Fete			Băieți		
	df	r	p	df	r	p
IMC	268	0.33	2.66E-08	223	0.17	0.01
Scor BPSS	268	-0.26	1.39E-05	223	-0.16	0.02
Scor de discrepanță	268	0.39	4.08E-11	223	0.19	4.92E-03

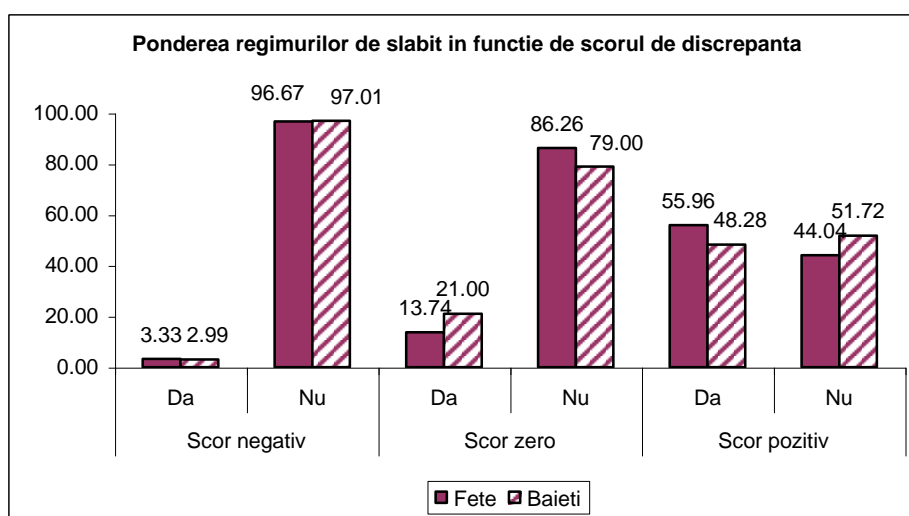


**Sub-capitolul 5.2.** analizează comportamentele de corectare a înfățișării.

Recursul la comportamente de corectare a înfățișării (respectiv managementul greutateii) nu este influențat de sex, nici la nivelul loturilor totale, nici la nivelul grupelor de vârstă. În cadrul grupelor de ponderalitate, analiza în funcție de sex a reliefat vulnerabilitatea fetelor normoponderale care se angajează într-o proporție semnificativ mai mare decât băieții din aceeași categorie în regimuri de slăbit (33,82% față de 18,71%).

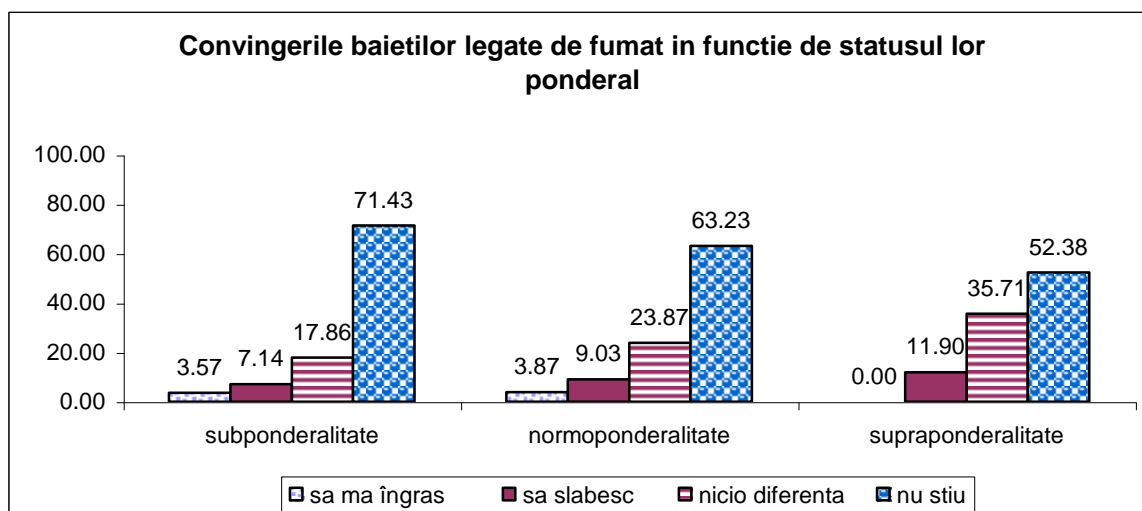
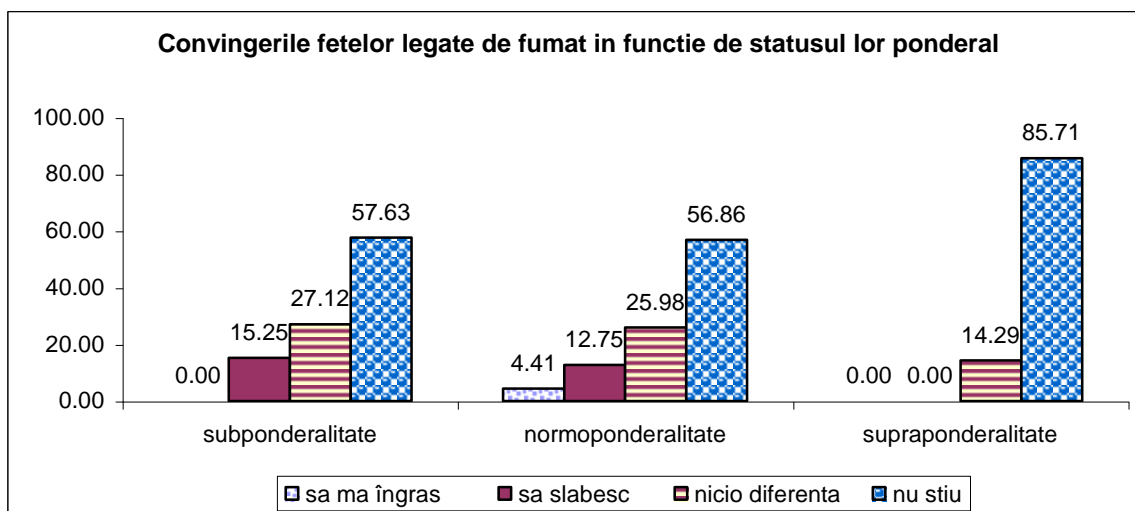


Investigarea apelului la diete în funcție de scorul de discrepanță a dezvăluit faptul că și subiecții clasificați ca mulțumiți (scor de discrepanță zero) se angajează în astfel de comportamente de gestiune a greutateii, iar proporția lor este semnificativ mai mare în rândul băieților (21% față de 13,74%); acest rezultat a fost interpretat ca indicând folosirea preventivă a metodelor de control al greutateii.

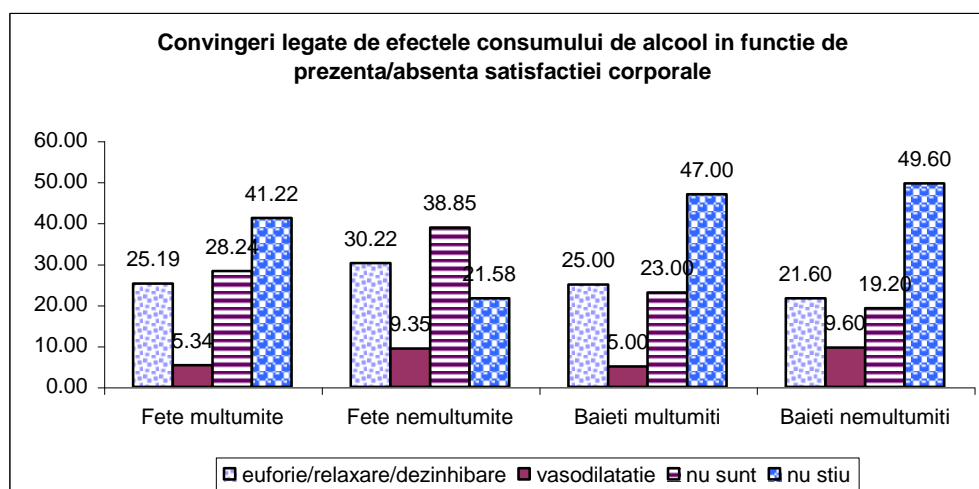
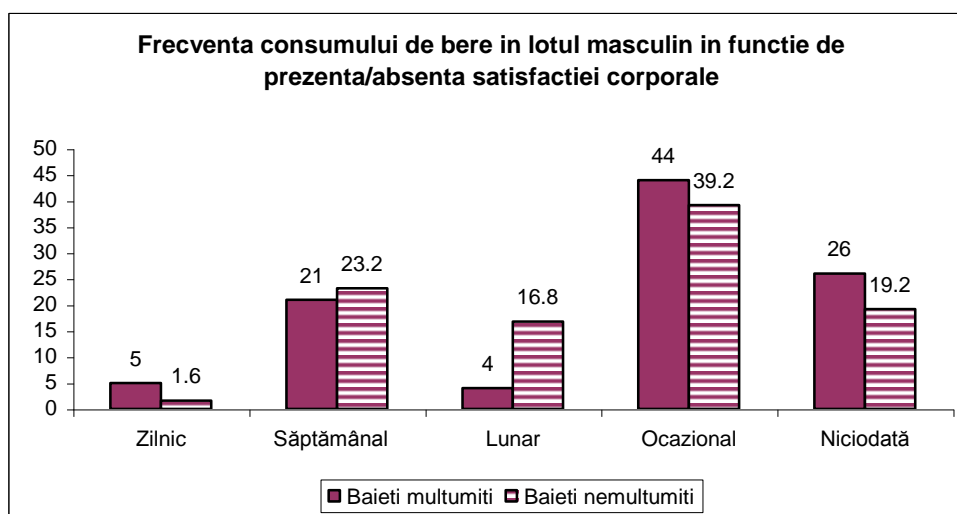


Majoritatea covârșitoare a celor care se angajează în măsuri de control al greutateii, fie preventiv, fie corectiv (peste 90% în rândul ambelor sexe) fac acest lucru din proprie inițiativă. Recomandarea medicală figurează ca temei mai mult în rândul băieților supraponderali decât a fetelor din aceeași categorie (9,52% față de 3,45% din totalul celor care își controlează greutatea).

Cât privește posibilitatea utilizării fumatului ca mijloc de control al greutateii, rezultatele resping această ipoteză. Nu am înregistrat diferențe semnificative între subponderali și normoponderali, ori între normo-ponderali și supraponderali în privința fumatului, nici în lotul feminin, nici în cel masculin; similar, nici frecvența fumatului nu a fost influențată de statutul ponderal. Analiza a fost repetată cu același rezultat luându-se în calcul convingerile subiecților cu privire la relația dintre fumat și greutatea corporală. Consumul de tutun a fost în schimb influențat, în rândul fetelor, de existența unor rude fumătoare,  $\chi^2(1) = 11,55, p = 0,0007$ .



Analiza consumului de alcool în rândul tinerilor indică diferențe statistic semnificative între sexe în privința consumului de bere –  $\chi^2(4) = 50,97$ ;  $p = 2,26414E-10$ , consumului de băuturi spirtoase –  $\chi^2(4) = 34,34$ ;  $p = 6,56632E-07$  și consumului de lichioruri –  $\chi^2(4) = 12,59$ ;  $p = 0,013$ , băieții raportând frecvențe mai mari ale consumului săptămânal și lunar. Cele mai relevante constatări în evoluția consumului de alcool odată cu vârsta sunt creșterea și menținerea consumului săptămânal de bere care afectează un sfert din băieți, precum și creșterea și menținerea consumului lunar de vin care afectează unul din șapte adolescenți de ambele sexe; la aceasta se adaugă trendul ascendent în privința consumului de băuturi spirtoase în rândul băieților, atât în categoria frecvenței săptămânale, cât și a celei lunare care – deși afectează cel mult unul din șase adolescenți – constituie un factor de risc pentru dezvoltarea ulterioară a alcoolismului. În relație cu imaginea corporală, am constatat o creștere semnificativă a frecvenței consumului săptămânal și lunar de bere în rândul băieților nemulțumiți de silueta curentă (scor discrepanță  $\neq 0$ ),  $\chi^2(4)=11,84$ ;  $p=0,018$ ; de asemenea, fetele nemulțumite de silueta curentă au nominalizat mai multe efecte pozitive ale consumului de alcool decât cele mulțumite,  $\chi^2(4)=12,69$ ;  $p=0,005$ .



Sintetizând, putem concluziona că insatisfacția corporală nu este caracteristică doar fetelor, dar anumite vulnerabilități specifice (cum este înclinația spre alimente de tip comfort food, impactul sporit al feedbackul negativ primit de la ceilalți semnificativi sau un nivel mai slab al stimei de sine) necesită abordări țintite de îmbunătățirea imaginii corporale, în scopul reducerii patologiei aferente. Este indubitabil că o schimbare a reprezentărilor care circulă în mass-media în sensul abandonării normelor irealiste și apropierii de corpul real ar scădea din presiunea resimțită, dar până la realizarea acestui deziderat, o soluție mai facilă este diminuarea feedbackului negativ primit de la colegi, amplificarea celui pozitiv primit de la părti și poate implicarea profesorilor de sport în exploatarea creativă a posibilităților funcționale ale corpului, fără a pune accent pe performanță.

Îmbunătățirea calității nutriției prin creșterea diversității grupelor alimentare și apropierea de dieta mediteraneană ar fi benefică pentru ambele sexe, mai ales dacă s-ar lua în considerare și specificitatea de gen a comportamentului de consumator.

Analiza comportamentelor cu risc pentru sănătate (consum de alcool și tutun) a dezvăluit nu doar specificități de gen în ceea ce privește distribuția factorilor de risc, ci și o lipsă semnificativă de cunoștințe în ceea ce privește efectele acestor comportamente care necesită abordarea și ameliorarea de către instituțiile de învățământ.

#### **Bibliografie selectivă:**

1. ALEONG, R., & DUCHESNE, S. (2007) Assessment of adolescent body perception: Development and characterization of a novel tool for morphing images of adolescent bodies. *Behavior Research Methods*. 39 (3). p. 651–666.
2. ALLISON, D. B. & MONICA L. BASKIN (eds.) (2009) *Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight-Related Problems. Measures, Theory, and Research*. 2<sup>nd</sup> Edition, Thousand Oaks, California: Sage Publications.
3. BERSCHIED, E., HATFIELD [WALSTER], E., & BOHRNSTEDT, G. (1973) The happy American body: A survey report. *Psychology Today*. 7 (6). p. 119-131.
4. BRETON, D. (2002) *Antropologia corpului și modernitatea*. Timișoara: Editura Amarcord.
5. BRUCHON-SCHWEITZER, M. (1987) L'image du corps de 10 à 40 ans: quelques facettes de cette image d'après le questionnaire Q.I.C. *Bulletin de psychologie*. 40 (18). n°382. p. 892-907.

6. BULIK, C. M., WADE, T. D., HEATH, A. C., MARTIN, N. G., STUNKARD, A. J. & EAVES, L. J. (2001) Relating body mass index to figural stimuli: Population-based normative data for Caucasians. *International Journal of Obesity*. 25. p. 1517–1524.
7. CASH T. F. & PRUZINSKY TH. (eds.) (2002) *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. New York: Guilford Press.
8. CASH, T. F. (2004) Body Image: Past, Present, and Future. *Body Image*. 1 (1). p. 1-5.
9. COLE, T. J. & LOBSTEIN, T. (2012) Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity*. 7 (4). p. 284-294
10. FINK, B. & NEAVE. N. (2005) The biology of facial beauty. *International Journal of Cosmetic Science*. 27 (6). p. 317-325
11. FRANKO, D. L., DORER, D. J., KEEL, P. K., JACKSON, S., MANZO, M. P., HERZOG, D. B. (2005) How do eating disorders and alcohol use disorder influence each other? *International Journal of Eating Disorders*. 38 (3). p. 200–207.
12. FREDERICK, D., BOHRNSTEDT, G. W., HATFIELD, E. & BERSCHIED, E. (2014) Factor Structure and Validity of the Body Parts Satisfaction Scale: Results from the 1972 Psychology Today Survey. *Psihologijske Teme*. 23 (2). p.223–42.
13. FRENCH, S. A., STORY, M., DOWNES, B., RESNICK, M. D., & BLUM, R. W. (1995). Frequent dieting among adolescents: Psychosocial and health behavior correlates. *American Journal of Public Health*. 85(5). p.695-701.
14. GARDNER, R. M., & BOICE, R. (2004) A computer program for measuring body size distortion and body dissatisfaction. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers*. 36(1). p. 89–95.
15. GARDNER, R. M., & MONCRIEFF, C. (1988). Body image distortion in anorexics as a non-sensory phenomenon: A signal detection approach. *Journal of Clinical Psychology*. 44 (2). p. 101–107.
16. GRAMMER, K., FINK, B., MLLER, A. P. & THORNHILL. R. (2003) Darwinian Aesthetics: Sexual Selection and the Biology of Beauty. *Biological Reviews* 78 (3). p. 385-407.
17. GROGAN, S. (2006) Body image and health: contemporary perspectives, *Journal of Health Psychology*. 11(4). p. 523-30.
18. GROGAN, S. (2008) *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women, and Children*. London; New York: Routledge.

19. HENNIGHAUSEN, K., & REMSCHMIDT, H. (1999) The computer body image test: A procedure for the assessment of body image perception. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 8 (2). p. 123–128.
20. HOLZHAUER C.G., ZENNER A., WULFERT E. (2015) Poor Body Image and Alcohol Use in Women. *Psychology of Addictive Behaviors*. Sep 7. [Epub ahead of print]
21. JACKSON, LINDA A. (2002) Physical Attractiveness: A Sociocultural Perspective. In Cash T. F. & Pruzinsky Th. (eds.) *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. p. 13-21. New York: Guilford Press.
22. JAKATDAR, T., CASH, T.F., & ENGLE, E. (2006) Body-image thought processes: The development and initial validation of the Assessment of Body-Image Cognitive Distortions. *Body Image*. 3 (4). p. 325-333.
23. KING T. K., MATAVIN M., WHITE K. S., MARCUS B. H. (2005) A prospective examination of body image and smoking cessation in women. *Body Image*. 2 (1). p. 19-28.
24. LANGLOIS J. H., KALAKANIS L., RUBENSTEIN A. J., LARSON A., HALLAM M., & SMOOT M. (2000) Maxims or Myths of Beauty? A Meta-Analytic and Theoretical Review. *Psychological Bulletin*. 126 (3). p. 390-423.
25. LANGLOIS, J. H., RITTER, J. M., ROGGMAN L. A., AND VAUGHN L. S. (1991) Facial Diversity and Infant Preferences for Attractive Faces. *Developmental Psychology*. 27 (1). p. 79-84.
26. LUSKIN BIORDI, D. & MCCANN GALON. P. (2013) Body Image. In Morof Lubkin, I. & Larsen. P. D. (eds.) *Chronic Illness: Impact and Intervention*. p. 133-159. Boston: Jones & Bartlett Publishers.
27. PETERSEN, A. C., SCHULENBERG, J. E., ABRAMOWITZ, R. H., OFFER, D. & JARCHO, H. D. (1984) A self-image questionnaire for young adolescents (SIQYA): Reliability and validity studies. *Journal of Youth and Adolescence*. 13 (2). p. 93-111.
28. REED, D. L., THOMPSON, J.K., BRANNICK, M.T., & SACCO, W.P. (1991) Development and validation of the Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale (PASTAS). *Journal of Anxiety Disorders*. 5 (4). p. 323-332.
29. RHODES, G. (2006) The Evolutionary Psychology of Facial Beauty. *Annual Review of Psychology*. 57 (1). p. 199-226.

30. ROSEN, J. C., SREBNIK, D., SALTZBERG, E. & WENDT, S. (1991) Development of a Body Image Avoidance Questionnaire, *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 3 (1). p. 32-37.
31. ROSENBERG, M. (1965) *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
32. SANDS, R., MASCHETTE, W., & ARMATAS, C. (2004) Measurement of body image satisfaction using computer manipulation of a digital image. *The Journal of Psychology*. 138 (4). p. 325–337.
33. SCHACHT, R. (2005) Female and Male Perceptions of Attractiveness: What Is Attractive and Why? *Nebraska Anthropologist*. 1. p. 63-69
34. ȘCHIOPU, U., VERZA, E. (1997) *Psihologia vârștelor. Ciclurile vieții*. Ediția a III-a revizuită, București: Editura Didactică și Pedagogică, R. A.
35. STICE, E. & SHAW, H. (2003) Prospective Relations of Body Image, Eating, and Affective Disturbances to Smoking Onset in Adolescent Girls: How Virginia Slims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 71 (1). p. 129–35.
36. STUNKARD, A., SORENSEN, T., SCHULSINGER, F. (1983) Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness, *Research Publications - Association for Research in Nervous & Mental Disease*. 60. p. 115–120.
37. THOMPSON J. K., HEINBERG L. J., ALTABE M., TANTLEFF-DUNN S. (1999) *Exacting Beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
38. WILD, L. G., FLISHER, A. J., BHANA, A., & LOMBARD, C. (2004) Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 45 (8). p. 1454-1467.