

REVISTA DE PSIHOLOGIE

Vol. 71

2025

Nr. 4

SUMAR

STUDII ȘI CERCETĂRI

ANDREEA-MARIA MINCIU, DENISA CRISTINA-ALINA BERCEANU, GEORGETA PÂÎȘOARĂ, Mirror, mirror on the wall, who's the skinniest on Instagram? How social support and comparison shape body image in the age of social media.....	231
ERIKA HARANGI, SEBASTIAN VAIDA, SIMION ECHIM, Effects of music therapy on teenagers' anxiety.....	253
ANA MARIA CHIRA, CĂTĂLIN NEDELCEA, The Romanian versions of the inventory of attitudes toward seeking mental health services (IASMHS) and the Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties.....	271
ALEXANDRA HUȚANU, IONELA BOGDAN, Consumul de substanțe în rândul adolescenților. Factori de risc și factori protectori.....	285
ȘTEFAN ALECU, Psychology of competition in adolescents: anxiety and self-confidence according to type of sport.....	313

ABORDĂRI TEORETICE ȘI PRACTIC-APLICATIVE

SEBASTIAN TIBERIU CHENDREAN, Implicații teoretice și practice ale literației și prevenției active în sănătatea mintală.....	329
GABRIELA POPESCU, LOREDANA BĂNICĂ, LUCIAN NEGOIȚĂ, IULIANA PETRONELA GÂRDAN, Oglinda magică: autodezvăluirea. Susținerea clientului sau dezechilibru relațional?	347

REVISTA DE PSIHOLOGIE

(JOURNAL OF PSYCHOLOGY)

Vol. 71

2025

No. 4

CONTENTS

STUDIES AND RESEARCHES

ANDREEA-MARIA MINCIU, DENISA CRISTINA-ALINA BERCEANU, GEORGETA PÂNIȘOARĂ, Mirror, mirror on the wall, who's the skinniest on Instagram? How social support and comparison shape body image in the age of social media.....	231
ERIKA HARANGI, SEBASTIAN VAIDA, SIMION ECHIM, Effects of music therapy on teenagers' anxiety.....	253
ANA MARIA CHIRA, CĂTĂLIN NEDELCEA, The Romanian versions of the inventory of attitudes toward seeking mental health services (IASMHS) and the Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties.....	271
ALEXANDRA HUȚANU, IONELA BOGDAN, Substance Use Among Adolescents. Risk Factors and Protective Factors.....	285
ȘTEFAN ALECU, Psychology of competition in adolescents: anxiety and self-confidence according to type of sport.....	313

THEORETICAL AND PRACTICAL APPROACHES

SEBASTIAN TIBERIU CHENDREAN, Theoretical and practical implications of mental health literacy and active prevention in mental health	329
GABRIELA POPESCU, LOREDANA BĂNICĂ, LUCIAN NEGOIȚĂ, IULIANA PETRONELA GÂRDAN, The magic mirror: self-disclosure. Client support or relational imbalance?	347

REVISTA DE PSIHOLOGIE

(REVUE DE PSYCHOLOGIE)

Vol. 71

2025

No. 4

SOMMAIRE

ÉTUDES ET RECHERCHES

ANDREEA-MARIA MINCIU, DENISA CRISTINA-ALINA BERCEANU, GEORGETA PÂNIȘOARĂ, Mirror, mirror on the wall, who's the skinniest on Instagram? How social support and comparison shape body image in the age of social media.....	231
ERIKA HARANGI, SEBASTIAN VAIDA, SIMION ECHIM, Effects of music therapy on teenagers' anxiety.....	253
ANA MARIA CHIRA, CĂTĂLIN NEDELCEA, The Romanian versions of the inventory of attitudes toward seeking mental health services (IASMHS) and the Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties.....	271
ALEXANDRA HUȚANU, IONELA BOGDAN, Usage de substances chez les adolescents. Facteurs de risque et de protection	285
ȘTEFAN ALECU, Psychology of competition in adolescents: anxiety and self-confidence according to type of sport.....	313

APPROCHES THÉORIQUES ET DÉMARCHES APPLIQUÉES

SEBASTIAN TIBERIU CHENDREAN, Implications théoriques et pratiques de la littérature et de la prévention active en santé mentale	329
GABRIELA POPESCU, LOREDANA BĂNICĂ, LUCIAN NEGOIȚĂ, IULIANA PETRONELA GÂRDAN, Le miroir magique: dévoilement de soi. Soutien client ou déséquilibre relationnel?	347

MIRROR, MIRROR ON THE WALL, WHO'S THE SKINNIEST ON INSTAGRAM? HOW SOCIAL SUPPORT AND COMPARISON SHAPE BODY IMAGE IN THE AGE OF SOCIAL MEDIA

ANDREEA-MARIA MINCIU, DENISA CRISTINA-ALINA BERCEANU*,
GEORGETA PÂNIȘOARĂ
University of Bucharest

Abstract

As digital technologies continue to advance, social networking platforms have become an integral part of everyday life. Users increasingly rely on these platforms not only for communication but also for sharing personal experiences. While such engagement can promote social connection, it has also been linked to psychological challenges, particularly in relation to body image. This study examines the relationship between social media use and body image perception, with a specific focus on perceived social support, the frequency and direction of social comparison, and the moderating role of gender. The sample comprised 114 Romanian participants aged between 19 and 58 years ($M = 27.49$, $SD = 10.66$). The results indicated a significant positive association between upward social comparison and body image concerns (Estimate = .88, $p < .001$), as well as a significant negative association between perceived social support and body image concerns (Estimate = $-.38$, $p < .05$). Gender significantly moderated the relationship between upward social comparison and body image (Estimate = .66, $p < .05$), with the association being stronger and statistically significant among women, but not among men. These findings underscore the psychological effects of social media use and highlight the importance of gender-specific dynamics in understanding vulnerability to body image dissatisfaction in the context of social comparison.

Cuvinte-cheie: rețele sociale, imagine corporală, comparație ascendentă, comparație descendentă, suport social.

Keywords: social networks, body image, upward comparison, downward comparison, social support.

1. INTRODUCTION

Social media occupies a central place in people's lives, regardless of their age (Auxier & Anderson, 2021). The use of these platforms has increased significantly, especially since the pandemic period, with the number of users estimated at 3.8 billion, regardless of demographic criteria (Chugh *et al.*, 2020). Social media is an umbrella term that encompasses all platforms that operate via the internet, through which people create a public or semi-public profile, upload photos and posts, and connect with others

* University of Bucharest, Faculty of Psychology and Educational Sciences, 90 Panduri Street,
E-mail: denisa.berceanu@gmail.com

(Houston *et al.*, 2014), referred to as followers. Younger generations are increasingly engaging with the online environment and digital interactions.

However, this has a significant negative impact on body image (Fardouly & Vartanian, 2015) and is associated with unhealthy eating habits (Rodgers & Melioli, 2015). Social media platforms rely heavily on shared visual content (Fardouly & Vartanian, 2015; Kleemans *et al.*, 2016; Saiphoo & Vahedi, 2019), and users are encouraged to post pictures of themselves and focus on visual appearance rather than fostering authentic interactions (Rodgers & Melioli, 2015). Visual content attracts more attention and receives more likes than video, written, or audio content (Lowe-Calverley & Grieve, 2018). What is particularly problematic is the dissemination of images that are inconsistent with reality, which often leads to social comparison behaviors that directly influence how individuals perceive their bodies (Saiphoo & Vahedi, 2019). The individuals most vulnerable to the media content shared online are women and adolescent girls (Pinkasavage *et al.*, 2014; Shroff & Thompson, 2006), though the male population should not be overlooked, as an increasing number of men report dissatisfaction with their own bodies (Andsager, 2014).

To explore human behavior in the online environment, numerous theories have been developed. In this context, Albert Bandura's social cognitive theory supports the idea that people are highly susceptible to the events and situations around them, particularly when it comes to adopting online behaviors. Individuals choose role models to imitate, with learning being centered on observation and modeling (Pânișoară, 2019).

Scientific studies conducted so far have established a strong link between the use of social media and how individuals perceive their own bodies. Harriger *et al.* (2023) state that people who are more engaged in online activities are more likely to have a distorted body image. Among the positive effects of using social media, we can mention social reintegration for lonely, elderly, or socially excluded individuals (Quinn, 2018), a reduction in social isolation (Ostic *et al.*, 2021), an increased general sense of well-being for users who engage in authentic self-presentation on social media (Berryman *et al.*, 2017), sharing and supporting ideas with others, maintaining relationships, intercultural exchange of experiences, and reputation development (Twenge & Campbell, 2019; Ostic *et al.*, 2021). Among the negative effects, we can list the fear of missing out, ghosting, and vaguebooking (Astleitner *et al.*, 2022).

Regarding social support, according to the tripartite model of body image developed by Thompson *et al.* (1999) and a study conducted by Van Den Berg (2002), it can be stated that the influence of others affects the perception of body image. Social support refers to the personal perception that one is integrated, valued, cared for, and appreciated within their social environment, which may include family, friends, or other significant individuals (Olenik-Shemesh & Heiman, 2016). According to White (2001), people seek social support when facing difficult events, aiming to join groups where their problem is shared by others, in search of a sense of reciprocity and belonging. In the online environment, social groups represent a contemporary

alternative to face-to-face communication, with real-world interaction methods being transferred behind screens (Flynn & Stana, 2012). These virtual groups are a vital source of social support for individuals suffering from eating disorders, as anxiety about how they are perceived by others is lower, as stated by Eichhorn (2008), and they can reduce levels of stress, anxiety, or depression (Flynn & Stana, 2012).

Social comparison occurs among people both consciously and unconsciously, generating both negative and positive influences (Suls *et al.*, 2002). The concept of social comparison was introduced by Festinger (1954), who described how people assimilate all the information around them by comparing it and identifying similarities and differences, which are useful in the self-evaluation process (Kramer *et al.*, 2007; Suls *et al.*, 2002). Social comparison can be divided based on the tendency with which people choose to compare themselves to others, internal characteristics, and unconscious preferences: they may choose upward comparison, meaning with individuals considered superior, better, or more attractive, or downward comparison, when the comparison is made with individuals considered less attractive, valuable, or talented (Bessenoff, 2006; Brown *et al.*, 2006; Tiggemann & Polivy, 2010; Schaefer & Thompson, 2014; Suls *et al.*, 2002; Verduyn *et al.*, 2020). The virtual social space can be described as a fertile ground for the development of the social comparison process (Vogel *et al.*, 2015; Yang, 2016; Verduyn *et al.*, 2020), especially for upward comparison (Yang, 2016).

There is at least an interesting connection between social comparison and social support. Upward social comparison decreases body satisfaction, while downward comparison does not appear to have the same consequences (Verduyn *et al.*, 2020). Bessenoff (2006) notes that women, as well as adolescent girls and young women who engage in upward comparison online, such as viewing images of very thin models, are more likely to develop eating disorders and report dissatisfaction with their own bodies. Even though downward social comparison may not cause negative effects, Vogel *et al.* (2015) mention that the process still produces negative consequences. Users internalize the thin body ideal, adopting it as a personal standard; thus, social comparison arises as a means to achieve that imposed standard (Fardouly & Vartanian, 2015). Although there is a lack of data on the impact on men, Kleemans *et al.* (2016) state that both genders, regardless of age, tend to compare themselves with people they know on social media platforms, especially regarding social and physical characteristics such as intelligence, personality, height, weight, and body shape.

Research gaps

This study aims to explore a possible significant interaction between social media use and body image, using the previously described moderating variables – perceived social support and social comparison. As previously discussed, based on the specialized literature, all these variables are interconnected, with their effect and strength influencing one another. The selected variables are relevant in the context of today's society, where social media usage has exploded, making it important to

understand and be aware of the consequences of such usage, whether positive or negative. Moreover, this study is one of the few that evaluates the impact of both variables simultaneously.

Numerous studies address the issue of the impact of social media use on body image, highlighting the negative effects (Harriger *et al.*, 2023; Saiphoo & Vahedi, 2019; Rodgers & Melioli, 2015; Fardouly & Vartanian, 2015; Perloff, 2014). Regarding studies conducted on Romanian samples, there is research indicating the negative effects of social media on children and a prevalence of juvenile depression and anxiety (Dumitru, 2024). Pop *et al.* (2022) mention that men exhibit higher self-esteem and less deterioration of body image compared to women, with most participants using social media for approximately the same number of hours per day.

What this study brings new is the investigation of the link between social media and body image in the Romanian adult population, taking into account the influence on both genders. During the documentation process for this research, we encountered a significant lack of information about the role of social support in the interaction between social media and body image perception, with only a few studies addressing this topic (Hsu *et al.*, 2021; Mikal, 2021; Giles, 2006; Wilson *et al.*, 2006; Borzekowski *et al.*, 2010). Additionally, after reviewing the literature, we could not identify any other studies that address this issue while using both of the previously described variables simultaneously. Therefore, this study contributes valuable findings to the literature by exploring a timely subject, adapted to the socio-economic context of the Romanian population.

The variables investigated are highly relevant within the current social context. Thus, the relationship between social media use and body image may be influenced by the way individuals engage in social comparisons, either upward or downward. Moreover, perceived social support can serve as a protective factor, reducing the negative effects of these comparisons on body image. In addition, gender differences may shape these processes, as previous studies (Perloff, 2014; Holland & Tiggemann, 2016; Pinkasavage *et al.*, 2014; Shroff & Thompson, 2006) have shown that women are more exposed to the pressure of idealized body standards and more prone to appearance-related comparisons (Tiggemann & Slater, 2002). All these variables were examined together to demonstrate how social support and social comparison can either amplify or reduce the impact of social media use and the interpretation of one's own body image.

We expect to find that individuals who use social media frequently hold distorted beliefs about their own bodies, influenced by the content promoted online (Seekis *et al.*, 2020). We also expect these beliefs to be reduced by perceived social support, as individuals with higher levels of social support are likely to be less affected by social media exposure. Furthermore, regarding biological gender, we anticipate that women will be more prone to developing a negative body image, driven by social comparison processes in online environments (Andsager, 2014; Pinkasavage *et al.*, 2014; Shroff & Thompson, 2006).

2. METHODOLOGY

2.1. STUDY OBJECTIVES

We aim to explore the connection between social media usage and body image perception, with a focus on three moderating variables: perceived social support, social comparison and gender. We hypothesize a positive relationship, given the strong emphasis on visual content and the promotion of idealized body standards in online platforms (Rodgers & Melioli, 2015; Saiphoo & Vahedi, 2019). Perceived social support may serve as a buffer, reducing the negative impact of social media on body image. In contrast, social comparison could either intensify or alleviate these effects, depending on how individuals interpret and respond to the visual content they encounter online (Seekis *et al.*, 2020). Therefore, our analysis will examine how these two variables shape the primary relationship, determining whether they strengthen or weaken the influence of social media on body image perception.

The main hypotheses proposed by this research are as follows:

H1. *Social media use and social comparison have a statistically significant effect on body image perception.*

H2. *Social support significantly moderates the relationship between social media use and body image perception.*

H3. *Social comparison significantly moderates the relationship between social media use and body image perception.*

H4. *Gender significantly moderates the relationship between social comparison and body image.*

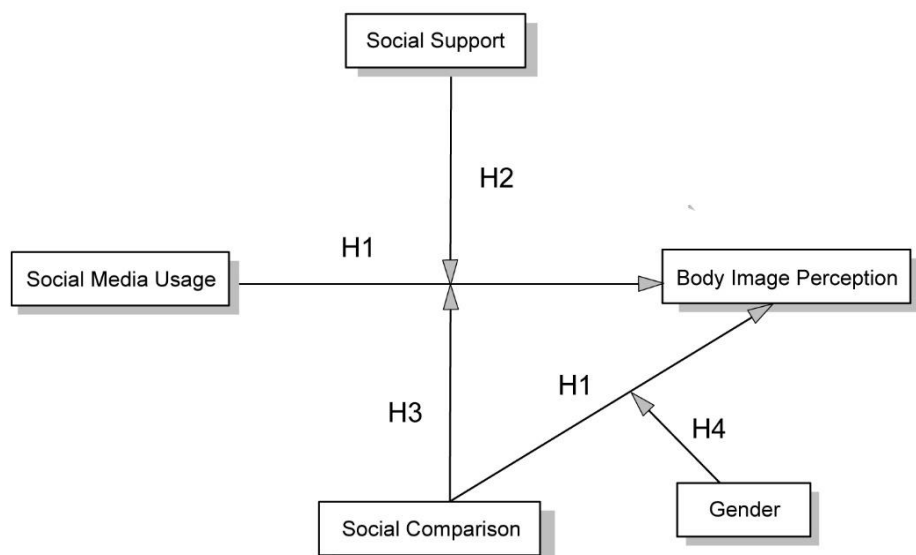


Figure no. 1 - Research conceptual model

2.2. PARTICIPANTS

A total of 114 participants were involved, using the snowball sampling method. Participation in the study was voluntary, with participants required to read an informed consent form and being informed about the purpose of the data collection and the objectives of the present study. They were also made aware of their right to withdraw from the study at any time without facing any repercussions or consequences. Therefore, the ethical standards and data safety criteria were met.

The collected data were initially organized in encrypted Excel tables, accessible only to the authors of the current study. The participants' ages ranged from 19 to 58 years ($M = 27.49$, $SD = 10.66$). Of the total number of participants, 86 (75.4%) were from urban areas, and 28 (24.6%) from rural areas. In terms of gender, the sample included 74 women (64.9%) and 40 men (35.1%).

The eligibility criteria, both for inclusion and exclusion, were related to the age of the participants, as the study targeted individuals who were at least 18 years old. As a result, none of the participants were excluded.

Power analysis

An a priori power analysis was conducted in G*Power ($\alpha = .05$; $1-\beta = .80$; $u = 8$ predictors, the maximum number of predictors from the statistical models). For a medium effect size ($f^2 = 0.15$; $R^2 = .13$), the required total sample size was $N = 109$ (denominator $df = 100$; noncentrality parameter = 16.35; critical $F = 2.03$). For a small effect size ($f^2 = 0.02$; $R^2 = .02$), the required total sample size increased to $N = 759$ (denominator $df = 750$; noncentrality parameter = 15.18; critical $F = 1.95$). These results indicate that the study design was adequate for detecting medium to large effects but underpowered for detecting very small effects.

Sensitivity analysis

A sensitivity analysis was also performed for the achieved sample size ($N = 114$). With $\alpha = .05$ and power = .80, the minimum detectable effect size was $f^2 = 0.14$, which corresponds to a medium effect. This means that while medium and large effects could be reliably detected, small effects ($f^2 = .02$) may not have been captured. As a result, there is an increased risk of Type II error (false negatives). At the same time, the probability of a Type I error (false positives) remains controlled by the fixed significance threshold ($\alpha = .05$). Non-significant results should therefore be interpreted with caution, as they may reflect limited statistical power rather than the true absence of an effect.

2.3. INSTRUMENTS

SNAIS Scale

The SNAIS Scale (Li *et al.*, 2016) is a self-report instrument consisting of 14 items that focus on behaviors frequently carried out in the online environment over the past 4 weeks. It comprises two factors: Social Function Use Intensity (SFUI) and Entertainment Function Use Intensity (EFUI). The items are structured as simple

statements, for example: “*I chatted with friends via messages.*” The scale instructions asked participants to report the frequency of these activities using a 5-point Likert scale, ranging from 1 (*never*) to 5 (*always*). The Romanian version of the scale was obtained from the Research Central platform (<http://researchcentral.ro>). Regarding reliability analysis, a Cronbach's Alpha of $\alpha = .90$ was calculated, indicating excellent internal consistency. The first factor (SFUI) showed a Cronbach's Alpha of $\alpha = .90$, whereas the second factor (EFUI) demonstrated a lower internal consistency with $\alpha = .59$. To test whether the theoretical model fits the collected data, the results of each item were subjected to Confirmatory Factor Analysis (CFA). For the SNAIS scale, the fit indices were: $\chi^2/df = 4.55$, CFI = 0.72, TLI = 0.67, and RMSEA = 0.17 (90% CI = .15, .19), $p < .001$.

Body Shape Questionnaire (BSQ-16B)

The BSQ-16B Scale (Evans & Dolan, 1993) is a body image measurement instrument composed of 16 question-based items that assess how the respondent has felt about their body over the past four weeks, in relation to specific situations. The Romanian version of the instrument was retrieved from the platform <https://researchcentral.ro>. For example: “*Were you afraid that you might become fat (fatter)?*” The instructions asked participants to self-report the frequency of these experiences using a 6-point Likert scale ranging from 1 (*never*) to 6 (*always*). The calculated Cronbach's Alpha was $\alpha = .95$, indicating very strong internal consistency among the items. Following Factor Analysis, the results were: $\chi^2 / df = 3.66$, CFI = 0.82, TLI = 0.80, and RMSEA = 0.15 (90% CI = .13, .16), $p < .001$, indicating an acceptable model fit.

Perceived Social Support Scale

To measure respondents' social support, the Romanian version of the Perceived Social Support Scale (Cutrona & Russell, 1989) was used, retrieved from the Research Central platform (<https://researchcentral.ro>). It contains 24 items related to interpersonal relationships, such as “*There are people who share similar concerns to mine.*” A 4-point Likert scale was used, ranging from 1 (*strongly disagree*) to 4 (*strongly agree*). After reverse-coding certain items, the Cronbach's Alpha was $\alpha = .89$, indicating good internal consistency. As for Factor Analysis, the results were: $\chi^2 / df = 3.28$, CFI = 0.58, TLI = 0.54, and RMSEA = 0.14 (90% CI = .13, .15), $p < .001$.

Social Comparison Scale (O'Brien et al., 2009)

The Social Comparison Scale, developed by O'Brien *et al.* (2009), investigates social comparison from two perspectives: upward social comparison and downward social comparison. It consists of two subscales: UPACS (Upward Appearance Comparison Scale) and DACS (Downward Appearance Comparison Scale). Both subscales use a 5-point Likert scale from 1 (*strongly disagree*) to 5 (*strongly agree*), assessing how frequently respondents compare themselves to others in upward or downward ways. UPACS contains 10 items, for example:

"I tend to compare my physical attractiveness with that of models in magazines or advertisements."

To obtain the Romanian version of the scale, all 18 items underwent a rigorous process of translation and adaptation. Starting from an initial translation, successive content analyses were carried out for each item until a final, clear form was reached. A back-translation procedure (Romanian–English) was then applied to verify whether the original meaning was preserved. The back-translated version was reviewed by a specialist (English-speaker), in order to confirm accuracy and semantic equivalence. The resulting version was piloted with a small group of Romanian adults ($n = 3$) to ensure that all items were easy to understand. Following this procedure, it was concluded that the Romanian version represented an appropriate equivalent of the original scale and it was subsequently used in the study with a larger sample.

The scale showed a Cronbach's Alpha of $\alpha = .96$, indicating strong internal consistency. DACS includes 8 items, such as: *"When I see someone who is not as physically attractive, I think about how my body compares to theirs."* The Cronbach's Alpha for this scale was $\alpha = .93$, also reflecting a high level of internal consistency. Factor analysis was performed for both subscales, and the model fit indices were: $\chi^2 / df = 2.53$, CFI = 0.89, TLI = 0.88, and RMSEA = 0.11 (90% CI = .10, .13), $p < .001$, indicating a good model fit.

2.4. PROCEDURE

To collect the data, a questionnaire was created using Google Forms, aimed at measuring the psychological dimensions related to the objective of the present study. Participants were informed that participation was voluntary. The questionnaire was distributed with the help of social media platforms such as Facebook, Instagram, and WhatsApp. It included the informed consent form, demographic data, and the five scales measuring the intensity of the previously mentioned constructs. The questionnaire could only be completed online and required signing in via an email account. Email addresses were requested solely to prevent multiple submissions and to allow respondents to request the deletion of their answers if desired. The addresses were not stored, processed, or used for participant identification beyond this limited purpose. The study was conducted in accordance with institutional and ethical research standards, ensuring participant confidentiality and data protection under the General Data Protection Regulation (GDPR). The estimated time for completing the form was between 15 and 20 minutes.

2.5. DATA ANALYSIS

In order to test the initial hypotheses of the study, the statistical software R (RStudio Team, 2020) and Jamovi (The Jamovi Project, 2023) were used. Descriptive statistics, including means and standard deviations, were calculated to

summarize the main variables. To identify potential associations between variables, Pearson's correlation coefficients were computed.

To test the hypotheses, linear regression analysis was conducted, examining the influence of social media use, social comparison, and perceived social support on body image perception. Moderation analyses were performed to investigate whether perceived social support, social comparison (both upward and downward), and gender moderated the relationships between social comparison use and body image concerns.

3. RESULTS

3.1. DESCRIPTIVE STATISTICS

According to the table inserted below, statistically significant correlations were observed between body image perception and perceived social support ($r = -.21$, $p < .05$), downward social comparison and social support ($r = -.28$, $p < .05$), upward social comparison ($r = 0.54$, $p < .01$) and downward comparison with body image perception ($r = 0.23$, $p < .05$), age and body image perception ($r = -.20$, $p < .05$), age and social media use ($r = -.21$, $p < .05$), gender and body image ($r = 0.32$, $p < .01$), gender and social media use ($r = 0.27$, $p < .05$), upward comparison and age ($r = -.52$, $p < .01$). It can be observed that participants' scores on perceived body image were at a moderate level, $M = 37.96$, $SD = 19.13$, while social media use was relatively high, $M = 47.32$, $SD = 11.52$. Perceived social support scores were above average and quite high, $M = 84.83$, $SD = 8.74$. However, this is not the case for upward comparison, where scores were relatively low, $M = 28.96$, $SD = 11.68$, or for downward social comparison, where scores were similarly low, $M = 16.89$, $SD = 7.27$.

Table no.1

Mean scores, standard deviations, correlations between variables

	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8
1. SUP	84.83	8.74	-							
2. BI	37.96	19.13	-.21*	-						
3. SM	47.32	11.52	.13	.17	-					
4. UC	28.96	11.68	-.017	.54**	.16	-				
5. DC	16.89	7.27	-.28*	.23*	.18	.44*	-			
6. RES	0.75	0.43	-.02	.11	.02	.10	.07	-		
7. AGE	27.49	10.66	.04	-.20*	-.21*	-.52**	-.16	.11	-	
8. Gender	0.98	0.48	.002	.32**	.27*	.35**	.13	.01	-.24*	-

Notes: **. $p < .01$, *. $p < .05$

SUP = Social support, BI = Body Image, SM = Social-Media, UC = Upward comparison, DC = Downward comparison, RES = Residence

3.2. RESULTS RELATED TO TESTED HYPOTHESES

H1. *Social media use, social support and social comparison have a statistically significant effect on body image perception.*

In order to test the first hypothesis, a linear regression analysis was conducted, with social support, social comparison, social media use, and demographic data (gender, age, and residence) as independent variables, and body image perception as the dependent variable, to determine whether a relationship exists between these variables.

Table no. 2

Linear Regression Analysis for Social Comparison, Social Media Use, and Demographic Data as Predictors of Body Image Perception

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Sig.
	Estimate	SE	β	t	
SUP	-.38*	.19	-.17	-2.01	<.05
SFUI	.004	.20	.002	.02	.98
EFUI	.87	.59	.15	1.47	.15
UC	.88***	.17	.54	5.07	<.001
DC	-.20	.24	-.08	-.84	.40
Gender	6.20	3.45	.16	1.80	.08
Age	.28	.18	.16	1.61	.11
Residence	1.85	3.53	.04	.52	.60

Notes: *** $p < .001$, * $p < .05$

SUP = Social Support, SFUI = Social Function Use Intensity, EFUI = Entertainment Function Use Intensity, UC = Upward Comparison, DC = Downward Comparison

The analysis revealed that upward social comparison had a statistically significant impact on body image perception (Estimate = 0.88, $t = 5.07$, $p < .001$), emerging as the strongest influencing factor in the model. The standardized coefficient ($\beta = 0.54$) indicates that higher levels of upward comparison are associated with an increase in distorted body image perception by 0.54 standard deviations. Perceived social support showed a negative standardized effect ($\beta = -0.17$, $t = -2.01$, $p < .05$), suggesting that individuals who report higher levels of social support tend to have a more positive perception of their body image. The remaining variables, including the two social media use factors, downward social comparison, and demographic characteristics did not exhibit statistically significant effects on body image perception.

Overall, the model explained 36% of the variance in the dependent variable ($R^2 = 0.36$), indicating a moderate level of explanatory power. Taking into account the results presented above, we can conclude that the first hypothesis is partially confirmed.

H2. Perceived social support significantly moderates the relationship between social media use and body image perception.

To test the second hypothesis, a moderation analysis was conducted, considering social support as the moderator variable, social media use as the independent variable, and body image perception as the dependent variable.

Results indicate that the interaction between social media use (SM) and perceived social support (SUP) was not statistically significant (Estimate = 0.02, SE = 0.02, 95% CI [-0.02, 0.07], $Z = 1.03$, $p = .31$). This suggests that social support does not moderate the relationship between social media use and body image perception. In other words, the influence of social media use on body image remains relatively stable, irrespective of the level of perceived social support.

The main effect of social media use on body image perception was also non-significant (Estimate = 0.29, SE = 0.16, 95% CI [-0.02, 0.61], $Z = 1.83$, $p = .07$), indicating no direct association between these variables. However, perceived social support demonstrated a significant negative main effect on body image perception (Estimate = -0.51, SE = 0.21, 95% CI [-0.93, -0.09], $Z = -2.39$, $p < .05$), suggesting that individuals with higher levels of perceived social support are less likely to experience concerns related to their body image.

A supplementary analysis was conducted to examine the specific contributions of the two subcomponents of the social media use scale: Social Function Use Intensity (SFUI) and Entertainment Function Use Intensity (EFUI). The results revealed no significant effects of either factor on body image perception in interaction with social support (Estimate = 0.04, SE = .03, $p = .10$ for SFUI; Estimate = -0.02, SE = .06, $p = .72$ for EFUI).

Taken together, these findings provide no empirical support for the proposed hypothesis.

H3. Social comparison significantly moderates the relationship between social media use and body image perception.

To test the third hypothesis, a series of moderation analyses were conducted to examine whether social comparison moderates the relationship between social media use and body image perception. Social comparison was conceptualized as consisting of two distinct dimensions: upward and downward social comparison. In total, six moderation models were tested, in which each dimension of social comparison served as a moderator for both specific factors of social media use (Social Function Use Intensity – SFUI and Entertainment Function Use Intensity – EFUI) as well as for the overall social media use score.

Table 3 presents the moderation estimates assessing whether upward (UC) and downward (DC) social comparison moderate the relationship between different facets of social media use (general use – SM, and the two derived factors - SFUI and EFUI) and body image perception. Specifically, the interaction between social media use and upward comparison ($SM \times UC$) was not significant (Estimate = -0.001,

SE = .01, 95% CI [-0.02, 0.02], $Z = -0.14$, $p = .89$). Similarly, the interaction between social media use and downward comparison ($SM \times DC$) also failed to reach statistical significance (Estimate = -0.04, SE = .02, 95% CI [-0.08, 0.001], $Z = -1.93$, $p = .06$). These results suggest that neither upward nor downward social comparison significantly moderates the association between social media use and body image perception.

Although the interaction between SFUI $\times$ DC was not statistically significant (Estimate = -0.05, SE = 0.02, $Z = -1.94$, $p = .05$) it indicates potential trend where individuals with higher tendencies for downward comparison might experience a weaker relationship between social function use intensity and body image concerns. However, all other interaction terms, including those involving upward comparison and EFUI, were not statistically significant. Therefore, the findings do not provide empirical support for H3.

Table no. 3

Moderation Estimates for Social Comparison in the Relationship Between Social Media Use and Body Image Perception

	95% CI					
	Estimate	ES	Lower	Upper	Z	p
SM * UC	-.001	.01	-.02	.02	-.14	.89
SFUI * UC	-.002	.01	-.03	.02	-.18	.86
EFUI * UC	.003	.04	-.07	.08	.07	.94
SM * DC	-.04	.02	-.08	.001	-1.93	.06
SFUI * DC	-.05	.02	-.09	.001	-1.94	.05
EFUI * DC	-.10	.07	-.25	.05	-1.28	.20

Notes: SM*UC – Interaction between Social Media Use and Upward Comparison, SFUI*UC – Interaction between Social Function Use Intensity (1st factor of SM use) and Upward Comparison, EFUI*UC – Interaction between Entertainment Function Use Intensity (2nd factor of SM use) and Upward Comparison, SM*DC – Interaction between Social Media Use and Downward Comparison, SFUI*DC – Interaction between Social Function Use Intensity and Downward Comparison, EFUI*DC – Interaction between Entertainment Function Use Intensity and Upward Comparison

H4: *Gender moderates the relationship between social comparison and body image.*

To examine the fourth hypothesis, which proposed that gender moderates the relationship between social comparison and body image perception, a moderation analysis was conducted. In this analysis, biological gender was included as the moderating variable, with social comparison (both upward and downward) as the independent variables, and body image perception as the dependent variable.

The interaction between upward social comparison and gender ($UC \times Gender$) emerged as statistically significant (Estimate = 0.66, SE = 0.31, 95% CI [0.04, 0.82], $Z = 1.27$, $p < .05$), suggesting that the strength of the association between upward comparison and body image perception differs by gender. This result

provides evidence of gender-based variation in how individuals respond to upward comparisons. Conversely, the interaction between downward social comparison and gender did not reach statistical significance (Estimate = 0.12, SE = 0.50, 95% CI [-.86, 1.11], $Z = .24$, $p = .81$).

To explore this interaction further, a simple slopes analysis was performed. The results of the simple slopes analysis revealed that for females, higher levels of upward social comparison were significantly associated with increased body image concerns (Estimate = 0.97, SE = 0.16, $t = 6.21$, $p < .001$). In contrast, among males, this relationship was not statistically significant (Estimate = 0.32, SE = 0.27, $t = 1.19$, $p = .24$). These findings indicate that upward social comparison acts as a significant predictor of body image perception only in females, while its impact appears minimal for males.

Figure no. 2 visually illustrates this moderating effect, showing a steeper slope for females compared to males, confirming that upward comparison has a stronger influence on body image perception among women. Thus, the hypothesis is partially supported, as gender significantly moderated the effect of upward (but not necessarily downward) comparison on body image perception.

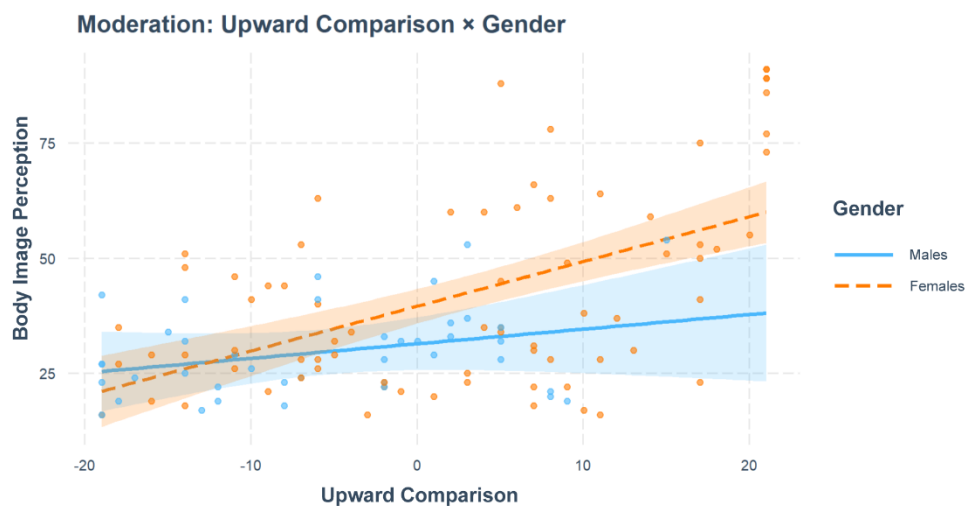


Figure no. 2 – The moderating effect of gender in the relationship between upward social comparison and body image

4. DISCUSSIONS AND CONCLUSIONS

Throughout the rapid evolution of technology and the numerous methods of exposure designed to help us stay connected with others, society has reached a point where it can no longer deny the negative repercussions on users. The present

study aimed to investigate the association between social media consumption and body image perception among a sample of Romanian adults (both women and men) while exploring the potential impact of social comparison and perceived social support. Based on the results obtained through statistical procedures appropriate for the variables studied, we can draw a few clear conclusions.

According to the results from the first hypothesis, only 36% of the model explains the variance in body image, so the hypothesis is only partially confirmed. A particularly noteworthy result concerns upward social comparison. Individuals who frequently compare themselves to those perceived as more attractive tend to exhibit more distorted views of their own body image, an outcome that aligns with the study's initial expectations. On the other hand, individuals who report higher levels of perceived social support tend to show a reduced tendency toward negative body image evaluations, such as feelings of disgust when looking in the mirror. This highlights the buffering effect of a supportive social environment. Previous research has consistently demonstrated the significant influence of social comparison on body image perception (Bonfanti *et al.*, 2024; Y. Li *et al.*, 2025; Lewallen & Behm-Morawitz, 2016). Interestingly, downward social comparison (comparing oneself to individuals perceived as less attractive) did not show a meaningful impact on body image in this study.

The second hypothesis investigates a possible effect of social support in the relationship between the use of social media platforms and the perception of body image. To the best of our knowledge, the variable of social support is newly investigated, with no prior studies in the literature specifically aiming to explore it as a moderating factor in this context. The premise was that social support could serve as a protective factor against people's vulnerability to distorted body perception due to models and lifestyles promoted on social media. Although the results did not support a statistically significant interaction between social media use and social support in predicting body image, the main effect of social support remained significant in the model. This suggests that, independent of social media use, higher perceived social support is associated with lower body image concerns. These findings align with prior research indicating that social support plays a very important role in mitigating body dissatisfaction, particularly among older adults (López-Montón, Aonso-Diego, & Estévez, 2025). Similarly, Olenik-Shemesh and Heiman (2016) found that low levels of social support were linked to more negative body image evaluations, reinforcing the protective value of supportive interpersonal environments.

The third hypothesis examined the moderating role of two distinct forms of social comparison (upward and downward) in the relationship between social media use and body image perception. Although the results of the current study did not yield statistically significant interaction effects, the observed trends suggest a meaningful potential that may reach significance with a larger sample or more

sensitive measures. Prior research consistently supports the relevance of social comparison type in shaping body image outcomes in the context of social media use. For instance, Bailey and Ricciardelli (2009) found that engaging in more upward comparisons and fewer downward comparisons was associated with increased body dissatisfaction and disordered eating behaviors. Similarly, Diel *et al.* (2024) reported that a focus on upward comparisons was linked to heightened self-improvement motivation but also more negative emotions. In contrast, downward comparison focus was associated with reduced motivation, but more positive emotional states. These findings highlight the complex psychological dynamics of social comparison processes in digital environments.

Finally, the influence of gender on the two types of social comparison and on body image perception was investigated, concluding that in the case of upward comparison, there is an influence based on biological sex. Thus, depending on gender, upward social comparison tendencies were associated with more negative perceptions of one's own body. These results are confirmed by the literature (Myers & Crowther, 2009; Sohn, 2009; Gonzales & Blashill, 2020; Pop *et al.*, 2021). Other studies have identified gender as an important factor in shaping body image concerns more broadly (Jones, 2001; Guimond *et al.*, 2007; Guimond & Chatard, 2014), highlighting the need for further research into the nuanced role of gender across different comparison processes. Regarding downward comparison, there are no significant differences between genders. Considering the conceptual meaning of downward comparison, we can conclude that people who engage in it are not influenced either negatively or positively in terms of their perception of their physical characteristics. According to the literature, there are far fewer studies in this area, so the results analyzed could not be optimally compared. Only a few studies mention that there is no clear effect of downward comparison with respect to the two genders (Myers & Crowther, 2009; Nicksic & DuCharme, 2004).

Even though the study's hypotheses were not fully confirmed, several other relevant findings emerged. Furthermore, this study is among the few that included perceived social support in an analytical model, even though it proved to be statistically insignificant. While its moderating effect on the relationship between social media use and body image was not statistically significant, higher levels of perceived social support were associated with lower levels of negative body image, suggesting a potential protective trend that warrants further investigation.

In conclusion, research into the effects that current technologies may have on people is of significant relevance today and should be reviewed and reexamined periodically, as their effects and impacts can vary greatly from year to year and from one population to another. It is important to stay connected not only to the latest technologies but also to ourselves, so that studies on well-being and mental health can closely observe how the transition from the real to the virtual world can either positively or negatively affect people's ability to adapt to their environment.

4.1. PRACTICAL IMPLICATIONS OF THE STUDY

Based on the findings, this study can be useful in raising awareness about the impact of social media on body image, particularly within a Romanian sample covering a wide range of ages. Starting from this study, as well as from existing literature, we can assert that social media increases people's susceptibility to social comparison and makes them more likely to question their own body image. Given the rising popularity of social media use from a young age (Çimke & Gürkan, 2023; Rousseau & Rodgers, 2024), we propose the implementation of workshops or dedicated educational sessions in schools, starting as early as primary education, to explain the negative effects of consuming content that promotes unrealistic ideals and the emotional impact of such content, especially in terms of visual media.

Additionally, it is essential to raise awareness about eating disorders and their effects on health, as well as on psychological, emotional, and physical development. Through such educational initiatives, young people can also learn how to seek help and support, and how to assist others in similar situations.

The current study can serve as a strong foundation for future research focused on more specific age groups, in order to identify at-risk categories (e.g., adolescents, young adults, elderly individuals, postpartum women), since this study only included individuals aged 18 and over. According to our findings, women appear to be particularly vulnerable to social comparison through online platforms. Thus, considering that the sample focused on adults of various ages, we suggest launching awareness campaigns both online and on television about how to curate content that promotes well-being and self-acceptance of one's physical characteristics. Continued research in Romania is also recommended to identify vulnerable population groups.

4.2. LIMITATIONS AND FUTURE DIRECTIONS

This study presents several limitations that should be acknowledged when interpreting the results. The relatively small sample size ($N = 114$), which was predominantly young and female (ages 19–22), limits the generalizability of the findings. The underrepresentation of men and older adults restricts the ability to draw broader conclusions about gender and age-related differences in body image perception and social media use.

Also, although gender was examined as a moderating variable, the limited number of male participants reduced the statistical power to detect potential effects or interactions involving gender, particularly in the context of downward comparison, where effects may be more subtle or context-dependent. Additionally, the literature contains very few studies investigating how men are affected or not by social media in relation to body image (Agliata & Tantleff-Dunn, 2004; Kleemans *et al.*, 2016; Lonergan *et al.*, 2021), which made the theoretical conceptualization and statistical comparison of the results more difficult.

Moreover, while the study aimed to investigate both upward and downward social comparison, existing literature on downward comparison in relation to social media and body image is sparse. This lack of empirical precedent made it more difficult to contextualize and interpret findings, as well as to develop a robust theoretical foundation for the expected effects. This study is also one of the few that explicitly investigates the impact of downward comparison, which made the analysis and interpretation of results more challenging.

Based on the statistical analyses conducted, we can state that perceived social support is not relevant in the relationship between social media use and body image perception. However, it may be worth considering in research focused on eating disorders or in studies investigating individuals who lack social support and are more prone to spending time on social media. At the same time, although the role of perceived social support was examined, the study did not differentiate between types or sources of support (for example, familial, peer-based, or online), which may have different implications for body image outcomes. Furthermore, the cross-sectional design prevents any conclusions about causality between the variables. Future studies must consider longitudinal research designs to better understand the temporal relationships and potential causal pathways between social media use, social comparison, social support, and body image perception. Additionally, incorporating qualitative methods or mixed-methods approaches could provide more nuanced insights into how individuals interpret and internalize social media content, as well as how different forms of support buffer against its psychological impact.

Lastly, cultural factors were not explicitly considered or controlled for in the design, yet they may play an important role in shaping body image standards, the interpretation of upward comparisons, and the perceived impact of social media content. The near-significant effect observed in this study was unexpected and contradicts existing literature, potentially indicating important cultural differences. For example, studies by Andrason (2016), Fox & Vendemia (2016), and Tiggemann & Polivy (2010) suggest that people tend to perceive their bodies more negatively when exposed to content that leads to upward comparison, contrary to the findings of the current study, which showed the opposite. This finding warrants further exploration in cross-cultural studies with more diverse and larger samples.

Primit în redacție la: 16.07.2023

REFERENCES

1. AGLIATA, D., & TANTLEFF-DUNN, S., *The impact of media exposure on males' body image*, Journal of Social and Clinical Psychology, **23**, 1, 2004, p. 7–22. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.1.7.26988>
2. ANDRASON, M., *Does upward or downward social comparison reflect on athlete's self-esteem or body image?*, 2016. <https://hdl.handle.net/1946/25675>

3. ANDSAGER, J. L., *Research directions in social media and body image*, Sex Roles, **71**, 11–12, 2014, p. 407–413. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0430-4>
4. ASTLEITNER, H., BAINS, A., & HÖRMANN, S., *The effects of personality and social media experiences on mental health: Examining the mediating role of fear of missing out, ghosting, and vaguebooking*, Computers in Human Behavior, **138**, 2022, 107436. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107436>
5. AUXIER, B., & ANDERSON, M., *Social media use in 2021*, Pew Research Center, 2021. https://www.pewresearch.org/internet/wp-content/uploads/sites/9/2021/04/PI_2021.04.07_Social-Media-Use_FINAL.pdf
6. BAILEY, S. D., & RICCIARDELLI, L. A., *Social comparisons, appearance related comments, contingent self-esteem and their relationships with body dissatisfaction and eating disturbance among women*, Eating Behaviors, **11**, 2, 2009, p. 107–112. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.12.001>
7. BERRYMAN, C., FERGUSON, C. J., & NEGY, C., *Social media use and mental health among young adults*, Psychiatric Quarterly, **89**, 2, 2017, p. 307–314. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9535-6>
8. BESSENOFF, G. R., *Can the media affect us? Social comparison, self-discrepancy, and the thin ideal*, Psychology of Women Quarterly, **30**, 3, 2006, p. 239–251. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2006.00292.x>
9. BONFANTI, R. C., MELCHIORI, F., TETI, A., ALBANO, G., RAFFARD, S., RODGERS, R., & LO COCO, G., *The association between social comparison in social media, body image concerns and eating disorder symptoms: A systematic review and meta-analysis*, Body Image, **52**, 2024, 101841. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101841>
10. BORZEKOWSKI, D. L. G., SCHENK, S., WILSON, J. L., & PEEBLES, R., *E-Ana and e-Mia: A content analysis of Pro-Eating Disorder web sites*, American Journal of Public Health, **100**, 8, 2010, p. 1526–1534. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.172700>
11. BROWN, D. J., FERRIS, D. L., HELLER, D., & KEEPING, L. M., *Antecedents and consequences of the frequency of upward and downward social comparisons at work*, Organizational Behavior and Human Decision Processes, **102**, 1, 2006, p. 59–75. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2006.10.003>
12. CHUGH, R., GROSE, R., & MACHT, S. A., *Social media usage by higher education academics: A scoping review of the literature*, Education and Information Technologies, **26**, 1, 2020, p. 983–999. <https://doi.org/10.1007/s10639-020-10288-z>
13. ÇİMKE, S., & GÜRKAN, D. Y., *Factors affecting body image perception, social media addiction, and social media consciousness regarding physical appearance in adolescents*, Journal of Pediatric Nursing, **73**, 2023, p. e197–e203. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.09.010>
14. DIEL, K., HOFMANN, W., GRELLE, S., BOECKER, L., & FRIESE, M., *Prepare to compare: Effects of an intervention involving upward and downward social comparisons on goal pursuit in daily life*, Personality and Social Psychology Bulletin, 2024. <https://doi.org/10.1177/01461672231219378>
15. DUMITRU, F., *Dependența de social media și izolarea socială a elevilor*, Revista de Pedagogie Digitală, **3**, 1, 2024, p. 10–14. <https://doi.org/10.61071/RPD.2487>
16. EVANS, C., & DOLAN, B., *Body Shape Questionnaire: derivation of shortened “alternate forms”*, International Journal of Eating Disorders, **13**, 3, 1993, p. 315–321. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199304\)13:3<315::AID-EAT2260130310>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199304)13:3<315::AID-EAT2260130310>3.0.CO;2-3)
17. EICHHORN, K. C., *Soliciting and providing social support over the internet: An investigation of online eating disorder support groups*, Journal of Computer-Mediated Communication, **14**, 1, 2008, p. 67–78. <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2008.01431.x>

18. FARDOULY, J., & VARTANIAN, L. R., *Social media and body image concerns: Current research and future directions*, *Current Opinion in Psychology*, **9**, 2015, p. 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.09.005>
19. FESTINGER, L., *A theory of social comparison processes*, *Human Relations*, **7**, 2, 1954, p. 117–140. <https://doi.org/10.1177/00187267540070020>
20. FLYNN, M. A., & STANA, A., *Social support in a men's online eating disorder forum*, *International Journal of Men's Health*, **11**, 2012, p. 150–169. DOI: 10.3149/jmh.1102.150
21. FOX, J., & VENDEMIA, M. A., *Selective self-presentation and social comparison through photographs on social networking sites*, *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, **19**, 10, 2016, p. 593–600. <https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0248>
22. GILES, D., *Constructing identities in cyberspace: The case of eating disorders*, *British Journal of Social Psychology*, **45**, 3, 2006, p. 463–477. <https://doi.org/10.1348/014466605X53596>
23. GONZALES, M., & BLASHILL, A. J., *Ethnic/racial and gender differences in body image disorders among a diverse sample of sexual minority U.S. adults*, *Body Image*, **36**, 2020, p. 64–73. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.10.007>
24. GUIMOND, S., BRANSCOMBE, N. R., BRUNOT, S., BUUNK, A. P., CHATARD, A., DÉSSERT, M., GARCIA, D. M., HAQUE, S., MARTINOT, D., & YZERBYT, V., *Culture, gender, and the self: Variations and impact of social comparison processes*, *Journal of Personality and Social Psychology*, **92**, 6, 2007, p. 1118–1134. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.6.1118>
25. GUIMOND, S., & CHATARD, A., *Basic principles of social comparison: Does gender matter?* In Z. Križan & F. X. Gibbons (Eds.), *Communal functions of social comparison*, p. 205–229, Cambridge University Press, 2014.
26. HARRIGER, J. A., THOMPSON, J. K., & TIGGEMANN, M., *TikTok, TikTok, the time is now: Future directions in social media and body image*, *Body Image*, **44**, 2023, p. 222–226. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.01.005>
27. HOLLAND, G., & TIGGEMANN, M., *A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes*, *Body Image*, **17**, 2016, p. 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
28. HOUSTON, J. B., HAWTHORNE, J., PERREAULT, M. F., PARK, E. H., HODE, M. G., HALLIWELL, M. R., MCGOWEN, S. E. T., DAVIS, R., VAID, S., MCELDERRY, J. A., & GRIFFITH, S. A., *Social media and disasters: A functional framework for social media use in disaster planning, response, and research*, *Disasters*, **39**, 1, 2014, p. 1–22. <https://doi.org/10.1111/disa.12092>
29. HSU, H., JUAN, C., CHEN, J., & HSIEH, H., *Mediator roles of social support and hope in the relationship between body image distress and resilience in breast cancer patients undergoing treatment: A modeling analysis*, *Frontiers in Psychology*, **12**, 2021. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.695682>
30. JONES, D. C., *Social comparison and body image: Attractiveness comparisons to models and peers among adolescent girls and boys*, *Sex Roles*, **45**, 2001, p. 645–664. <https://doi.org/10.1023/A:1014815725852>
31. KLEEMANS, M., DAALMANS, S., CARBAAT, I., & ANSCHÜTZ, D., *Picture perfect: The direct effect of manipulated Instagram photos on body image in adolescent girls*, *Media Psychology*, **21**, 1, 2016, p. 93–110. <https://doi.org/10.1080/15213269.2016.1257392>
32. KRAYER, A., INGLEDEW, D. K., & IPHOFEN, R., *Social comparison and body image in adolescence: A grounded theory approach*, *Health Education Research*, **23**, 5, 2007, p. 892–903. <https://doi.org/10.1093/her/cym076>
33. LEWALLEN, J., & BEHM-MORAWITZ, E., *Pinterest or Thinterest?: Social comparison and body image on social media*, *Social Media + Society*, **2**, 1, 2016. <https://doi.org/10.1177/2056305116640559>

34. LI, J., LAU, J. T. F., MO, P. K. H., SU, X., WU, A. M. S., TANG, J., & QIN, Z., *Validation of the Social Networking Activity Intensity Scale among junior middle school students in China*, PLoS ONE, **11**, 10, 2016, e0165695. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165695>
35. LI, Y., CHEN, H., ZOU, Y., GUO, Y., GAO, L., & XU, X., *Online selfie behavior and consideration of cosmetic surgery in teenage girls: The mediating roles of appearance comparisons and body dissatisfaction*, PLoS ONE, **20**, 2, 2025, e0318245. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0318245>
36. LONERGAN, A., *Reel life: Concurrent and prospective relationships between selfie behaviours, body image, and disordered eating* (Doctoral dissertation, Macquarie University), 2021.
37. LÓPEZ-MONTÓN, M., AONSO-DIEGO, G., & ESTÉVEZ, A., *Body dissatisfaction in older adults: The role of social media, emotion regulation, social support, emotional distress, and coping strategies*, Personality and Individual Differences, **245**, 2025, 113282. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2025.113282>
38. LOWE-CALVERLEY, E., & GRIEVE, R., *Thumbs up: A thematic analysis of image-based posting and liking behaviour on social media*, Telematics and Informatics, **35**, 7, 2018, p. 1900–1913. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2018.06.003>
39. MIKAL, J. P., *Where form meets function: The impact of social media platform characteristics on access to online social support*, Universal Access in the Information Society, **21**, 4, 2021, p. 1023–1026. <https://doi.org/10.1007/s10209-021-00810-6>
40. MYERS, T. A., & CROWTHER, J. H., *Social comparison as a predictor of body dissatisfaction: A meta-analytic review*, Journal of Abnormal Psychology, **118**, 4, 2009, p. 683–698. <https://doi.org/10.1037/a0016763>
41. NICKSIC, T., & DUCHARME, A., *Gender differences in the relationship of downward social comparison to self-esteem*, Journal of Undergraduate Research, **7**, 2004, p. 45–51. https://www.uwlax.edu/globalassets/offices-services/urc/jur-online/pdf/2004/nicksic_ducharme.pdf
42. O'BRIEN, K. S., CAPUTI, P., MINTO, R., PEOPLES, G., HOOPER, C., KELL, S., & SAWLEY, E., *Upward and downward physical appearance comparisons: Development of scales and examination of predictive qualities*, Body Image, **6**, 3, 2009, p. 201–206. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.03.003>
43. OLENIK-SHEMESH, D., & HEIMAN, T., *Cyberbullying victimization in adolescents as related to body esteem, social support, and social self-efficacy*, The Journal of Genetic Psychology, **178**, 1, 2016, p. 28–43. <https://doi.org/10.1080/00221325.2016.1195331>
44. OSTIC, D., QALATI, S. A., BARBOSA, B., SHAH, S. M. M., VELA, E. G., HERZALLAH, A. M., & LIU, F., *Effects of social media use on psychological well-being: A mediated model*, Frontiers in Psychology, **12**, 2021. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.678766>
45. PINKASAVAGE, E., ARIGO, D., & SCHUMACHER, L. M., *Social comparison, negative body image, and disordered eating behavior: The moderating role of coping style*, Eating Behaviors, **16**, 2014, p. 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.10.014>
46. PÂNIȘOARĂ, G. (Ed.), *Psihologia învățării: cum învață copiii și adulții*, Polirom, 2019.
47. PERLOFF, R. M., *Social media effects on young women's body image concerns: Theoretical perspectives and an agenda for research*, Sex Roles, **71**, 11–12, 2014, p. 363–377. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0384-6>
48. POP, L. M., IORGA, M., & IURCOV, R., *Body-esteem, self-esteem and loneliness among social media young users*, International Journal of Environmental Research and Public Health, **19**, 9, 2022, 5064. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095064>
49. QUINN, K., *Cognitive effects of social media use: A case of older adults*, Social Media + Society, **4**, 3, 2018. <https://doi.org/10.1177/2056305118787203>

50. TIGGEMANN, M., & POLIVY, J., *Upward and downward: Social comparison processing of thin idealized media images*, *Psychology of Women Quarterly*, **34**, 3, 2010, p. 356–364. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2010.01581.x>
51. RODGERS, R. F., & MELIOLI, T., *The relationship between body image concerns, eating disorders and internet use, Part I: A review of empirical support*, *Adolescent Research Review*, **1**, 2, 2015, p. 95–119. <https://doi.org/10.1007/s40894-015-0016-6>
52. ROUSSEAU, A., & RODGERS, R. F., *Social media incidental appearance exposure and young people's body image: A conceptual review*, *Body Image*, **52**, 2024, 101838. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101838>
53. RSTUDIO TEAM, *RStudio: Integrated development for R*, RStudio, PBC, 2020. <http://www.rstudio.com>
54. RUSSELL, D., & CUTRONA, C. E., *The social provisions scale: A multidimensional measure of perceived social support*, Unpublished manuscript, 1987.
55. SAIPHOO, A. N., & VAHEDI, Z., *A meta-analytic review of the relationship between social media use and body image disturbance*, *Computers in Human Behavior*, **101**, 2019, p. 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.07.028>
56. SCHAEFER, L. M., & THOMPSON, J. K., *The development and validation of the Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R)*, *Eating Behaviors*, **15**, 2, 2014, p. 209–217. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.001>
57. SEEKIS, V., BRADLEY, G. L., & DUFFY, A. L., *Appearance-related social networking sites and body image in young women: Testing an objectification-social comparison model*, *Psychology of Popular Media*, **9**, 3, 2020, p. 329–339. <https://doi.org/10.1177/036168432092082>
58. SHROFF, H., & THOMPSON, J. K., *The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls*, *Body Image*, **3**, 1, 2006, p. 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.10.004>
59. SLATER, A., & TIGGEMANN, M., *A test of Objectification Theory in adolescent girls*, *Sex Roles*, **46**, 2002, p. 343–349. <https://doi.org/10.1023/a:1020232714705>
60. SOHN, S. H., *Body image: Impacts of media channels on men's and women's social comparison process, and testing of involvement measurement*, *Atlantic Journal of Communication*, **17**, 1, 2009, p. 19–35. <https://doi.org/10.1080/15456870802505670>
61. SULS, J., MARTIN, R., & WHEELER, L., *Social comparison: Why, with whom, and with what effect?*, *Current Directions in Psychological Science*, **11**, 5, 2002, p. 159–163. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00191>
62. TWENGE, J. M., & CAMPBELL, W. K., *Media use is linked to lower psychological well-being: Evidence from three datasets*, *Psychiatric Quarterly*, **90**, 2, 2019, p. 311–331. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09630-7>
63. THOMPSON, J. K., COOVERT, M. D., & STORMER, S., *Body image, social comparison and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation*, *International Journal of Eating Disorders*, **26**, 1, 1999, p. 43–53. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199907\)26:1%3C43::AID-EAT6%3E3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199907)26:1%3C43::AID-EAT6%3E3.0.CO;2-R)
64. VAN DEN BERG, P., THOMPSON, J., OBREMSKI-BRANDON, K., & COOVERT, M., *The tripartite influence model of body image and eating disturbance*, *Journal of Psychosomatic Research*, **53**, 5, 2002, p. 1007–1020. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00499-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00499-3)
65. VERDUYN, P., GUGUSHVILI, N., MASSAR, K., TÄHT, K., & KROSS, E., *Social comparison on social networking sites*, *Current Opinion in Psychology*, **36**, 2020, p. 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.04.002>
66. VOGEL, E. A., ROSE, J. P., OKDIE, B. M., ECKLES, K., & FRANZ, B., *Who compares and despairs? The effect of social comparison orientation on social media use and its*

- outcomes, *Personality and Individual Differences*, **86**, 2015, p. 249–256.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.06.026>
67. WHITE, M., *Receiving social support online: Implications for health education*, *Health Education Research*, **16**, 6, 2001, p. 693–707. <https://doi.org/10.1093/her/16.6.693>
68. WILSON, J. L., PEEBLES, R., HARDY, K. K., & LITT, I. F., *Surfing for thinness: A pilot study of pro-eating disorder web site usage in adolescents with eating disorders*, *Pediatrics*, **118**, 6, 2006, p. e1635–e1643.
<https://doi.org/10.1542/peds.2006-1133>
69. YANG, C., *Instagram use, loneliness, and social comparison orientation: Interact and browse on social media, but don't compare*, *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, **19**, 12, 2016, p. 703–708.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0201>

REZUMAT

Pe măsură ce tehnologia continuă să avanseze, platformele de socializare au fost integrate în viața de zi cu zi. Utilizatorii se bazează tot mai mult pe aceste platforme nu doar pentru comunicare, ci și pentru a-și împărtăși experiențele personale. Deși un astfel de comportament poate promova conexiunea socială, acesta a fost asociat și cu provocări în sfera psihologică, în special în ceea ce privește imaginea corporală. Acest studiu examinează relația dintre utilizarea rețelelor sociale și percepția asupra imaginii corporale, cu un accent pe sprijinul social perceput, frecvența și direcția comparației sociale, precum și pe rolul moderator al genului. Eșantionul a fost format din 114 participanți români, cu vârsta cuprinsă între 19 și 58 de ani ($M = 27.49$, $SD = 10.66$). Rezultatele au indicat o asociere pozitivă semnificativă între comparația socială ascendentă și preocupările legate de imaginea corporală (Estimare = .88, $p < .001$), precum și o asociere negativă semnificativă între suportul social perceput și preocupările legate de imaginea corporală (Estimare = $-.38$, $p < .05$). Genul a moderat semnificativ relația dintre comparația socială ascendentă și imaginea corporală (Estimare = .66, $p < .05$), asocierea fiind mai puternică și semnificativă statistic în rândul femeilor, dar nu și în rândul bărbaților. Aceste rezultate evidențiază impactul psihologic al utilizării rețelelor de socializare și subliniază importanța diferențelor de gen în înțelegerea vulnerabilității legate de nemulțumirea față de propria imagine corporală, în contextul comparațiilor sociale.

EFFECTS OF MUSIC THERAPY ON TEENAGERS' ANXIETY

ERIKA HARANGI, SEBASTIAN VAIDA*, SIMION ECHIM

Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea Babeș-Bolyai

Abstract

One of the most common mental health disorders among adolescents is anxiety, which is found in 10% to 20% of adolescents worldwide. Because these disorders have a significant impact on the academic, social, and emotional functioning of adolescents, it is essential to find effective, accessible, and acceptable solutions that can be applied on a large scale and cost-effectively. Although cognitive behavioral therapy is a popular approach to treating anxiety, young people may find it stigmatizing or inaccessible. Music therapy, a therapeutic intervention using music, stands out in this context because it is non-invasive, expressive, and engaging for adolescents. Music therapy provides opportunities for emotional self-regulation and symbolic expression, either through listening (receptive) or through creative activities (active). The purpose of this systematic review was to determine the extent to which music therapy helps adolescents feel less anxious. We analyzed studies published between 2015 and 2025. "Music therapy," "anxiety," and adolescent/teenager were the key words used to select articles. The objectives of this review were to (1) summarize the results of music therapy; (2) identify the characteristics of effective interventions; and (3) analyze the methodological limitations of existing research. The studies analyzed demonstrated that music therapy has a positive effect on reducing general anxiety as well as school anxiety, along with an increase in self-esteem and self-control, indicating that music therapy, whether active (e.g. improvisation, singing) or receptive (e.g. guided listening), is effective, with maximum benefits in groups or combined with other therapies.

Cuvinte-cheie: terapie muzicală, adolescenți, anxietate, analiză sistematică, psihologie.

Keywords: music therapy, adolescents, anxiety, systematic review, psychology.

1. INTRODUCTION

Especially among vulnerable groups such as children and adolescents, interest in complementary and alternative therapies has increased in recent decades. Music therapy is one of these approaches, which has been recognized for its ability to support the physical, emotional and cognitive development of children in an accessible and non-invasive way. Music is used in this therapeutic intervention to support psychosocial and clinical goals, either through listening or active production. Childhood and adolescence are important stages of a person's development, in which rapid transformations occur at a biological, psychological and social level. Emotional

* Sebastian Vaida, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, România, E-mail: sebastianvaida@psychology.ro

repression, anxiety, behavioral disorders or problems with social integration frequently appear during these phases. Traditionally, traditional medical and psychotherapeutic means have been used to address these problems. However, in recent years, music therapy has become an additional therapeutic tool, especially due to the fact that it is fun and easy to understand for the young mind.

Music therapy can reduce stress, anxiety, and depression, as well as attention, communication, and social behavior (Shi, Lin & Xie, 2016). Music therapy has also been shown to be helpful for children with disabilities, autism spectrum disorders, or chronic illnesses. However, results are often incomplete and study methodologies differ significantly, making it difficult to generalize conclusions. With these premises in mind, the purpose of this systematic review is to analyze and synthesize the current research on how music therapy affects adolescent anxiety. The purpose of this research is to provide a structured analysis of the advantages, disadvantages, and future perspectives of using music therapy as a therapeutic intervention for anxiety in the 10-19 year old population.

2. MUSIC THERAPY

Music therapy is a form of therapeutic intervention that uses music intentionally to support emotional, social, and cognitive development. Applied by trained specialists, music therapy takes place in a safe and structured setting, with clear objectives, and can take various forms – from creative activities (singing, improvisation, composition) to listening to music in a guided, receptive way. According to the American Music Therapy Association (AMTA, 2015), this practice is based on scientific evidence and takes place in the context of a therapeutic relationship.

Studies from recent years show that music therapy activates parts of the brain involved in emotion processing, behavior regulation, and reward mechanisms (Koelsch, 2010; Chanda & Levitin, 2013). This explains why, beyond simple relaxation, music can have real effects on anxiety or stress. Applied research has also highlighted clear benefits: reducing anxiety and pain in medical contexts (Klassen *et al.*, 2008), improving social behaviors in children with autism spectrum disorders (Geretsegger *et al.*, 2014), or supporting attention and self-regulation in children with ADHD (Rickson & Watkins, 2003).

3. ANXIETY IN TEENAGERS

Anxiety is one of the most common mental health disorders in adolescents, affecting school performance, social relationships and quality of life. In Romania, 19.23% of psychiatric diagnoses in adolescents are anxiety disorders (UNICEF, 2022), highlighting the need for effective interventions. Music therapy, due to its attractive and non-invasive nature, offers a complementary approach, using active (e.g. improvisation, singing) and receptive (e.g. guided listening) methods.

Adolescence is a period of transition marked by physical, emotional and social changes, which can increase vulnerability to anxiety. Factors such as academic pressure, family expectations, peer influence and exposure to social networks contribute to increased levels of stress and anxiety. Anxiety disorders, such as generalized anxiety, social anxiety, or test anxiety, can have a profound impact on academic performance, interpersonal relationships, and overall well-being, making it necessary to identify effective interventions.

Anxiety is a natural emotional reaction, characterized by tension, worry, and anticipation of danger or failure. It becomes problematic when it is severe, persistent, and disrupts daily routines. In childhood and adolescence, anxiety can occur as a normal part of development (such as fear of separation, failure, or social evaluation), but in some cases it can develop into clinical anxiety disorders, which significantly impair social, academic, and family adjustment. According to studies, anxiety disorders are the most common mental disorders in children and adolescents, accounting for between 6% and 20% of the population (Costello, Egger & Angold, 2005). Polanczyk *et al.*, 2015 Generalized anxiety, social anxiety, specific phobias, and panic disorder are some of these conditions, which are often accompanied by somatic symptoms such as headaches, insomnia, or motor agitation (Beesdo, Knappe & Pine, 2009).

Children with anxiety tend to exhibit hypervigilance, avoidance, catastrophic thinking, and emotional regulation problems. Adolescents with anxiety may also exhibit social withdrawal, poor academic performance, and an increased risk of depression or substance use (Essau *et al.*, 2014). In addition, anxiety may be a source of vulnerability for aggressive behaviors or parental violence. Anxiety is considered a way to react to intense conflicts in their family (Ibabe & Jaureguizar, 2011). In these circumstances, prompt identification and intervention are essential to prevent symptoms from worsening and to support the mental health of children and adolescents.

4. EFFECTS OF MUSIC THERAPY ON ANXIETY IN TEENAGERS

Mental health is an essential part of human development in childhood and adolescence. It has a lasting impact on individual well-being, academic performance, social integration and health in adulthood. The World Health Organization (WHO, 2021) defines mental health as a state of well-being in which a person can realize their own potential, cope with the stresses of daily life, work effectively and contribute to their community. This definition, when applied to children and adolescents, implies not only the absence of mental disorders, but also the harmonious development of emotional, cognitive and social functions in a safe environment.

Based on epidemiological data, it is estimated that between 10 and 20 percent of children and adolescents worldwide suffer from a mental disorder, and a large proportion of patients have not yet been diagnosed and have not found a solution to

their problems (WHO, 2021). Anxiety, depression, ADHD, conduct disorders and autism spectrum disorders are the most frequently diagnosed conditions (Polanczyk *et al.*, 2015). Numerous risk factors can contribute to the occurrence of these problems, such as childhood trauma, family instability, academic pressure or social isolation. Furthermore, mental disorders that are not treated in childhood can persist in adolescence and adulthood, increasing the risk of substance use, social exclusion, school dropout and suicide (Kieling *et al.*, 2011).

In this context, complementary therapeutic approaches, such as music therapy, are becoming increasingly relevant in contemporary psychological and psychoeducational practice. Music therapy is an intervention based on the systematic and intentional use of music to support individualized therapeutic goals, in a safe, structured, and relational setting. Music, by its universal and non-verbal nature, represents a means of accessing the deep emotional sphere, allowing for the indirect expression of feelings, the exploration of inner conflicts, and the strengthening of emotional self-regulation. In addition, musical interventions offer valuable opportunities for social interaction, teamwork, and mutual support, all of which are key elements for the healthy development of children and adolescents.

From a neuroscientific perspective, studies show that music activates brain networks involved in emotion processing (amygdala, hippocampus), behavioral regulation (prefrontal cortex), and pleasure and motivation circuits (dopaminergic system), which explains its positive effects on mood, anxiety, and stress (Koelsch, 2010; Chanda & Levitin, 2013). In addition, meta-analyses and controlled clinical trials have demonstrated that music therapy is effective in reducing anxiety and depressive symptoms in adolescents (Maratos *et al.*, 2008), improving social behaviors in children with autism spectrum disorders (Geretsegger *et al.*, 2014), and developing self-esteem and emotional expressiveness in young people with emotional disorders (Gold *et al.*, 2006).

Therefore, music therapy can be considered a therapeutic resource with significant clinical and educational value, with broad applicability in supporting mental health at an early age.

The systematic analysis of the specialized literature on the effects of music therapy on children and adolescents is thus justified both by the need to develop effective and acceptable psychological interventions for this age group, and by the potential of music to contribute to harmonious emotional development in a gentle, accessible and deeply human way.

5. METHODOLOGY

5.1. DATA SOURCES

A systematic review was conducted with a thorough search in two databases (ProQUEST and Pub Med) to find articles that were relevant to the chosen topic,

the treatment of generalized anxiety disorder using virtual reality. The aim was to find journal articles (also known as academic journals) that met certain inclusion criteria and were relevant to the search. The search terms “music therapy”, “anxiety” and “teenagers/adolescents” were used. The syntaxes used were (((music therapy) AND (anxiety))) AND (teen) / (((music therapy) AND (anxiety))) AND (adolescent) / (((music therapy) AND (anxiety))) AND (teenager).

A total of 157 articles resulted, which were evaluated by reading the title, the abstract and by referring to the full content.

5.2. INCLUSION CRITERIA

Population: The World Health Organization states that the primary target group of the study should be adolescents aged 10 to 19 years.

Interaction: Music therapy (active, such as improvisation or singing; or receptive, such as guided listening) should be the main intervention or a significant part of the program being evaluated.

Outcome: As the primary outcome, the study should report a reduction in anxiety. This should be measured by validated scales (such as the State Anxiety Inventory - STAI or GAD-7) or by other objective methods, such as cortisol levels.

Publication period: Articles should be published between 2015 and 2025.

Language: To ensure accessibility and consistency of the analysis, studies should be available in English.

5.3. EXCLUSION CRITERIA

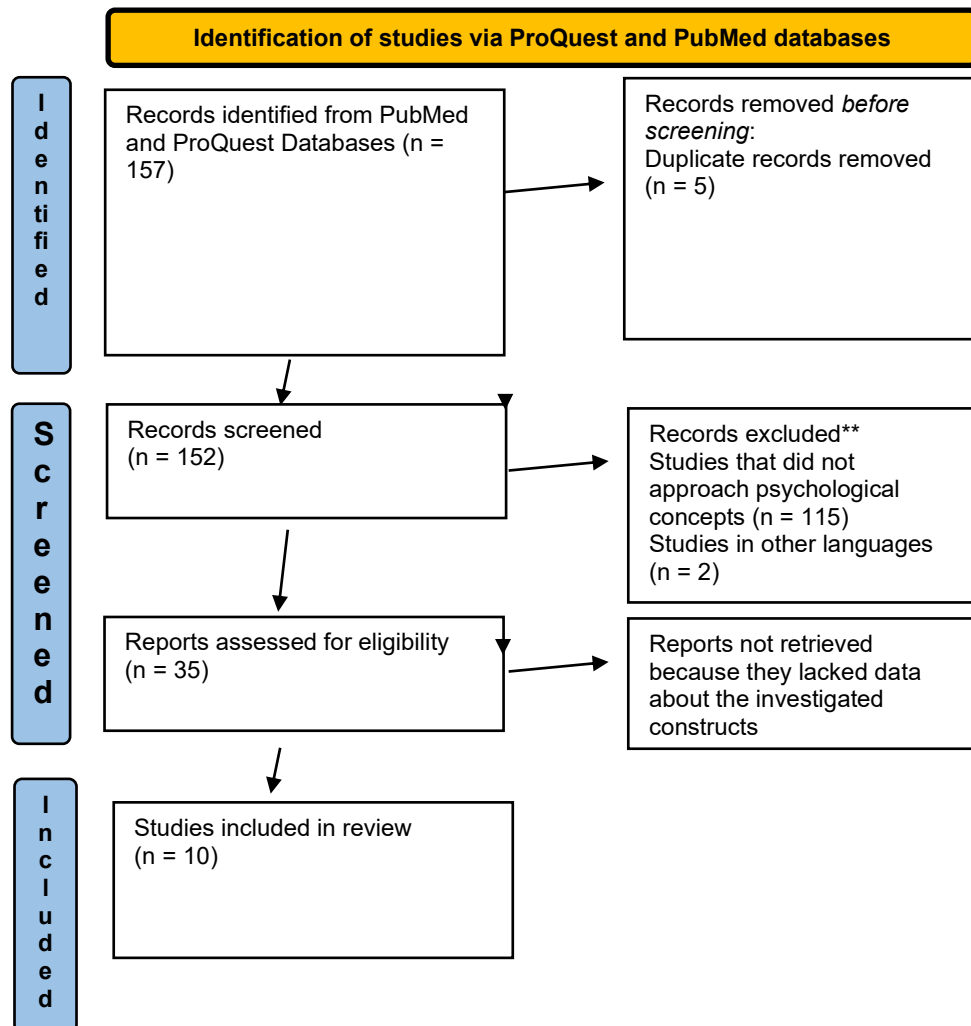
Inappropriate population: Studies that do not include the primary target group of adolescents (10-19 years) were excluded.

Lack of music therapy as an intervention: Studies that do not use music therapy (active or receptive) as the primary intervention or significant component are excluded.

Lack of anxiety as a primary outcome: There are studies that do not indicate reduction in anxiety as the primary outcome. For example, some studies were excluded if they focused on additional outcomes, such as violence, depression or autism, without addressing anxiety according to the established criteria.

Languages used: Studies that are not available in English are excluded to ensure that the analysis is accessible and complete. Despite the fact that some documents may be available in other languages, the primary criterion was the content in English.

The entire selection, inclusion and exclusion process can be seen in the PRISMA flow diagram (graphic 1).



5.4. DATA EXTRACTION

We extracted predefined data according to a template: Study author, title, year of publication, purpose, sample, design and conclusions. The PRISMA diagram, with the study flow, provides a visual representation of the selection, essential for methodological validation. Also, alignment with PRISMA facilitates the identification of gaps (e.g. small samples, lack of follow-up), supporting future recommendations, such as RCT studies with standardized designs. In the Romanian context, where the needs of adolescents with anxiety are pressing, PRISMA helps filter relevant evidence, providing a basis for adapting music therapy to local

needs. After a careful reading of the article included in the review, data extraction was carried out manually, in several steps. In order to find all the information necessary for the analysis, we read the titles, abstracts and the full text after selecting the ten studies that were relevant. To ensure consistency and comparability, we used a pre-established form, which contained the same categories of information for each study. This was formatted as a table created in Word. The use of automated software was not used to extract data individually to carefully monitor study discrepancies. This data included the methods of application of music therapy (active or receptive), anxiety measures, and the context in which the intervention took place (educational, medical, community). Immediately after reading each article, the information was added to the table. Due to the fact that some data were not clearly detailed, such as the exact duration of the sessions or the therapist's training, these were marked as "not reported". We extracted data for each group, where relevant to the review topic, if an article contained more than one type of intervention or group of participants. At this stage, our goal was to collect all relevant information about music therapy interventions in an organized and uniform way, so that I could analyze how effective they are in reducing anxiety in adolescents.

6. RESULTS

A number of 157 studies were selected that resulted from entering the keywords into the specified databases. Following a thorough analysis of both abstracts and full text, which was necessary, nine studies were found that met the inclusion criteria for the review. The various studies included between 27 and 80 participants, all aged 10–19 years. Table no. 1 presents the selected research articles in a systematic way and it includes the author's name and study, year of publication, study purpose, sample, design, and conclusions. The systematic review, based on 10 studies selected according to the PRISMA model and published between 2015 and 2025, demonstrates that music therapy has a positive effect on reducing anxiety in adolescents (10–19 years), affecting 10–20% of this group globally (World Health Organization, 2021). This systematic review analyzed the effects of music therapy on anxiety in adolescents aged 10 to 19 years. In Romania, anxiety is an increasingly prevalent problem; 19.23% of psychiatric diagnoses are anxiety (UNICEF, 2022). 10 relevant studies that include active interventions, such as singing or improvisation, as well as receptive ones, were selected from databases (PubMed, ProQUEST). The research focused on effectiveness, different types of interventions, and elements that influence outcomes. The methodology was rigorous and was based on verified scales, such as the STAI and GAD-7.

Table no.1
Selected research articles

Study	Objective	Sample	Design	Intervention	Conclusions
1. Goldbeck, L. & Ellerkamp, T. (2012). A randomized controlled trial of multimodal music therapy for children with anxiety disorders	to evaluate the effectiveness of multimodal music therapy in a randomized controlled setting for children diagnosed with anxiety disorders, aiming to reduce anxiety symptoms through structured music-based interventions.	40 Adolescents aged 10–1 years old	RCT	Multimodal melotherapy	Multimodal music therapy (MMT), combined with cognitive behavioral therapy, is superior to usual care (TAU) in reducing anxiety in 8- to 12-year-old children with anxiety disorders, with a remission rate of 67% compared with 33% ($p = 0.046$). Assessments at the end of treatment and 4 months posttreatment show persistence of remissions, suggesting the efficacy of MMT as an alternative nonverbal intervention. However, the authors recommend future studies with larger samples and comparisons with pure cognitive behavioral therapy.
2. Huang, Z., & Duell, N. (2020). A novel music therapy intervention utilizing pop music to reduce	to investigate the effectiveness of an innovative music therapy intervention based on pop music in reducing anxiety and depression in adolescents, by using a musical genre close to	50 adolescents	Survey	Receptive melotherapy with pop music	A four-week, pop music-based receptive music therapy intervention resulted in a moderate reduction in anxiety and depression in fifteen adolescents. This suggests that using their favorite music may be an effective and affordable

Table no.1 (continuare)

adolescent anxiety and depression	their preferences to increase emotional involvement and therapeutic effect.				approach. The results show an improvement in emotional state, based on validated clinical scales; however, the authors emphasize that further studies with larger samples are needed.
3. Josyula R. & Kaci R. (2024). The effect of music on teenagers in combatting stress and improving performance	to compare the effects of active (choir) and passive (lo-fi listening) participation in musical activities on cognitive performance under stress in adolescents	75 high school adolescents, aged 13–18 years old, from USA	Experimental, 2 groups, pre-post test with cognitive task - Sudoku	Active participation (choir, 80 min) vs. passive listening (lo-fi music, 20 min)	Active participation in music (choir) led to a significant improvement in cognitive performance under stress (mean Sudoku reduction: -17.5 seconds, $p < 0.05$), while passive listening was linked to an increase in solving time (+8.7 seconds). Only forty percent of those in the passive group and seventy percent of those in the choir showed improvements. The study claims that active music therapy is more effective than passive in reducing stress and increasing cognitive efficiency in adolescents.

Table no.1 (continuation)

Study	Objective	Sample	Design	Intervention	Conclusions
4. Kwok, S.Y.C.L. (2019). Integrating Positive Psychology and Elements of Music Therapy to Alleviate Adolescent Anxiety	to explore how integrating positive psychology with elements of music therapy can reduce anxiety in adolescents. To develop an effective intervention that promotes the emotional well-being of young people.	60 Adolescents aged 14-18 years old	Quasi experimental	Group music therapy with elements of positive psychology	Over 8 weeks, it demonstrated a significant decrease in anxiety, as measured by the GAD-7 ($p=0.002$). The results suggest that these combined methods can improve emotional well-being and should be included in adolescent mental health support programs. However, further studies are needed for long-term confirmation.
5. Matokhniuk et al. (2021). Psychocorrection of Adolescents' Anxiety by Music Therapy	to examine the effectiveness of music therapy in the psychological correction of anxiety in adolescents, that is, to reduce anxiety levels through music-therapeutic methods adapted to the emotional needs of this age group.	60 Adolescents (aged 13–15 years old)	Experiment	Psychocorrection program with music therapy (relaxation, musical games, vocal expression)	A psychocorrection program through music therapy, which was implemented in two stages in 2018–2019, significantly reduced anxiety in 60 adolescents aged 13 to 15. This was measured by the Phillips and Spielberger Khanin scales. In addition, compared to the control group, the experimental group experienced an increase in self-esteem and self-control. The results showed that music therapy is an effective

Table no.1 (continuare)

					psychological approach, as the high level of anxiety decreased by half and motivational factors increased. The authors suggest parental participation and the inclusion of art therapy techniques in other age groups, emphasizing the potential of the technique.
6. Patterson, S., Duhig, M., Darbyshire, C., Counsel, R., Higgins, N., & Williams, I. (2020). Implementing music therapy on an adolescent inpatient unit: A mixed methods evaluation of acceptability, experience of participation and perceived impact	to evaluate, through a mixed methodology, the acceptability, participation experience, and perceived impact of music therapy in an inpatient unit for adolescents. The study tracked both the perspectives of the participants and the perceived effectiveness of the intervention in the clinical setting.	20 adolescents	Mixed methods	Active melotherapy	The use of music therapy in an inpatient unit for adolescents is well accepted and considered to have a positive effect on the emotional well-being of twenty adolescents, reducing anxiety and improving their therapeutic experience. The research highlighted a subjective reduction in anxiety and greater engagement in activities, using a mixed approach (qualitative methods and questionnaires) over six weeks.

Table no.1 (continuation)

Taipale, M., Peltola, H.-R., & Carlson, E. (2022). Music Listening for Self management of Anxiety: A Qualitative Survey	to explore, through a qualitative survey, how listening to music is used by individuals as a personal strategy for managing anxiety, highlighting experiences and perceptions related to this type of emotional self-regulation.	30 adolescents/young adults (15–20 years old)	Qualitative survey	Receptive melotherapy	Qualitative analysis found that music helps regulate emotions by creating a safe space and reducing daily stress, with individual preferences influencing effectiveness. However, the authors emphasize that the benefits are dependent on awareness of musical choices and require further studies to quantify the long-term impact.
8. Ugwuanyi, C. S., Eke, C. I., & Okeke, C. I. (2021). Effect of music therapy combined with cognitive behavioral therapy on test anxiety among secondary school students	to investigate the combined effect of music therapy and cognitive-behavioral therapy on test anxiety in high school students, observing whether this integrated intervention can significantly reduce anxiety levels before exams.	83 Adolescents (mean age – 18.23 years old)	RCT	Melotherapy combined with CBT	A combination of music therapy and CBT had a significant effect on reducing test anxiety in high school students ($F(2, 87) = 53.72, p < 0.001, \eta^2 = 0.55$). The single-intervention or control groups achieved significantly higher post-intervention scores on the anxiety scale than participants in the group that received both music therapy and CBT. The combined efficacy of the intervention indicates that music therapy enhances the effect of CBT on emotional regulation. The study supports the addition of music therapy to CBT programs in schools

Table no.1 (continue)

9. Wang, E. (2022), Effects of Music Listening Interventions on the Mental Health of Adolescents	to investigate the impact of music listening interventions on anxiety and stress in adolescents	40 Adolescents aged 14–18 years old, from USA	With a control group; pre and post test	Receptive melotherapy (guided music listening: jazz, hip-hop, classical, different tempos) vs. control (white noise)	Listening to jazz music significantly reduced state anxiety levels in adolescents ($p = 0.038$), compared to control noise (white/pink noise). Other genres (classical, hip-hop) did not produce significant effects. Musical preference influenced the effectiveness of the intervention, with participants who listened to their preferred genre experiencing greater reductions in anxiety. The study supports the potential of receptive music therapy as an accessible method of emotional regulation among adolescents.
10. Xiang C. & Li X. (2025). Effects of mindfulness, music therapy, and social support on adolescents' test anxiety	to investigate how mindfulness reduces test anxiety in adolescents, through the mediation of music therapy and social support	372 Adolescents from a Chinese school	Correlational (chained mediation model)	Mindfulness + perception of music therapy (MT Scale) + social support	The reduction in test anxiety was significantly affected by mindfulness ($\beta = -0.349$, $p < 0.001$). This was mediated by melotherapy, which contributed 12.1% of the total effect, and social support contributed 26.2%. In total, the indirect chain effect (mindfulness $\rightarrow$ music therapy $\rightarrow$ social support $\rightarrow$ anxiety) was 4.8%. The results support the use of music therapy as an accessible intervention in educational settings to reduce anxiety in adolescents.

Studies show that music therapy reduces anxiety levels and has a positive effect on certain medical conditions: Ugwuanyi, Eke & Okeke (2021) found that it can reduce test anxiety ($d=0.61-1.5$), and Kemper and Danhauer (2019) showed benefits in medical settings. Matokhniuk *et al.* (2021) found that 60 adolescents aged thirteen to thirteen years old saw both an increase in self-esteem and a reduction in school anxiety. However, according to the meta-analysis by Aalbers *et al.* (2023), there is a medium effect size ($d=0.45$), which highlights methodological diversity. Music therapy works best when used in conjunction with other types of treatment or in groups. These limitations include short-term data and small samples (Patterson *et al.*, 2015). Mental health programs should include these, with an emphasis on larger and more personalized future studies.

7. CONCLUSIONS AND LIMITS

From this systematic review, we can draw some major key points:

Music therapy is an effective and attractive intervention for reducing anxiety in adolescents, supported by 10 studies from 2015–2025.

Results indicate benefits in educational and medical contexts, but are limited by small samples and lack of long-term data.

Integrating music therapy into mental health programs is recommended, with an emphasis on future more robust and personalized research.

This systematic review shows that music therapy is a promising way to reduce anxiety in adolescents. It has emotional, behavioral, and social benefits. However, the conclusions are limited by a number of methodological elements. The comparability and generalizability of the results are affected by small sample sizes, a lack of long-term follow-up measurements, variability in interventions (in terms of duration, frequency, and types of techniques used), and a lack of control over significant variables such as people's musical preferences or the level of training of those using music therapy, education, or the application of intervention tools (e.g., differences between amateurs and professionals in music).

Furthermore, the cultural context in which the research was conducted is not fully representative of Romanian society, and some studies did not use standardized measures of anxiety. Also, many interventions were performed by unauthorized music therapists, which may have a negative impact on their effectiveness. Future research will need to be more rigorous, using randomized designs, larger samples, standardized interventions, and long-term evaluations. In addition, this research will include the analysis of individual factors, such as cognitive style, musical preferences, social support, and baseline anxiety, to better understand under which conditions music therapy is most effective.

Studies such as those by Matokhniuk *et al.* (2021) demonstrate that a psychocorrection program with music therapy reduces anxiety in adolescents aged ten to thirteen years old in both their personal lives and in school. In addition, self-

control and self-esteem increase, both measured using the Phillips and Spielberger-Khanin scales. In addition, Ugwuanyi, Eke & Okeke (2021) found a substantial decrease in exam-related anxiety. In addition, Kemper and Danhauer (2019) demonstrated medical benefits ($d=0.61-1.5$). A meta-analysis by Aalbers *et al.* (2023) showed a moderate effect ($d=0.45$), suggesting that music therapy provides significant benefits, whether active (e.g., improvisation, singing) or receptive (e.g., guided listening). This is especially true in groups or when used in conjunction with other types of treatment. These results show that music therapy, a non-invasive way to meet the needs of adolescents, is attractive. They also argue that it can be used as an alternative to other treatments.

But the results are limited by the methodological limitations of the included studies. Due to the small number of participants, the results are less generalizable. The comparison with Patterson *et al.* (2015), which included only 20 participants, is based on the fact that there was no long-term follow-up. Methodological heterogeneity, highlighted by Aalbers *et al.* (2023), indicates how study design differs, the duration of interventions (4–12 weeks) and the types of music used, all of which have an impact on the consistency of the evidence. In addition, adolescents' musical preferences and the quality of program implementation may have an impact on effectiveness, aspects that have not been sufficiently investigated in current research. Since 19.23% of adolescent psychiatric diagnoses in Romania are anxiety disorders (UNICEF, 2022), more extensive and personalized research is needed to adapt music therapy to local needs. Therefore, even though there is promising evidence, it is not yet sufficient to determine long-term effects without further research.

Studies support the idea that music therapy can work both directly and indirectly in a supportive educational setting. Mental health interventions need to be part of an ecosystem educational setting based on supportive relationships. In addition, research shows that students' access to social support and emotional awareness training, such as mindfulness, improves the effectiveness of music therapy. In the future, researchers should study multi-layered interventions that combine expressive therapies such as music therapy with other validated approaches to address the needs of adolescents. It is also recommended that music therapy be included in school intervention programs, not just as an art form. It should also be included in the institution's mental health policy as a structured therapeutic tool.

In the long term, it is necessary to create layered interventions that integrate music therapy with recognized approaches such as mindfulness or group counseling. These can be modified to suit the educational, cultural, and emotional needs of each school group. In addition, future research should examine in more depth how three factors influence the success of music therapy: initial anxiety level, musical preferences, and social context. More convincing data on the long-term effects of this intervention can be provided by a rigorous methodological framework and a long-term design.

The results show that music therapy should be part of mental health programs for adolescents, especially in hospitals and schools. To maximize the effect, it can be used in conjunction with other treatments. Implementation should include personalized sessions based on the participants' musical preferences and for the ideal duration. In addition, it should ensure that educational and medical staff are trained in the use of these techniques. Future studies should prioritize randomized controlled trials (RCTs) with larger samples, long-term follow-up, and analyses that assess gender, age, and socioeconomic background. The review says that music therapy has potential that has not yet been sufficiently studied. If developed, it could offer innovative methods of anxiety management, contributing to better mental health for adolescents around the world.

The results of the review should lead to the creation of practical guides that provide therapists, educators, and parents with detailed advice on how to use music therapy sessions well. These guides should include concrete examples of activities, such as group singing or music relaxation, to facilitate access in communities with limited resources. In addition, they should include accessible resources, such as personalized music playlists for adolescents that can be accessed through apps or online platforms. Interdisciplinary collaboration between psychologists, music therapists, and educational authorities is needed to create pilot programs and track outcomes over the course of a school year. This collaboration will produce information over a long period of time. Finally, studies involving culturally and socioeconomically diverse populations should be prioritized when awarding research funding in the future. These studies should evaluate the effectiveness of music therapy in global settings, such as Romania, where local interventions could meet the specific needs of adolescents.

Music therapy appears to be a core therapeutic tool for helping adolescents with mental health problems, rather than just another solution. Because it is attractive, has no harmful side effects, and is easy to apply, it is popular in settings such as schools, community centers, and homes. Music therapy also responds to an urgent need today: providing friendly intervention strategies adapted to the emotional language of young people. In the future, it is essential that research is not limited to evaluating the effectiveness of music; it should explore in more depth the mechanisms by which music influences emotional regulation and the contextual variables that may mediate the effect of music therapy, such as the attachment style, the level of social support, or the cognitive style of the adolescent. Interventions that are adapted to musical styles and the local socio-educational context, including Romania, can significantly increase engagement and effectiveness.

This systematic review shows that music therapy has real potential to reduce anxiety symptoms in adolescents and young adults both as a primary intervention and as an additional modality to help traditional treatments. Music therapy creates a safe, convenient, and engaging environment for this age group, whether used actively (through music, improvisation, or participatory techniques) or receptively

(through guided listening and assisted relaxation). Although all included studies showed significant progress, methodological limitations of the research (such as the absence of RCTs and small samples) indicate that the field still needs scientific consolidation. Future researchers need to expand the comparison between different types of music therapy, standardize intervention protocols, and include long-term evaluations. This will help to implement music therapy in clinical practice for adolescent mental health.

Received: 29.07.2025

REFERENCES

1. AALBERS, S., FUSAR-POLI, L., FREEMAN, R. E., SPREEN, M., KET, J. C. F., VINK, A. C., ... & GOLD, C., *Music therapy for depression and anxiety in adolescents: A meta-analysis*, *Frontiers in Psychology*, **14**, 2023, Article 1135678. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1135678>
2. BEESDO, K., KNAPPE, S., & PINE, D. S., *Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V*, *Psychiatric Clinics of North America*, **32**, 3, 2009, p. 483–524. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>
3. BELSKI, N., ABDUL-RAHMAN, A., & SHEHATA, M., *The effectiveness of musical therapy in improving depression and anxiety symptoms among children and adolescents – A systematic review*, *Child and Adolescent Mental Health*, **27**, 4, 2021, 10.1111/camh.12526
4. COHEN, J., *A power primer*, *Psychological Bulletin*, **112**, 1, 1992, p. 155–159.
5. CROCKETT, L. J., RAFFAELLI, M., MOILANEN, K., *Sexualitatea în adolescență: comportament și semnificație*, în ADAMS, G. R., BERZONSKY, M. D. (Coord.), *Psihologia adolescenței. Manualul Blackwell* (trad.), Iași, Editura Polirom, 2009.
6. CHANDA, M. L., & LEVITIN, D. J., *The neurochemistry of music*. *Trends in Cognitive Sciences*, **17**, 4, 2013, p. 179–193. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.02.007>
7. ESSAU, C. A., LEWINSON, P. M., OLAYA, B., & SEELEY, J. R., *Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30*. *Journal of Affective Disorders*, **163**, 2014, p. 125–132. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.033>
8. GOLDBECK, L., & ELLERKAMP, T., *A randomized controlled trial of multimodal music therapy for children with anxiety disorders*, *Journal of Music Therapy*, **49**, 4, 2012, p. 395–413. <https://doi.org/10.1093/jmt/49.4.395>
9. GOLU, MIHAI, *Dinamica personalității*, București, Editura Geneze, 1993.
10. HUANG, Z., & DUELL, N., *A novel music therapy intervention utilizing pop music to reduce adolescent anxiety and depression*, *The Arts in Psychotherapy*, **69**, 2020, 101668. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101668>
11. JOSYULA, R., & KACI, R., *The effect of music on teenagers in combatting stress and improving performance*, *Journal of Emerging Investigators*, **7**, 1, 2024. <https://doi.org/10.59720/24-099>
12. KEMPER, K. J., & DANHAUER, S. C., *Music interventions for pediatric patients: A systematic review*, *Medicines*, **6**, 1, 2019, Article 25. <https://www.mdpi.com/2305-6320/6/1/25>
13. KIELING, C., BAKER-HENNINGHAM, H., BELFER, M., CONTI, G., ERTEM, I., OMIGBODUN, O., ... & RAHMAN, A., *Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action*. *The Lancet*, **378**, 9801, 2011, p. 1515–1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)
14. KLASSEN, J. A., LIANG, Y., TJOSVOLD, L., KLASSEN, T. P., & HARTLING, L., *Music for pain and anxiety in children undergoing medical procedures: A systematic review of randomized controlled trials*, *Ambulatory Pediatrics*, **8**, 2, 2008, p. 117–128. <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2007.12.005>

15. KWOK, S. Y. C. L., *Integrating positive psychology and elements of music therapy to alleviate adolescent anxiety*, Research on Social Work Practice, **29**, 6, 2019, p. 643–652. <https://doi.org/10.1177/1049731518773423>
16. MATOKHNIUK, L., AVRAMENKO, N., KUSHNIR, Y., SHPORTUN, O., SHEVCHUK, V., SHOROBURA, I., KAPLINSKY, V., OVERCHUK, V., & KOVAL, T., *Psychocorrection of adolescents' anxiety by music therapy*. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, **12**, 1, 2021, p. 51–66. <https://doi.org/10.18662/brain/12.1/170>
17. PATTERSON, S., DUHIG, M., DARBYSHIRE, C., COUNSEL, R., HIGGINS, N., & WILLIAMS, I., *Implementing music therapy on an adolescent inpatient unit: A mixed-methods evaluation of acceptability, experience of participation and perceived impact*. The Arts in Psychotherapy, **71**, 2020, 101707. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101707>
18. POLANCZYK, G. V., SALUM, G. A., SUGAYA, L. S., CAYE, A., & ROHDE, L. A., *Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, **56**, 3, 2015, p. 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
19. SHI, Z. M., LIN, G. H., & XIE, Q. *Effects of music therapy on mood, language, behavior, and social skills in children with autism: A meta-analysis*. Chinese Nursing Research, **3**, 3, 2016, p. 137–141.
20. UGWUANYI, C. S., EKE, C. I., & OKEKE, C. I., *Effect of music therapy combined with cognitive behavioral therapy on test anxiety among secondary school students*. Medicine, **100**, 9, 2021, e24412. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024412>
21. WANG, E. *Effects of music listening interventions on the mental health of adolescents*, Youth Medical Journal, 2022. <https://youthmedicaljournal.com/2022/01/06/effects-of-music-listening-interventions-on-the-mental-health-of-adolescents/>
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Adolescent mental health*, 2021, Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
23. XIANG, C., & LI, X. *Effects of mindfulness, music therapy, and social support on adolescents' test anxiety*. BMC Psychology, **13**, 2025, Article 505. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02842-6>

REZUMAT

Una dintre cele mai frecvente tulburări de sănătate mintală în rândul adolescenților este anxietatea, care se întâlnește de la 10% până la 20% dintre adolescenții din întreaga lume. Deoarece aceste tulburări au un impact semnificativ asupra funcționării academice, sociale și emoționale a adolescenților, este esențial să se găsească soluții eficiente, accesibile și acceptabile, care pot fi aplicate pe scară largă și în mod rentabil. Deși terapia cognitiv-comportamentală este o abordare populară pentru tratarea anxietății, tinerii o pot considera stigmatizantă sau inaccesibilă. Muzicoterapia, o intervenție terapeutică care utilizează muzica, se remarcă în acest context deoarece este neinvazivă, expresivă și captivantă pentru adolescenți. Muzicoterapia oferă oportunități de autoreglare emoțională și exprimare simbolică, fie prin ascultare (receptivă), fie prin activități creative (active). Scopul acestei analize sistematice a fost de a determina măsura în care terapia muzicală îi ajută pe adolescenți să se simtă mai puțin anxioși. Am analizat studii publicate între 2015 și 2025. „Terapie muzicală”, „anxietate” și adolescent/adolescentă au fost cuvintele-cheie folosite pentru selectarea articolelor. Obiectivele acestei analize au fost (1) să rezume rezultatele terapiei muzicale; (2) să identifice caracteristicile intervențiilor eficiente; și (3) să analizeze limitele metodologice ale cercetărilor existente. Studiile analizate au demonstrat că terapia muzicală are un efect pozitiv asupra reducerii anxietății generale, precum și a anxietății școlare, alături de o creștere a stimei de sine și a autocontrolului, indicând faptul că terapia muzicală, fie ea activă (de exemplu, improvizație, cântat), fie receptivă (de exemplu, ascultare ghidată), este eficientă, cu beneficii maxime în grup sau combinată cu alte terapii.

THE ROMANIAN VERSIONS OF THE INVENTORY OF ATTITUDES TOWARD SEEKING MENTAL HEALTH SERVICES (IASMHS) AND THE SELF-COMPASSION SCALE (SCS): PSYCHOMETRIC PROPERTIES

ANA MARIA CHIRA*, CĂTĂLIN NEDELCEA
University of Bucharest

Abstract

Despite growing interest in mental health literacy, the Romanian literature still lacks psychometrically sound instruments that measure attitudes toward seeking professional help and self-compassion. The present study reports the cross-cultural adaptation and validation of two widely used scales – the Inventory of Attitudes toward Seeking Mental Health Services (IASMHS; Mackenzie *et al.*, 2004) and the Self-Compassion Scale (SCS; Neff, 2003) – for the Romanian population. Following back-translation and expert review, a pilot item analysis ($N = 100$) indicated no items required removal. The main sample comprised 578 university students who completed the Romanian IASMHS, SCS, and additional convergent measures. Internal consistency was acceptable. Exploratory and confirmatory factor analyses supported a four-factor solution with marginal fit for the SCS. For the IASMHS, exploratory analyses supported a five-factor model, which was inadmissible at confirmatory analysis, and the original three-factor model fit suboptimally; a theory-guided trimmed 17-item three-factor model produced improved fit. Convergent validity was supported: SCS total scores correlated negatively with psychological distress and weakly with self-stigma; the trimmed IASMHS total showed small, theorized associations – positive with self-compassion and negative with self-stigma and distress. The findings are limited by the use of self-report data and the high percentage of female participants. These findings indicate that the retained Romanian versions of the IASMHS and SCS showed adequate reliability and validity for research and clinical screening. The scales enable culturally sensitive assessment of help-seeking attitudes and self-compassion, thereby advancing mental health interventions in Romanian settings.

Cuvinte-cheie: psihometrie; IASMHS; SCS; atitudini de căutare a ajutorului; autocompasiune.

Keywords: psychometrics; IASMHS; SCS; help-seeking attitudes; self-compassion.

1. INTRODUCTION

Poor mental health can have severe consequences in the absence of appropriate treatment, making it crucial to understand the factors that influence individuals' willingness to seek professional help. While extensive research has explored attitudes toward mental health services and self-compassion as key determinants of psychological well-being (e.g. Clement *et al.*, 2015), there remains a pressing need to

*Doctoral Student, Department of Psychology and Cognitive Science, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Bucharest, 90 Panduri Street, Sector 5, 050663, Bucharest, E-mail: ana-maria.chira.20@drd.unibuc.ro

use culturally adapted and psychometrically sound instruments to assess these constructs accurately. The main purpose of the present study is to examine and present the factor structure and psychometric properties of Romanian translations of two widely used measures: the Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services (IASMHS; Mackenzie *et al.*, 2004) and the Self-Compassion Scale (SCS; Neff, 2003). The process of translating, adapting, and validating psychological instruments is complex and requires methodological rigor (Sousa & Rojjanasrirat, 2010). Beyond linguistic accuracy, cultural adaptation ensures that an instrument retains its conceptual validity across different populations. This is particularly relevant in the context of mental health, where attitudes toward help-seeking and self-compassion are deeply embedded in cultural norms, social expectations, and stigma (Rogers-Sirin *et al.*, 2017). Instruments developed in Western contexts may not fully capture the nuances of help-seeking behaviour or self-compassion in Eastern European societies, where collectivist values, skepticism toward mental health services, and societal expectations about emotional resilience shape attitudes toward psychological well-being. Thus, adapting these measures for a Romanian sample is not just a linguistic exercise but a necessary step to ensure their accuracy and applicability within this cultural context.

Help-seeking attitudes have long been studied through psychological theories, such as the Theory of Reasoned Action (TRA; Ajzen & Fishbein, 1980, apud Codd & Cohen, 2003) and its later extension, the Theory of Planned Behaviour (TPB; Ajzen, 1991), both of which propose that attitudes significantly influence intentions and subsequent behaviours. The IASMHS, developed as an extension of Fischer and Turner's (1970) Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPHS), was designed to address conceptual and methodological concerns of its predecessor, including outdated language and limited response options. The three-factor model (Psychological Openness, Help-Seeking Propensity, and Indifference to Stigma) aims to provide a more comprehensive understanding of help-seeking attitudes. However, cross-cultural applications of the IASMHS have yielded mixed results, emphasizing the importance of adaptation rather than direct translation (Hyland *et al.*, 2015; Mojaverian *et al.*, 2013; Tieu *et al.*, 2018). Similarly, the concept of self-compassion has gained increasing recognition in psychological research for its role in fostering emotional well-being and resilience. Defined as the ability to treat oneself with kindness and understanding during times of failure or difficulty, self-compassion encompasses three core components: Self-Kindness, Common Humanity, and Mindfulness (Neff, 2003). The Self-Compassion Scale (SCS) has been widely used to assess these dimensions, offering valuable insights into individuals' self-relation and coping mechanisms. However, cultural factors such as collectivist values, societal emphasis on self-reliance, and historical attitudes toward mental health and self-care may influence how self-compassion is understood and expressed in Romania. Given these potential cultural differences, it is essential to adapt and validate the SCS for Romanian populations to ensure that it captures the

theoretical dimensions of self-compassion while aligning with local norms and practices.

This study aims to address these gaps by presenting the adaptation process of both the IASMHS and the SCS for Romania. By examining the psychometric properties of these scales, including their factor structures, reliability, and validity, this research provides culturally relevant and scientifically rigorous tools for assessing help-seeking attitudes and self-compassion. The adaptation of these measures facilitates future research on mental health and self-compassion in Eastern Europe, offering valuable insights for practitioners working in culturally diverse environments. Furthermore, by ensuring that these instruments reflect the Romanian cultural and social landscape, this study contributes to a broader understanding of how psychological constructs function across different populations and contexts, ultimately advancing mental health research and practice in Romania.

The following hypotheses concerning the validity of the instruments were established prior to the commencement of the present study.

H1: Help-seeking attitudes will correlate negatively with self-stigma and distress.

H2: Self-compassion will correlate negatively with self-stigma and distress.

H3: Help-seeking attitudes will correlate positively, with small magnitude, with self-compassion.

2. METHOD

2.1. PARTICIPANTS

Prior to the main data collection, a pilot study was conducted on a convenience sample of 100 participants in order to evaluate item functioning. Using JASP, an item analysis was performed to assess item difficulty, and no items were removed at this stage. The pilot sample (M age = 25.34, SD = 6.82; 76% female) consisted entirely of university students. For the main study, the final sample consisted of 578 participants (84.6% women, 15.4% men), aged between 18 and 51 years (M = 21.4, SD = 4.9). All participants completed a battery of self-report measures aimed at assessing attitudes toward seeking mental health services, self-compassion, psychological distress, and internalized stigma. The data collected from this sample were used to evaluate the psychometric properties of the adapted instruments, including internal consistency, factorial structure, and construct validity (i.e., convergent and discriminant).

2.2. PROCEDURE

Participants were recruited from various Romanian universities within different programs, based on availability and voluntary participation. Inclusion criteria required participants to be at least 18 years old and enrolled in a university program. Exclusion criteria were duplicate entries and invariant

response patterns (e.g., selecting the same option across all items). For the latter, no such cases were identified in the present dataset. The instruments were administered online via the Google Forms platform, utilizing a non-random sampling method. The participants were informed about the purpose of the study before being asked to give their informed consent, and had the option to withdraw from the study at any time without restriction. Based on pilot testing and the length of the instrument battery, we estimate that participation required approximately 15–20 minutes.

2.3. MEASURES

Attitudes Toward Seeking Mental Health Services.

The IASMHS consists of 24 items, covering three factors: Psychological Openness (PO), Help-Seeking Propensity (HSP) and Indifference to Stigma (IS). In their conceptualization, the authors use the term “professional” to refer to psychologists, psychiatrists, social workers and family physicians. Responses are based on a five-point Likert scale, ranging from 0 (disagree) to 4 (agree). An example item is “There are certain problems which should not be discussed outside of one’s immediate family”. The overall internal consistency of the original IASMHS, measured with Cronbach alpha, was .87.

Self-Stigma Of Seeking Help

To assess whether the adapted test correlates well with an established measure that assesses the same or a closely related construct, we also applied the Self-Stigma of Seeking Help Scale (SSOSH; Vogel *et al.*, 2006a). We used the Romanian translation provided freely online by the instrument’s authors (Vogel *et al.*, 2006b). It consists of 10 items designed to assess the extent to which individuals internalize stigma related to seeking psychological help. Responses are recorded on a five-point Likert scale, ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). An example item is “I would feel inadequate if I went to a therapist for psychological help.”

Self-Compassion

The SCS (Neff, 2003) is a 26-item self-report measure designed to assess the degree to which individuals exhibit self-compassion in response to personal struggles or failures. It comprises six subscales that reflect three positive components – Self-Kindness, Common Humanity, and Mindfulness - and their respective negative counterparts – Self-Judgment, Isolation, and Over-Identification. Responses are rated on a five-point Likert scale, ranging from 1 (almost never) to 5 (almost always). A sample item is: “I try to be understanding and patient towards those aspects of my personality I don’t like.” The original scale demonstrated strong internal consistency, with Cronbach’s alpha values ranging from .75 to .92 across subscales.

Negative Mental Health Outcomes

The DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995a) is designed to assess symptoms of depression, anxiety, and stress over the past week. We employed the Romanian version that the developers have made freely available for research use (Lovibond & Lovibond, 1995b). Each subscale contains seven items rated on a four-point Likert scale, ranging from 0 (did not apply to me at all) to 3 (applied to me very much or most of the time). An example item from the Depression subscale is: “I couldn’t seem to experience any positive feeling at all.” The DASS-21 has demonstrated excellent internal consistency, with Cronbach’s alpha coefficients of .88 for Depression, .82 for Anxiety, and .90 for Stress.

2.4. TRANSLATION

We followed a multi-step cultural adaptation process to adapt the IASMHS and SCS into Romanian. First, a committee-based approach was employed, involving two independent bilingual experts: a philologist and English teacher who translated the inventory from English to Romanian, and a Romanian UK-based philologist with a master’s degree in psychology who back-translated the items into English. The back-translator had no prior exposure to the original text to ensure an unbiased comparison. Next, a panel of researchers and psychologists reviewed the translations, considering cultural, grammatical, and syntactical nuances, and refined the items to maintain conceptual equivalence. To assess the clarity and appropriateness of the adapted version, a pilot study was conducted with 100 respondents. Based on participant feedback and initial statistical analyses, minor adjustments were made to improve readability and cultural relevance.

2.5. DATA ANALYSIS

We reported χ^2 , CFI, TLI, RMSEA (90% CI), and SRMR. Good fit was defined as CFI/TLI $\geq .90$ ($\geq .95$ excellent), RMSEA $\leq .08$ ($\leq .06$ excellent), SRMR $\leq .08$. Values slightly below thresholds were interpreted as borderline but acceptable given model complexity and distributional features. We also reported AIC and BIC to compare alternative models (lower values indicate better fit).

3. RESULTS

A key aspect of cross-cultural adaptation is establishing measurement equivalence or invariance to ensure that the Romanian versions of the IASMHS and SCS reflect the same constructs as the originals. While both scales have been applied in various cultural settings, neither has systematically tested measurement invariance. We examined whether the Romanian structures replicate the original theoretical models using CFA, ensuring construct comparability and enhancing validity. All statistical analyses were performed in R version 4.4.1 (R Core Team, 2025).

3.1. THE SCS

Firstly, internal consistency was evaluated using Cronbach's alpha. The total scale demonstrated excellent reliability, with $\alpha = .93$. Subscale reliability values ranged from acceptable to very good, supporting the instrument's internal consistency.

Table no. 1

Cronbach's Alpha Coefficients for the Self-Compassion Scale Subscales

Subscale	Cronbach's α
Self-Kindness (SK)	.87
Self-Judgment (SJ)	.85
Common Humanity (CH)	.77
Isolation (I)	.81
Mindfulness (M)	.76
Over-Identification (OI)	.76

The full sample ($N = 578$) was randomly split into two independent subsamples: Subsample A ($n = 289$) for EFA and Subsample B ($n = 289$) for CFA. On Subsample A, sampling adequacy was excellent ($KMO = .92$; item MSA = .76–.95) and Bartlett's test was significant, $\chi^2(325) = 3515.74$, $p < .001$, supporting factorability. Parallel analysis indicated four factors. A CFA on Subsample B that assigned items to their primary EFA loadings yielded a four-factor solution comprising SK/M (SC1, SC2, SC4, SC6, SC13, SC18, SC20, SC24, SC25), OI/I (SC3, SC7, SC10), CH/M (SC9, SC14, SC15, SC17), and a mixed SJ/I/CH cluster (SC5, SC8, SC12, SC19, SC22, SC23, SC26). Fit was marginal: $\chi^2(224) = 517.95$ (scaled), CFI = .90, TLI = .89, RMSEA = .073 (90% CI [.065, .081]), SRMR = .064; information criteria AIC = 18,254; BIC = 18,529. Standardized loadings were generally moderate to strong (SK/M: .61–.95; OI/I: .58–.82; CH/M: .61–.81; SJ/I/CH: .62–.88). Latent correlations were substantial (e.g., SK/M vs CH/M $r = -.81$; SK/M vs SJ/I/CH $r = -.70$; CH/M vs SJ/I/CH $r = .82$), indicating interdependence among subdimensions. The original six-factor specification produced a non-positive-definite latent covariance matrix (extreme factor overlap) on the CFA subsample and was therefore not retained or compared via AIC/BIC. A bifactor model (general Self-Compassion plus the four orthogonal group factors above) converged but fit worse than the 4-factor CFA— $\chi^2(276) = 693.37$ (scaled), CFI = .886, TLI = .866, RMSEA = .076 (90% CI [.069, .083]), SRMR = .072; AIC = 20,582; BIC = 20,952 ($\Delta AIC \approx 2,328$; $\Delta BIC \approx 2,423$). Accordingly, we retained the four-factor solution as the most parsimonious and empirically supported representation.

Convergent and discriminant validity were supported: total self-compassion correlated strongly and negatively with psychological distress ($r = -.62$, $p < .001$)

and weakly with stigma ($r = -.16$, $p < .001$), and positively with age ($r = .21$, $p < .001$).

Table no. 2

Pearson Correlations Between Self-Compassion, Stigma, Psychological Distress, and Age
($N = 578$)

Variable	1	2	3	4
1. SCS	—	-.16**	-.62**	.21**
2. Self-Stigma	-.16**	—	.17**	-.04
3. DASS-21	-.62**	.17**	—	-.21**
4. Age	.21**	-.04	-.21**	—

Note. SCS = Self-Compassion Scale; DASS-21 = Depression Anxiety Stress Scales. ** $p < .001$

3.2. THE IASMHS

Cronbach's alpha was high for the full 24-item scale ($\alpha = .86$) and acceptable to good for subscales: Psychological Openness ($\alpha = .66$), Help-Seeking Propensity ($\alpha = .78$), Indifference to Stigma ($\alpha = .80$). On Subsample A ($n = 289$), sampling adequacy was good ($KMO = .87$; item MSA $\approx .67-.92$) and Bartlett's test was significant, $\chi^2(276) = 1775.18$, $p < .001$, supporting factorability. Parallel analysis suggested up to five factors. On Subsample B ($n = 289$), a CFA mirroring the 5-factor EFA solution showed only modest fit and was inadmissible due to a single-item factor (A14): $\chi^2(161) = 408.52$ (scaled), CFI = .82, TLI = .78, RMSEA = .073 (90% CI [.065, .081]), SRMR = .076; AIC = 15,723.82; BIC = 15,976.80. The original 3-factor model (Indifference to Stigma; Psychological Openness; Help-Seeking Propensity) fit similarly poorly: $\chi^2(186) = 475.55$ (scaled), CFI = .78, TLI = .75, RMSEA = .073, SRMR = .083; AIC = 16,680.00; BIC = 16,921.99. Guided by theory and the EFA, we specified a trimmed 3-factor solution that removed the weakest or unstable indicators (A1, A7, A19, A22), yielding 17 items: Indifference to Stigma (A3, A4, A6, A11, A16, A17, A20, A24), Psychological Openness (A2, A5, A8, A10, A13, A15), and Help-Seeking Propensity (A9, A18, A21). Fit improved to a marginal level: $\chi^2(116) = 256.28$ (scaled), CFI = .87, TLI = .85, RMSEA = .065 (90% CI [.057, .081]), SRMR = .061; AIC = 12,863.07; BIC = 13,061.05. Standardized loadings were adequate overall (Indifference to Stigma = .32-.78; Psychological Openness = .46-.79; Help-Seeking Propensity = .52-.80), and interfactor correlations were moderate-strong (Indifference-Openness $r = -.45$; Indifference-Help-Seeking $r = .48$; Openness-Help-Seeking $r = -.63$), indicating related but distinct dimensions. The 17-item trimmed IASMHS also showed good internal consistency ($\alpha = .84$) and a moderate mean inter-item correlation ($\bar{r} \approx .25$), indicating a coherent, but not redundant, total scale. We therefore retained the trimmed three-factor IASMHS as the most interpretable and parsimonious representation.

To further examine the construct validity of the trimmed IASMHS, Pearson correlations were computed between its total score and conceptually related measures, with higher scores indicating more favorable help-seeking attitudes. Attitudes toward seeking help (trimmed IASMHS total) showed a small positive association with self-compassion ($r = .08$) and small negative associations with both self-stigma ($r = -.20$) and psychological distress ($r = -.19$), all in the theorized directions, but with small magnitude. Age was not significantly related to help-seeking attitudes ($p = .26$).

Table no. 3

Pearson Correlations Between Help-Seeking Attitudes, Self-Compassion, Stigma, Psychological Distress, and Age ($N = 578$)

Variable	1	2	3	4	5
1. IASMHS	—	.08*	-.20**	-.19**	-.047
2. SCS	.08*	—	-.16**	-.62**	.21**
3. Self-Stigma	-.20**	-.16**	—	.17**	-.04
4. DASS-21	-.19**	-.62**	.17**	—	-.21**
5. Age	-.047	.21**	-.04	-.21**	—

Note. IASMHS = Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services; SCS = Self-Compassion Scale; DASS-21 = Depression Anxiety Stress Scales. * $p < .01$ ** $p < .001$

4. DISCUSSION

This study aimed to validate the Romanian adaptations of two widely used psychological instruments: the Self-Compassion Scale and the Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services. The overarching goal was to ensure that these tools retain their psychometric integrity while also reflecting cultural relevance within the Romanian context. Through a rigorous process that included translation, back-translation, item analysis, exploratory and confirmatory factor analyses, and convergent validity assessment, both scales were found to demonstrate acceptable reliability and validity indicators in a sample of 578 Romanian university students.

For the SCS, parallel analysis and EFA supported a four-factor solution that blended several of Neff's (2003) facets. The CFA replicated this structure with marginal fit and mostly moderate loadings. The original six-factor specification was inadmissible on the CFA subsample (non-positive-definite latent covariance), indicating extreme overlap among factors in this sample. A bifactor model converged but was not superior to the four-factor model (higher AIC/BIC), consistent with reports that SCS bifactor solutions can be unstable across cultures (e.g., Coroiu et al., 2018; Kumlander et al., 2018). Taken together, the Romanian

data favour a parsimonious set of broader, highly interrelated facets rather than six distinct dimensions. The six-factor SCS has been widely reported across cultures (Brazil – de Souza & Hutz, 2016; France – Kotsou & Leys, 2016; Russia – Chistopolskaya et al., 2020; Argentina – Cababie & Etchezahar, 2023). Thus, the structure doesn't align with previous findings. A potential psychological explanation could suggest that respondents organize self-compassion around two intersecting themes: valence (self-reassurance vs. self-criticism) and social relatedness (shared humanity vs. isolation). Convergent/discriminant validity was as expected: higher self-compassion related strongly to lower psychological distress and weakly to lower self-stigma.

For the IASMHS, the EFA suggested up to five factors, but the 5-factor CFA was inadmissible due to a single-item factor. The original three-factor model (Indifference to Stigma, Psychological Openness, Help-Seeking Propensity) also fit weakly. A trimmed three-factor, 17-item solution (by removing the weakest/unstable indicators) showed acceptable fit, adequate loadings, and theoretically consistent interfactor correlations. The trimmed total related negatively to self-stigma and distress and positively (small) to self-compassion, but age showed no association with help-seeking attitudes. Considering higher levels of stigma were linked to more negative help-seeking attitudes, indicating that internalized stigma remains a significant barrier to accessing psychological support, even among educated and relatively young populations. The negative correlation between self-stigma and help-seeking attitudes also mirrors prior research, underscoring the central role of internal stigma as a barrier (Austria – Kantor *et al.*, 2017; Canada – Tieu *et al.*, 2018; Pakistan – Fatima, 2022). These results support the cross-cultural utility of the instrument in Romanian samples, while highlighting cultural nuances that warrant further investigation.

In sum, the Romanian SCS is best captured by a four-factor configuration with strong interrelations, and the IASMHS by a trimmed three-factor, 17-item model with acceptable fit. Both scales demonstrate theory-consistent associations with distress and stigma, supporting their use in research and screening and enabling researchers, clinicians, and educators to more accurately assess constructs that are central to emotional well-being, mental-health service use, and psychological resilience in Romanian populations, while highlighting culturally meaningful nuances that merit further study.

5. LIMITATIONS AND FURTHER DIRECTIONS

While the current study provides strong initial support for the Romanian adaptation of the Self-Compassion Scale and the Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services, several limitations must be acknowledged. First, the sample consisted exclusively of university students, most of whom were young adults and predominantly female. This demographic homogeneity limits the

generalizability of the findings to the broader Romanian population, especially to older adults, individuals with lower educational attainment, or those from rural or underserved communities. Additionally, other relevant subgroup differences, such as those based on socioeconomic status, urban versus rural residence, or prior exposure to mental health services, were not explored. These factors may shape both how individuals interpret scale items and how they relate to the underlying constructs. Future studies could deepen the cultural adaptation process by examining such contextual influences and should aim to replicate these results in more diverse samples to determine whether the scales maintain their validity and reliability across various age groups, educational levels, and sociocultural contexts.

Second, all data were collected using self-report instruments, which are inherently subject to biases such as social desirability and self-awareness limitations. This is particularly relevant in the context of stigma and self-compassion, as individuals may underreport self-critical tendencies or overreport openness to psychological help in order to present themselves in a socially acceptable light. Including behavioural measures or clinician-rated assessments in future studies may offer a more nuanced understanding of these constructs.

Another limitation concerns the cross-sectional nature of the data. While the study successfully examined structural validity and associations with related constructs, it cannot speak to the stability of these measures over time or their sensitivity to change. Longitudinal studies would help clarify the temporal dynamics of self-compassion and help-seeking attitudes, including how they evolve in response to personal experiences or interventions such as psychotherapy or psychoeducation.

Moreover, for the IASMHS, we retained a trimmed 17-item three-factor solution to improve fit and interpretability. While theoretically coherent, trimming limits direct comparability with the original 24-item scoring and published norms. Cross-validation of the shortened form, item response theory analyses, and measurement invariance testing (e.g., by gender, age, prior help-seeking) should precede widespread use.

Finally, although this study tested and confirmed convergent and discriminant validity using relevant psychological constructs, it did not include external behavioural indicators of help-seeking or compassion-related actions. Incorporating such data in future research would enhance the ecological validity of the adapted instruments, strengthening their applicability in both research and clinical settings.

6. CONCLUSIONS

This study represents a significant step forward in expanding the repertoire of validated psychological instruments available for the Romanian-speaking population. By adapting and validating the Self-Compassion Scale (SCS) and the Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services (IASMHS), we offer two useful tools for assessing important psychological constructs that have

both theoretical and applied relevance. While certain challenges were observed – most notably the tendency of SCS items to cluster into broader facets and the variable performance of several IASMHS help-seeking indicators – the overall findings support their use in research and applied settings with appropriate cautions. Specifically, the SCS supported a parsimonious four-factor solution with substantial interfactor correlations, and a bifactor variant did not outperform this model. For the IASMHS, both the original three-factor and an EFA-derived five-factor specification showed suboptimal fit, but a theory-guided, trimmed 17-item three-factor model improved fit and interpretability.

Beyond the technical achievements, this research underscores the importance of cultural sensitivity in psychological measurement. Constructs such as self-compassion and mental health stigma are shaped by deeply embedded social and cultural narratives. Ensuring that assessment tools are not only linguistically accurate but also culturally meaningful is essential for producing valid and impactful research outcomes. The emergence of cultural nuances highlights the complexity of adapting constructs developed in Western contexts to local realities. This is supported by findings from other studies that sampled communities that have a stronger collectivist cultural inclination. Zhou *et al.* (2019) emphasize that future research should take into account collectivistic notions pertaining to stigma, as people from these communities may consider that they have failed to meet social expectations, or even their families' expectations, if the prejudices related to help-seeking have been internalized in the family unit.

By providing Romanian researchers and clinicians with adapted instruments for assessing self-compassion and attitudes toward mental health services, this study also contributes to the broader effort to destigmatize psychological help-seeking and to promote emotional self-care within the population. These tools can be valuable for future research, clinical assessments, and the development of targeted interventions aimed at improving psychological well-being and accessibility to care.

In sum, the present study offers evidence of the psychometric adequacy of the Romanian versions of the SCS (organized into four facets) and a trimmed 17-item IASMHS, while also paving the way for further research into the cultural dimensions of mental health. As the field of psychology continues to globalize, the need for culturally informed measurement will only grow more urgent, and this adaptation contributes to that ongoing conversation.

Received: 18.08.2025

REFERENCES

1. AJZEN, I., & FISHBEIN, M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*, in CODD, R. T., COHEN, B. N., *Predicting college student intention to seek help for alcohol abuse*, Journal of Social and Clinical Psychology, **22**, 2, 2003, p. 168–191.
2. AJZEN, I., *The theory of planned behavior*, Organizational Behavior and Human Decision Processes, **50**, 2, 1991, p. 179–211.
3. CABABIE, M., & ETCHEZHAR, E., *Adaptation and validation of the self-compassion scale (SCS) in an argentine context*, Current Psychology, **42**, 15, 2023, p. 12777–12794.
4. CHISTOPOLSKAYA, K. A., OSIN, E. N., ENIKOLOPOV, S. N., NIKOLAEV, E. L., MYSINA, G. A., & DROVOSEKOV, S. E., *The concept of self-compassion: a Russian adaptation of the scale by Kristin Neff*, Cultural-Historical Psychology, **16**, 4, 2020, p. 35–48.
5. CLEMENT, S., SCHAUMAN, O., GRAHAM, T., MAGGIONI, F., EVANS-LACKO, S., BEZBORODOVS, N., MORGAN, C., RUSCH, N., BROWN, J. S. L., THORNICROFT, G., *What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies*, Psychological Medicine, **45**, 1, 2015, p. 11–27.
6. COROIU, A., KWAKKENBOS, L., MORAN, C., THOMBS, B. D., ALBANI, C., BOURKAS, S., ZENGER, M., BRÄHLER, E., & KÖRNER, A., *Structural validation of the Self-Compassion Scale with a German general population sample*, PLOS ONE, **13**, 2, 2018, p. 1–17.
7. DE SOUZA, L. K., & HUTZ, C. S., *Adaptation of the self-compassion scale for use in Brazil: evidences of construct validity*, Temas em Psicologia, **24**, 1, 2016, p. 159–172.
8. FATIMA, H., *Validation of Urdu version of Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services (IASMHS) among adult Pakistani population: Web-based, cross-sectional survey* [Master's dissertation, Aga Khan University], Aga Khan University Repository, 2022, https://ecommons.aku.edu/etd_pk_mc_mseb/51/.
9. FISCHER, E. H., TURNER, J. I., *Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, **35**, 1, 1970, p. 79–90.
10. KANTOR, V., KNEFEL, M., LUEGER-SCHUSTER, B., *Investigating institutional abuse survivors' help-seeking attitudes with the Inventory of Attitudes towards Seeking Mental Health Services*, European Journal of Psychotraumatology, **8**, 1, 2017, p. 137.
11. KOTSOU, I., & LEYS, C., *Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric properties of the French translation and its relations with psychological well-being, affect and depression*, PLOS ONE, **11**, 4, 2016, p. 1–11.
12. KUMLANDER, S., LAHTINEN, O., TURUNEN, T., & SALMIVALLI, C., *Two is more valid than one, but is six even better? The factor structure of the Self-Compassion Scale (SCS)*, PLOS ONE, **13**, 12, 2018, p. 1–22.
13. LOVIBOND, P. F., & LOVIBOND, S. H., *The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories*, Behaviour Research and Therapy, **33**, 3, 1995, p. 335–343.
14. LOVIBOND, P.F., & LOVIBOND, S.H. *Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)* [Romanian translation by Perțe, A.], Retrieved January 28, 2021, from <https://www2.psy.unsw.edu.au/groups/dass/Romanian/Perțe.htm>.
15. MACKENZIE, C. S., KNOX, V. J., GEKOSKI, W. L., MACAULAY, H. L., *An adaptation and extension of the attitudes toward seeking professional psychological help scale*, Journal of Applied Social Psychology, **34**, 11, 2004, p. 2410–2433.
16. MOJAVERIAN, T., HASHIMOTO, T., KIM, H. S., *Cultural differences in professional help seeking: A comparison of Japan and the US*, Frontiers in Psychology, **3**, 2013, p. 615.
17. NEFF, K. D., *The development and validation of a scale to measure self-compassion*, Self and Identity, **2**, 3, 2003, p. 223–250.

18. R CORE TEAM, *R: A language and environment for statistical computing* (Version 4.4.1) [Computer software], Vienna, R Foundation for Statistical Computing, 2025.
19. ROGERS-SIRIN, L., YANAR, C., YÜKSEKBAŞ, D., SENTURK, M. I., SIRIN, S., *Religiosity, cultural values, and attitudes toward seeking psychological services in Turkey*, Journal of Cross-Cultural Psychology, **48**, 10, 2017, p. 1587–1604.
20. SOUSA, V. D., ROJJANASRIRAT, W., *Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline*, Journal of Evaluation in Clinical Practice, **17**, 2, 2011, p. 268–274.
21. TIEU, Y., KONNERT, C., QUIGLEY, L., *Psychometric Properties of the Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services (Chinese Version)*, Canadian Journal on Aging, **37**, 2, 2018, p. 234–244.
22. VOGEL, D. L., WADE, N. G., & HAAKE, S., *Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help*, Journal of Counseling Psychology, **53**, 3, 2006a, p. 325–337.
23. VOGEL, D. L., WADE, N. G., HACKLER, A. H., *Self-Stigma of Seeking Help Scale (SSOSH)* [Romanian translation by Zlati, A.], Retrieved January 28, 2021, from <https://faculty.sites.iastate.edu/dvogel/ssosh-scale>.
24. ZHOU, Y., LEMMER, G., XU, J., RIEF, W., *Cross-cultural measurement invariance of scales assessing stigma and attitude to seeking professional psychological help*, Frontiers in Psychology, **10**, 2019, p. 1–11.

REZUMAT

În pofida interesului tot mai mare pentru alfabetizarea în sănătatea mintală, literatura nu dispune de instrumente românești psihometrice validate pentru măsurarea atitudinilor față de solicitarea de ajutor profesional și a autocompasiunii. Studiul prezintă adaptarea și validarea culturală a două scale utilizate internațional – Inventory of Attitudes toward Seeking Mental Health Services (IASMHS; Mackenzie *et al.*, 2004) și Self-Compassion Scale (SCS; Neff, 2003) – pentru populația din România. După traducere inversă și evaluare de experți, o analiză pilot (N = 100) nu a indicat necesitatea eliminării itemilor. Eșantionul principal a inclus 578 de studenți universitari care au completat versiunile românești ale IASMHS, SCS și alte măsuri convergente. Consistența internă a fost bună. Pentru SCS, analizele exploratorii au susținut o structură în patru factori, iar analizele confirmatorii au indicat o potrivire marginală; o variantă bifactor nu a îmbunătățit potrivirea. Pentru IASMHS, soluția în cinci factori derivată din EFA a fost inadmisibilă la CFA, iar modelul original în trei factori a avut o potrivire suboptimă; un model scurtat cu 17 itemi și trei factori a oferit o potrivire îmbunătățită. Validitatea convergentă a fost susținută: scorurile totale SCS au corelat negativ cu distresul psihologic și slab cu autostigmatul; scorul total IASMHS a prezentat asocieri mici, dar teoretic așteptate – pozitive cu autocompasiunea și negative cu autostigmatul și distresul. Limitările includ autoraportarea și ponderea ridicată a participantelor. Rezultatele susțin că versiunile românești ale IASMHS și SCS sunt instrumente psihometrice adecvate pentru cercetare și *screening clinic*, sprijinind evaluarea sensibilă cultural și dezvoltarea intervențiilor în sănătatea mintală.

CONSUMUL DE SUBSTANȚE ÎN RÂNDUL ADOLESCENȚILOR. FACTORI DE RISC ȘI FACTORI PROTECTORI

ALEXANDRA HUȚANU, IONELA BOGDAN*
Universitatea „Ștefan cel Mare” din Suceava

Abstract

The scientific literature indicates that negative emotions such as stress, anxiety, and depression are significant predictors of substance use, while social support may moderate this relationship by acting as a protective factor. The aim of the present study was to examine the relationship between negative emotions, perfectionism, social support, and substance use among adolescents. The participants were 238 adolescents, aged between 14 and 20 years. The instruments used included the CES-D scale for depression, the PSS for stress, the BIS for anxiety, the Social Provisions Scale for social support, the Perfectionism scale for measuring perfectionism, and the SURPS for assessing substance use risk. The study employed a quantitative design, using online surveys and non-random sampling. The main findings indicate significant gender differences: girls reported higher levels of anxiety, depression, and stress compared to boys. No significant gender differences were found regarding the substance use. Low social support was associated with a higher substance use. The practical implications highlight the importance of interventions aimed at enhancing social support and managing negative emotions in order to reduce the risk of substance use among adolescents.

Cuvinte-cheie: consumul de substanțe, anxietate, depresie, stres, sprijin social, perfecționism.

Keywords: substance use, anxiety, depression, stress, social support, perfectionism.

INTRODUCERE

Tulburarea Consumului de Substanțe (SUD) reprezintă un fenomen deosebit de complex, caracterizat prin consumul problematic și sever de alcool, medicamente eliberate pe bază de rețetă și alte substanțe (Wangensteen & Hystad, 2022). Adolescența și tinerețea adultă, cuprinse între 10 și 24 de ani, sunt perioade critice în dezvoltarea individului, marcate atât de asumarea unor riscuri sporite, cât și de o vulnerabilitate crescută la dezvoltarea SUD (Nelson *et al.*, 2022). Studiile arată că o proporție semnificativă a pacienților cu tulburări de conduită, în special cei cu vârste între 12 și 15 ani, prezintă o prevalență ridicată a consumului de substanțe, canabisul

* Universitatea „Ștefan cel Mare” din Suceava, Departamentul de Psihologie și Științe ale Educației, strada Universității, nr. 13, cod poștal 720229, Suceava, România; E-mail: ionela.bogdan@usm.ro

fiind cel mai frecvent utilizat, urmat de tutun și alcool (Masroor *et al.*, 2019). Comportamentele de consum sunt influențate de o combinație de factori ereditari, sociali și profesionali, care interacționează în mod complex pentru a determina susceptibilitatea la SUD (Picoito *et al.*, 2019).

Anxietatea și depresia sunt două dintre cele mai frecvente tulburări emoționale asociate cu consumul de substanțe (Lopez *et al.*, 2005). anxietatea se manifestă prin sentimente intense de neliniște și frică, afectând semnificativ funcționarea normală a individului. Adolescenții, în special fetele, sunt deosebit de vulnerabili la simptome de anxietate și depresie, iar aceste stări emoționale cresc riscul consumului de substanțe (Espinosa *et al.*, 2022). Depresia, caracterizată prin tristețe profundă și lipsa speranței, poate determina tinerii să recurgă la substanțe pentru a-și gestiona emoțiile negative (Rao, 2006). În perioade de stres, cum ar fi izolarea socială, strategiile de coping și nivelul de sprijin social sunt esențiale pentru modul în care adolescenții fac față acestor provocări (Bourdige *et al.*, 2022).

Sprijinul social joacă un rol foarte important în prevenirea și gestionarea consumului de substanțe. Relațiile sociale solide pot reduce simptomele de depresie și anxietate și pot diminua riscul de recurgere la substanțe (Poudel *et al.*, 2020). Studiile arată că tinerii cu un nivel ridicat de sprijin social au mai puține probleme de sănătate mintală și sunt mai puțin predispuși la consumul de substanțe (Gariépy *et al.*, 2016). Înțelegerea interacțiunilor dintre anxietate, depresie, stres și sprijinul social în contextul consumului de substanțe poate oferi perspective valoroase pentru dezvoltarea unor intervenții eficiente și strategii de prevenire. Această cercetare explorează relațiile dintre acești factori pentru a identifica factorii de risc și factorii protectori care pot ghida intervențiile viitoare în domeniul sănătății mintale a tinerilor (Bauer *et al.*, 2021). În plus, perfecționismul, care se referă la stabilirea unor standarde extrem de ridicate și la o autoevaluare critică, poate fi legat de niveluri crescute de anxietate și depresie. Persoanele perfecționiste pot recurge la consumul de substanțe ca o formă de gestionare a stresului cauzat de presiunea de a atinge perfecțiunea (Stoeber & Rambow, 2007).

1.1 TULBURAREA CONSUMULUI DE SUBSTANȚE (SUD)

Consumul de substanțe implică utilizarea abuzivă de alcool, tutun și droguri, cu efecte negative asupra sănătății și comportamentului. Adolescenții sunt mai vulnerabili din cauza schimbărilor specifice vârstei și a presiunii sociale, care favorizează imitarea comportamentelor colegilor (Watts *et al.*, 2024). Această etapă de vârstă, între 10 și 24 de ani, este caracterizată prin asumarea riscurilor și o susceptibilitate crescută la dezvoltarea tulburărilor de utilizare a substanțelor – SUD (Nelson *et al.*, 2022). SUD este o problemă complexă, ce implică un consum sever de alcool, medicamente sau alte substanțe (Wangensteen & Hystad, 2022).

Un studiu a arătat că majoritatea pacienților internați cu tulburări de conduită au între 12–15 ani (62,6%), sunt băieți (64,4%) și majoritar caucazieni. Dintre aceștia, 23,7% consumau canabis, iar 10,1% tutun și alcool (Masroor *et al.*, 2019). Alte date indică o prevalență mai mare a consumului la băieți, care au raportat mai frecvent alcool (40,6% vs. 33,9%), țigări (10,7% vs. 6,9%) și marijuana (29,5% vs 22,5%) decât fetele (Blair & Dong, 2021).

Totuși, alte cercetări nu identifică diferențe semnificative de gen, subliniind că atât băieții, cât și fetele manifestă modele similare de consum. Astfel, intervențiile ar trebui să se bazeze pe factori comuni – individuali, familiari și de mediu – nu doar pe gen (Picoito *et al.*, 2019). În aceeași linie, Hoffmann (2022) evidențiază influența mediului familial: adolescenții din familii monoparentale sau reconstruite prezintă un risc mai mare de consum, în special din cauza lipsei de supraveghere și a activităților nestructurate (Hoffmann, 2022).

Un studiu arată că elevii din clasele mai mari, în special din cele terminale, au cele mai mari rate de consum: alcool (51,9%) și marijuana (30,7%), cauzate de presiunea socială și accesul facil la substanțe (Hoots, 2023). De asemenea, performanțele școlare scăzute la 16 ani cresc semnificativ riscul de abuz de droguri în următorii 15–20 de ani (Kendler *et al.*, 2018).

1.2 PARADIGME TEORETICE ALE CONSUMULUI DE SUBSTANȚE

Teoria psihodinamică a lui Freud explică comportamentul prin conflicte inconștiente și interacțiunea dintre Id (instincte), Ego (realitate) și Superego (moralitate). Un rol important îl au mecanismele de apărare, care protejează individul de anxietate (Anitei, 2016).

Conform *teoriei învățării sociale*, adolescenții pot imita consumul de substanțe observat la modele semnificative, mai ales când acesta este recompensat social (Bandura, 1977).

Teoria procesării informației arată că percepțiile legate de riscuri și beneficii influențează deciziile de consum, iar cei care subestimează pericolele sunt mai vulnerabili (Rogers *et al.*, 1999).

Teoria controlului social susține că atașamentul față de familie, școală și comunitate reduce riscul consumului, oferind suport emoțional și alternative sănătoase (Hirschi, 1969). De asemenea, trăsături de personalitate precum impulsivitatea sau căutarea de senzații cresc probabilitatea consumului (Steyer *et al.*, 1999).

Aceste teorii oferă perspective complementare asupra factorilor care influențează consumul de substanțe la adolescenți, sugerând că intervențiile eficiente trebuie să ia în considerare atât aspectele individuale, cât și cele sociale și contextuale.

1.3 EMOȚIILE NEGATIVE: STRESUL, ANXIETATEA ȘI DEPRESIA

Stresul este adesea raportat ca fiind unul înalt de către adolescenții din familii monoparentale sau cu părinți bolnavi, aceștia având deseori probleme școlare și o stimă de sine mai scăzută (Sieh *et al.*, 2013). În ceea ce privește consumul de substanțe, stresul perceput este un factor major. Adolescenții expuși la stres ridicat recurg frecvent la substanțe pentru a face față presiunii academice și sociale, riscând dezvoltarea unor tulburări de utilizare a substanțelor (Blows & Isaacs, 2022).

Anxietatea implică sentimente intense de neliniște și frică, fiind frecventă la adolescenți, unde se manifestă adesea prin iritabilitate (Khesht-Masjedi *et al.*, 2019). Un studiu realizat în China arată că adolescenții din familii monoparentale sau cu părinți vitregi prezintă niveluri mai ridicate de anxietate față de cei din familii biparentale (Wen *et al.*, 2023). Consumul de substanțe este uneori explicat prin ipoteza automedicației – adolescenții apelează la substanțe pentru a atenua simptomele anxietății. Totuși, doar în cazul PTSD, această legătură este semnificativă, fiind influențată și de factori genetici și de mediu (Lopez *et al.*, 2005). Un studiu amplu a evidențiat o relație bidirecțională semnificativă între tulburările de anxietate și consumul de substanțe. Adolescenții folosesc adesea alcoolul sau canabisul pentru a reduce simptomele anxietății, însă acest comportament poate agrava problemele pe termen lung, inclusiv prin modificări neurochimice (Goldfield *et al.*, 2024).

Depresia, caracterizată de tristețe, lipsă de speranță și neîncredere în sine, afectează serios performanța școlară, generând o spirală a eșecului și autoevaluare negativă (Khesht-Masjedi *et al.*, 2019). Fetele manifestă mai frecvent anxietate și depresie, explicate prin tendința spre ruminare și îngrijorare. Reducerea acestor gânduri negative este esențială în intervenții (Espinosa *et al.*, 2022). Legătura dintre depresie și consumul de substanțe implică mecanisme comune neurobiologice (dopamină, serotonină, axa HPA). Depresia poate duce la consum, iar consumul poate agrava simptomele depresive, într-un ciclu bidirecțional (Rao, 2006). Adolescenții depresivi sunt mai predispuși la utilizarea de alcool și marijuana, ceea ce duce la probleme academice și relaționale (Bartholomay *et al.*, 2023). Această relație este adesea reciprocă: depresia favorizează consumul, iar consumul agravează depresia. Influențele genetice, familiale și sociale joacă un rol important (Wang *et al.*, 2016).

Conform lui Williams *et al.* (2021), care a examinat peste 51.000 de elevi, 40% prezentau simptome de anxietate sau depresie, iar 60% declarau consum de substanțe, cu distribuții similare între sexe.

Un alt studiu arată că depresia, anxietatea și stresul sunt predictori semnificativi ai consumului problematic de alcool și alte substanțe. Aceste afecțiuni mintale, împreună cu stresul cronic, contribuie la un cerc vicios al

consumului (Ibigbami *et al.*, 2023). Un studiu din 2024 confirmă că adolescenții cu anxietate și SUD prezintă simptome mai severe, răspund mai slab la tratament și sunt mai predispuși la recăderi decât cei afectați de o singură tulburare (Goldfield *et al.*, 2024).

1.4. SPRIJINUL SOCIAL

Sprijinul social reflectă sentimentul de a fi susținut și valorizat într-o rețea de relații care oferă ajutor emoțional, informațional și practic. Percepția sprijinului disponibil are un impact semnificativ asupra sănătății mintale, adesea mai mare decât sprijinul efectiv (Acoba, 2024).

Sprijinul social perceput (PSS) este asociat cu o stimă de sine mai ridicată și o bunăstare psihologică mai bună în rândul adolescenților, mai ales atunci când vine din partea familiei, prietenilor sau altor persoane semnificative (Poudel *et al.*, 2020). În aceeași linie, un alt studiu a arătat că sprijinul parental este legat de satisfacția de viață și controlul de sine, în timp ce sprijinul prietenilor are un impact mai redus. Relațiile de calitate cu un partener semnificativ reduc simptomele depresive, în special la adolescente (Stevenson *et al.*, 1999).

Un alt studiu arată că sprijinul din partea părinților, profesorilor și colegilor joacă un rol crucial în reducerea anxietății, depresiei și stresului la adolescenți. Intervențiile care încurajează aceste tipuri de sprijin au demonstrat eficiență în promovarea sănătății mintale (Bauer *et al.*, 2021). Gariépy *et al.* (2016) subliniază că, în cazul fetelor, sprijinul parental este esențial, în timp ce sprijinul social al prietenilor este util, dar inconsistent. Adolescenții din familii monoparentale pot avea nevoie de sprijin suplimentar (Gariépy *et al.*, 2016). Adolescenții cu sprijin social variat (familie, prieteni) sunt mai puțin predispuși la comportamente de risc. Copiii și tinerii care se bazează exclusiv pe prieteni sau nu dispun de nicio formă de sprijin social sunt cei mai vulnerabili (Abbott-Chapman *et al.*, 2008).

Sprijinul social joacă un rol esențial în prevenirea consumului de substanțe. Persoanele care beneficiază de sprijin din partea familiei și prietenilor sunt mai puțin predispuse la consumul problematic, datorită reducerii stresului și a simptomelor depresive (Birkeland *et al.*, 2021). Atașamentul sigur față de părinți și conectivitatea școlară sunt factori protectivi importanți. Adolescenții cu atașament sigur raportează niveluri mai scăzute de consum, în timp ce copiii și tinerii cu atașament evitant sunt mai vulnerabili în a recurge la substanțe (Hayre *et al.*, 2024). Cu toate că sprijinul din partea părinților și a altor adulți reduce riscul de consum, sprijinul colegilor care consumă substanțe îl poate încuraja (Wills & Vaughan, 1989). Similar, sprijinul din partea profesorilor este asociat cu un consum mai scăzut de alcool și tutun, mai ales în cazul băieților. În schimb, fetele cu competențe academice scăzute și sprijin crescut din partea colegilor prezintă un risc mai mare de consum (Lifrak *et al.*, 1997). Un alt studiu arată că sprijinul patern

scăzut este un predictor semnificativ pentru toate tipurile de consum, în timp ce sprijinul mamei sau al colegilor are un impact mai redus (Piko, 2000).

Relațiile pozitive cu familia, prietenii și personalul școlar contribuie atât la reducerea riscului de consum, cât și la creșterea bunăstării psihice. Sprijinul profesorilor are un efect protector mai ales când sprijinul familial este deficitar (Moore *et al.*, 2018).

1.5 PERFECȚIONISMUL

Perfecționismul adolescentin are două dimensiuni: aspirația spre perfecțiune, asociată cu motivație și performanțe academice ridicate, și preocupările perfecționiste, corelate cu frica de eșec, stres și depresie. Adolescenții cu perfecționism adaptativ prezintă o stare psihologică mai bună, în timp ce cei cu perfecționism maladaptativ sunt mai vulnerabili emoțional (Stoeber & Childs, 2011).

Perfecționismul impus social este mai frecvent la fete, care resimt o presiune mai mare din partea mediului, ceea ce le face mai susceptibile la stres și dificultăți emoționale (Nakie *et al.*, 2022). Presiunea parentală excesivă accentuează efectele negative ale perfecționismului, în special în formele sale maladaptative (Stoeber & Rambow, 2007).

Studiile arată că perfecționismul explică parțial nivelurile de anxietate (5,3%), iar stima de sine scăzută contribuie și mai mult la această stare (15%) (Hameed & Arzeen, 2023). De asemenea, adolescenții din familii monoparentale prezintă niveluri mai mari de perfecționism maladaptativ, din cauza lipsei unui suport parental constant (Tsai, 2023). Perfecționismul, definit prin standarde nerealiste și autocritică severă, este asociat cu depresie, stres crescut și utilizarea substanțelor ca mecanism de coping. Adolescenții perfecționiști pot recurge la alcool pentru a gestiona emoțiile negative, mai ales în contexte de parenting autoritar care amplifică discrepanțele între așteptări și realizări (Patock-Peckham & Corbin, 2019).

În mediile academice solicitante, perfecționiștii autocritici pot apela la substanțe pentru îmbunătățirea cognitivă, încercând să mențină performanța în fața presiunilor interne și externe (Andres, 2019). Perfecționismul maladaptativ – caracterizat de autocritică și presiune socială – este asociat cu un consum crescut de alcool și tutun, în timp ce perfecționismul adaptativ se corelează cu o sănătate mentală mai bună (Maftei & Opariuc-Dan, 2023).

Mai multe studii recente confirmă că perfecționismul maladaptativ este un predictor pentru anxietate și comportamente riscante, inclusiv consumul de substanțe (Wang *et al.*, 2022; Sepiadou & Metallidou, 2023).

În acest context, înțelegerea interacțiunii dintre perfecționism, stres, anxietate, depresie și sprijinul social este esențială pentru dezvoltarea unor intervenții eficiente în sănătatea mintală a adolescenților (Sepiadou & Metallidou, 2023).

II. METODOLOGIA CERCETĂRII

2.1. OBIECTIVELE CERCETĂRII

Scopul principal al studiului este de a investiga asocierea dintre consumul de substanțe și emoțiile negative, cum ar fi stresul, anxietatea și depresia, și de a analiza rolul perfecționismului și al sprijinului social în ceea ce privește relația dintre emoțiile negative și consumul de substanțe.

2.2. VARIABILELE CERCETĂRII

Variabilele demografice ale prezentului studiu sunt: genul, vârstă, mediul de proveniență, clasa, liceul, tipul de familie din care fac parte participanții.

Variabilele independente sunt: anxietatea ca trăsătură, depresia, stresul, sprijinul social, perfecționismul

Variabila dependentă este consumul de substanțe.

2.3. IPOTEZELE CERCETĂRII

1. Există diferențe de gen în privința emoțiilor negative, în sensul în care persoanele de sex feminin au un nivel mai crescut în ceea ce privește nivelul de stres, anxietate și depresie decât persoanele de sex masculin.

2. Există diferențe de gen în ceea ce privește consumul de substanțe, în sensul în care persoanele de sex masculin sunt mai predispuse la consumul de substanțe decât persoanele de sex feminin.

3. Există diferențe semnificative între nivelurile de (a) sprijin social, (b) perfecționism, (c) anxietate și (d) consumul de substanțe, în funcție de tipul de familie din care fac parte participanții, în sensul că cei care provin din familii orfane de ambii părinți raportează un nivel al (a) sprijinului social și al (b) perfecționismului mai scăzut comparativ cu cei care provin din familii biparentale și un nivel al (c) anxietății și (d) predispoziției către consumul de substanțe mai ridicat.

4. Există o corelație pozitivă semnificativă între emoțiile negative: (a) stres, (b) anxietate și (c) depresie și consumul de substanțe.

5. Există o corelație pozitivă semnificativă între perfecționism și consumul de substanțe.

6. Există o corelație negativă semnificativă între sprijinul social și consumul de substanțe.

7. Sprijinul social moderează legătura dintre (a) stres, (b) anxietate, (c) depresie și consumul de substanțe.

2.4. PARTICIPANȚI

Eșantionul studiului a inclus 238 de elevi cu vârste cuprinse între 14 și 20 ani, din clasele 8–12 ale liceelor din județul Suceava. Proveniența acestora este distribuită astfel: 16,8% din clasa a 8-a, 13,4% din clasa a 9-a, 29,8% din clasa a 10-a, 14,3% din clasa a 11-a și 25,6% din clasa a 12-a. 71,4% din eșantion provine de la Liceul cu Program Sportiv Suceava, 12,6% de la Colegiul Național „Petru Rareș” Suceava, 5,9% de la Colegiul Național „Ștefan cel Mare” Suceava și 10,1% de la alte licee din județ. Dintre participanți, 58,8% sunt elevi cu vârste între 14 și 16 ani, iar 41,2% sunt elevi cu vârste între 17 și 20 de ani. Din totalul eșantionului, 107 sunt de sex feminin (45%) și 131 de sex masculin (55%). În privința mediului de proveniență, 127 provin din mediul urban (53,4%) și 111 din mediul rural (46,6%). Familii cu doi părinți reprezintă predominant 79% din eșantion, în timp ce familiile monoparentale reprezintă doar 10,9%.

2.5. PROCEDURĂ

Fiind o cercetare cantitativă, am utilizat metoda anchetei pe bază de chestionar, iar colectarea datelor a fost realizată prin intermediul platformei online Google Forms. În ceea ce privește eșantionarea, au fost aplicate două tehnici de eșantionare nealeatoare. Prima tehnică utilizată a fost eșantionarea arbitrară, care a implicat selectarea unor persoane ușor accesibile, cum ar fi profesori și elevi voluntari. Profesorii au distribuit chestionarele în cadrul claselor lor, invitând elevii interesați să participe la studiu prin completarea acestora. De asemenea, elevii voluntari care îndeplineau caracteristicile necesare au fost invitați să completeze chestionarul, dacă își doreau să contribuie la cercetare. A doua tehnică aplicată a fost eșantionarea în lanț. După recrutarea unui număr inițial de participanți, aceștia au fost încurajați să distribuie chestionarul în cercul lor de prieteni, dacă se încadrau în caracteristicile socio-demografice specificate în acordul prezentat în introducerea chestionarului.

2.6. INSTRUMENTE

Anxietatea ca trăsătură a fost măsurată cu ajutorul scalei BIS/ANXIETY (Goldberg *et al.*, 2006). Scala conține 10 itemi, fiind dezvoltată pentru a evalua nivelul de anxietate ca trăsătură stabilă a personalității. Scala folosită este una de tip Likert cu 4 trepte, variind de la „Niciodată” la „Foarte des”. Participanții sunt rugați să evalueze frecvența cu care au experimentat anumite stări de anxietate, cum ar fi: „Îmi este teamă că aș putea greși cu ceva”. Un scor mare la această scală se asociază unui nivel ridicat de anxietate, în timp ce unui scor mic i se asociază un nivel scăzut de anxietate. Scala prezintă o consistență internă ridicată, valoarea coeficientului alpha Cronbach fiind de .847.

Depresia a fost măsurată cu ajutorul The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977). Scara CES-D este un instrument de măsurare a depresiei, format din 20 de itemi, fiind adaptată pentru contextul românesc (Stevens, M. J. *et al.*, 2011). Această scală folosește o scală de răspuns bazată pe frecvență, variind de la „Rar sau deloc” la „În majoritatea timpului sau tot timpul”. Participanții sunt rugați să evalueze frecvența cu care au experimentat simptome de depresie, cum ar fi: „M-am gândit că viața mea a fost un eșec”. Un scor mic desemnează un nivel scăzut al depresiei, în timp ce un scor mare, un nivel ridicat. Scala prezintă o foarte bună consistență internă pe eșantionul studiului, valoarea coeficientului alpha Cronbach al acestei scale fiind de .896.

Stresul a fost măsurat cu Perceived Stress Scale (PSS) (Cohen & Janicki-Deverts, 2012). Scara PSS este un instrument de măsurare a stresului perceput, format din 14 itemi. Adaptată pentru contextul românesc de către Cohen S. *et al.* (1983), această scală folosește o scală de răspuns Likert cu 5 trepte, variind de la „Niciodată” la „Foarte des”. Participanții sunt rugați să evalueze frecvența cu care au experimentat diverse situații stresante din ultima lună, cum ar fi: „Cât de des ai fost supărat(ă) din cauza a ceva ce s-a întâmplat pe neașteptate?”. Un scor mic se asociază cu un nivel scăzut al stresului, iar un scor mare cu un nivel ridicat. Scala prezintă o bună consistență internă pe eșantionul studiului, valoarea coeficientului alpha Cronbach fiind .750.

Sprrijinul social a fost măsurat cu Social Provisions Scale (Russell, D., & Cutrona, CE, 1987). Scara Social Provisions este un instrument de măsurare a sprijinului social, format din 24 de itemi. Analizele statistice au relevat existența a 6 factori: atașament (de exemplu, „Nu am relații apropiate cu alte persoane”), integrare socială (de exemplu, „Există persoane care au preocupări similare cu ale mele”), asigurarea valorii (de exemplu, „Alte persoane nu cred că sunt bun la ceea ce fac”), alianță de încredere (de exemplu, „Dacă ceva ar merge prost în viața mea, nu ar avea cine să mă ajute”), îndrumare (de exemplu, „Am persoane de încredere la care pot apela atunci când am nevoie”) și oportunitate pentru îngrijirea altor persoane (de exemplu, „Nimeni nu are nevoie de mine”). Scala folosește o scală de răspuns Likert cu 4 trepte, variind de la „Dezacord total” la „Acord total”. Scala prezintă o bună consistență internă pe eșantionul studiului, valoarea coeficientului alpha Cronbach al acestei scale este de .895.

Perfecționismul a fost măsurat cu ajutorul scalei Perfectionism (Goldberg *et al.*, 2006). Scara Perfecționismului este un instrument de măsurare a tendințelor perfecționiste, format din 9 itemi. Adaptată pentru contextul românesc (Iliescu, D. *et al.*, 2015), această scală folosește o scală de răspuns Likert cu 4 trepte, variind de la „Niciodată” la „Foarte des”. Participanții sunt rugați să evalueze acordul lor cu afirmații legate de perfecționism, cum ar fi: „Vreau ca fiecare detaliu să fie tratat cu atenție”. Scala prezintă o bună consistență internă pe eșantionul studiului, valoarea coeficientului alpha Cronbach al acestei scale este de .808.

Consumul de substanțe a fost măsurat cu The substance use risk profile scale: SURPS (Woicik *et al.*, 2009). Scara SURPS este un instrument de măsurare a riscului consumului de substanțe, format din 23 de itemi. Preluată din literatură, această scală folosește o scală de răspuns Likert cu 4 trepte, variind de la „Dezacord total” la „Acord total”. Participanții sunt rugați să evalueze acordul lor cu afirmații legate de riscul consumului de substanțe, cum ar fi: „Mi-ar plăcea să fac drumeții pe distanțe lungi pe un teritoriu sălbatic și nelocuit”. Scala prezintă o consistență internă acceptabilă pe eșantionul studiului, valoarea coeficientului alpha Cronbach al acestei scale este de .731.

2.7. STRATEGIA DE ANALIZĂ A DATELOR

Datele colectate prin Google Forms au fost exportate în Microsoft Excel pentru a efectua operațiuni de curățare a datelor (*data cleaning*) și codare acolo unde a fost necesar. Ulterior, datele prelucrate au fost importate în software-ul de analiză statistică Jamovi, unde au fost aplicate următoarele tipuri de analize statistice: (1) Analiza de fiabilitate (*Reliability Analysis*) a fost utilizată pentru a calcula coeficientul de consistență internă Cronbach's Alpha, cu scopul de a evalua dacă itemii din scalele folosite sunt semnificativi și consistenți pentru eșantionul nostru; (2) Statistici descriptive au fost calculate pentru a oferi o imagine de ansamblu asupra datelor colectate, incluzând numărul total de participanți, media, abaterea standard, frecvențele și procente; (3) Corelația Pearson a fost aplicată pentru a evalua asocierea dintre variabile și a determina măsura în care există o relație între două sau mai multe variabile. Această analiză a fost aplicată datelor parametrice; (4) Testul T pentru eșantioane independente (*Independent Samples T-Test*) a fost utilizat pentru a compara diferențele dintre două grupuri separate, oferind informații despre semnificația statistică a diferențelor observate; (5) Analiza Varianței (ANOVA) a fost utilizată pentru a compara mediile variabilei dependente între trei sau mai multe grupuri independente, având ca scop identificarea diferențelor semnificative statistic între grupuri. Această tehnică permite investigarea impactului variabilelor independente asupra variabilelor dependente în cadrul eșantionului nostru; (6) Analiza de mediere – explică, moderare – influențează, moderarea a fost utilizată pentru a evalua dacă relația dintre o variabilă independentă și una dependentă este influențată parțial sau complet de o variabilă intermediară (mediatoare). Scopul a fost de a înțelege mecanismele care stau la baza relației dintre variabilele studiate.

III. REZULTATE

3.1. STATISTICI DESCRIPTIVE

Înainte de testarea ipotezelor, au fost analizate distribuțiile variabilelor principale. Participanții au obținut un scor mediu de 20.3 la *anxietate* ($SD = 10$), cu scoruri cuprinse între 0 și 46. Cei mai mulți au raportat un nivel ridicat (modul = 25), iar distribuția nu este normală, fiind ușor asimetrică spre stânga. La *depresie*, scorurile au variat între 10 și 62, media fiind de 32.2 ($SD = 12.1$). Majoritatea au obținut scoruri peste medie, cu o ușoară tendință de simetrie și o distribuție platicurtică. *Stresul* a avut o medie de 26.6 ($SD = 8.6$), cu o distribuție relativ echilibrată și o formă aproape normală. În ceea ce privește *sprijinul social perceput*, participanții au obținut o medie de 62.6 ($SD = 17.2$). Cele mai ridicate scoruri s-au înregistrat la dimensiunile „Alianță de încredere” și „Îndrumare”, cu medii de peste 10 puncte. Distribuțiile acestor dimensiuni au fost ușor asimetrice negativ și semnificativ ne-normale. *Perfecționismul* a înregistrat o medie de 25.5 ($SD = 9.2$), iar *consumul de substanțe* a avut o medie de 32.3 ($SD = 8.8$), cu scoruri cuprinse între 7 și 60. Ambele variabile prezintă o ușoară asimetrie negativă și nu respectă distribuția normală. Detalii se regăsesc în tabelul nr. 1.

Tabel nr. 1

Statistici descriptive

	Anxietate	Depresie	Stres	Sprijin social	Perfecționism	Consumul de substanțe
Mean	20.3	32.2	26.6	62.6	25.5	32.3
Median	21.0	32.0	27.0	59.5	25.0	33.0
Mode	25.0	40.0	29.0	51.0	32.0	33.0
Standard deviation	10.0	12.1	8.62	17.2	9.24	8.86
Skewness	-0.0532	0.104	-0.187	0.105	-0.359	-0.425
Std. error skewness	0.158	0.158	0.158	0.158	0.158	0.158
Kurtosis	-0.758	-0.809	0.150	-1.04	-0.0286	0.705
Std. error kurtosis	0.314	0.314	0.316	0.316	0.314	0.314
Shapiro-Wilk W	0.983	0.978	0.993	0.963	0.981	0.970
Shapiro-Wilk p	0.007	< .001	0.362	< .001	0.003	< .001

3.2. TESTAREA IPOTEZELOR

În vederea testării ipotezelor, au fost folosite teste statistice specifice. Mai jos sunt prezentate ipotezele, precum și indicatorii specifici care dovedesc confirmarea, respectiv infirmarea ipotezelor.

1. *Există diferențe de gen în privința emoțiilor negative, în sensul în care persoanele de sex feminin au un nivel mai crescut în ceea ce privește nivelul de stres, anxietate și depresie decât persoanele de sex masculin.*

Pentru a verifica dacă există diferențe semnificative a emoțiilor negative (stres, anxietate și depresie) în funcție de gen, a fost aplicat testul t pentru eșantioane independente, rezultatele fiind prezentate în tabelele 2 și 3. Rezultatele testului t pentru eșantioane independente au indicat existența unor diferențe semnificative din punct de vedere statistic. În ceea ce privește *anxietatea*, există diferențe semnificative din punct de vedere statistic între persoanele de sex feminin ($M=25.3$, $SD=8.55$) comparativ cu persoanele de sex masculin ($M=16.2$, $SD=9.23$): $t(236) = 7.85$, $p < .001$. Acest rezultat indică faptul că fetele tind să aibă niveluri mai mari de anxietate decât băieții. Referitor la *depresie*, există diferențe semnificative din punct de vedere statistic între persoanele de sex feminin ($M=37.6$, $SD=10.92$) comparativ cu cele de sex masculin ($M=27.8$, $SD=11.25$): $t(236) = 6.79$, $p < .001$. Acest rezultat sugerează că fetele experimentează un nivel mai mare al depresiei decât băieții. În ceea ce privește *stresul*, există diferențe semnificative din punct de vedere statistic între persoanele de sex feminin ($M=29.9$, $SD=7.77$) față de persoanele de sex masculin ($M=23.8$, $SD=8.32$): $t(234) = 5.81$, $p < .001$. Acest rezultat indică faptul că fetele au tendința de a experimenta niveluri mai mari de stres comparativ cu băieții. Așadar, ipoteza se confirmă.

Tabelul nr. 2

Statistici descriptive în funcție de gen

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Anxietate	Feminin	107	25.3	25.0	8.55	0.827
	Masculin	131	16.2	15.0	9.23	0.806
Depresie	Feminin	107	37.6	39.0	10.92	1.056
	Masculin	131	27.8	26.0	11.25	0.983
Stres	Feminin	107	29.9	30.0	7.77	0.751
	Masculin	129	23.8	24.0	8.32	0.733
Consumul de substanțe	Feminin	107	33.2	35.0	9.33	0.902

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
	Masculin	131	31.5	32.0	8.42	0.735

Tabelul nr. 3

Diferențe de gen

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p	Mean difference	SE difference
Anxietate	Student's t	7.85	236	< .001	9.13	1.16
Depresie	Student's t	6.79	236	< .001	9.82	1.45
Stres	Student's t	5.81	234	< .001	6.13	1.06
Consumul de substanțe	Student's t	1.53	236	0.128	1.76	1.15

Note. $H_0: \mu_{\text{Feminin}} \neq \mu_{\text{Masculin}}$

2. Există diferențe de gen în ceea ce privește consumul de substanțe, în sensul în care persoanele de sex masculin sunt mai predispuse la consumul de substanțe decât persoanele de sex feminin.

Pentru a verifica dacă există diferențe semnificative între consumul de substanțe în funcție de gen, a fost aplicat testul t pentru eșantioane independente, utilizând software-ul Jamovi, fiind reprezentată în tabelele nr. 2 și 3. Rezultatele testului t pentru eșantioane independente nu au indicat o diferență semnificativă din punct de vedere statistic între persoanele de sex masculin și cele de sex feminin. Media consumului de substanțe pentru persoanele de sex feminin a fost de 33.2 (SD=9.33), iar pentru persoanele de sex masculin a fost de 31.5 (SD=8.42): $t(236) = 1.53$, $p = 0.128$. Acest rezultat sugerează că nu există o diferență semnificativă statistic între nivelurile medii ale consumului de substanțe între bărbați și femei. Astfel, ipoteza se infirmă.

3. Există diferențe semnificative între nivelurile de (a) sprijin social, (b) perfecționism, (c) anxietate și (d) predispoziție către consum de persoane în funcție de tipul de familie din care fac parte participanții, în sensul că cei care provin din familiile orfane de ambii părinți raportează un nivel al (a) sprijinului social și al (b) perfecționismului mai scăzut comparativ cu cei care provin din familii

biparentale și un nivel al (c) anxietății și al (d) predispoziției către consumul de substanțe mai ridicat.

a) Analiza One-Way ANOVA (Welch's) a fost utilizată pentru a evalua diferențele semnificative între nivelurile de sprijin social, perfecționism și tipul de familie din care fac parte participanții. Pentru *sprijinul social*, rezultatele arată o valoare F de 7.65, cu 5 grade de libertate pentru grupuri (df1) și 10.33 grade de libertate pentru eroare (df2). Valoarea $p=0.003$, ceea ce indică faptul că există diferențe semnificative din punct de vedere statistic între grupurile analizate.

b) Pentru *perfecționism*, rezultatele indică o valoare F de 7.09, cu 5 grade de libertate pentru grupuri (df1) și 9.01 grade de libertate pentru eroare (df2). Valoarea $p=0.006$, sugerând, de asemenea, diferențe semnificative din punct de vedere statistic între grupuri.

Statisticile descriptive pentru *sprijinul social în funcție de tipul de familie* arată următoarele medii și deviații standard: pentru grupul „Altă situație”, media este de 58.0 (SD = 14.48), pentru grupul „Biparentală”, media este de 63.8 (SD = 17.27), pentru grupul „Monoparentală”, media este de 59.7 (SD = 18.07), pentru grupul „Orfan de ambii părinți”, media este de 51.5 (SD = 2.12), pentru grupul „Orfan de un părinte”, media este de 58.6 (SD = 19.33) și pentru grupul „În plasament”, media este de 49.7 (SD = 5.03). Pentru *perfecționism*, statisticile descriptive sunt: pentru grupul „Altă situație”, media este de 28.4 (SD = 8.65), pentru grupul „Biparentală”, media este de 25.6 (SD = 8.97), pentru grupul „Monoparentală”, media este de 23.8 (SD = 12.19), pentru grupul „Orfan de ambii părinți”, media este de 18.0 (SD = 1.41), pentru grupul „Orfan de un părinte”, media este de 26.4 (SD = 7.27) și pentru grupul „În plasament”, media este de 26.3 (SD = 6.66). Aceste date indică variații în nivelurile de sprijin social și perfecționism în funcție de tipul de familie. Testul Post-Hoc Games-Howell a identificat următoarele diferențe semnificative pentru sprijinul social: biparental ($M=63.8$; $S.D.=17.27$) și orfan de ambii părinți ($M=58.6$; $S.D.=19.33$) [$t(2.33) = 6.26$, $p=0.041$]. Aceste rezultate arată că participanții din familiile biparentale au un nivel de sprijin social semnificativ mai mare comparativ cu cei din familiile orfane de ambii părinți. Pentru perfecționism, testul Post-Hoc Games-Howell a arătat diferențe semnificative între următoarele perechi de grupuri: altă situație ($M=28.4$; $S.D. = 8.65$) și orfan de ambii părinți ($M=18.0$ $S.D.= 1.41$) [$t(10.83) = 3.71$; $p=0.002$]. Acest rezultat indică faptul că participanții din categoria altă situație au niveluri de perfecționism semnificativ mai mari comparativ cu cei care sunt orfani de ambii părinți.

c) Analiza One-Way ANOVA (Welch's) a fost realizată pentru a testa ipoteza conform căreia există diferențe semnificative între nivelurile de *anxietate* și *tipul de familie* din care fac parte participanții. Rezultatele analizei ANOVA indică o valoare F de 8.35, cu 5 grade de libertate pentru grupuri (df1) și 7.50 grade de libertate pentru eroare (df2). Valoarea $p=0.006$ sugerează că există diferențe semnificative între grupurile analizate în ceea ce privește nivelurile de anxietate (vezi tabelul 5). Pentru a identifica diferențele specifice între perechile

de grupuri, a fost aplicat testul Post-Hoc Games-Howell. Rezultatele acestui test au indicat diferențe semnificative între următoarele perechi de grupuri: 1. Biparentală ($M=19.8$; $S.D. = 9.74$) și orfan de un părinte ($M=31.1$; $S.D. = 4.12$) [$t(10.70) = -6.98$; $p < .001$] și 2. Monoparentală ($M=17.6$; $S.D. = 10.93$) și orfan de un părinte ($M=31.1$; $S.D.=4.12$) [$t(30.3) = -5.23$, $p < .001$]. Aceste rezultate confirmă că nivelurile de anxietate sunt semnificativ mai mari în rândul participanților care sunt orfani de un părinte comparativ cu cei din familiile biparentale și monoparentale.

d) Analiza One-Way ANOVA (Welch's) a fost utilizată pentru a evalua diferențele semnificative între consumul de substanțe și tipul de familie din care fac parte participanții. Rezultatele analizei ANOVA indică o valoare F de 9.12, cu 5 grade de libertate pentru grupuri ($df1$) și 9.05 grade de libertate pentru eroare ($df2$). Valoarea p asociată este 0.002, ceea ce sugerează că există diferențe semnificative din punct de vedere statistic între grupurile analizate în ceea ce privește predispoziția consumului de substanțe (vezi tabelul nr. 5) (Anexa 5).

Testul Post-Hoc Games-Howell a identificat următoarele diferențe semnificative pentru predispoziția consumului de substanțe: biparental ($M=31.9$; $SD=8.586$) și în plasament ($M=36.7$; $SD=0.577$) [$t(36.20)=-6.661$, $p < .001$]. Așadar, ipoteza se confirmă.

Tabel nr. 4

Diferențe în funcție de tipul de familie

One-Way ANOVA (Welch's)				
	F	df1	df2	p
Sprijin social	7.65	5	10.33	0.003
Perfecționism	7.09	5	9.01	0.006
Anxietate	8.35	5	7.50	0.006
Consumul de substanțe	9.12	5	9.05	0.002

4. Există o corelație pozitivă semnificativă între emoțiile negative (a) stres, (b) anxietate și (c) depresie și consumul de substanțe.

Pentru a analiza relațiile dintre emoțiile negative (anxietate, depresie, stres) și consumul de substanțe, s-a realizat o analiză de corelație Pearson. Rezultatele acestei analize sunt prezentate în tabelul anterior indicând existența unor corelații semnificative din punct de vedere statistic între variabilele studiate. Corelația dintre anxietate și depresie este pozitivă ($r = 0.697$, $p < 0.001$), având o mărime a efectului puternică. Rezultatul arată că pe măsură ce nivelul de anxietate crește,

crește și nivelul de depresie. De asemenea, există o corelație pozitivă semnificativă și ridicată din punct de vedere statistic între anxietate și stres ($r = 0.602$, $p < .001$). Similar, depresia și stresul sunt corelate pozitiv ($r = 0.731$, $p < .001$), cu o mărime a efectului puternică, subliniind o relație directă și semnificativă din punct de vedere statistic între aceste două variabile. În ceea ce privește consumul de substanțe, acesta este pozitiv corelat cu toate celelalte variabile: anxietate ($r = 0.337$, $p < .001$), depresie ($r = 0.421$, $p < .001$) și stres ($r = 0.321$, $p < .001$), asocierea dintre variabile fiind una de intensitate medie. Aceste corelații sugerează că un nivel mai mare a emoțiilor negative (anxietate, depresie sau stres) este asociat cu un nivel mai mare de consum de substanțe. Așadar, ipoteza se confirmă. Detaliile se regăsesc în tabelul nr. 5.

Tabel nr. 5
Corelații între variabile

Correlation Matrix		Anxietate	Depresie	Stres	Suport Social	Perfecționism	Consumul De Substanțe
Anxietate	Pearson's r	—					
	df	—					
	p-value	—					
Depresie	Pearson's r	0.697 ***	—				
	df	236	—				
	p-value	<.001	—				
Stres	Pearson's r	0.602 ***	0.731 ***	—			
	df	234	234	—			
	p-value	<.001	<.001	—			
Suport Social	Pearson's r	-0.151 *	-0.407 ***	-0.462 ***	—		
	df	234	234	232	—		
	p-value	0.021	<.001	<.001	—		
Perfecționism	Pearson's r	0.237 ***	0.040	-0.044	0.437 ***	—	
	df	236	236	234	234	—	
	p-value	<.001	0.540	0.502	<.001	—	
Consumul De Substanțe	Pearson's r	0.337 ***	0.421 ***	0.321 ***	-0.202 **	0.143 *	—
	df	236	236	234	234	236	—
	p-value	<.001	<.001	<.001	0.002	0.028	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

5. Există o corelație pozitivă semnificativă între perfecționism și consumul de substanțe.

Analiza corelațională a demonstrat existența unor relații semnificative între perfecționism și consumul de substanțe (tabel 5). Există o corelație pozitivă semnificativă din punct de vedere statistic în relația dintre perfecționism și consumul de substanțe ($r=0.143$, $p=0.028$), având o mărime a efectului scăzută. Acest rezultat sugerează că persoanele cu un nivel mai ridicat de perfecționism sunt mai predispuse la consumul de substanțe. Astfel, ipoteza se confirmă.

6. Există o corelație negativă semnificativă între sprijinul social și consumul de substanțe.

Pentru a analiza relația între sprijinul social și consumul de substanțe, s-a realizat o analiză de corelație Pearson în Jamovi. Analiza corelațiilor a demonstrat existența unor relații semnificative între perfecționism și consumul de substanțe (vezi tabel 5). Există o corelație negativă semnificativă din punct de vedere statistic între consumul de substanțe și sprijinul social ($r = -0.202$, $p = 0.002$), având o mărime absolută a coeficientului scăzut. Aceasta sugerează că un nivel mai mare de sprijin social este asociat cu o predispoziție mai mică la consumul de substanțe. Relația negativă dintre consumul de substanțe și diferitele dimensiuni ale sprijinului social este evidențiată astfel: atașamentul ($r = -0.112$, $p = 0.087$), integrarea socială ($r = -0.102$, $p = 0.119$), asigurarea valorii ($r = -0.284$, $p < .001$), alianța de încredere ($r = -0.241$, $p < .001$), îndrumare ($r = -0.192$, $p = 0.003$) și oportunitatea pentru îngrijirea altor persoane ($r = -0.019$, $p = 0.767$). Astfel, consumul de substanțe și dimensiunile sprijinului social corelează negativ și semnificativ din punct de vedere statistic doar cu asigurarea valorii, alianța de încredere și îndrumarea. Ipoteza se confirmă parțial, deoarece consumul de substanțe nu se corelează semnificativ cu trei subscale ale sprijinului social: atașament, integrare socială și oportunitate pentru îngrijirea altor persoane.

7. Sprijinul social moderează legătura dintre (a) stres, (b) anxietate și (c) depresie și consumul de substanțe.

Pentru a verifica măsura în care relația dintre stres și consumul de substanțe este influențată de sprijinul social, s-a analizat relația de moderare a variabilei „sprijin social” în ceea ce privește relația dintre variabila independentă „stres” și variabila dependentă „consumul de substanțe”. Pe baza tabelelor de mai jos, putem observa un efect direct semnificativ al stresului asupra consumului de substanțe ($p < 0.001$), un efect nesemnificativ al sprijinului social asupra consumului de substanțe ($p = 0.396$) și un efect nesemnificativ statistic în ceea ce privește interacțiunea dintre stres și sprijinul social ($p = 0.108$). Aceasta sugerează că, pe măsură ce stresul crește, consumul de substanțe crește semnificativ, sprijinul social, în sine, nu influențează direct consumul de substanțe și nu moderează semnificativ relația dintre stres și consumul de substanțe (Tabel nr. 6; Figura nr. 1).

Tabel nr. 6

Sprijinul social moderează legătura dintre stres și consumul de substanțe

Moderation Estimates

	Estimate	SE	95% Confidence Interval		Z	p
			Lower	Upper		
Stres	0.34468	0.06449	0.2183	0.47108	5.345	< .001

Moderation Estimates

	Estimate	SE	95% Confidence Interval		Z	p
			Lower	Upper		
Sprijin social	0.02674	0.03153	-0.0885	0.03506	0.848	0.396
Stres * Sprijin social	0.00558	0.00347	-0.0124	0.00122	1.608	0.108

Pentru a verifica felul în care relația dintre anxietate și consumul de substanțe este influențată de sprijinul social, s-a analizat relația de moderare a variabilei „sprijin social” a relației dintre variabila independentă „anxietate” și variabila dependentă „consumul de substanțe”. Rezultatele indică un efect semnificativ statistic al anxietății asupra consumului de substanțe ($p < 0.001$), un efect direct negativ și semnificativ al sprijinului social asupra consumului de substanțe ($p = 0.012$), iar efectul interacțiunii este semnificativ statistic ($p = 0.025$; Tabel nr. 7; Figura nr. 2).

Tabel nr. 7

Sprijinul social moderează legătura dintre anxietate și consumul de substanțe

Moderation Estimates

	Estimate	SE	Z	p
Anxietate	0.29425	0.05307	5.54	< .001
Sprijin social	-0.07748	0.03077	-2.52	0.012
Anxietate * Sprijin social	-0.00656	0.00292	-2.24	0.025

În cele din urmă, a fost analizată relația dintre depresie și consumul de substanțe având ca variabilă moderatoare variabila „sprijin social”. Rezultatele arată un efect direct semnificativ al depresiei asupra consumului de substanțe ($p < 0.001$), un efect direct nesemnificativ al sprijinului social asupra consumului de substanțe ($p = 0.614$), iar în ceea ce privește efectul interacțiunii este marginal semnificativ ($p = 0.054$).

Acest rezultat sugerează că o creștere a depresiei este asociată cu o creștere semnificativă a predispoziției la consumul de substanțe, sprijinul social, în sine, nu influențează direct consumul de substanțe, dar poate modera relația dintre depresie și consumul de substanțe, efectul fiind insuficient de puternic pentru a atinge semnificația statistică strictă (Tabel nr. 8; Figura nr. 3). Așadar, ipoteza se confirmă.

Tabel nr. 8

Sprijinul social moderează legătura dintre depresie și consumul de substanțe

Moderation Estimates				
	Estimate	SE	Z	p
Depresie	0.31199	0.04277	7.295	< .001
Sprijin social	-0.01516	0.03002	-0.505	0.614
Depresie * Sprijin social	-0.00479	0.00249	-1.925	0.054

Figura nr. 1

Sprijinul social moderează Stres – PCS

Simple Slope Plot

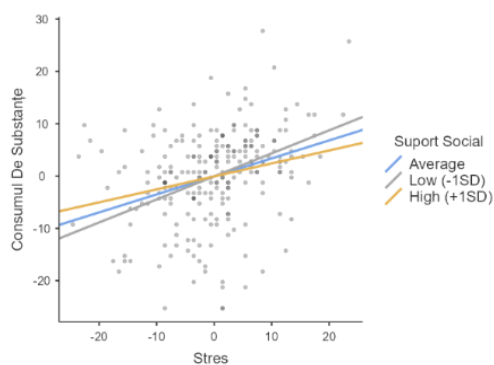


Figura nr. 2

Sprijinul social moderează Anxietate – PCS

Simple Slope Plot

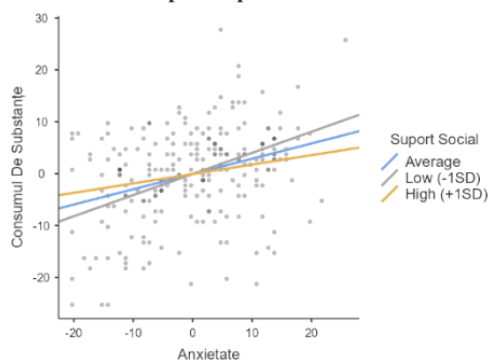
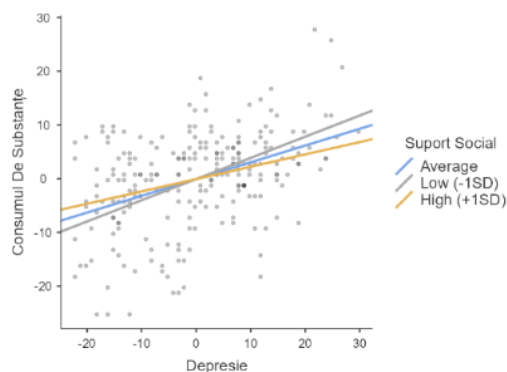


Figura nr. 3

Sprrijinul social moderează Depresie – PCS
Simple Slope Plot



IV. DISCUȚII

Scopul acestui studiu a fost de a analiza relația dintre emoțiile negative, perfecționism, sprijinul social și consumul de substanțe în rândul adolescenților. Studiul și-a propus să identifice factorii care contribuie la această predispoziție și să evalueze modul în care sprijinul social poate acționa ca factor protector. În vederea atingerii acestui scop, au fost formulate și testate mai multe ipoteze, unele fiind confirmate, altele infirmate.

Prima ipoteză a studiului a presupus existența unor diferențe de gen în ceea ce privește emoțiile negative, astfel încât persoanele de sex feminin să aibă un nivel mai ridicat de stres, anxietate și depresie decât cele de sex masculin. Rezultatele au confirmat această ipoteză, fetele obținând scoruri semnificativ mai ridicate la toate cele trei variabile. Acest rezultat este în concordanță cu literatura de specialitate, care evidențiază o vulnerabilitate mai mare a fetelor la tulburările emoționale, pe fondul unei reactivități emoționale crescute și al unor factori sociali care accentuează această predispoziție (Williams *et al.*, 2021). Acest lucru poate fi explicat și prin diferențele în strategiile de coping utilizate de fete și băieți, primele fiind mai înclinate către ruminație și introspecție, ceea ce poate duce la o intensificare a simptomelor emoționale (Espinosa *et al.*, 2022).

A doua ipoteză a presupus existența unor diferențe de gen în ceea ce privește consumul de substanțe, băieții fiind considerați mai predispuși decât fetele. Spre deosebire de așteptările inițiale, rezultatele studiului nu au indicat diferențe semnificative între sexe în ceea ce privește consumul de substanțe. Acest rezultat este în linie cu cercetările recente care arată că modelele de consum de substanțe devin tot mai similare între sexe, pe măsură ce normele sociale se schimbă și fetele

au acces mai facil la astfel de comportamente (Picoito *et al.*, 2019). Această constatare subliniază importanța unor strategii de prevenție care să nu fie bazate exclusiv pe diferențele de gen, ci să țină cont de factori mai specifici, precum mediul familial sau grupul de prieteni.

A treia ipoteză a vizat influența tipului de familie asupra sprijinului social, perfecționismului, anxietății și predispoziției către consumul de substanțe, pornind de la premisa că adolescenții din familii monoparentale sau orfane de ambii părinți sunt mai vulnerabili. Rezultatele au confirmat această ipoteză, arătând că adolescenții din familii biparentale beneficiază de un sprijin social mai ridicat și au tendințe de perfecționism adaptativ. În schimb, cei din familii monoparentale sau orfani au raportat niveluri mai mari de anxietate și o predispoziție crescută către consumul de substanțe, ceea ce este în concordanță cu studiile anterioare care evidențiază impactul lipsei sprijinului familial asupra sănătății mintale a adolescenților (Wen *et al.*, 2023; Hoffmann, 2022). Aceste rezultate subliniază importanța unor programe de sprijin pentru adolescenții vulnerabili, care să compenseze lipsa resurselor emoționale din familie.

O altă ipoteză testată a fost existența unei corelații pozitive între emoțiile negative (stres, anxietate, depresie) și consumul de substanțe. Rezultatele au confirmat această ipoteză, demonstrând că adolescenții care experimentează niveluri ridicate de anxietate, depresie sau stres sunt totodată cei care recurg la substanțe ca formă de coping. Acest fenomen este explicat de ipoteza automedicației, conform căreia indivizii utilizează substanțe pentru a atenua disconfortul emoțional (Blows & Isaacs, 2022; Goldfield *et al.*, 2024). În acest context, prevenția consumului de substanțe trebuie să includă intervenții care vizează sănătatea emoțională, nu doar interdicții privind consumul.

De asemenea, s-a investigat existența unei corelații între perfecționism și consumul de substanțe. Rezultatele au indicat o asocierie pozitivă semnificativă, dar de intensitate redusă, ceea ce sugerează că, deși perfecționismul maladadaptativ poate contribui la consumul de substanțe, acesta nu este un factor determinant principal. Acest rezultat este în acord cu studiile care arată că adolescenții perfecționiști pot folosi substanțele pentru a face față presiunilor autoimpuse (Maftei & Opariuc-Dan, 2023; Y. Wang *et al.*, 2022). Totuși, magnitudinea scăzută a corelației indică faptul că sunt necesare analize suplimentare pentru a înțelege mai bine această relație.

În ceea ce privește sprijinul social, s-a testat ipoteza conform căreia acesta ar avea o relație inversă cu consumul de substanțe. Rezultatele au confirmat această ipoteză, demonstrând că adolescenții cu un sprijin social mai ridicat sunt cei care recurg într-o mai mică măsură la consumul de substanțe. Aceste constatări sunt în acord cu studiile care evidențiază rolul protectiv al rețelilor de suport emoțional (Birkeland *et al.*, 2021; Wills & Vaughan, 1989). Acest rezultat subliniază importanța implicării părinților, profesorilor și prietenilor în viața adolescenților, pentru a le oferi un mediu stabil și securizant.

În final, s-a investigat rolul moderator al sprijinului social asupra relației dintre emoțiile negative și consumul de substanțe. Rezultatele au confirmat parțial această ipoteză, arătând că sprijinul social are un efect protector mai pronunțat în cazul anxietății, dar mai puțin evident în ceea ce privește stresul și depresia. Acest rezultat este în concordanță cu studiile anterioare care arată că rețelele sociale pot ajuta în special în gestionarea anxietății, dar sunt mai puțin eficiente în cazul depresiei severe (Gariépy *et al.*, 2016; Bauer *et al.*, 2021). Această constatare sugerează că strategiile de prevenție ar trebui să fie diferențiate în funcție de tipul problemelor emoționale cu care se confruntă adolescenții.

4.1. CONCLUZII GENERALE

Studiul a vizat explorarea relației dintre consumul de substanțe și factori emoționali (anxietate, depresie, stres), perfecționism, sprijin social și variabile socio-demografice în rândul adolescenților din județul Suceava. Rezultatele evidențiază rolul semnificativ al emoțiilor negative și al contextului social în predispoziția la consum. Analizele corelaționale au arătat că nivelurile ridicate de anxietate, depresie și stres se asociază pozitiv cu consumul de substanțe, confirmând ipoteza că adolescenții pot recurge la substanțe ca mecanism de reglare emoțională. În schimb, sprijinul social s-a dovedit a fi un factor protector, având o relație negativă cu consumul. Perfecționismul s-a asociat pozitiv atât cu consumul de substanțe, cât și cu percepția unui sprijin social crescut, sugerând o nevoie de sprijin în fața presiunilor interne. Diferențele de gen au fost semnificative doar în cazul emoțiilor negative, fetele raportând niveluri mai mari de stres, anxietate și depresie. Nu au fost identificate diferențe semnificative privind consumul de substanțe între băieți și fete. De asemenea, tipul de familie a influențat nivelurile de anxietate și consum, adolescenții din familii monoparentale sau orfani de un părinte fiind mai vulnerabili decât cei din familii biparentale.

Analizele de moderare au evidențiat rolul sprijinului social ca factor protectiv în relația dintre anxietate și consumul de substanțe. În cazul depresiei, efectul moderativ este marginal, iar în relația cu stresul, acesta nu este semnificativ. Aceste rezultate sugerează că sprijinul social este mai eficient în atenuarea efectelor anxietății asupra consumului și subliniază nevoia de intervenții adaptate pentru promovarea sănătății mintale în rândul adolescenților.

4.2. LIMITE

O primă limită a acestui studiu îl reprezintă numărul de subiecți, precum și proveniența acestora. Întrucât participanții sunt elevi în cadrul a patru școli din județul Suceava, generalizarea rezultatelor la populația adolescenților din România trebuie realizată cu prudență. Apoi, având în vedere că chestionarul a fost distribuit electronic, prin intermediul profesorilor și în lanț de la participanții inițiali către cunoscuții lor, nu se poate garanta întotdeauna seriozitatea cu care acesta a fost completat. Un alt aspect

de luat în considerare este faptul că chestionarul privind consumul de substanțe a fost preluat din limba engleză și nu s-a găsit o versiune adaptată pentru populația din România. Aceasta ar putea influența relevanța și interpretarea rezultatelor, deoarece diferențele culturale și lingvistice pot afecta înțelegerea și răspunsurile participanților.

4.3. DIRECȚII VIITOARE

În viitor s-ar dori adaptarea unui chestionar privind consumul de substanțe pentru populația din România, mai mult decât atât pentru populația tânără. Pentru o seriozitate mai mare, pe lângă chestionarele aplicate s-ar putea adăuga o metodă de cercetare în plus, cum ar fi interviul, pentru a se vedea seriozitatea răspunsurilor, sau întrebări deschise la finalul chestionarului. S-ar putea adăuga la studiile următoare alte variabile cum ar fi stresul financiar (Menasco, 2012), presiunea academică (Bond *et al.*, 2007), stilurile de coping (Wagner *et al.*, 1999), reziliență (Cousijn *et al.*, 2018) sau alte variabile pentru a se putea cerceta mai în amănunt această problemă a consumului de substanțe și ce declanșează dorința de consum.

4.4. IMPLICAȚII TEORETICE ȘI PRACTICE

Rezultatele acestui studiu evidențiază importanța factorilor emoționali și sociali în predispoziția adolescenților către consumul de substanțe. S-a observat că emoțiile negative, precum anxietatea, depresia și stresul, se asociază pozitiv cu creșterea riscului de consum, în timp ce sprijinul social adecvat poate funcționa ca un factor protector. Adolescenții care se confruntă cu niveluri ridicate de anxietate și depresie sunt mai predispuși să recurgă la substanțe ca mecanism de coping, în încercarea de a gestiona emoțiile negative. În același timp, perfecționismul s-a dovedit a fi un factor care poate amplifica stresul și, implicit, vulnerabilitatea către consumul de substanțe. Adolescenții care resimt presiuni mari de a atinge standarde ridicate și care se confruntă cu o autoevaluare critică severă sunt mai susceptibili să caute modalități de a face față tensiunii, iar substanțele pot deveni o opțiune pentru unii dintre ei. Un alt aspect relevant al studiului este legătura puternică dintre sprijinul social și protecția împotriva consumului de substanțe. Adolescenții care beneficiază de sprijin din partea familiei, prietenilor sau profesorilor au raportat o predispoziție mai redusă spre consum, ceea ce subliniază rolul relațiilor interpersonale în menținerea echilibrului emoțional.

Aceste rezultate sugerează că intervențiile destinate prevenirii consumului de substanțe ar trebui să includă atât strategii de gestionare a emoțiilor negative, cât și măsuri pentru întărirea rețelilor de sprijin social. Crearea unui mediu în care adolescenții se simt sprijiniți și înțeleși poate contribui semnificativ la reducerea riscurilor asociate consumului de substanțe, oferindu-le alternative sănătoase pentru gestionarea dificultăților emoționale.

Primit în redacție la: 23.09.2025

BIBLIOGRAFIE

1. ABBOTT-CHAPMAN, J., DENHOLM, C., & WYLD, C., *Social support as a factor inhibiting teenage risk-taking: Views of students, parents and professionals*, Journal of Youth Studies, **11**, 6, 2008, p. 611–627.
2. ACOBA, E. F., *Social support and mental health: The mediating role of perceived stress*, Frontiers in Psychology, **15**, 2024, 1330720.
3. ANDRES, L. M., *Cognitive Enhancement Drug Use among University Students: The Role of Perfectionism and Perceived Stress*. [Info:eu-repo/semantics/bachelorThesis]. University of Twente, 2019, <https://essay.utwente.nl/78411/>
4. ANITEI M., *Tratat de Psihologia Personalității*, Trei, 2016.
5. BARTHOLOMAY, E. M., STONE, B. M., & LYONS, G. A., *Depression and social anxiety symptoms explain substance use problems beyond amount/frequency of substance use*, Current Psychology, **42**, 8, 2023, p. 6249–6256.
6. BAUER, A., STEVENS, M., PURTSCHALLER, D., KNAPP, M., FONAGY, P., EVANS-LACKO, S., & PAUL, J., *Mobilising social support to improve mental health for children and adolescents: A systematic review using principles of realist synthesis*, PLOS ONE, **16**, 5, 2021, e0251750.
7. BENTO, C., PEREIRA, A. T., & ROQUE, C., *Longitudinal effects of an intervention on perfectionism in adolescents*, Psicothema, **29**, 3, 2017, p. 317–322.
8. BIRKELAND, B., WEIMAND, B., RUUD, T., MAYBERY, D., & VEDERHUS, J.-K., *Perceived family cohesion, social support, and quality of life in patients undergoing treatment for substance use disorders compared with patients with mental and physical disorders*, Addiction Science & Clinical Practice, **16**, 1, 2021, p. 44.
9. BLAIR, S. L., & DONG, S., *Employment, Peers, and Gender: Disentangling the Context of American Adolescent Substance Use*, Journal of Applied Youth Studies, **4**, 3, 2021, p. 221–238.
10. BLOWS, S., & ISAACS, S., *Prevalence and factors associated with substance use among university students in South Africa: Implications for prevention*, BMC Psychology, **10**, 1, 2022, p. 309.
11. BOND, L., BUTLER, H., THOMAS, L., CARLIN, J., GLOVER, S., BOWES, G., & PATTON, G., *Social and School Connectedness in Early Secondary School as Predictors of Late Teenage Substance Use, Mental Health, and Academic Outcomes*, Journal of Adolescent Health, **40**, 4, 2007, p. 357, e9-357.e18.
12. BOURDUGE, C., TEISSEDE, F., MOREL, F., FLAUDIAS, V., IZAUTE, M., & BROUSSE, G., *Lockdown Impact on Stress, Coping Strategies, and Substance Use in Teenagers*, Frontiers in Psychiatry, **12**, 2022.
13. COHEN, S., KAMARCK, T., & MERMELSTEIN, R., *A global measure of perceived stress*, Journal of Health and Social Behavior, 1983.
14. COHEN, S., & JANICKI-DEVERTS, D., *Who's Stressed? Distributions of Psychological Stress in the United States in Probability Samples from 1983, 2006, and 2009¹*, Journal of Applied Social Psychology, **42**, 6, 2012, p. 1320–1334.
15. COUSIN, J., LUIJTEN, M., & FELDSTEIN EWING, S. W., *Adolescent resilience to addiction: A social plasticity hypothesis*, The Lancet Child & Adolescent Health, **2**, 1, 2018, p. 69–78.
16. ESPINOSA, F., MARTIN-ROMERO, N., & SANCHEZ-LOPEZ, A., *Repetitive Negative Thinking Processes Account for Gender Differences in Depression and Anxiety During Adolescence*, International Journal of Cognitive Therapy, **15**, 2, 2022, p. 115–133.
17. GARIÉPY, G., HONKANIEMI, H., & QUESNEL-VALLÉE, A., *Social support and protection from depression: Systematic review of current findings in Western countries*, British Journal of Psychiatry, **209**, 4, 2016, p. 284–293.

18. GOLDBERG, L. R., JOHNSON, J. A., EBER, H. W., HOGAN, R., ASHTON, M. C., CLONINGER, C. R., & GOUGH, H. G., *The international personality item pool and the future of public-domain personality measures*, Journal of Research in Personality, **40**, 1, 2006, p. 84–96.
19. GOLDFIELD, D., ZHANG, M., & GEORGE, T. P., *Substance Use and Anxiety Disorders: A Scoping Review*, Current Addiction Reports, **11**, 2, 2024, p. 352–370.
20. HAMEED, N., & ARZEEN, S., *Perfectionism, Self-Esteem and DSM-IV-Based Symptoms of Anxiety Disorders in Adolescents*, Pakistan Journal of Medical & Health Sciences, **17**, 3, 2023.
21. HAYRE, R. S., SIERRA HERNANDEZ, C., GOULTER, N., & MORETTI, M. M., *Attachment & School Connectedness: Associations with Substance Use, Depression, & Suicidality Among at-Risk Adolescents*, Child & Youth Care Forum, **53**, 1, 2024, p. 1–24.
22. HOFFMANN, J. P., *Family Structure, Unstructured Socializing, and Heavy Substance Use among Adolescents*, International Journal of Environmental Research and Public Health, **19**, 14, 2022, p. 8818.
23. HOOTS, B. E., *Alcohol and Other Substance Use Before and During the COVID-19 Pandemic Among High School Students – Youth Risk Behavior Survey, United States, 2021*, MMWR Supplements, **7**, 2, 2023.
24. IBIGBAMI, O. I., OGinni, O. A., BRADLEY, C., LUSHER, J., SAM-AGUDU, N. A., & FOLAYAN, M. O., *A cross-sectional study on resilience, anxiety, depression, and psychoactive substance use among heterosexual and sexual minority adolescents in Nigeria*, BMC Public Health, **23**, 1, 2023, p. 1759.
25. ILIESCU, D., POPA, M., & DIMACHE, R., *Adaptarea Românească a setului internațional de itemi de personalitate: IPIP-Ro*, Psihologia Resurselor Umane, **13**, 1, 2015, p. 83–112.
26. KENDLER, K. S., OHLSSON, H., FAGAN, A. A., LICHTENSTEIN, P., SUNDQUIST, J., & SUNDQUIST, K., *Academic Achievement and Drug Abuse Risk Assessed Using Instrumental Variable Analysis and Co-relative Designs*, JAMA Psychiatry, **75**, 11, 2018, p. 1182.
27. KHESHT-MASJEDI, M. F., SHOKRGOZAR, S., ABDOLLAHI, E., HABIBI, B., ASGHARI, T., OFOGHI, R. S., & PAZHOOAN, S., *The relationship between gender, age, anxiety, depression, and academic achievement among teenagers*, Journal of Family Medicine and Primary Care, **8**, 3, 2019, p. 799.
28. LIFRAK, P. D., MCKAY, J. R., ROSTAIN, A., ALTERMAN, A. I., & O'BRIEN, C. P., *Relationship of Perceived Competencies, Perceived Social Support, and Gender to Substance Use in Young Adolescents*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **36**, 7, 1997, p. 933–940.
29. LOPEZ, B., TURNER, R. J., & SAAVEDRA, L. M., *Anxiety and risk for substance dependence among late adolescents/young adults*, Journal of Anxiety Disorders, **19**, 3, 2005, p. 275–294.
30. MAFTEI, A., & OPARIUC-DAN, C., *Perfect people, happier lives? When the quest for perfection compromises happiness: the roles played by substance use and internet addiction*, Frontiers in Public Health, **11**, 2023.
31. MASROOR, A., PATEL, R. S., BHIMANADHAM, N. N., RAVEENDRAN, S., AHMAD, N., QUEENETH, U., PANKAJ, A., & MANSURI, Z., *Conduct Disorder-Related Hospitalization and Substance Use Disorders in American Teens*, Behavioral Sciences, **9**, 7, 2019.
32. MENASCO, M. A., *Family Financial Stress and Adolescent Substance Use: An Examination of Structural and Psychosocial Factors* in S. LEE BLAIR (Ed.), *Economic Stress and the Family*, **6**, 2012, p. 285–315.
33. MOORE, G. F., COX, R., EVANS, R. E., HALLINGBERG, B., HAWKINS, J., LITTLECOTT, H. J., LONG, S. J., & MURPHY, S., *School, Peer and Family Relationships and Adolescent Substance Use, Subjective Wellbeing and Mental Health Symptoms in Wales: A Cross Sectional Study*, Child Indicators Research, **11**, 6, 2018, p. 1951–1965.
34. NAKIE, G., SEGON, T., MELKAM, M., DESALEGN, G. T., & ZEKEKE, T. A., *Prevalence and associated factors of depression, anxiety, and stress among high school students in Northwest Ethiopia*, BMC Psychiatry, **22**, 1, 2022, p. 739.

35. NELSON, L. F., WEITZMAN, E. R., & LEVY, S., *Prevention of Substance Use Disorders*, Medical Clinics of North America, **106**, 1, 2022, p. 153–168.
36. PATOCK-PECKHAM, J. A., & CORBIN, W. R., *Perfectionism and self-medication as mediators of the links between parenting styles and drinking outcomes*, Addictive Behaviors Reports, **10**, 2019, 100218.
37. PICOITO, J., SANTOS, C., LOUREIRO, I., AGUIAR, P., & NUNES, C., *Gender-specific substance use patterns and associations with individual, family, peer, and school factors in 15-year-old Portuguese adolescents: A latent class regression analysis*, Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, **13**, 1, 2019, p. 21.
38. PIKO, B., *Perceived Social Support from Parents and Peers: Which Is the Stronger Predictor of Adolescent Substance Use?* Substance Use & Misuse, **35**, 4, 2000, p. 617–630.
39. POUDEL, A., GURUNG, B., & KHANAL, G. P., *Perceived social support and psychological wellbeing among Nepalese adolescents: The mediating role of self-esteem*, BMC Psychology, **8**, 1, 2020, p. 43.
40. RADLOFF, L. S., *The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population*, Applied Psychological Measurement, **1**, 3, 1977, p. 385–401.
41. RAO, U., *Links Between Depression and Substance Abuse in Adolescents: Neurobiological Mechanisms*, American Journal of Preventive Medicine, **31**, 6, Supplement 1, 2006, p. 161–174.
42. ROGERS, P. R., MILLER, A., & JUDGE, W. Q., *Using information-processing theory to understand planning/performance relationships in the context of strategy*, Strategic Management Journal, **20**, 6, 1999, p. 567–577.
43. RUSSELL, D. W., & CUTRONA, C. E., *Social provisions scale*, Iowa State University, 1984.
44. SEPIADOU, I., & METALLIDOU, P., *Academic hardiness as a moderator of the relation between perfectionism and academic procrastination in university students*, European Journal of Psychology of Education, **38**, 3, 2023, p. 1053–1071.
45. SIEH, D. S., VISSER-MEILY, J. M. A., & MEIJER, A. M., *The Relationship between Parental Depressive Symptoms, Family Type, and Adolescent Functioning*, PLOS ONE, **8**, 11, 2013, e80699.
46. STEVENS, M. J., USCATESCU, L., BUTUCESCU, A., CONSTANTINESCU, P. M., ION, B. C., & SANDU, C. G., *The Romanian CES-D scale: a promising instrument for clinical and non-clinical use*, International Journal of Education and Psychology in the Community, **3**, 1, 2013, p. 7.
47. STEVENSON, W., MATON, K. I., & TETI, D. M., *Social support, relationship quality, and well-being among pregnant adolescents*, Journal of Adolescence, **22**, 1, 1999, p. 109–121.
48. STEYER, R., SCHMITT, M., & EID, M., *Latent state–trait theory and research in personality and individual differences*, European Journal of Personality, **13**, 5, 1999, p. 389–408.
49. STOEBER, J., & CHILDS, J. H., *Perfectionism* in R. J. R. LEVESQUE (Ed.), *Encyclopedia of Adolescence*, Springer New York, 2011, p. 2053–2059.
50. STOEBER, J., & RAMBOW, A., *Perfectionism in adolescent school students: Relations with motivation, achievement, and well-being*, Personality and Individual Differences, **42**, 7, 2007, p. 1379–1389.
51. TOMÁS, J. M., GUTIÉRREZ, M., PASTOR, A. M., & SANCHO, P., *Perceived Social Support, School Adaptation and Adolescents' Subjective Well-Being*, Child Indicators Research, **13**, 5, 2020, p. 1597–1617.
52. TSAI, M.-Y., *Comparing Perfectionism, Cognitive Mindset, Constructive Thinking, and Emotional Intelligence in Gifted Students by Grade and Gender*, Social Sciences, **12**, 4, 2023, p. 233.
53. WAGNER, E. F., MYERS, M. G., & MCININCH, J. L., *Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use*, Addictive Behaviors, **24**, 6, 1999, p. 769–779.
54. WALTERS, S. T., & ROTGERS, F., *Treating Substance Abuse: Theory and Technique*, Guilford Press, 2011.

55. WANG, S.-H., DING, Y., ZHAO, W., HUANG, Y.-H., PERKINS, R., ZOU, W., & CHEN, J. J., *Text mining for identifying topics in the literatures about adolescent substance use and depression*, BMC Public Health, **16**, 1, 2016, p. 279.
56. WANG, Y., CHEN, J., ZHANG, X., LIN, X., SUN, Y., WANG, N., WANG, J., & LUO, F., *The Relationship between Perfectionism and Social Anxiety: A Moderated Mediation Model*, International Journal of Environmental Research and Public Health, **19**, 19, 2022, p. 12934.
57. WANGENSTEEN, T., & HYSTAD, J., *Trust and collaboration between patients and staff in SUD treatment: A qualitative study of patients' reflections on inpatient SUD treatment four years after discharge*, Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift: NAT, **39**, 4, 2022, p. 418–436.
58. WATTS, L. L., HAMZA, E. A., BEDEWY, D. A., & MOUSTAFA, A. A., *A meta-analysis study on peer influence and adolescent substance use*, Current Psychology, **43**, 5, 2024, p. 3866–3881.
59. WEN, L., YANG, K., CAO, Y., QU, M., & XIU, M., *Parental marital status and anxiety symptoms in adolescents: The mediating effect of childhood maltreatment*, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, **274**, 7, 2023, p. 1719–1727.
60. WILLIAMS, G., PATTE, K., FERRO, M., & LEATHERDALE, S., *Substance use classes and symptoms of anxiety and depression among Canadian secondary school students*, Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada, **41**, 2021, p. 153–164.
61. WILLS, T. A., & VAUGHAN, R., *Social support and substance use in early adolescence*, Journal of Behavioral Medicine, **12**, 4, 1989, p. 321–339.
62. WOICIK, P. A., STEWART, S. H., PIHL, R. O., & CONROD, P. J., *The Substance Use Risk Profile Scale: A scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles*, Addictive Behaviors, **34**, 12, 2009, p. 1042–1055.

REZUMAT

Literatura de specialitate arată că emoțiile negative precum stresul, anxietatea și depresia reprezintă predictori semnificativi ai consumului de substanțe, iar sprijinul social poate modera această relație, funcționând ca factor protector. Scopul prezentei cercetării este de a analiza relația dintre emoțiile negative, perfecționism, sprijinul social și consumul de substanțe la adolescenți. Participanții au fost 238 de adolescenți, cu vârsta între 14 și 20 de ani. Instrumentele utilizate includ scala CES-D pentru depresie, PSS pentru stres, BIS pentru anxietate, Social Provisions Scale pentru sprijin social, Perfectionism pentru variabila perfecționism și SURPS pentru riscul consumului de substanțe. Designul studiului este cantitativ, utilizând anchete online și eșantionare nealeatoare. Principalele rezultate indică diferențe de gen semnificative: fetele prezintă niveluri mai ridicate de anxietate, depresie și stres decât băieții. Nu s-au înregistrat diferențe semnificative în ceea ce privește consumul de substanțe între genuri. Sprijinul social scăzut este asociat cu o predispoziție mai mare la consum. Implicațiile practice subliniază importanța intervențiilor care să promoveze sprijinul social și să gestioneze emoțiile negative pentru a reduce riscul consumului de substanțe la adolescenți.

PSYCHOLOGY OF COMPETITION IN ADOLESCENTS: ANXIETY AND SELF-CONFIDENCE ACCORDING TO TYPE OF SPORT

ȘTEFAN ALECU*
Transilvania University of Brașov

Abstract

The present study aimed to investigate the psychological differences between adolescents involved in individual sports and those practicing team sports, with a focus on competitive anxiety and self-confidence. The sample consisted of 53 athletes aged between 14 and 17: 22 track and field athletes (10 girls, 12 boys) and 31 handball players (17 girls, 14 boys). The evaluation was conducted using the *CSAI-2 (Competitive State Anxiety Inventory – 2)* questionnaire, which measures three relevant psychological dimensions: cognitive anxiety, somatic anxiety, and self-confidence. The results showed statistically significant differences between the two groups: athletes reported higher levels of cognitive and somatic anxiety, while handball players presented significantly higher levels of self-confidence. ANOVA analyses indicated that the type of sport was the determining factor for these differences, while the gender of the participants and the sport $\times$ gender interaction had no significant effects. The magnitude of effects was very large, confirming the psychological relevance of the findings. These results suggest that the specific nature of the sport disciplines shapes the competitive experience and that psychological interventions should be differentiated: for athletes in individual disciplines, the focus should be on reducing anxiety and enhancing self-efficacy, whereas for athletes in team sports the emphasis should be placed on maintaining and strengthening self-confidence and team cohesion. The study confirms the major role of the sporting context in the development of adolescents' psychological profiles and provides practical directions for sport psychologists and coaches in mental training programs.

Cuvinte-cheie: anxietate competițională, încredere în sine, sport individual, sport colectiv, psihologia adolescenților.

Keywords: competitive anxiety, self-confidence, individual sport, team sport, adolescent psychology.

INTRODUCERE

In sport psychology, understanding the mechanisms through which athletes cope with competitive pressure has become a priority, given the major impact these mechanisms have on performance and personal development. Two of the most studied constructs in this regard are competitive anxiety and self-confidence –

* Universitatea Transilvania din Brașov, România, Bd. Eroilor, nr. 29, Brașov, România, 500036; E-mail: alecu.stefan@unitbv.ro.

factors recognized as direct predictors of sports performance (Woodman & Hardy, 2003; Jones, 1995).

The concept of competitive anxiety is described as an emotional response to the perceived demands of a competition, characterized by cognitive worries and physiological reactions. In sport psychology, anxiety is understood not only as an obstacle but also as an ambivalent factor: it can be both debilitating and facilitating in relation to performance, depending on its intensity and on the athlete's interpretation of it (Jones & Hanton, 2001).

Competitive anxiety has important consequences for both performance and psychological well-being. High levels of cognitive and somatic anxiety are often associated with impaired concentration, reduced decision-making efficiency, and physiological overactivation that negatively affect competitive outcomes. At the same time, chronic exposure to competitive stress may lead to emotional exhaustion and decreased motivation, especially among adolescent athletes who are still developing coping resources. Conversely, when anxiety is experienced as facilitative rather than debilitating, it can enhance alertness and performance readiness, depending on the athlete's cognitive appraisal of the situation.

These mechanisms are explained within the Multidimensional Theory of Anxiety (Martens et al., 1990), which proposes that anxiety responses are determined by two key factors: perceived control and situational interpretation. When athletes perceive high control and view competition as a challenge, anxiety may have a motivating role. When they perceive low control and interpret the situation as threatening, anxiety becomes detrimental. In this context, the social environment, especially the presence of teammates and supportive relationships, can function as a protective factor, moderating the negative impact of competitive pressure. This theoretical model provides the conceptual basis for examining how the sport type, individual or team, shapes the emotional experience of competition.

The literature emphasizes the differences between cognitive anxiety and somatic anxiety. The former is associated with mental processes such as worry, lack of concentration, and anticipation of failure (Mellalieu, Hanton & Fletcher, 2006), while the latter involves physiological reactions – from increased heart rate to muscle tension or gastrointestinal discomfort (Craft *et al.*, 2003). Recent meta-analyses show that cognitive anxiety is consistently negatively correlated with performance (Woodman & Hardy, 2001), whereas somatic anxiety may have more variable effects, depending on the level of psychological preparation and the coping strategies employed.

In parallel, self-confidence is considered a central element of athletic success. According to Bandura's theory of self-efficacy (1997), belief in one's own abilities determines the degree of engagement, perseverance, and stress tolerance. In sport, this construct translates into the athlete's perception that they possess the necessary resources to effectively respond to competition demands (Vealey & Chase, 2008). Numerous studies have shown that athletes with high self-confidence demonstrate

better concentration, superior emotional control, and are less vulnerable to the negative effects of anxiety (Feltz, Short & Sullivan, 2008).

The type of sport practiced is a crucial factor in how athletes experience anxiety and build confidence. Individual sports, by their nature, imply exclusive responsibility for the outcome. This amplifies psychological pressure and increases the likelihood of negative thoughts and bodily tension (Mellalieu, Hanton & O'Brien, 2004). By contrast, team sports, based on mutual support and group cohesion, provide a context in which athletes share responsibility and benefit from emotional support, which reduces anxiety intensity and facilitates confidence building (Carron, Brawley & Widmeyer, 1998; Eys & Kim, 2017).

Comparative studies have shown that athletes in team sports generally report lower levels of anxiety and higher levels of self-confidence than those in individual sports (Hall & Kerr, 1997; Nicholls & Polman, 2007). For instance, Hanton, Thomas, and Maynard (2004) highlighted that team athletes employ more varied and effective coping strategies, especially social support, whereas individual athletes tend to remain anchored in rumination and cognitive self-regulation.

Analyzing psychological differences among athletes becomes even more relevant in the case of adolescents. The 14–17 age range is marked by profound cognitive and emotional transformations, and vulnerability to anxiety is heightened (Compas, Jutte & Bennett., 2017). Adolescent athletes simultaneously face competitive pressures and developmental identity challenges, making them more prone to fluctuations in confidence levels and to the negative impact of anxiety (Gould & Dieffenbach, 2002).

Moreover, studies show that girls often report higher levels of competitive anxiety than boys (Grossbard *et al.*, 2009), but these differences tend to disappear or diminish when contextual variables – such as type of sport – are taken into account (Mellalieu, Hanton & Ollerenshaw, 2009). This suggests that the sporting environment may be a stronger predictor than gender in shaping the competitive psychological profile.

Although there is a consistent body of literature on anxiety and confidence in sport, studies focused on adolescents and on comparisons between individual and team sports remain relatively scarce, especially in the European and Eastern European context. Comparative analyses can provide important insights into how sport type shapes psychological experience and can serve as a foundation for differentiated psychological interventions, adapted both to age and to the specifics of the discipline.

To frame these constructs within a broader theoretical context, the study draws on two established psychological models: the Multidimensional Theory of Anxiety (Martens *et al.*, 1990) and Bandura's Social Cognitive Theory (1997). According to the multidimensional approach, competitive anxiety includes both cognitive and somatic components that are influenced by perceived control,

expectations of success, and situational demands. In parallel, the social cognitive model emphasizes the role of self-efficacy in shaping emotional and behavioral responses under pressure.

From this perspective, differences between athletes practicing individual and team sports can be theoretically explained by the structure of responsibility and feedback within each discipline. In individual sports, athletes bear full responsibility for performance outcomes, which often amplifies cognitive worry and physiological tension. In contrast, team sports are characterized by shared responsibility, group cohesion, and mutual support, factors that enhance confidence and buffer against competitive anxiety.

Therefore, the evaluation conducted in this study was designed to capture how these theoretical mechanisms manifest in adolescents' psychological experience of competition, by assessing the levels of cognitive anxiety, somatic anxiety, and self-confidence through the CSAI-2 instrument. This approach allowed for an integrated interpretation of results, linking empirical findings with the underlying psychological processes that differentiate individual and team sport contexts.

Thus, the present study aims to investigate, in a controlled setting, the differences between adolescents practicing track and field (individual sport) and those engaged in handball (team sport), with regard to competitive anxiety and self-confidence. The ultimate goal is to provide empirical data useful for psychologists, coaches, and specialists in mental preparation, to support the development of personalized intervention programs.

2. MATERIALS AND METHODS

Aim of the Study. The present study aimed to investigate the psychological differences between adolescent athletes practicing an individual sport (track and field) and those engaged in a team sport (handball), with regard to levels of competitive anxiety (cognitive and somatic) and self-confidence. The main objective was to determine the extent to which the type of sport practiced influences these psychological dimensions, with direct implications for mental preparation.

Research Hypotheses

H1: Track and field athletes will show higher levels of cognitive anxiety compared to handball players.

H2: Track and field athletes will report higher levels of somatic anxiety than handball players.

H3: Handball players will demonstrate higher levels of self-confidence compared to track and field athletes.

H4: The differences between groups will remain significant even after controlling for sociodemographic variables (age, gender of athletes).

Participants. The sample consisted of 53 adolescent athletes, aged between 14 and 17 years. The track and field group included 22 participants (10 girls and 12 boys), while the handball group consisted of 31 participants (17 girls and 14 boys). All participants were registered with sports clubs and regularly attended training sessions and competitions specific to their discipline.

The participants were adolescent athletes recruited from accredited sports clubs through direct collaboration with coaches. Selection criteria required a minimum of three years of continuous training and regular participation in official competitions at regional or national level. The sample did not include beginners or recreational athletes to ensure homogeneity of experience and psychological engagement with competition.

The mean age of the participants was 15.6 years. The mean age for track and field athletes was 15.4 years, and for handball players 15.7 years, showing no statistically significant difference between groups. Data were collected during the competitive season, in the pre-competition phase, approximately one week before official events. This moment was selected to capture authentic pre-competitive states when anxiety and confidence are most relevant to performance. The CSAI-2 questionnaire was administered 30–45 minutes before a training session simulating competitive conditions, which allowed the assessment of athletes' immediate emotional reactions.

Instruments. The psychological variables were assessed using the Competitive State Anxiety Inventory – 2 (CSAI-2), a validated and widely used instrument in sport psychology. The Romanian version was culturally adapted for adolescent athletes. The CSAI-2 consists of 20 items, rated on a 4-point Likert scale from 1 (not at all true for me) to 4 (very true for me). It measures three subscales:

- Cognitive anxiety (7 items) – reflecting worry, self-doubt, and negative thoughts related to performance.
- Somatic anxiety (7 items) – capturing physiological symptoms of stress such as tension, restlessness, or agitation.
- Self-confidence (6 items) – evaluating the athlete's perception of personal ability and control in competitive situations.

Each subscale generates a distinct score, with higher values indicating stronger presence of the measured dimension. The CSAI-2 has demonstrated good internal consistency and reliability in previous studies with adolescent populations.

Procedure. The questionnaires were administered in a controlled setting, 30–45 minutes before a simulated training session with a competitive character to induce a comparable level of psychological pressure among participants. Instructions were standardized, and participants were asked to respond honestly, based on the state they experienced “at that moment” Confidentiality of responses was ensured, and administration was collective but with individual completion.

To provide a clearer understanding of the research context, additional information regarding participants and the timing of data collection can be specified. The mean age of the athletes was 15.6 years ($SD = 1.1$), with a similar distribution between the two subsamples: 15.4 years for track and field athletes and 15.7 years for handball players. All participants were registered members of performance clubs and had at least three years of continuous training experience in their respective disciplines. Data were collected during the competitive season, in the pre-competition phase, approximately one week before official tournaments. This period was chosen because it typically activates the psychological processes of anticipation, stress, and readiness that the study aimed to measure. The CSAI-2 questionnaire was administered 30–45 minutes before a training session designed to simulate competition, thus ensuring a realistic level of psychological activation. This methodological decision made it possible to capture athletes' authentic emotional states under conditions that closely resembled the actual competitive environment.

Data Analysis. Data were entered and analyzed using the statistical package *SPSS v.26*. The following analyses were conducted:

- Descriptive statistics (mean, standard deviation, coefficient of variation, minimum and maximum values) for each subscale and group.
- Internal consistency (Cronbach's α) for each subscale, to assess the reliability of the instrument.
- Independent samples t-tests (Track and field vs. Handball) to evaluate significant differences between groups.
- Effect size (Cohen's d) and 95% confidence intervals (CI), to estimate the practical importance of the differences.
- 2×2 factorial ANOVA (Sport type × Gender) to test potential interactions between variables.

Ethical Considerations. All participants were informed about the purpose of the study and provided consent to participate. In the case of minors, parental/guardian consent was also obtained. The study was conducted in accordance with the ethical principles of psychological research, ensuring confidentiality and the right to withdraw at any time.

3. RESULTS

Prior to analysis, assumptions of normality and homogeneity of variances were verified. The Shapiro–Wilk test indicated that all distributions were approximately normal ($p > .002$), and Levene's test confirmed homogeneity of variances across groups ($p > .002$). Therefore, parametric tests were considered appropriate.

In this section, descriptive data and statistical analyses are presented regarding the differences between track and field athletes and handball players with respect to levels of competitive anxiety and self-confidence, as assessed by the CSAI-2 questionnaire. The analysis addresses both the general tendencies of the groups and internal variations, to highlight how the type of sport practiced (individual vs. team) influences the psychological profile of adolescent athletes.

The results are summarized in Table 1, which presents the means, standard deviations, coefficients of variation, and minimum and maximum values for each subscale, alongside the statistical significance thresholds obtained. These data provide a clear overview of the differences between groups and lay the foundation for subsequent interpretation regarding the impact of the sporting context on the competitive psychological experience.

Table no. 1 highlights clear and consistent differences between track and field athletes and handball players with respect to levels of competitive anxiety and self-confidence.

On the dimension of cognitive anxiety, athletes in individual events (track and field) reported significantly higher levels of concerns and negative thoughts prior to competition. Their mean scores indicate that they are more prone to self-doubt and to anticipatory scenarios with negative potential. By contrast, handball players obtained considerably lower values, suggesting that, benefiting from team support, psychological pressure is more evenly distributed, reducing the individual burden.

Track and field athletes reported significantly higher levels of cognitive anxiety ($M = 21.00$, $SD = 2.33$) than handball players ($M = 13.35$, $SD = 2.12$), $t(51) = 12.41$, $p < .001$, $d = 3.46$. The large effect size indicates that this difference is both statistically and practically meaningful.

With regard to somatic anxiety, track and field athletes more frequently reported physiological reactions associated with competitive stress (muscle tension, bodily restlessness, vegetative responses). The statistically significant difference shows that individual sports predispose athletes to greater bodily sensitivity to stress, probably due to the lack of collective support and the full responsibility placed on performance. Handball players, by the nature of team activity, displayed lower values, suggesting better emotional regulation in the context of competitive preparation.

Athletes in individual disciplines showed higher somatic anxiety scores ($M = 21.18$, $SD = 2.58$) compared to team athletes ($M = 13.77$, $SD = 2.12$), $t(51) = 11.45$, $p < .001$, $d = 3.19$. This suggests stronger physiological activation in individual sports prior to competition.

The self-confidence subscale outlines the most striking difference. Handball players perceive themselves as much more confident in their own resources and their ability to cope with competitive situations. This tendency can be explained both by social support and constant feedback from teammates and the coach, as well as by repeated exposure to situations of cooperation and group adaptation. By

contrast, track and field athletes, facing the event alone, tend to internalize responsibility more strongly and display lower levels of confidence.

The coefficients of variation (*CV%*) confirm these tendencies: the lower variability of handball players' responses on the "confidence" subscale shows a more homogeneous group profile, which may reflect a more stable team climate and a shared psychological culture. Among track and field athletes, greater variability suggests significant individual differences in the way competitive emotions are managed.

Handball players demonstrated significantly higher self-confidence ($M = 17.55$, $SD = 1.98$) than track and field athletes ($M = 12.14$, $SD = 1.93$), $t(51) = -9.90$, $p < .001$, $d = -2.76$. The direction and magnitude of the difference indicate that team participation strongly supports perceptions of control and confidence.

The descriptive data support the hypothesis that individual sports are associated with higher levels of anxiety and lower self-confidence, whereas team sports foster a more positive perception of personal efficacy and lower levels of psychological and physiological tension. These results have important practical implications for sport psychology, suggesting the need for differentiated mental training programs: reducing anxiety and strengthening self-efficacy in athletes, and maintaining and optimizing psychological cohesion in handball players.

Table no. 1

Descriptive statistics for the three CSAI-2 subscales

Subscale	Group	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>CV%</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>p</i>
Cognitive	A	21.00	2.33	11.1%	16	24	.001
	H	13.35	2.12	15.9%	10	18	
Somatic	A	21.18	2.58	12.2%	17	25	.001
	H	13.77	2.12	15.4%	9	18	
Confidence	A	12.14	1.93	15.9%	8	15	.001
	H	17.55	1.98	11.3%	15	21	

Note: A – athletes, H – handball players, Min – minimum value, Max – maximum value, *CV%* – coefficient of variation, *p* – level of statistical significance.

The results from table no. 2 reflect clear psychological distinctions between athletes in individual versus team sports, underscoring how the context of competition shapes emotional responses. Athletes in individual disciplines appear to experience a greater psychological burden, showing heightened vulnerability to anxiety both in cognitive and somatic domains. This suggests a more intense internalization of pressure, likely due to the absence of shared responsibility and peer support inherent in team sports. The elevated anxiety levels could impact performance consistency and mental well-being, making targeted psychological support essential for this group.

In contrast, handball players demonstrate notably higher self-confidence, pointing to the protective psychological benefits of team dynamics. The presence of teammates may serve as a buffer against stressors, fostering a sense of shared efficacy and emotional regulation. These findings underline the critical influence of sport structure on athletes' mental states and highlight the importance of customizing psychological interventions. For individual athletes, emphasis on cognitive restructuring and anxiety management may be beneficial, while in team settings, enhancing cohesion and communication may further strengthen confidence and resilience.

The results show that the type of sport practiced is a determining factor in the psychological experience of competition. Athletes in individual disciplines, lacking the support of a group, display higher levels of both cognitive and somatic anxiety, whereas handball players benefit from a team climate that promotes confidence and reduces the impact of competitive pressure. These differences are not only statistically significant but also psychologically meaningful, with direct implications for mental preparation interventions tailored to the specific demands of each sport type.

Table no. 2

CSAI-2 Subscales in Track and Field Athletes vs. Handball Players

Subscale	Group	<i>X</i> (A)	<i>SD</i> (A)	<i>X</i> (H)	<i>SD</i> (H)	<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i>
								Lower	Higher	
Cognitive	A vs. H	21.00	2.33	13.35	2.12	12.41	.001	6.39	8.90	3.46
Somatic	A vs. H	21.18	2.58	13.77	2.12	11.45	.001	6.07	8.75	3.19
Confidence	A vs. H	12.14	1.93	17.55	1.98	-9.90	.001	-6.51	-4.32	-2.76

Note: *X* – mean, *SD* – standard deviation, (A) – athletes, (H) – handball players, *t* – independent samples *t*-test, *CI* – confidence interval, *d* – Cohen's *d*

The findings presented in table no. 3 reinforce the central role of sport type in shaping athletes' psychological responses to competition, while largely downplaying the influence of gender. Across all three subscales – cognitive anxiety, somatic anxiety, and self-confidence – the type of sport consistently emerges as the most powerful determinant. Individual sport athletes show significantly greater levels of anxiety and lower self-confidence, while team sport athletes demonstrate a psychological profile that is generally more resilient and balanced.

Gender, on the other hand, exerts minimal influence. Although there is a slight trend toward higher cognitive anxiety in girls, this effect borders on statistical significance and lacks sufficient strength to support firm conclusions. Similarly, gender differences in somatic anxiety and self-confidence are negligible, indicating that the psychological challenges and strengths associated with sport participation are more strongly tied to the context of individual versus collective performance rather than to gender-based differences.

Interestingly, the interactions between sport and gender suggest potential trends - such as more pronounced sport-related anxiety differences among girls or stronger confidence gaps among boys – but these effects remain suggestive rather than conclusive. These nuanced patterns may warrant further exploration but do not detract from the central conclusion: the psychological climate of individual versus team sports plays a decisive role in shaping athletes' experiences of stress and confidence, independent of gender.

These results suggest that the major differences between athletes are not explained by gender, but primarily by the nature of the sport discipline: individual sports appear to amplify psychological pressure and stress reactions, whereas team sports facilitate the development of confidence resources and reduce competitive anxiety.

Table no. 3

The influence of gender and sport on the subscales

Subscale	Effect	<i>F</i>	<i>p</i>
Cognitive	Sport	164.87	.001
	Gender	3.91	.053 (ns)
	Sport × Gender	3.74	.059 (ns)
Somatic	Sport	125.11	.001
	Gender	0.05	.818 (ns)
	Sport × Gender	0.22	.638 (ns)
Confidence	Sport	99.03	.001
	Gender	0.01	.923 (ns)
	Sport × Gender	2.91	.094 (ns)

Note: *F* – ANOVA (analysis of variance), *p* – level of statistical significance, (ns) – not significant

Statistical analyses revealed consistent differences between athletes engaged in individual sports (track and field athletes) and those involved in team sports (handball players). Athletes showed higher levels of both cognitive and somatic anxiety, whereas handball players stood out with a significantly higher level of self-confidence. The effect of sport type was strong and consistent across all three CSAI-2 dimensions, while athletes' gender and the sport × gender interaction had no significant impact.

The two-way ANOVA confirmed a significant main effect of sport type on all three CSAI-2 dimensions: cognitive anxiety, $F(1, 49) = 164.87, p < .001$; somatic anxiety, $F(1, 49) = 125.11, p < .001$; and self-confidence, $F(1, 49) = 99.03, p < .001$. No significant effects were found for gender or for the sport × gender interaction ($p > .05$), indicating that differences in anxiety and confidence were determined primarily by sport type rather than gender.

These results confirm the initial hypotheses and outline a differentiated psychological profile between individual and team sports, suggesting that the nature

of the sport discipline is a major determinant of how adolescent athletes experience competition. This statistical framework provides the basis for theoretical interpretations and discussions on the practical implications for sport psychology, which will be further developed in the following section.

4. DISCUSSIONS

The results obtained in this study confirm the formulated hypotheses and highlight that the type of sport practiced (individual vs. team) has a determining influence on the level of competitive anxiety and self-confidence in adolescent athletes. Athletes reported higher levels of cognitive and somatic anxiety, whereas handball players presented superior values on the self-confidence dimension. These results are consistent with international literature, which has repeatedly shown that individual sports involve greater psychological pressure, while team sports provide social and emotional support, reducing competitive stress. Woodman and Hardy (2001) showed that somatic anxiety tends to increase when athletes lack the support of a team, confirming that the collective dimension can act as a protective factor against the physiological symptomatology associated with stress.

Beyond the descriptive differences observed, these results can be better understood through established psychological frameworks. According to Bandura's self-efficacy theory (1997), confidence in one's abilities mediates the relationship between anxiety and performance outcomes. Athletes who perceive higher personal control tend to interpret anxiety symptoms as signals of readiness rather than threat, which explains the higher self-confidence among team athletes. Similarly, Lazarus's stress-appraisal model (1999) posits that the emotional response to competition depends on how athletes evaluate the balance between perceived demands and coping resources. In individual sports, where responsibility for success or failure rests solely on the athlete, this appraisal process generates higher cognitive and somatic anxiety. In contrast, team environments provide social and emotional support that reduce perceived threat and promote adaptive coping.

The absence of significant gender effects reinforces the idea that competitive anxiety and self-confidence are more strongly shaped by sport structure than by biological or social gender differences. This finding suggests that contextual factors, such as role distribution, cooperation, and shared accountability, have a more decisive influence on athletes' psychological experience during competition.

Beyond confirming these empirical differences, it is important to interpret them within a theoretical framework that explains the underlying psychological mechanisms. According to the Multidimensional Theory of Anxiety (Martens et al., 1990), cognitive and somatic anxiety are influenced by the athlete's perception of control over performance outcomes. In individual sports, responsibility is entirely personal, and failure is directly attributed to one's own actions. This increases self-focus, cognitive worry, and physiological tension. By contrast, team sports distribute

responsibility across group members, providing a form of psychological buffering that lowers anxiety and enhances emotional stability.

From the perspective of Bandura's Social Cognitive Theory (1997), these differences can also be interpreted through the concept of self-efficacy. Team athletes benefit from frequent social reinforcement, shared success, and collective feedback, which strengthen perceived competence and self-confidence. Individual athletes, exposed to more isolated performance evaluation, rely primarily on internal regulation mechanisms, making them more vulnerable to performance-related anxiety.

Moreover, the Cognitive-Motivational-Relational Theory of Emotion (Lazarus, 1999) offers a complementary view, suggesting that athletes appraise competitive situations differently depending on the social and motivational context. For team players, the presence of teammates facilitates positive appraisals and emotion regulation, whereas individual athletes tend to interpret similar situations as higher-threat challenges.

These theoretical explanations clarify why individual athletes display elevated levels of cognitive and somatic anxiety, while team athletes report higher self-confidence. The differences observed are not merely statistical but reflect distinct psychological processes shaped by the structure, demands, and social environment of each sport type.

The results regarding self-confidence are also aligned with previous research, suggesting that athletes in team disciplines benefit from constant positive feedback and a sense of belonging, which strengthens their perception of self-efficacy (Jones, Swain & Hardy, 1993). In contrast, athletes in individual sports are more prone to self-doubt and negative experiences, in the absence of an immediate support network. This difference was also observed in Vealey's (2001) research, which showed that athletes' confidence is closely linked to the social context and opportunities for external validation.

Another relevant aspect is the absence of a significant gender effect in the present analysis. Although some studies have suggested that girls report higher levels of competitive anxiety than boys (Cox, Martens & Russell, 2003), our data show that these differences do not reach statistical significance once the type of sport is considered. This may suggest that the specific characteristics of the sport discipline have a stronger impact than gender differences in determining the psychological profile of competition.

From an applied perspective, the results underline the importance of adapting psychological interventions to the type of sport practiced. For athletes, an approach focused on reducing cognitive and somatic anxiety through cognitive restructuring techniques, relaxation training, and coping strategies is necessary. For handball players, emphasis should be placed on maintaining and enhancing self-confidence and on strengthening group cohesion.

This study confirms that the sport environment plays an essential role in shaping the psychological experience of competition, and mental training interventions must be differentiated according to the specific discipline. This is also supported by international literature, which has consistently emphasized the importance of social context and sport type in understanding and managing anxiety and self-confidence in athletes.

Although the study provides relevant results, the relatively small sample size represents a limitation that should be acknowledged. With a total of 53 participants, the statistical analyses offer indicative rather than generalizable conclusions. No formal power analysis was conducted to determine whether the sample size was sufficient for the inferential tests applied. However, the large effect sizes observed across all CSAI-2 dimensions (Cohen's $d > 2.5$) suggest that the differences identified are both statistically and practically meaningful. Future research should include larger and more diverse samples to confirm these findings and enhance the external validity of the results.

5. CONCLUSIONS

The present study highlighted clear and consistent differences between adolescent athletes who practice an individual sport (track and field) and those engaged in a team sport (handball), with respect to competitive anxiety and self-confidence. The results showed that athletes exhibited significantly higher levels of cognitive and somatic anxiety, whereas handball players were characterized by a higher level of self-confidence.

These findings confirm that the nature of the sport discipline is an essential psychological determinant of the competitive experience, influencing the way athletes perceive pressure and mobilize their internal resources. The observed differences underline the importance of considering the specific context when designing mental training programs, so that interventions are adapted to the characteristics of each sport type.

From a psychological perspective, the study provides evidence that collective support and team climate can function as protective factors against competitive anxiety, while individual sports demand additional strategies for emotional self-regulation and the strengthening of self-efficacy.

Overall, the results support the need for differentiated interventions that address both the specificity of the discipline and the individual psychological needs of adolescent athletes. By adapting mental training techniques, sport psychologists and coaches can contribute not only to performance enhancement but also to the development of a more balanced and emotionally healthy sporting experience.

From an applied perspective, several psychological strategies can be derived from these findings. For athletes involved in individual sports, interventions should focus on reducing cognitive and somatic anxiety through relaxation training,

cognitive restructuring, and self-efficacy enhancement exercises. Mental skills such as imagery, positive self-talk, and pre-performance routines can help athletes manage stress and maintain focus. For those in team sports, the emphasis should be placed on group cohesion, communication, and collective confidence-building techniques. Coaches and sport psychologists can integrate these strategies into regular training programs to foster both performance efficiency and emotional resilience in young athletes.

Received: 19.08.2025

REFERENCES

1. BANDURA, A., *Self-efficacy: The exercise of control*, New York, Freeman, 1997.
2. CARRON, A. V., BRAWLEY, L. R., WIDMEYER, W. N., *The measurement of cohesiveness in sport groups* in DUDA, J. L. (Ed.), *Advances in sport and exercise psychology measurement*, Morgantown, WV, Fitness Information Technology, 1998, p. 213–226.
3. COMPAS, B. E., JUTTE, D. P., BENNETT, D. S., *Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review*, *Psychological Bulletin*, **143**, 9, 2017, p. 939–991.
4. COX, R. H., MARTENS, M. P., RUSSELL, W. D., *Measuring anxiety in athletics: The Revised Competitive State Anxiety Inventory-2*, *Journal of Sport & Exercise Psychology*, **25**, 4, 2003, p. 519–533.
5. CRAFT, L. L., MAGYAR, T. M., BECKER, B. J., FELTZ, D. L., *The relationship between the Competitive State Anxiety Inventory-2 and sport performance: A meta-analysis*, *Journal of Sport & Exercise Psychology*, **25**, 1, 2003, p. 44–65.
6. EYS, M., KIM, J., *Team building and group cohesion in sport: An overview*, *International Review of Sport and Exercise Psychology*, **10**, 1, 2017, p. 84–101.
7. FELTZ, D. L., SHORT, S. E., SULLIVAN, P. J., *Self-efficacy in sport*, Champaign, IL, Human Kinetics, 2008.
8. GOULD, D., DIEFFENBACH, K., *Overtraining, underrecovery, and burnout in sport*, in KELLMANN, M. (Ed.), *Enhancing recovery: Preventing underperformance in athletes*, Champaign, IL, Human Kinetics, 2002, p. 25–35.
9. GROSSBARD, J. R., SMOLL, F. L., SMITH, R. E., CUMMING, S. P., *Gender differences in perceived coaching behaviors, motivational climate, and psychological well-being among youth athletes*, *Journal of Applied Sport Psychology*, **21**, 2, 2009, p. 152–169.
10. HALL, H. K., KERR, A. W., *Motivational antecedents of precompetitive anxiety in youth sport*, *The Sport Psychologist*, **11**, 1, 1997, p. 24–42.
11. HANTON, S., THOMAS, O., MAYNARD, I., *Competitive anxiety responses in the week leading up to competition: The role of intensity, direction and frequency dimensions*, *Psychology of Sport and Exercise*, **5**, 2, 2004, p. 169–181.
12. JONES, G., *More than just a game: Research developments and issues in competitive state anxiety in sport*, *British Journal of Psychology*, **86**, 4, 1995, p. 449–478.
13. JONES, G., HANTON, S., *Pre-competition temporal patterning of anxiety and self-confidence in elite intercollegiate middle-distance runners*, *Journal of Sports Sciences*, **19**, 11, 2001, p. 951–959.
14. LAZARUS, R. S., *Stress and Emotion: A New Synthesis*, New York, Springer, 1999.

15. MARTENS, R., BURTON, D., VEALEY, R. S., BUMP, L. A., SMITH, D. E., *Development and validation of the Competitive State Anxiety Inventory-2 (CSAI-2)*, in MARTENS, R., VEALEY, R. S., BURTON, D. (Eds.), *Competitive Anxiety in Sport*, Champaign, IL, Human Kinetics, 1990, p. 117–190.
16. MELLALIEU, S. D., HANTON, S., FLETCHER, D., *A competitive anxiety review: Recent directions in sport psychology research* IN HANTON, S. & MELLALIEU, S. D. (Eds.), *Literature reviews in sport psychology*, Hauppauge, NY: Nova Science, 2006, p. 1–45.
17. MELLALIEU, S. D., HANTON, S., O'BRIEN, M., *Intensity and direction of competitive anxiety as a function of sport type and experience*, *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, **14**, 5, 2004, p. 326–334.
18. MELLALIEU, S. D., HANTON, S., OLLERENSHAW, K., *Individual differences in the intensity and direction dimensions of competitive anxiety*, *Personality and Individual Differences*, **46**, 4, 2009, p. 472–476.
19. NICHOLLS, A. R., POLMAN, R. C. J., *Coping in sport: A systematic review*, *Journal of Sports Sciences*, **25**, 1, 2007, p. 11–31.
20. VEALEY, R. S., CHASE, M. A., *Self-confidence in sport: Conceptual and research advances* in Horn, T. S. (Ed.), *Advances in Sport Psychology* (3rd ed.), Champaign, IL, Human Kinetics, 2008, p. 65–97.
21. WOODMAN, T., HARDY, L., *Stress and anxiety* in SINGER, R. N. , HAUSENBLAS, H. A. & JANELLE, C. M. (Eds.), *Handbook of Sport Psychology* (2nd ed.), New York, Wiley, 2001, p. 290–318.
22. WOODMAN, T., HARDY, L., *The relative impact of cognitive anxiety and self-confidence upon sport performance: A meta-analysis*, *Journal of Sports Sciences*, **21**, 6, 2003, p. 443–457.

REZUMAT

Studiul de față a avut ca obiectiv investigarea diferențelor psihologice dintre adolescenții implicați în sporturi individuale și cei care practică sporturi colective, cu accent pe anxietatea competițională și încrederea în sine. Eșantionul a fost format din 53 de sportivi cu vârste între 14 și 17 ani: 22 de atleți (10 fete, 12 băieți) și 31 de handbaliști (17 fete, 14 băieți). Evaluarea a fost realizată prin chestionarul CSAI-2 (Competitive State Anxiety Inventory – 2), care măsoară trei dimensiuni psihologice relevante: anxietatea cognitivă, anxietatea somatică și încrederea în sine. Rezultatele au evidențiat diferențe semnificative statistic între cele două grupuri: atleții au manifestat niveluri mai ridicate de anxietate cognitivă și somatică, în timp ce handbaliștii au prezentat un nivel semnificativ mai mare al încrederii în sine. Analizele ANOVA au arătat că tipul de sport este factorul determinant pentru aceste diferențe, în timp ce genul participanților și interacțiunea sport × gen nu au avut efecte semnificative. Magnitudinea efectelor a fost foarte mare, confirmând relevanța psihologică a rezultatelor. Aceste constatări sugerează că specificul disciplinei sportive modelează experiența competițională și că intervențiile psihologice ar trebui diferențiate: la sportivii din discipline individuale este necesară o focalizare pe reducerea anxietății și creșterea autoeficacității, iar la sportivii din discipline colective, accentul trebuie pus pe menținerea și consolidarea încrederii și a coeziunii de grup. Studiul confirmă rolul major al contextului sportiv în dezvoltarea profilului psihologic al adolescenților și oferă direcții practice pentru psihologii și antrenorii implicați în pregătirea mentală a sportivilor.

IMPLICAȚII TEORETICE ȘI PRACTICE ALE LITERAȚIEI ȘI PREVENȚIEI ACTIVE ÎN SĂNĂTATE MINTALĂ

SEBASTIAN TIBERIU CHENDREAN*
Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Abstract

Mental Health Literacy and Active Prevention represent two fundamentals yet often underutilized pillars in concerted efforts to improve psychological well-being globally. This article explores the origins, evolution, and essential components of MHL, highlighting its important role in promoting preventive behaviors and reducing treatment gaps. Studies show that MHL is not merely a collection of knowledge, but a complex framework that guides individuals through the challenges of mental health, transforming them from passive beneficiaries into proactive agents for their own health. Furthermore, this paper analyzes how MHL facilitates active prevention strategies, from early help-seeking to adopting healthy lifestyles and providing community-based first aid. To be truly effective, these concepts must be consciously applied, recognizing, and addressing the multiple disparities – demographic, socioeconomic, and cultural that persist in MHL levels across diverse population segments. Therefore, the article addresses the academic community and mental health professionals, offering an integrated perspective on the theoretical and practical implications of these two emerging concepts, essential and necessary for the development of personalized and culturally sensitive interventions.

Cuvinte-cheie: literație în sănătate mintală, prevenție activă, sănătate mintală, disparități, stigmatizare, îngrijire comunitară.

Keywords: mental health literacy, active prevention, mental health, disparities, stigmatization, community care.

1. INTRODUCERE

Societatea contemporană se confruntă cu un paradox al informației, în care abundența datelor nu este întotdeauna echivalentă cu înțelegerea și utilizarea eficientă a acestora. În domeniul sănătății mintale, această situație este la fel de pertinentă. În ciuda progreselor științifice remarcabile, stigmatizarea, ignoranța și, îndeosebi, lipsa unei literații adecvate acestui domeniu complex continuă să reprezinte bariere semnificative în calea bunăstării psihologice (Jorm, 2012; Ciciurkaite & Pescosolido, 2024). În acest context, nu este de mirare că două

* Doctorand, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași, Facultatea de Filosofie și Științe Social Politice, Școala Doctorală, Specializarea Sociologie, E-mail: seb.chendrean@gmail.com

concepte relativ recente, „Literația în Sănătate Mintală” și „Prevenția activă”, au dobândit o importanță tot mai mare atât în discursul public, cât și în cel academic.

Este cunoscut faptul că timp îndelungat îngrijirea sănătății mintale s-a concentrat predominant pe tratamentul tulburărilor deja instalate, neglijând, într-o oarecare măsură, atât pârghiile educaționale, cât și cele preventive. Pe măsură ce povara globală a tulburărilor mintale crește, devine imperios necesar să se mute accentul de la o abordare reactivă la una proactivă, care să construiască structuri rezistente de sănătate mintală, nu doar să intervină în situații de criză (Jorm, 2012, 2015; Kutcher *et al.*, 2016). Așa cum sugerează studiile de specialitate, această schimbare de paradigmă este esențială și realizabilă. Ambele concepte, MHL și Prevenția activă, ar trebui să ocupe un loc central în orice agendă de sănătate publică și de cercetare științifică de specialitate (Jorm, 2012, 2015; Kutcher *et al.*, 2016).

În acest context, articolul își propune să exploreze implicațiile teoretice și practice ale acestor două concepte emergente. Obiectivele specifice includ:

1. Analiza originilor și evoluției conceptelor de Literație în Sănătate Mintală și Prevenție Activă;
2. Identificarea componentelor-cheie ale MHL și a modului în care aceasta facilitează comportamentele preventive;
3. Examinarea disparităților existente în nivelurile de MHL, cu accent pe factorii demografici, socioeconomi și culturali;
4. Formularea de implicații concrete pentru practică și cercetare, cu scopul de a ghida dezvoltarea unor intervenții personalizate și cultural sensibile.

Astfel, în cele ce urmează, vom parcurge succint originile și evoluția acestor concepte, vom descompune elementele Literației în Sănătate Mintală, așa cum apar în literatura de specialitate și vom analiza legătura intrinsecă dintre un nivel ridicat de MHL și adoptarea unor comportamente preventive. Vom examina, de asemenea, disparitățile existente în nivelurile de MHL, punând în lumină grupurile vulnerabile și necesitatea unor abordări personalizate. Un sistem de sănătate mintală robust se construiește atât în cabinetele de terapie, cât și prin informarea și acțiunea conștientă conjugată la nivel individual și comunitar.

2. LITERAȚIA ÎN SĂNĂTATE MINTALĂ

Literația în Sănătate Mintală a devenit un concept central atât în promovarea sănătății mintale, cât și în strategiile de prevenție, recunoaștere timpurie și management al tulburărilor mintale (Jorm *et al.*, 1997; Kutcher *et al.*, 2016). MHL reprezintă un cadru conceptual care ghidează indivizii prin provocările sănătății mintale atât pentru ei înșiși, cât și pentru cei din jurul lor (Jorm *et al.*, 1997). Aceasta se referă la nivelul de cunoștințe și atitudini pe care o persoană le are atât despre sănătate mintală, cât și despre bolile mintale, influențând semnificativ atât modul în care își înțelege propria bunăstare psihologică, cât și modul în care

interacționează cu sistemul de sănătate. Un nivel ridicat de MHL este considerat o resursă personală importantă.

Călătoria conceptuală a „literației în sănătate mintală” este una fascinantă, marcând o schimbare semnificativă de paradigmă în modul în care societatea percepe și interacționează cu problemele de sănătate mintală. Acest concept, relativ nou, își găsește rădăcinile într-o lacună evidentă a discuțiilor inițiale despre literația în sănătate – o omisiune care a catalizat dezvoltarea unei noi perspective centrate pe capacitatea publicului de a înțelege, gestiona și preveni tulburările mintale. Punctul de plecare al acestei perspective se regăsește în raportul guvernamental australian din anul 1993, intitulat *„Goals and targets for Australia’s health in the year 2000 and beyond”*. În acest raport, Nutbeam și colegii săi (1993) au definit literația în sănătate ca fiind: „abilitatea de a accesa, înțelege și utiliza informații în moduri care promovează și mențin o sănătate bună”. Cu toate acestea, aceste obiective inițiale se concentrau preponderent pe bolile fizice, ignorând dimensiunea vitală a sănătății mintale.

Prin urmare, această omisiune notabilă a servit drept impuls pentru Anthony F. Jorm și echipa sa, care, în 1997, au propus și definit conceptul revoluționar de „literație în sănătate mintală” (Jorm *et al.*, 1997). Ei au definit MHL drept: „cunoștințele și convingerile despre tulburările mintale care ajută la recunoașterea, gestionarea și prevenirea acestora” (Jorm *et al.*, 1997). Mai mult, autorii acestui studiu au elaborat asupra componentelor-cheie ale acestui concept, incluzând: „abilitatea de a recunoaște tulburările specifice, cunoașterea modalităților de căutare a informațiilor, înțelegerea factorilor de risc și a cauzelor, a auto-tratamentelor și a ajutorului profesional disponibil, precum și atitudinile care promovează recunoașterea și căutarea adecvată a ajutorului” (Jorm *et al.*, 1997). Ulterior, Jorm (2012) a rafinat și mai mult aceste componente, subliniind că „literația în sănătate mintală include”: „cunoștințe despre cum să se prevină tulburările mintale; recunoașterea momentului în care o tulburare se dezvoltă; cunoștința opțiunilor de căutare a ajutorului și a tratamentelor disponibile; cunoștințe despre strategiile eficiente de auto-ajutor pentru problemele mai ușoare; și abilități de prim ajutor pentru a sprijini alte persoane care dezvoltă o tulburare mintală sau se află într-o criză de sănătate mintală”.

Un aspect definitoriu al MHL este accentul pus pe cunoștințe care pot fi utilizate în acțiuni practice. De exemplu, înțelegerea complexității genetice a schizofreniei, deși valoroasă, nu ar constitui MHL conform acestei definiții, deoarece nu susține direct o acțiune benefică imediată. Intenția principală a propunerii conceptului de MHL a fost de a atrage atenția asupra unei arii neglijate atât de cercetătorii în literația în sănătate, cât și de sectorul sănătății mintale. La mijlocul anilor 1990, ideea că publicul larg ar avea nevoie de o înțelegere a tulburărilor mintale pentru a fi împuternicit să acționeze era inovatoare. În acea perioadă, sectorul sănătății mintale se concentra în mare măsură pe extinderea pregătirii profesionale (Goldberg & Huxley, 1992), iar persoanele afectate erau adesea văzute ca beneficiari pasivi. Introducerea conceptului de MHL, prin contrast, a reconfigurat perspectiva,

portretizând persoana afectată ca un agent primar în gestionarea propriilor simptome, căutarea ajutorului profesional fiind doar una dintre multiplele strategii pe care aceasta le-ar putea încerca (Jorm, 2000).

Inițial, MHL a fost dezvoltat pentru adulți, însă, ulterior, conceptul a fost extins și la adolescenți, considerând această etapă a vieții fundamentală pentru debutul multor tulburări și boli mintale. Apariția conceptului a condus la realizarea primului studiu național australian pe adulți în 1995 (Jorm *et al.*, 1997), urmat de studii similare în Germania și Austria (Jorm *et al.*, 2000a). Aceste sondaje au adoptat o metodologie standardizată, care a devenit ulterior un etalon global: prezentarea unei viniete ce descrie o persoană cu simptome ale unei tulburări mintale, urmată de o serie de întrebări specifice adresate respondenților. Această abordare bazată pe viniete s-a impus ca metodă principală pentru studierea MHL în sondajele comunitare. De asemenea, metoda Delphi, care implică un proces iterativ de consultare a experților pentru a ajunge la un consens, a fost utilizată pentru a stabili acțiuni publice adecvate, cum ar fi dezvoltarea ghidurilor de prim ajutor în sănătate mintală (Hart *et al.*, 2009; Kelly *et al.*, 2008a, 2008b, 2009, 2010; Kingston *et al.*, 2009, 2011; Ross *et al.*, 2014).

Recent, unii autori au propus extinderea conceptului de MHL. Kusan (2013), de exemplu, a susținut că definiția originală „se traduce efectiv prin cunoașterea conținutului DSM și reflectă orientarea biomedicală dominantă”, propunând o redefinire care să includă: „reziliența, salutogeneza și mindfulness-ul”. Într-o manieră similară, Bjørnsen și colegii (2017) au introdus termenul „literație în sănătate mintală pozitivă”, concentrându-se pe cunoștințe despre menținerea bunăstării, nu doar pe cunoștințe abstracte despre tulburări și boli. Prin urmare, conceptul de literație în sănătate mintală a evoluat de la o necesitate stringentă la un domeniu complex, cu multiple fațete, transformând publicul din simpli receptori pasivi în agenți activi atât ai propriei sănătăți mintale, cât și a celei comunitare. Cu toate provocările legate de măsurare, așa cum o arată studiile de specialitate, MHL rămâne un concept fundamental, esențial pentru îmbunătățirea rezultatelor în sănătate mintală la nivel global.

Așadar, ca să sumarizăm, conceptul de literație în sănătate mintală a fost conceptualizat pentru prima dată de profesorul Anthony Jorm și colegii săi la începutul anilor 1990 (Jorm *et al.*, 1997), ca o analogie cu literația în sănătate fizică, recunoscând că și „mintea” are nevoie de propria sa alfabetizare. Obiectivul inițial a fost de a crea un cadru pentru a înțelege și îmbunătăți cunoștințele publice despre sănătatea mintală, cu scopul strategic de a reduce decalajul de tratament și de a combate stigmatizarea.

Conform formulării nuanțate de Jorm (2012), MHL include un set complex de componente interconectate, după cum urmează:

a. „*Capacitatea de a recunoaște tulburările mintale specifice*”. Aceasta implică, în esență, cunoașterea semnelor și simptomelor unor afecțiuni comune, cum ar fi depresia sau anxietatea. Recunoașterea timpurie este fundamentală pentru intervenția promptă și pentru un prognostic favorabil. Un individ cu un nivel ridicat

de MHL va putea distinge, de exemplu, între o stare de tristețe normală, o parte naturală a vieții și simptomele unei depresii clinice, o condiție medicală serioasă.

b. „*Cunoștințe despre cauze și factori de risc*”. Înțelegerea faptului că tulburările mintale au cauze complexe, care pot include factori genetici, biologici, psihologici și sociali, ajută la demitizarea bolilor mintale și la reducerea auto-învinuirii, promovând o perspectivă mai echilibrată și mai empatică. De exemplu, înțelegerea că stresul cronic sau discriminarea pot contribui la depresie, alături de predispoziții individuale, extinde cadrul de înțelegere dincolo de genetică și biochimie (Jorm *et al.*, 2004, 2007).

c. „*Cunoștințe despre opțiunile de tratament și strategii de auto-ajutor*”. A fi informat despre diversele modalități de intervenție disponibile, inclusiv terapia medicamentoasă, psihoterapia disponibilă, dar și despre strategii de autogestionare și de coping. Această componentă este esențială pentru luarea unor decizii informate privind îngrijirea, oferind control și agenție.

d. „*Abilitatea de a căuta informații valide*”. Capacitatea de a identifica și de a accesa surse de informații credibile și bazate pe dovezi despre sănătatea mintală, evitând dezinformarea și miturile periculoase, este fundamentală în era digitală.

e. „*Atitudini care reduc stigmatizarea*”. Recunoașterea și respingerea stereotipurilor și prejudecăților asociate cu bolile mintale. Aceasta include o atitudine de acceptare, înțelegere și susținere față de persoanele afectate, promovând incluziunea socială și încurajând deschiderea. Un nivel ridicat de MHL reduce teama și discriminarea, facilitând căutarea ajutorului și construind punți de înțelegere și suport.

f. „*Abilitatea de a oferi prim ajutor în sănătate mintală*”. Recunoașterea unei crize de sănătate mintală și capacitatea de a oferi suport inițial, de a reduce riscul de rănire și de a orienta persoana către ajutor profesional adecvat (Kelly *et al.*, 2007). Această componentă se referă la intervenția proactivă, similară primului ajutor fizic, fiind un act de solidaritate socială și responsabilitate comunitară.

În plus, unii autori au sugerat extinderea conceptului de MHL pentru a include și aspecte legate de promovarea sănătății mintale în general, nu doar prevenția și tratamentul bolilor. Aceasta ar include cunoștințe despre cum să menții bunăstarea psihologică, cum să construiești reziliența și cum să gestionezi eficient stresul cotidian. De asemenea, s-a propus includerea navigării sistemului de sănătate mintală, o componentă practică esențială pentru a accesa efectiv serviciile necesare (Kutcher *et al.*, 2016, Morgan *et al.*, 2018).

3. PREVENȚIA ACTIVĂ ÎN SĂNĂTATE MINTALĂ

Dacă Literația în Sănătate Mintală este cadrul de înțelegere, atunci Prevenția activă reprezintă aplicarea practică și direcționarea conștientă a acțiunilor. Prevenția activă în sănătate mintală se definește prin: „demersurile proactive întreprinse de indivizi și comunități pentru a reduce riscul de apariție a tulburărilor mintale, a

promova bunăstarea psihologică și a interveni timpuriu în cazul apariției simptomelor” (Jorm *et al.*, 1997). Un nivel crescut de MHL este considerat o resursă fundamentală pentru promovarea comportamentelor preventive și pentru o intervenție eficientă în sănătatea mintală. De fapt, legătura dintre MHL și prevenție este esențială pentru a reduce povara globală a tulburărilor mintale, acționând atât ca o strategie defensivă, cât și ca una proactivă. MHL și prevenția activă sunt interconectate într-un mod complex. Iată câteva moduri în care MHL facilitează comportamentele preventive:

a. „*Căutarea timpurie a ajutorului*”. Indivizii cu niveluri ridicate de MHL sunt mai capabili să recunoască semnele timpurii ale unei probleme de sănătate mintală la ei înșiși sau la alții și sunt mai dispuși să caute ajutor profesional sau să încurajeze pe alții să o facă. Aceasta reduce „întârzierea în tratament” – timpul dintre debutul simptomelor și inițierea tratamentului – care poate agrava condiția și poate afecta prognosticul pe termen lung. Teama de stigmatizare, lipsa de cunoștințe despre unde să caute ajutor sau despre ce presupune tratamentul sunt bariere majore pe care MHL le poate depăși, deschizând noi perspective. Această recunoaștere timpurie este o primă linie de apărare eficientă. Studiile au arătat că întârzierile mai lungi între debut și căutarea ajutorului profesional sunt asociate cu rezultate mai slabe (Wang *et al.*, 2007). Mulți oameni, pur și simplu, nu conceptualizează ceea ce experimentează ca fiind o tulburare mintală, o realitate tristă evidențiată de un studiu australian care a arătat o întârziere medie de 6, 9 ani între debut și recunoaștere pentru tulburările de anxietate sau dispoziție (Thompson *et al.*, 2004).

b. „*Adoptarea strategiilor de autogestionare și de coping*”. MHL include cunoștințe despre strategiile de auto-ajutor și de menținere a bunăstării. Persoanele cu un nivel bun de MHL sunt mai predispuse să adopte stiluri de viață sănătoase, să utilizeze tehnici eficiente de reducere a stresului, să-și gestioneze emoțiile și să cultive reziliența. Aceasta poate reduce riscul de debut al tulburărilor sau poate ameliora simptomele existente. Jorm și colegii (2007, 2008) au propus un „model al undelor suprapuse de acțiune” pentru a explica rolul auto-ajutorului, unde strategiile de auto-ajutor existente ating vârful de utilizare în cazul problemelor mai ușoare, urmate de noi strategii de auto-ajutor pentru probleme moderate, iar apoi de ajutor profesional pentru cazuri severe.

c. „*Reducerea întârzierii în inițierea tratamentului*”. Chiar și după recunoașterea problemei, un nivel scăzut de MHL poate duce la ezitări în inițierea tratamentului din cauza fricii de efecte secundare, a percepției negative asupra terapiei sau a lipsei de încredere în sistemul medical. MHL contribuie la o înțelegere mai realistă a beneficiilor tratamentului și a riscurilor, încurajând aderarea la planurile terapeutice. Informația corectă este fundamentală pentru a face alegeri sănătoase, așa cum au arătat atât Acosta și colegii (2013), cât și Reavley și Jorm (2012), care au subliniat faptul că credințele și atitudinile unei persoane față de tratamente sunt un factor important în ceea ce privește continuarea acestora.

d. „*Promovarea sănătății mintale la nivel comunitar*”. După Kutcher și colegii (2016), indivizii cu niveluri ridicate de MHL pot acționa ca agenți de schimbare în comunitățile lor, reducând stigmatizarea, educând pe alții și încurajând un dialog deschis despre sănătatea mintală. Aceasta contribuie la crearea unor medii sociale mai favorabile sănătății mintale.

e. „*Dovezi empirice*”. Numeroase studii au investigat legătura dintre MHL și comportamentele preventive sau de căutare a ajutorului. Deși multe dintre aceste studii sunt corelaționale, ele sugerează o asociere puternică. De exemplu, într-un studiu metaanalitic, realizat de Morgan și colegii (2018), s-a concluzionat că intervențiile pentru îmbunătățirea MHL sunt eficiente în creșterea cunoștințelor și în schimbarea atitudinilor legate de sănătatea mintală, cu dovezi promițătoare privind impactul asupra căutării ajutorului.

4. MECANISME ȘI STRATEGII DE PREVENȚIE PRIN MHL

Un aspect fundamental al literației în sănătate mintală se referă la cunoștințele despre prevenția tulburărilor. Deși unii factori de risc, precum evenimentele traumatiche de viață, pot fi în afara controlului individual, există numeroși factori legați de stilul de viață care pot fi modificați pentru a reduce riscul. De exemplu, în efortul de a identifica strategii de prevenție pentru adolescenți, Cairns și colegii (2014, 2015) au identificat o multitudine de strategii cu potențial preventiv, inclusiv cele care vizează dezvoltarea fitness-ului mental și a abilităților de viață, încurajarea relațiilor sănătoase și adoptarea unui stil de viață echilibrat. Un sondaj realizat pe tineri australieni a constatat un nivel înalt de acord în rândul lor, iar activitatea fizică, contactul regulat cu familia și prietenii și activitățile de relaxare sunt protectoare (Yap *et al.*, 2012). Cu toate acestea, a apărut o discrepanță majoră între credințele tinerilor și cele ale profesioniștilor în ceea ce privește strategia de „evitare a situațiilor stresante”. Profesioniștii susțin că evitarea este asociată cu menținerea tulburărilor de anxietate și că, dimpotrivă, confruntarea cu situațiile stresante oferă o oportunitate de a învăța strategii eficiente de coping, o idee care contravine intuiției multora.

Deoarece unii factori de risc pentru tulburările mintale apar timpuriu în viață, acțiunea preventivă trebuie inițiată de părinți sau de alți îngrijitori. Autori precum Yap și Jorm (2015) au investigat factorii parentali asociați cu depresia și anxietatea la copii și adolescenți. Studii de consens Delphi au fost, de asemenea, realizate pentru a identifica strategii preventive pe care părinții le pot utiliza (Yap *et al.*, 2014, 2015b). Cu toate acestea, părinții adesea nu știu ce să facă sau cum să acționeze optim în aceste domenii. De exemplu, un sondaj online a relevat deficiențe semnificative în cunoștințele multor părinți în ceea ce privește modelarea unui consum responsabil de alcool (Yap *et al.*, 2015a). Literația în sănătate mintală este importantă și utilă pentru a dobândi capacitatea de a-i sprijini pe alții. Termenul de „prim ajutor în sănătate mintală” a fost utilizat pentru a desemna „ajutorul oferit unei persoane care dezvoltă o problemă de sănătate mintală, care experimentează o agravare a unei probleme de

sănătate mintală existente sau care se află într-o criză de sănătate mintală”. Cunoștințele de prim ajutor în sănătate mintală au fost evaluate în mai multe sondaje, iar calitatea generală a răspunsurilor s-a dovedit a fi slabă în studiile australiene. Chiar și atunci când persoana descrisă într-o vinietă este suicidară, acțiunile de evaluare și asistare în criză sunt rar menționate. Această lipsă de cunoștințe poate avea un impact asupra acțiunilor efectiv întreprinse. Este important de recunoscut că, deși MHL facilitează comportamentele preventive, relația nu este unidirecțională sau simplu cauzală. Alți factori, cum ar fi accesul la servicii, calitatea îngrijirii și suportul social, joacă, de asemenea, un rol decisiv. Cu toate acestea, MHL este o componentă necesară, chiar dacă nu suficientă, pentru o strategie de prevenție eficientă (Rossetto *et al.*, 2014).

5. ROLUL TEHNOLOGIEI ÎN MODELAREA LITERAȚIEI ȘI PREVENȚIEI ACTIVE ÎN SĂNĂTATEA MINTALĂ

În era digitală contemporană, omniprezența tehnologiei a redefinit modul în care interacționăm cu informația, cu serviciile de sănătate și chiar cu propria noastră stare de bine. Această revoluție digitală a deschis atât noi orizonturi pentru îmbunătățirea nivelurilor de literație în sănătate mintală (MHL) și a prevenției active, cât și a generat provocări complexe. De la website-uri interactive și aplicații mobile la platforme de videoconferință, tehnologia modelează semnificativ modul în care publicul percepe, înțelege și acționează în fața problemelor de sănătate mintală. Tehnologia modernă a transformat în mod radical accesibilitatea și diseminarea informațiilor despre sănătate, democratizând cunoașterea și oferind instrumente inovatoare pentru prevenție activă. Aceasta se aliniază direct cu componenta fundamentală a MHL, care vizează „abilitatea de a căuta informații valide” (Jorm, 2012).

Internetul, prin intermediul diferitelor platforme online și a website-urilor specializate, a devenit și în România o sursă primară de informații despre sănătate mintală. Platforme oficiale guvernamentale, cum ar fi Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog¹ (CNSMLA), oferă resurse credibile și bazate pe dovezi, esențiale pentru „cunoștința opțiunilor de căutare a ajutorului” și „cunoștințe despre cum să se prevină tulburările mintale”. Similar, organizații internaționale precum UNICEF² utilizează tehnologia pentru a educa publicul larg, în special adolescenții și părinții, despre importanța sănătății mintale, construind în acest mod o literație timpurie și strategii parentale preventive. Organizația Mondială a Sănătății³ (WHO) oferă, de asemenea, o multitudine de resurse digitale și inițiative pentru promovarea sănătății mintale la scară globală, incluzând ghiduri și materiale educaționale care depășesc

¹ Despre CNSMLA. <https://cnsml.org.ro/despre-noi/>

² The Adolescent Mental Health Hub.

<https://www.unicef.org/adolescentmentalhealthhub/about-hub>

³ WHO Special Initiative for Mental Health. <https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health>

barierele geografice. Dincolo de simpla informare, tehnologia oferă instrumente interactive care transformă învățarea pasivă într-o experiență angajantă.

Siteuri precum MoodGYM⁴, un program de intervenție bazat pe terapia cognitiv-comportamentală online, demonstrează eficacitatea platformelor digitale în dezvoltarea „strategiilor eficiente de auto-ajutor pentru problemele mai ușoare” (Christensen *et al.*, 2004). Aplicațiile mobile de *mindfulness* și meditație, precum Headspace⁵ sau Calm⁶, sunt exemple remarcabile de instrumente care susțin „cunoștințe despre cum să menții bunăstarea psihologică” și „strategiile de autogestionare și de coping”, oferind exerciții ghidate și sesiuni personalizate pentru reducerea stresului și îmbunătățirea rezilienței (Huberty *et al.*, 2019). Videoconferințele și platformele de tele-sănătate mintală au eliminat barierele geografice și logistice, facilitând astfel accesul la servicii profesionale de psihoterapie și consiliere. Această inovație tehnologică este foarte utilă pentru „căutarea timpurie a ajutorului”, în special în zonele rurale sau pentru persoanele cu mobilitate redusă, reducând „întârzierea în tratament” (Wang *et al.*, 2007). Prin telemedicină, indivizii pot interacționa cu profesioniști din sănătate mintală dintr-un mediu familiar și confortabil, ceea ce poate reduce anxietatea inițială asociată cu vizitele la cabinet. Mediul online oferă un grad de anonimat care poate încuraja persoanele să caute informații sau chiar să discute despre problemele lor de sănătate mintală, depășind „atitudini care reduc stigmatizarea” (Jorm, 2012; Ciciurkaite & Pescosolido, 2024). Forumurile de suport și comunitățile online pot crea un sentiment de apartenență și validare, oferind „abilitatea de a oferi prim ajutor în sănătate mintală” prin împărtășirea experiențelor și consilierea reciprocă, similar cu rețeaua de suport descrisă de organizații precum Mind⁷.

Pe cât de numeroase sunt oportunitățile, pe atât de semnificative sunt și riscurile asociate cu utilizarea tehnologiei în domeniul sănătății mintale. Aceste provocări pot submina eforturile de îmbunătățire a nivelurilor de MHL și a prevenției active, adesea exacerband disparitățile existente. Abundența informațiilor online este o sabie cu două tăișuri. Lipsa unui control editorial riguros permite proliferarea de informații false, pseudoștiințifice sau chiar dăunătoare despre tulburările mintale și tratamentele acestora. Această „infodemie” poate duce la distorsionarea MHL, la autodiagnoze eronate și la evitarea ajutorului profesional bazat pe dovezi (Jorm, 2015). A discerne între sursele credibile și cele nefondate devine o abilitate critică, adesea deficitară.

Accesul inegal la tehnologie și la internet de mare viteză creează o „diviziune digitală” care poate afecta semnificativ disparitățile în MHL (Chendorean, 2025). Persoanele din mediile socioeconomice defavorizate, vârstnicii sau cei din comunitățile rurale, care nu au acces la internet sau la

⁴ About MoodGym. <https://www.moodgym.com.au/info/about>

⁵ About Headspace. <https://www.headspace.com/about-us?origin=navigation>

⁶ Calm. <https://www.calm.com>

⁷ About Mind. <https://www.mind.org.uk/about-us>

dispozitive inteligente, sunt private de beneficiile educaționale și de suport online, consolidând astfel decalajele de literație în sănătate mintală (Jorm *et al.*, 2004; Morgan *et al.*, 2018; Chendrean, 2025). Deși platformele online pot oferi suport, ele sunt, de asemenea, un teren foarte fertil pentru *cyberbullying*, hărțuire și expunere la conținut negativ sau traumatic. Aceste experiențe pot contribui la creșterea anxietății, depresiei și chiar la ideea suicidară, în special în rândul adolescenților și tinerilor, reducând astfel scopul inițial de prevenție activă și promovare a bunăstării. Interacțiunea rapidă și fragmentată specifică mediului online poate încuraja o înțelegere superficială a problemelor complexe de sănătate mintală.

De asemenea, utilizarea excesivă a dispozitivelor digitale și a rețelelor sociale a fost asociată cu probleme de somn, scăderea activității fizice și o stare generală de disforie, reducând beneficiile legate de „adoptarea strategiilor de autogestionare și de coping” și promovarea unui „stil de viață echilibrat” (Cairns *et al.*, 2014). Colectarea și stocarea datelor personale de sănătate în mediul online ridică întrebări serioase legate de confidențialitate și securitate. Temerile legate de modul în care informațiile personale sunt utilizate pot descuraja indivizii să acceseze servicii de tele-sănătate mintală sau să utilizeze aplicații dedicate, subminând încrederea în sistemul digital de suport. Tehnologia reprezintă un aliat puternic în eforturile de a consolida literația în sănătate mintală și prevenția activă. Cu toate acestea, potențialul său nu poate fi pe deplin valorificat fără o conștientizare clară a riscurilor și o abordare strategică pentru atenuarea acestora. Este imperativ ca dezvoltatorii de tehnologie, profesioniștii din sănătate mintală și factorii de decizie politică să colaboreze pentru a maximiza beneficiile și a minimiza pericolele, asigurând un spațiu digital sigur și eficient pentru sănătatea mintală a tuturor.

6. DISPARITĂȚI ȘI PROVOCĂRI ÎN MHL

Așa cum există disparități semnificative în sănătatea mintală generală, există și decalaje substanțiale în nivelurile de MHL în cadrul populației (Chendrean, 2025). Aceasta înseamnă că anumite grupuri sunt mai puțin informate sau au atitudini mai stigmatizante, ceea ce le face mai vulnerabile și mai expuse. Aceste disparități se suprapun adesea cu cele ale determinantilor sociali ai sănătății mintale, creând cicluri vicioase de vulnerabilitate. SDMH reprezintă acei factori sociali care impactează sănătatea mintală, generând în acest fel inechități multiple.

1. Factori demografici și socioeconomi:

a. *Vârsta*. Adesea, tinerii și vârstnicii pot prezenta niveluri diferite de MHL. Tinerii pot avea o deschidere mai mare spre discuțiile despre sănătate mintală, dar pot fi influențați de informații eronate de pe rețelele sociale. Vârstnicii pot adera la concepții mai vechi, stigmatizante sau pot avea o lipsă de acces la surse de informare moderne (Chendrean, 2025).

b. *Genul*. Femeile tind să demonstreze, în general, niveluri mai ridicate de MHL decât bărbații, în special în ceea ce privește recunoașterea depresiei și anxietății și o atitudine mai puțin stigmatizantă. Aceasta poate fi legată de diferențele de socializare de gen și de normele culturale privind exprimarea emoțiilor și căutarea ajutorului (Jorm *et al.*, 2004, 2007)

c. *Nivelul de educație*. Educația este unul dintre cei mai puternici predictori ai MHL. Persoanele cu un nivel de educație mai ridicat tind să aibă cunoștințe mai bune despre bolile mintale, despre cauzele și tratamentele lor și o atitudine mai puțin stigmatizantă (Morgan *et al.*, 2018; Chendrean, 2025). Educația facilitează accesul la informație și dezvoltarea unor abilități critice de evaluare a acesteia, oferind în felul acesta o bază solidă de înțelegere.

d. *Statusul socioeconomic*. Similar cu educația, un status socioeconomic mai scăzut este asociat cu un nivel mai redus de MHL. Aceasta se datorează accesului limitat la resurse educaționale, la informații de calitate și la servicii de sănătate, precum și unei expuneri mai mari la stresul cronic care poate diminua capacitatea cognitivă și interesul pentru sănătate mintală (Chendrean, 2025).

2. Factori culturali și etnici:

a. *Etnia și fundalul cultural*. Există diferențe semnificative în nivelurile de MHL între diverse grupuri etnice și culturale. Aceste diferențe pot fi atribuite viziunilor culturale distincte asupra sănătății și bolii, credințelor despre cauzele tulburărilor mintale, rolului familiei, preferințelor în ceea ce privește căutarea ajutorului și a nivelului de încredere în sistemele de sănătate majoritare (Ciciurkaite și Pescosolido, 2024; Chendrean, 2025). Normele culturale pot influența și modul în care suferința este exprimată.

b. *Limba vorbită*. Barierele lingvistice pot limita atât accesul la informații despre sănătatea mintală, cât și la servicii de suport pentru comunitățile de imigranți sau minorități etnice, creând un zid invizibil de comunicare care perpetuează disparitățile de literație în sănătate mintală (Chendrean, 2025).

Așadar, aceste disparități în nivelurile de MHL contribuie la perpetuarea decalajelor în sănătate mintală. Grupurile cu niveluri scăzute de MHL sunt mai puțin susceptibile de a recunoaște o problemă, de a căuta ajutor, de a adera la tratament și de a beneficia de suport social, ceea ce le agravează vulnerabilitatea (Kelly *et al.*, 2007; Chendrean, 2025). Această situație subliniază necesitatea unor intervenții personalizate și cultural sensibile, care să analizeze și să abordeze barierele specifice fiecărui grup demografic sau etnic. Programele de educație în sănătate mintală trebuie să fie adaptate lingvistic și cultural, difuzate prin canale de comunicare accesibile și să țină cont de valorile și credințele comunitare.

Așa cum am explorat în proiectul doctoral personal, contextul multiethnic și multicultural adaugă în mod evident un strat complex acestor disparități. Dobrogea, de exemplu, este o zonă cu o diversitate culturală remarcabilă, unde tradițiile și viziunile asupra sănătății și bolii pot varia semnificativ între grupuri. În acest context complex, înțelegerea nuanțată a barierelor culturale și lingvistice devine practic fundamentală

pentru a putea dezvolta intervenții de MHL eficiente care să reducă „disparitățile de literație în sănătate mintală” (Chendrean, 2025). Regiunea Dobrogea reprezintă un mozaic etnic, cultural și religios remarcabil în sud-estul României, astfel fiind un spațiu de coexistență pentru români, aromâni, turci, tătari, romi, lipoveni, greci, bulgari, evrei, armeni și alte minorități (Chendrean, 2025a). Această diversitate, deși este o sursă de bogăție culturală, adaugă inerent o complexitate considerabilă problematicilor de sănătate mintală care, în practică, modelează percepțiile asupra sănătății mintale și a comportamentelor de căutare a ajutorului.

Cercetarea doctorală a fost realizată pe un eșantion de 182 de participanți (N=182) și a utilizat un model de ecuații structurale (SEM) pentru a investiga interconexiunile complexe dintre statusul socioeconomic (SES), suportul social și familial (SSF), experiențele de discriminare (D) și stigmatizare (S) în modelarea practică a nivelurilor de literație în sănătate mintală (MHL) în rândul populației multietnice și multiculturale din Dobrogea (Chendrean, 2025a). Compoziția etnică a eșantionului a inclus 73.07% români, 9.89% aromâni, 5.50% tătari, 5.50% lipoveni, 3.84% romi și 2.20% turci (Chendrean, 2025a). Rezultatele studiului sugerează că particularitățile culturale și etnice din Dobrogea, manifestate prin bariere lingvistice, diferențe culturale în percepția bolii și a procesului de căutare a ajutorului, norme sociale specifice și inegalități socioeconomice, pot exacerba disparitățile în literația în sănătate mintală – MHL (Chendrean, 2025a). De asemenea, rezultatele studiului au evidențiat faptul că statusul socioeconomic (SES) influențează literația în sănătate mintală (MHL) atât direct, cât și indirect, prin intermediul suportului social și familial (SSF) (Chendrean, 2025a). Mai mult, datele empirice arată faptul că experiențele de discriminare (D) și stigmatizare (S) acționează ca bariere semnificative, afectând negativ și simultan atât nivelul de cunoștințe despre sănătate și tulburare mintală, cât și atitudinile și comportamentele proactive ale indivizilor (Chendrean, 2025a). De exemplu, nivelurile mai ridicate de stigmatizare (S) au fost asociate direct, negativ și semnificativ cu un nivel mai scăzut de literație în sănătate mintală (MHL), indicând faptul că stigmatizarea (S) reprezintă un obstacol major în dezvoltarea unui nivel optim de MHL (Chendrean, 2025a). Această realitate subliniază modul în care cultura și etnia pot influența negativ atât cunoștințele despre sănătatea mintală, cât și dorința de a căuta ajutor. Pe de altă parte, suportul social și familial (SSF) a relevat un rol protector semnificativ, atenuând în acest fel impactul negativ al discriminării și stigmatizării (Chendrean, 2025a). Modelul cauzal (SEM) construit s-a dovedit robust și coerent, explicând o proporție semnificativă din varianța MHL ($R\text{-squared} = 0.38$) (Chendrean, 2025a).

7. IMPLICAȚII PENTRU PRACTICĂ ȘI CERCETARE

Având în vedere conceptele definite și provocările identificate, devine esențial să se stabilească direcții clare pentru practica și cercetarea viitoare. Implicațiile pentru profesioniștii din domeniul îngrijirii sănătății mintale ar trebui

să prioritizeze integrarea MHL în toate strategiile de intervenție. Pacienții nu pot fi tratați ca simpli receptori de informații, ci este necesar să fie tratați ca parteneri activi, ale căror credințe și atitudini necesită o modelare riguroasă și empatică (Reavley și Jorm, 2012 ; Jorm, 2015).

Prin urmare, dezvoltarea de programe educaționale adaptate cultural și lingvistic, care să vizeze recunoașterea simptomelor, promovarea strategiilor de auto-ajutor eficiente și reducerea stigmatizării, devine oportună. Aceste programe ar trebui dezvoltate de instituții de sănătate publică, ONG-uri specializate și, evident, de sistemul educațional. Ar trebui să fie implementate în școli, locuri de muncă, centre comunitare și prin campanii publice online și offline. În plus, o atenție deosebită ar trebui acordată consolidării abilităților de prim ajutor în sănătate mintală la nivelul populației generale. Nu este suficient să se recunoască o criză; este imperativ să se cunoască și modul de acțiune. Așa cum învățăm să acordăm prim ajutor fizic, ar trebui să învățăm și să oferim suport în crizele de sănătate mintală.

Pentru cercetători, domeniul MHL și al Prevenției active rămâne un teren fertil. Sunt necesare studii longitudinale care să demonstreze impactul causal al intervențiilor de MHL asupra rezultatelor în sănătate mintală (Atilola, 2015; Chendrean, 2025). De asemenea, este fundamentală dezvoltarea de instrumente de măsurare a MHL care să fie valide, fiabile și adaptate transcultural. Este necesar să se depășească dezbaterile legate de „cât de larg” ar trebui să fie conceptul de MHL (Jorm, 2015; Mackert *et al.*, 2015) și să ne concentrăm pe măsuri pragmatice, orientate spre obiective specifice ale intervențiilor. Cercetarea asupra disparităților, în special în contexte multietnice și multiculturale, este necesară și oportună. Chendrean (2025) a evidențiat complexitatea acestor disparități de literație în sănătate mintală, în regiunea Dobrogea, un context multietnic și multicultural unic în România, iar viitoarele studii ar trebui să aprofundeze aceste aspecte, explorând mecanismele subtile prin care cultura și etnia influențează percepția sănătății mintale și căutarea ajutorului. Nu în ultimul rând, o mai bună înțelegere a modului în care atitudinile generale față de tratament modelează acceptarea intervențiilor bazate pe dovezi rămâne un domeniu promițător.

8. REFLECȚII FINALE

Literația în Sănătate Mintală și Prevenția activă reprezintă două concepte transformative cu un potențial imens de a remodela peisajul îngrijirii sănătății mintale. Ele necesită în practică o abordare proactivă, care împuternicește indivizii și comunitățile să devină arhitecții propriei lor bunăstări psihologice. De la recunoașterea semnelor timpurii ale unei tulburări, până la adoptarea unor stiluri de viață sănătoase și la oferirea de prim ajutor, MHL servește drept fundație pentru o societate mai informată, mai empatică și, într-un final, mai sănătoasă. Cu toate acestea, studiile de specialitate ne arată o situație dinamică, în continuă dezvoltare,

dar care este încă departe de a fi terminată. Discriminarea și stigmatizarea persistă, iar disparitățile complexe în ceea ce privește accesul la informație și la servicii continuă să reprezinte un obstacol major. Așadar, în continuare, eforturile noastre trebuie să fie concertate, adaptate și, mai ales, sensibile la nuanțele culturale și sociale. Prin investiții continue în educație, cercetare și intervenții personalizate, putem contribui la construirea unei lumi în care sănătatea mintală nu mai este un tabu, ci devine o prioritate recunoscută și îngrijită pentru toți. Fiecare individ merită să aibă o minte sănătoasă într-o societate care îl înțelege și îl sprijină în atingerea potențialului său individual și colectiv.

Primit în redacție la: 15.09.2025

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

1. ACOSTA, F., RODRÍGUEZ, L., & CABRERA, B., *Beliefs about depression and its treatments: Associated variables and the influence of beliefs on adherence to treatment*, Revista de Psiquiatria y Salud Mental, **6**, 2, 2013, p. 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2012.08.002>
2. ATILOLA, O., *Level of community mental health literacy in sub-Saharan Africa: Current studies are limited in number, scope, spread, and cognizance of cultural nuances*, Nordic Journal of Psychiatry, **69**, 2, 2015, p. 93–101. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.947319>
3. BJØRNSSEN, H. N., EILERTSEN, M. B., RINGDAL, R., ESPNES, G. A., & MOKSNES, U. K., *Positive mental health literacy: Development and validation of a measure among Norwegian adolescents*, BMC Public Health, **17**, 1, 2017, p. 717–727. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4733-6>
4. CAIRNS, K.E., YAP, M.B.H., PILKINGTON, P.D., & JORM, A.F., *Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies*, Journal of Affective Disorders, **169**, 2014, p. 61–75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.006>
5. CAIRNS, K.E., YAP, M.B.H., REAVLEY, N.J., & JORM, A.F., *Identifying prevention strategies for adolescents to reduce their risk of depression: A Delphi consensus study*, Journal of Affective Disorders, **183**, 2015, p. 229–238. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.019>
6. CHENDREAN, S.T., *Disparități de literație și prevenție activă în sănătate mintală: Studiu transversal în contextul multiethnic și multicultural din Dobrogea*, Teză de doctorat, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași, Facultatea de Filosofie și Științe Social Politice, Școala Doctorală, 2025.
7. CHENDREAN, S.T., *Mental health literacy disparities and Active prevention in multiethnic and multicultural Dobrogea, Romania: Dissemination report of doctoral research results*, Journal of Romanian Literary Studies, **42**, 2025a, p. 1206–1220. <https://asociatia-alpha.ro/Jrls/042-2025/Jrls-042-157.pdf>
8. CHRISTENSEN, H., GRIFFITHS, K., JORM, A., *Delivering interventions for depression by using the Internet: Randomized controlled trial*, BMJ (Clinical research ed.), **328**, 265, 2004. <https://doi.org/10.1136/bmj.37945.566632.EE>
9. CICIURKAITE, G., & PESCOLIDIO, B. A., *Mental Health Literacy and Public Stigma: Examining the Link in 17 Countries*, Medical Research Archives, **12**, 7, 2024, <https://doi.org/10.18103/mra.v12i7.5471>

10. GOLDBERG, D., & HUXLEY, P., *Common mental disorders: A bio-social model*. Routledge, 1992.
11. HART, L.M., JORM, A.F., PAXTON, S.J., KELLY, C.M., & KITCHENER, B.A., *First aid for eating disorders*, *Eating Disorders*, **17**, 5, 2009, p. 357–384. <https://doi.org/10.1080/10640260903210156>
12. HUBERTY, J., GREEN, J., GLISSMANN, C., LARKEY, L., PUZIA, M., & LEE, C., *Efficacy of the Mindfulness Meditation Mobile App „Calm” to Reduce Stress Among College Students: Randomized Controlled Trial*, *JMIR mHealth and uHealth*, **7**, 6, 2019, e14273. <https://doi.org/10.2196/14273>
13. JORM, A.F., *Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders*, *British Journal of Psychiatry*, **177**, 5, 2000, p. 396–401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
14. JORM, A.F., *Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health*, *American Psychologist*, **67**, 3, 2012, p. 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
15. JORM, A.F., *Why we need the concept of mental health literacy*, *Health Communication*, **30**, 12, 2015, p. 1166–1168. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1037423>
16. JORM, A.F., ANGERMEYER, M., & KATSCHNIG, H., *Public knowledge of and attitudes to mental disorders: a limiting factor in the optimal use of treatment services in* ANDREWS, G. & HENDERSON, S. (Eds.), *Unmet need in psychiatry: Problems, resources, responses*, Cambridge University Press, 2000a, p. 399–414. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543562.032>
17. JORM, A.F., GRIFFITHS, K.M., CHRISTENSEN, H., PARSLow, R.A., & ROGERS, B., *Actions taken to cope with depression at different levels of severity: A community survey*, *Psychological Medicine*, **34** 2, 2004, p. 293–299. <https://doi.org/10.1017/s003329170300895x>
18. JORM, A. F., KORTEN, A. E., JACOMB, P. A., CHRISTENSEN, H., RODGERS, B., & POLLITT, P., „Mental health literacy”: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment, *The Medical Journal of Australia*, **166**, 4, 1997, p. 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
19. JORM, A. F., MORGAN, A. J., & WRIGHT, A., *A Comparison of Clinician, Youth, and Parent Beliefs About Helpfulness of Interventions for Early Psychosis*, *Psychiatric Services*, **59**, 10, 2008, p. 1115–1120. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.10.1115>
20. JORM A. F., WRIGHT A., MORGAN A. J., *Beliefs about appropriate first aid for young people with mental disorders: Findings from an Australian national survey of youth and parents*, *Early Intervention in Psychiatry*, **1**, 1, 2007, p. 61–70. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00012.x>
21. KELLY, C. M., JORM, A. F., & WRIGHT, A., *Improving mental health literacy as a strategy to improve early intervention for mental disorders*, *Medical Journal of Australia*, **187**, S7, 2007, p. S26–S30. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x>
22. KELLY, C.M., JORM, A.F., & KITCHENER, B.A., *Development of mental health first aid guidelines for panic attacks: A Delphi study*, *BMC Psychiatry*, **9**, 1, 49, 2009. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-49>
23. KELLY, C.M., JORM, A.F., & KITCHENER, B.A., *Development of mental health first aid guidelines on how a member of the public can support a person affected by a traumatic event: A Delphi study*, *BMC Psychiatry*, **10**, 1, 49, 2010. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-49>
24. KELLY, C.M., JORM, A.F., KITCHENER, B.A., & LANGLANDS, R.L., *Development of mental health first aid guidelines for deliberate non-suicidal self-injury: A Delphi study*, *BMC Psychiatry*, **8**, 1, 62, 2008a. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-62>

25. KELLY, C.M., JORM, A.F., KITCHENER, B.A., & LANGLANDS, R.L., *Development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: A Delphi study*, BMC Psychiatry, **8**, 1, 17, 2008b. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-8-17>
26. KINGSTON, A.H., JORM, A.F., KITCHENER, B.A., HIDES, L., KELLY, C.M., MORGAN, A.J., *et al.*, *Helping someone with problem drinking: Mental health first aid guidelines – A Delphi expert consensus study*, BMC Psychiatry, **9**, 1, 79, 2009. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-9-79>
27. KINGSTON, A.H., MORGAN, A.J., JORM, A.F., HALL, K., HART, L.M., KELLY, C.M., & LUBMAN, D.I., *Helping someone with problem drug use: A Delphi consensus study of consumers, carers, and clinicians*, BMC Psychiatry, **11**, 1, 3, 2011. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-3>
28. KITCHENER, B.A., JORM, A.F., & KELLY, C.M., *Mental health first aid international manual*, Mental Health First Aid International, 2015.
29. KUSAN, S., *Dialectics of mind, body, and place: Groundwork for a theory of mental health literacy*, Sage Open, **3**, 4, 2013. <https://doi.org/10.1177/2158244013512131>
30. KUTCHER, S., WEI, Y., & CONIGLIO, C., *Mental health literacy: Past, present, and future*, Canadian Journal of Psychiatry, **61**, 3, 2016, p. 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
31. MACKERT, M., CHAMPLIN, S., SU, Z., & GUADAGNO, M., *The many health literacies: Advancing research or fragmentation?* Health Communication, **30**, 12, 2015, p. 1161–1165. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1037422>
32. MORGAN, A. J., ROSS, A., & REAVLEY, N. J., *Systematic review, and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour*, PloS One, **13**, 5, 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102>
33. NUTBEAM, D., WISE, M., BAUMAN, A., HARRIS, E., & LEEDER, S., *Goals, and targets for Australia's health in the year 2000 and beyond*, Commonwealth of Australia, 1993.
34. REAVLEY, N.J., & JORM, A.F., *Public recognition of mental disorders and beliefs about treatment: Changes in Australia over 16 years*, British Journal of Psychiatry, **200**, 5, 2012, p. 419–425. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.104208>
35. ROSS, A.M., KELLY, C.M., & JORM, A.F., *Re-development of mental health first aid guidelines for non-suicidal self-injury: A Delphi study*, BMC Psychiatry, **14**, 1, 236, 2014. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0236-5>
36. ROSSETTO, A., JORM, A.F., & REAVLEY, N.J., *Quality of helping behaviours of members of the public towards a person with a mental illness: A descriptive analysis of data from an Australian national survey*, Annals of General Psychiatry, **13**, 1, 2, 2014. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-13-2>
37. THOMPSON, A., HUNT, C., & ISSAKIDIS, C., *Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, **39**, 10, 2004, p. 810–817. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0816-7>
38. WANG, P.S., ANGERMEYER, M., BORGES, G., BRUFFAERTS, R., CHIU, W.T., DE GIROLAMO, G., *ET AL.*, *Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Survey Initiative*, World Psychiatry, **6**, 3, 2007, p. 177–185. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2174579/>
39. YAP, M.B.H., & JORM, A.F., *Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis*, Journal of Affective Disorders, **175**, 2015, p. 424–440. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.050>
40. YAP, M.B.H., FOWLER, M., REAVLEY, N., & JORM, A.F., *Parenting strategies for reducing the risk of childhood depression and anxiety disorders: A Delphi consensus study*, Journal of Affective Disorders, **183**, 2015b, p. 330–338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.031>

41. YAP, M.B.H., JORM, A.F., & LUBMAN, D.I., *What are parents doing to reduce adolescent alcohol misuse? Evaluating concordance with parenting guidelines for adolescent alcohol use*, BMC Public Health, **15**, 1, 114, 2015a. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1452-8>
42. YAP, M.B.H., PILKINGTON, P.D., RYAN, S.M., KELLY, C.M., & JORM, A.F. *Parenting strategies for reducing the risk of adolescent depression and anxiety disorders: A Delphi consensus study*, Journal of Affective Disorders, **156**, 2014, p. 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.017>
43. YAP, M.B.H., REAVLEY, N., & JORM, A.F., *Young people's beliefs about preventive strategies for mental disorders: Findings from two Australian national surveys of youth*, Journal of Affective Disorders, **136**, 3, 2012, p. 940–947. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.003>

REZUMAT

Literația în Sănătate Mintală și Prevenția activă reprezintă doi piloni fundamentali și totodată subutilizați în eforturile conjugate de îmbunătățire a bunăstării psihologice la nivel global. Acest articol își propune să exploreze originile, evoluția și componentele esențiale ale conceptului MHL, subliniind rolul său fundamental atât în cultivarea și promovarea comportamentelor preventive, cât și în reducerea decalajelor de tratament. De fapt, MHL nu este doar o colecție de cunoștințe abstracte, ci reprezintă un instrument complex ce orientează indivizii prin labirintul problemelor de sănătate mintală, transformându-i din beneficiari pasivi în agenți pro activi ai propriei sănătăți mintale. Mai mult decât atât, MHL facilitează strategiile de prevenție activă, de la căutarea timpurie a ajutorului, până la adoptarea unor stiluri de viață sănătoase și oferirea de prim ajutor în comunitate. Dar, pentru a fi cu adevărat eficace, aceste concepte trebuie aplicate într-un mod conștient, recunoscând și abordând transparent disparitățile multiple existente în societate – demografice, socioeconomice și culturale – care persistă în nivelurile de MHL în diverse segmente ale populației. Așadar, articolul se adresează atât comunității academice, cât și profesioniștilor din domeniul îngrijirii sănătății mintale, oferind astfel o perspectivă integrată asupra implicațiilor teoretice și practice ale acestor două concepte emergente, esențiale și necesare atât pentru dezvoltarea unor intervenții personalizate și cultural-sensibile, cât și pentru reducerea disparităților de literație în sănătate mintală.

OGLINDA MAGICĂ: AUTODEZVĂLUIREA. SUSȚINEREA CLIENTULUI SAU DEZECHILIBRU RELAȚIONAL?

GABRIELA POPESCU*, LOREDANA BĂNICĂ, LUCIAN NEGOIȚĂ,
IULIANA PETRONELA GÂRDAN
Universitatea Spiru Haret

Abstract

Self-disclosure, when conceptualized as a “magic mirror” intended to facilitate the development of the therapeutic alliance by fostering greater closeness and normalization, is recommended to be employed with discernment and caution, so as to avoid exerting undue pressure within the therapeutic process and/or diverting attention away from the client. Throughout the history of psychotherapy, even Freud engaged in self-disclosure on occasion, demonstrating that such disclosures may occur both voluntarily and involuntarily (Lohser & Newton, 2020). Therapist self-disclosure – regardless of theoretical orientation – may also arise spontaneously; nonetheless, prudence is essential in order to prevent potential power imbalances within the therapeutic relationship. An overly active role assumed by the therapist may result in role confusion or even inhibit the client’s capacity for self-exploration.

The present article aims to objectively examine the prevailing perspectives on therapist self-disclosure across the major schools of psychotherapy, with an emphasis on delineating its associated risks and benefits, as well as identifying the various forms it may take. Furthermore, the topic is explored through the lens of the authors’ own clinical experience, thereby offering insights into both the potential advantages and the limitations of employing self-disclosure in psychotherapeutic or counseling practice.

Cuvinte-cheie: terapeut, autodezvăluire, alianța terapeutică, normalizare, validare, autenticitate, distorsiune, estomparea granițelor profesionale.

Keywords: therapist self-disclosure, therapeutic alliance, normalization, validation, authenticity, distortion, blurring of professional boundaries.

1. INTRODUCERE

În funcție de intensitatea suferinței umane, ca formă de susținere, există procese de consiliere, psihoterapie, dezvoltare personală și coaching. În toate acestea se face apel la empatie, acceptare, încredere, alianță terapeutică, congruență sau autodezvăluire. Autodezvăluirea reprezintă probabil una dintre cele mai

* Universitatea Spiru Haret, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Str. Fabricii nr. 46, Sector 6, București, E-mail: gabrielapopescu04@yahoo.com

controversate practici terapeutice: unii o apreciază pentru capacitatea de a umaniza relația și de a sprijini procesul terapeutic, în timp ce alții o critică ferm, temându-se că ar putea încălca limitele profesionale și ar deturna atenția de la client.

Astfel, metafora „oglinzii magice” ilustrează această ambivalență: în timp ce terapeutul poate reflecta clientului o imagine autentică și umanizată, favorizând deschiderea și implicarea acestuia în proces, aceeași practică poate distorsiona echilibrul relațional atunci când depășește limitele profesionale sau deviază atenția de la client.

Încă de la primele preocupări conceptuale legate de acest termen, autodezvăluirea a reprezentat un subiect relativ tensionat în intervenția terapeutică, diferite abordări oscilând cu aprecierea acesteia între „tehnică riscantă”, care poate periclita neutralitatea, și instrument esențial, capabil să stimuleze autenticitatea și intimitatea relațională. În acest sens, prezentul articol își propune să investigheze echilibrul fragil dintre beneficiile și riscurile asociate autodezvăluirii, prin analiza perspectivelor teoretice, tipologiilor și factorilor care condiționează eficiența acestei intervenții. Această practică ridică o serie de întrebări critice: cât de multă informație personală ar trebui să ofere terapeutul, ce tip de conținut este adecvat și în ce măsură astfel de intervenții pot influența negativ terapia, mai ales în cazul pacienților vulnerabili? Se pune, de asemenea, problema modului în care vârsta, genul pacientului, stadiul procesului terapeutic sau experiența terapeutului ar trebui să influențeze decizia privind autodezvăluirea, precum și modul în care conceptele de sinceritate, autenticitate și deschidere sunt înțelese de către fiecare practician în parte.

2. PERSPECTIVE ASUPRA AUTODEZVĂLUIRII

Pentru înțelegerea și abordarea coerentă a problematicii autodezvăluirii și evoluției acesteia în diferite modele terapeutice, este utilă sublinierea naturii paradoxale a experienței pacientului în jurul autodezvăluirii. Astfel, Fenichel (1945) considera că dorința de a ascunde este esența rezistenței – pacientul care intră în terapie pentru a se dezvălui medicului, cu scopul de a învăța mai multe despre sine, prezintă în mod repetat dorința de a se ascunde (Fenichel, 1945; Lane și Hull, 1990). Această dilemă nu este specifică doar pacientului, ci se regăsește și în practica terapeutului, văzută din perspectiva cadrului stabilit pentru relația terapeutică. Astfel, modelele cognitiv-comportamentale, umanist existențialiste și psihodinamice – ca orientări cu importante contribuții în psihoterapie – prezintă specificități referitoare la relația terapeutică și, implicit, la autodezvăluire.

Modelul cognitiv-comportamental prezintă relația terapeutică ca fiind una ce pune accentul pe colaborarea între pacient și terapeut, caracterizată prin empatie, acceptare necondiționată, congruență și colaborare (David, 2006). Putem presupune că manifestarea empatică a terapeutului, în interacțiunea cu pacientul, este o formă de autodezvăluire, întrucât acesta oferă un *feedback* prin reacțiile

comportamentale, prin mimică și postură, ca răspuns la discursul beneficiarului intervențiilor psihologice. Desigur, putem vorbi și de limite ale autodezvăluirii, care sunt impuse de relația profesională stabilită în psihoterapie, nefiind benefic și recomandat să fie împărtășite prea multe aspecte din viața personală a terapeutului și care nu au relevanță în procesul terapeutic și fără să fie luat în considerare efectul asupra pacientului.

Reprezentantul *modelului umanist – existențialist*, Carl Rogers (2008), menționează, de asemenea, patru atitudini necesare din partea terapeuților, pentru crearea unei relații și a unei alianțe de lucru eficiente, acestea fiind considerate cheia schimbărilor: empatia, acceptarea necondiționată, congruența și atitudinea colaborativă. De altfel, Rogers aprecia că un terapeut care poate asigura un cadru adecvat clientului este cel care reușește să-i transmită acestuia empatie, sinceritate și o atitudine pozitivă. Astfel, este subliniată importanța relației terapeutice pentru succesul intervenției psihologice, relație care este caracterizată de reciprocitate (O'Brien și Houston, 2009). De asemenea, terapiile dezvoltate în cadrul mișcării potențialului uman promovează transparența terapeutului ca o componentă esențială a relației vindecătoare. Aceste abordări – incluzând terapia umanistă, terapia centrată pe client, gestalt, bioenergetica și terapiile experiențiale – încurajează exprimarea directă a trăirilor personale ale terapeutului, considerând că aceasta modelează autenticitatea, spontaneitatea și dezvoltarea personală (Murphy, 1958; Culbert, 1961; Trilling, 1975). Unul dintre autorii care subliniază importanța autodezvăluirii este Fritz Perls, reprezentantul psihoterapiei Gestalt, conform căruia terapeutul are ca sarcină principală relevarea efectului pe care pacientul îl are asupra sa și, în acest mod, se realizează o prezentare a realității, a prezentului (Perls, Hefferlme, Goodman, 1951). În această logică, terapeutul este nu doar un ghid, ci și un participant autentic într-un schimb reciproc de intimitate.

Autenticitatea, identificată ca o condiție esențială a relației terapeutice în abordările la care am făcut deja referire, a fost confundată uneori cu autodezvăluirea. Totuși, apreciem că un terapeut poate manifesta naturalețe și autenticitate în relația cu pacientul, fără a-și exprima, în mod direct și explicit, gândurile și sentimentele (Gîrlașu-Dimitriu, 2004).

În cadrul *modelului psihodinamic*, problema autodezvăluirii terapeutului a generat dezbateri aprinse. Practicienii s-au întrebat în mod repetat dacă pacientul ar trebui să fie singurul membru al diadei care se autodezvăluie sau dacă și terapeutul ar trebui să participe cu elemente din propria experiență. Poziția oficială a lui Sigmund Freud privind autodezvăluirea terapeutului este una fermă, cel puțin la nivel teoretic. În articolele sale tehnice timpurii, Freud a formulat cu claritate principiile abstenenței, neutralității și ale așa-numitului „ecran alb” (Freud, 2009a). El recomandă ca analistul să rămână „opac” pentru pacient, funcționând asemenea unei oglinzi care reflectă doar ceea ce îi este arătat de pacient, fără a oferi nimic din sine (Freud, 2009a). Această linie de abstenență este întărită de către Freud și în 1915, când subliniază importanța creării unui spațiu sigur pentru pacient, lipsit de

judecată și de consecințe punitive, pentru a facilita emergența materialului inconștient (Freud, 2009b). Cu toate acestea, dincolo de aceste recomandări teoretice, mărturiile istorice și observațiile colegilor săi relevă un Freud mult mai uman, care în practică a încălcat adesea propriile reguli (Gay, 2006; Lohser și Newton, 2020).

În ciuda liniei teoretice trasate de Freud privind „anonimitatea” terapeutului care trebuie să fie un principiu central în psihanaliză, pe măsură ce aceasta a evoluat, anumiți analiști au început să conteste utilitatea abstenenței absolute. Balint respinge ideea analistului „impersonal” și arată că neutralitatea nu înseamnă absența vieții personale a analistului, ci capacitatea de a fi o „oglină vie” (Balint & Balint, 1939; Reghintovschi, 2019). Acest lucru presupune că analistul poate lăsa să transpară aspecte din propria sa persoană (autodezvăluire, chiar și implicită prin comportament), fără ca acest lucru să distorsioneze analiza, ci dimpotrivă – să reflecte mai autentic adevărul pacientului. Autodezvăluirea controlată a analistului face parte din atmosfera analitică și nu contrazice neutralitatea, ci o redefineste într-un mod mai uman și mai autentic.

Oricum, transferul și contratransferul susțin, în psihanaliză, o relație cu puternică încărcătură emoțională. Pe parcursul evoluției teoriilor psihodinamice, modalitățile de utilizare a transferului și contratransferului s-au schimbat, iar în ultimii ani, terapeutul nu mai joacă rolul unei persoane distante care pune accentul pe interpretare, ci este un specialist care creează un loc sigur în care traumele experimentate de pacient pot fi vindecate, proces care poartă denumirea de experiență emoțională corectivă (O'Brien și Houston, 2009). În acest sens, Jourard (1971) a introdus conceptul de „efect diadic”, sugerând că autodezvăluirea terapeutului poate stimula o deschidere mai mare din partea pacientului, facilitând astfel progresul terapeutic (Jourard, 1971; Lane și Hull, 1990; Farber, 2006).

În prezent, realizând o contrapunere față de viziunea clasică a lui Freud, care promova ideea că terapeutul trebuia să fie o „oglină mată” – un ecran opac, neutru, pe care pacientul își putea proiecta liber trăirile și conflictele inconștiente, Irvin Yalom, în *Ora inimii*, subliniază importanța autenticității și a prezenței reale a terapeutului în relație, mergând până la recunoașterea momentelor în care autodezvăluirea controlată poate fi nu doar utilă, ci necesară pentru a facilita deschiderea clientului (Yalom și Yalom, 2024). Dacă pentru Freud transparența terapeutului era un risc, pentru Yalom, ea poate deveni un catalizator al încrederii și al conexiunii umane, mutând accentul de la neutralitate spre implicare empatică.

În *Ora inimii*, una dintre temele recurente a lui Yalom este necesitatea unei autenticități controlate în terapie — adică, terapeutul nu se ascunde complet în spatele unei „oglinzi mate” freudiene, ci se arată ca persoană atunci când acest lucru servește procesului și deschiderii clientului (Yalom și Yalom, 2024). Irvin D. Yalom susține că autodezvăluirea terapeutului, atunci când este utilizată cu discernământ, poate deveni o punte esențială spre autenticitate în relația terapeutică. Pacienții percep când terapeutul este autentic și prezent sau când adoptă un rol formal, ceea ce poate afecta calitatea

conexiunii. În relatările sale clinice, Yalom arată că exprimarea sinceră a emoțiilor personale (precum empatie, iritare sau tristețe) a permis deseori spargerea barierelor și a încurajat clientul să fie vulnerabil.

Yalom avertizează și asupra riscurilor (Yalom și Yalom, 2024): autodezvăluirea nu trebuie să devină o distragere de la procesul clientului, ci trebuie să fie ghidată exclusiv de interesul terapeutic. În anumite cazuri, recunoașterea unei experiențe personale asemănătoare cu cea a clientului a întărit alianța terapeutică, oferind un sentiment de înțelegere profundă. De asemenea, împărtășirea controlată a unei temeri personale poate normaliza trăirile pacientului și reduce rușinea asociată cu acestea.

Sunt și alți autori (Houston, 2004, apud O'Brien și Houston, 2009) care vorbesc de limite, apreciind că în dialogul terapeutic autodezvăluirea este posibilă, dar nu obligatorie pentru bunul mers al terapiei. Acesta este motivul pentru care este formulată recomandarea ca, în demersul de intervenție terapeutică, concentrarea eforturilor terapeutului să fie pe realitatea clientului, în discuția cu acesta, nu pe realitatea interioară a terapeutului.

Din cele prezentate, reiese că autodezvăluirea terapeutului este prezentată diferit în funcție de orientare: în terapia cognitiv-comportamentală, autodezvăluirea poate avea un rol important în relația terapeutică, dar cu păstrarea unor limite și cu aprecierea consecințelor pe care aceasta le-ar putea avea asupra pacientului; pentru terapeutul din domeniul existențialist-umanist, autodezvăluirea este esențială în interacțiunea cu pacientul; psihanalistul apelează mai rar, cu prudență, la autodezvăluire, dar aceasta se poate manifesta în timpul contratransferului.

3. TIPURI DE AUTODEZVĂLUIRE

Din perspectiva conținutului conceptului de autodezvăluire, se relevă o anumită „tipologie” a acesteia, în raport cu conținutul informațiilor care fac obiectul autodezvăluirii. Astfel, se poate vorbi despre dezvăluirea unor aspecte personale despre terapeut, realizându-se totuși o distincție între autodezvăluirea unor informații personale din trecutul terapeutului, credințe și experiențe din afara terapiei (*disclosing self-disclosure*) și declarațiile imediate (*self-involving disclosure*) prin care se dezvăluie sentimente imediate despre client sau despre relația terapeutică (aici și acum) (Hill și Knox, 2001; Duke și Murdock, 1992).

Autodezvăluirea de tip „self-disclosure” (informații personale despre trecut, experiențe, credințe) are în vedere informații despre trecutul terapeutului, credințe personale sau experiențe din afara cadrului terapeutic. Un exemplu concret ar putea fi: „Și eu m-am confruntat cu anxietatea când am început primul meu loc de muncă și știu cât de copleșitor poate fi”. Terapeutul poate utiliza această formă de autodezvăluire în contextul normalizării pentru a ajuta clientul să nu se simtă singur sau diferit în trăirile sale, dar apare riscul ca accentul să se ducă prea mult

spre terapeut diminuându-se timpul și spațiul explorativ al clientului (Hill, Mahalik și Thompson, 1989; Henretty și Levitt, 2010). Cu toate acestea, sunt specialiști care avertizează în ceea ce privește autodezvăluirea de tip „self-disclosure”, din perspectiva pericolului de a devia de la progresul terapiei și distragerea atenției de la client, dacă nu este utilizată cu grijă și în doze mici, sau pericolul de a se estompa limitele profesionale sau schimbarea rolurilor terapeut – client și reducerea credibilității terapeutului (Audet, 2011).

Din perspectiva celei de a doua categorii de autodezvăluire de tip „self-involving disclosure”, se va discuta despre exprimarea sentimentelor sau reacțiilor imediate, trăite în relația „aici și acum” cu clientul. Un exemplu concludent poate fi considerat: „*Pe măsură ce povestești, simt că mă îngrijorez pentru tine și îmi dau seama cât de greu trebuie să fie pentru tine*”. Dacă lucrurile sunt văzute din perspectiva alianței terapeutice, această formă de autodezvăluire poate contribui la creșterea transparenței, poate întări încrederea și invita clientul la reflecție asupra relației și propriilor modele de relaționare (Hill, Mahalik, și Thompson, 1989; Hill și Knox, 2001). Devine evident faptul că ceea ce numim autodezvăluire nu este un fenomen unitar, ci include atât referințe la viața personală a terapeutului din afara ședinței, cât și reacții emoționale imediate din cadrul relației terapeutice.

Pe baza distincțiilor propuse de Hill, Mahalik și Thompson (1989) – care diferențiază între *autodezvăluiri implicative* (legate de relația terapeutică, aici și acum) și *autodezvăluiri povestite* (experiențe personale din afara terapiei) – și între *autodezvăluiri reasiguratoare* (validare/normalizare) și, respectiv, *provocatoare* (confruntare/stimulare a schimbării), tipurile de autodezvăluire pot fi sintetizate într-o schemă bidimensională, ce evidențiază patru forme principale:

Matricea formelor de autodezvăluire în relația terapeutică

	Reasiguratoare (normalizează, validează)	Provocatoare (confruntă, pune sub semnul întrebării)
Implicativă (reacții „aici și acum” legate de client/terapie)	„ <i>În acest moment, eu simt dorința de a fi aproape de tine și a te sprijini</i> ” (validează relația și întărește alianța)	„ <i>Îți spun sincer că îmi este greu să te cred când spui că ești bine, pentru că observ cât de tensionat ești acum</i> ” (confruntă incongruența dintre verbal și nonverbal) „ <i>Simt că devii reticent când atingem acest subiect</i> ” (reacție la „aici și acum”) „ <i>Observ că mă simt îngrijorat pentru tine acum</i> ” (sprijinirea proceselor de mentalizare)
Povestită (experiențe personale ale terapeutului, din afara terapiei)	„ <i>Și eu m-am simțit nesigur când dădeam examene, deci înțeleg prin ce treci</i> ”	„ <i>Când tatăl meu a murit, eu am simțit furie, de aceea mă întreb dacă tu nu eviți</i> ”

	(normalizează prin exemplul propriu) <i>„Și mie mi-a fost greu mult timp să spun când sunt trist, dar am descoperit că exprimarea ajută relațiile”</i> (modelează prin exemplificarea propriei vulnerabilități)	<i>emoțiile tale”</i> (provoacă prin comparație cu experiența personală)
--	---	--

Sursa: adaptat după Hill, C. E., Mahalik, J. R., & Thompson, B. J. (1989). Therapist self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(3), 290–295. <https://doi.org/10.1037/h0085438>

Cu toate acestea, datele empirice relevă o diferență importantă între percepția clienților și cea a terapeuților asupra utilității autodezvăluirii. În studiul lor, Hill, Mahalik și Thompson (1989) au constatat că, în timp ce clienții au evaluat în general pozitiv intervențiile de tip autodezvăluire, considerându-le utile și facilitatoare pentru relația terapeutică, terapeuții s-au arătat mult mai rezervați în această privință. Aceștia au raportat un nivel mai scăzut de utilitate percepută pentru toate tipurile de autodezvăluire analizate (Hill, Mahalik și Thompson, 1989).

Autorii sugerează că acest decalaj poate fi explicat printr-un sentiment de vulnerabilitate resimțit de terapeuți în urma actului de a împărtăși informații personale, ceea ce poate genera un disconfort care diminuează percepția utilității terapeutice.

Această observație subliniază tensiunea latentă dintre intenția terapeutului de a contribui autentic la procesul terapeutic și teama de a pierde controlul asupra cadrului profesional prin expunerea propriei subiectivități. De aici rezultă și necesitatea unei analize atente a contextului și a momentului pentru fiecare act de autodezvăluire, precum și a gradului de siguranță perceput în relația terapeutică. În utilizarea corectă a autodezvăluirii, sunt esențiale spontaneitatea terapeutului în formularea situației reale a pacientului și identificarea unor erori personale (Gîrlășu-Dimitriu, 2004).

4. BENEFICIIL, RISCURI ȘI DILEME ÎN UTILIZAREA AUTODEZVĂLUIRII

Autodezvăluirea poate funcționa ca o modalitate de a normaliza și de a valida, de a modela comportamente adecvate, de a crea similitudine, de a întări alianța terapeutică. Duke și Murdock au arătat că terapeuții recurg mai ales la autodezvăluiri legate de experiențe profesionale, evitând detaliile intime, ceea ce contribuie la creșterea implicită a percepției de competență, fără a transforma relația într-una dezechilibrată (Duke și Murdock, 1992).

Autodezvăluirea („self-disclosure”) – ca relatare personală împărtășită de terapeut – favorizează autenticitatea și apropierea, în timp ce comentariile despre

relația imediată cu clientul („self-involving statements”) susțin cadrul terapeutic și procesul de lucru (Watkins Jr, 1990). Este o distincție importantă, care susține validitatea autodezvăluirii ca instrument, dar într-un cadru etic strict (Stricker și Fisher (ed.), 1990). Această distincție a fost clarificată și de McCarthy și Betz, care au arătat că afirmațiile *self-disclosing* implică împărtășirea unor experiențe personale trecute ale terapeutului, în timp ce afirmațiile *self-involving* descriu reacții imediate față de client sau de procesul terapeutic, având roluri și efecte diferite în cadrul ședințelor (McCarthy și Betz, 1978).

Percepția asupra adecvării depinde de orientarea teoretică. În tradiția umanistă, Hill și Knox arată că autodezvăluirea calibrată corect poate sprijini procesul de „Goldilocks”: nici prea mult, nici prea puțin, fiind un catalizator al încrederii și al autodezvăluirii clientului (Hill și Knox, 2002). În schimb, perspectiva psihanalitică avertizează asupra riscului ca autodezvăluirea să perturbe transferul și să distorsioneze cadrul – autodezvăluirea poate activa nevoi inconștiente ale terapeutului, ceea ce duce la inversarea rolurilor și la situații în care clientul ajunge să ofere suport terapeutului (Stricker și Fisher (ed.), 1990).

Mai recent, Henretty și Levitt au arătat că autodezvăluirea are cel mai mare impact atunci când este percepută ca relevantă pentru experiențele clientului, reducând rușinea și încurajând exprimarea emoțională. Totuși, atunci când dezvăluirea este percepută ca având în centru nevoile terapeutului, efectele pot fi negative (Henretty și Levitt, 2010), mai ales că intervine mutarea atenției de la client la terapeut (Hill, Mahalik și Thompson, 1989).

Unii clinicieni aleg să împărtășească detalii personale, precum valorile sau convingerile lor, chiar din primele ședințe, considerând acest gest o practică etică menită să susțină autonomia clientului (Hawkins și Bullock, 1995; Raines, 1996). Această abordare este considerată deosebit de importantă în cazul clienților aparținând grupurilor minoritare, care pot căuta un terapeut ce împărtășește valori sau experiențe similare, în speranța unei înțelegeri mai profunde (Guthrie, 2006). Alte argumente pentru autodezvăluirea timpurie includ diminuarea anxietății clienților, construirea unei alianțe și respectarea normelor sociale de politețe în interacțiune (Simon, 1988; Henretty și Levitt, 2010).

Totuși, există și voci prudente: Audet și Everall (2003) și Geller (2003) au avertizat că, în etapele inițiale, autodezvăluirile ar trebui limitate la conținuturi cu grad redus de intimitate, pentru a evita suprasolicitarea emoțională a clientului. În plus, Bishop și Lane (2001), dar și Mitchell și Black (1995), au recomandat introducerea explicită a ideii că terapeutul ar putea recurge la autodezvăluire pe parcursul terapiei – fie prin mențiuni directe, fie prin mici exemple în ședințele de început – pentru a pregăti clientul și a preveni reacții de șoc.

Un risc al autodezvăluirii este estomparea granițelor profesionale. Atunci când terapeutul împărtășește informații care nu au legătură directă cu obiectivele terapiei, relația riscă să fie percepută mai degrabă ca o prietenie decât ca un cadru

profesional, ceea ce subminează siguranța și predictibilitatea procesului (Henretty și Levitt, 2010).

Clienții par să valorizeze în mod deosebit dezvăluirile legate de experiențele profesionale și de sentimentele personale autentice ale terapeutului, care creează un climat de încredere și de normalizare. În schimb, autodezvăluirile „provocatoare” (*challenging disclosures*), deși uneori bine intenționate, au fost percepute de clienți ca mai puțin utile și au redus nivelul de implicare emoțională, deturnând focusul de la experiența clientului (Hill, Mahalik și Thompson, 1989). Diferența dintre ceea ce clientul așteaptă și ceea ce primește prin autodezvăluire influențează direct evaluarea terapeutului și calitatea alianței (Hendrick, 1988; VandeCreek și Angstadt, 1985). Pe de altă parte, reacțiile clienților pot fi divergente: aceeași dezvăluire poate fi percepută ca sprijinitoare sau ca intruzivă, în funcție de moment, context și structura personală a clientului; unii clienți anxioși descriu autodezvăluirea terapeutului ca fiind o povară sau o abatere de la cadrul profesional (Henretty și Levitt, 2010).

5. IMPACTUL AUTODEZVĂLUIRII CONSILIERULUI PSIHOLOGIC ASUPRA COPIILOR ȘI ADOLESCENȚILOR

În contextul educațional, relația psiholog școlar – copil/adolescent cere o abordare specifică, care să conducă către relația de încredere și siguranță atât de necesară în orice tip de intervenție psihologică. Deseori, elevii „aduc” dezvăluiri de mare profunzime (abuzuri, problematice foarte serioase de anxietate sau depresie, agresiuni grave și implicări în *bullying* școlar), iar psihologul școlar poate fi singurul specialist care îi susține, în lipsa unei atitudini corecte a părintelui și îndreptării acestuia către o intervenție pentru copilul său, de tip consiliere psihologică sau terapie.

Este important de punctat faptul că cei mai mulți copii/adolescenți sunt foarte receptivi și sesizează cu mare ușurință inconsecvența, lipsa de congruență și lipsa de autenticitate a adulților cu care interacționează. Din acest motiv, autodezvăluirea poate fi o tehnică importantă, atunci când este corect folosită – intenționată, relevantă pentru planul discuției „aici și acum”, scurtă și doar în interesul elevului. Ca în orice alt tip de intervenție, autodezvăluirea psihologului școlar (împărtășirea unor informații personale, experiențe proprii, trăiri asociate unor experiențe) poate contribui la construirea relației de încredere. În percepția copilului/adolescentului, psihologul școlar este un adult investit cu valoare de supremă autoritate („știe cel mai bine, întotdeauna are dreptate, niciodată nu greșește”) sau, dimpotrivă, investit cu un potențial de figură moralizatoare sau culpabilizatoare („orice aș face, nu o să fie bine, o să mă certe, niciodată nu e destul, tot eu o să fiu vinovat”). Autodezvăluirea poate arăta elevului că psihologul este un adult care nu judecă, își cunoaște și recunoaște punctele slabe, nu moralizează și „nu știe mai bine”. În acest

sens, o autodezvăluire simplă, de tipul „și mie îmi plac romanele grafice” sau „și eu urmăresc personajul X pe rețele sociale”, a jucat rolul unei confidențe, a unei acordări a încrederii, ca o punte de la psiholog la elev – terenul pentru a construi și de la elev la psiholog o astfel de punte de încredere. Simultan cu întărirea încrederii și stării de siguranță, autodezvăluirea a redus raportul de forțe și a ajutat elevul consiliat să simtă apartenență și adecvare. Prin autodezvăluire, psihologul a fost „mai uman”, neamenințător, ceea ce a condus către relația de colaborare/parteneriat cu elevul consiliat.

În discuția cu un elev de clasa a V-a cu anxietate de performanță, o împărtășire a psihologului legată de propriile emoții la un examen („Și eu, ca și tine, am fost foarte înfricoșat de testul de final de semestru la... Simțeam că nu mai pot să respir și îmi era foarte teamă de rezultat și ce va spune profesorul”) a oferit o formă de normalizare și validare a emoțiilor. Elevul s-a simțit mai puțin izolat în teama lui, mai puțin inadecvat, ceea ce a redus tensiunea pe care o resimțea. Consecutiv, a vorbit cu mai multă ușurință despre temerile sale și a fost mai deschis spre a le aborda și prelucra.

Autodezvăluirea unor experiențe (recente sau de la o vârstă apropiată de cea a elevului) și a trăirilor asociate pot avea rol modelator atât pentru atitudinile și reactivitatea socială a elevului, cât și pentru învățarea emoțională (recunoașterea și identificarea propriilor emoții). O fetiță în clasa pregătitoare, retrasă și foarte precaută în relaționare, avea dificultăți în a identifica trăirile asociate unor experiențe, fiindu-i dificil să facă diferența între tristețe și furie într-o situație de relaționare cu colegii. Autodezvăluirea psihologului – „Atunci când X mi-a luat fără să întrebe stiloul preferat, mi-a venit să... Nu era corect să facă asta și voiam să îl opresc! M-am simțit foarte furios!”). Un elev de clasa a III-a a identificat și recunoscut despre frica sa legată de un eventual *bullying* doar după ce psihologul școlar i-a împărtășit despre frica propriei copilării.

O altă situație este cea în care autodezvăluirea psihologului funcționează ca un *feedback* de testare a realității. Relaționarea dintre copii și adolescenți, în contextul școlar, este marcată din plin de agresivitate. Atât de mult și atât de frecvent (verbal, nonverbal, fizic, în relații directe sau în mediul virtual), încât devine normalitate. Trece cu ușurință neobservată de către cei implicați, inclusiv de către victimă (și pentru că rolul de victimă este dificil de acceptat, mai ales de către băieți – tribut al educației de gen). Povestind despre faptul că un coleg – catalogat ca „prieten” – îl înjură constant, un elev de clasa a IV-a a rămas surprins când psihologul l-a întrebat dacă aceste injurii nu îl supără sau nu îl înfurie. „Așa glumim noi, nu e mare lucru!” – a răspuns elevul. Împărtășirea psihologului despre propriile trăiri legate de situații când „a fost înjurat” (furie, jenă, neputință că nu știe/nu poate să răspundă și nu știe cum să oprească acea exprimare) a pus pe gânduri acel elev, în următoarea întâlnire inițiind o discuție legată exact de astfel de situații și posibile reacții adecvate.

Desigur, utilizarea autodezvăluirii în consilierea educațională are și o serie de limite și comportă unele riscuri. Deplasarea focusului de la elev la psiholog este unul dintre riscuri, valabil și în lucrul cu adulții, dar cu mai mare rezonanță în lucrul cu copiii/adolescenții. În loc să modeleze corect dinamica de forță în relaționare, o autodezvăluire prea lungă sau utilizată prea frecvent va duce exact către efectul contrar: întărirea poziției de forță a adultului. Împărtășirea unor trăiri ale psihologului poate împovăra elevul, mai ales în cazul copiilor/adolescenților empatici, sensibili, cu tendința de vulnerabilitate emoțională, care cresc într-un cadru în care susținerea adulților din viața lor este „normalitate”. De asemenea, autodezvăluirea trebuie aplicată cu precauție în lucrul cu copiii sensibili la autoritate și înclinați să preia valorile, trăirile și reactivitatea adultului din teama de respingere.

Excesul de autodezvăluire, utilizarea frecventă a împărtășirilor și confuzia între „a accepta necondiționat” și „a accepta orice” conduc relația de consiliere către o relație de prietenie în percepția elevilor (mai ales puberi și adolescenți care nu se regăsesc în grupul lor de vârstă). Autorefecția, supervizarea și interviziarea minimizează aceste riscuri și asigură construirea și menținerea unei relații corecte în consilierea educațională, ca în oricare alt tip de intervenție psihologică.

6. CONCLUZII

Autodezvăluirea poate funcționa ca o „oglină magică”, având atât potențialul de a „lumina” relația terapeutică prin crearea de autenticitate și apropiere, cât și riscul de a o distorsiona atunci când atrage atenția asupra terapeutului. Atunci când este percepută ca relevantă pentru experiențele clientului, autodezvăluirea reduce rușinea și stimulează deschiderea, dar atunci când pare să servească nevoilor terapeutului, poate fi trăită ca o intruziune. Mai mult, dezvăluirile „provocatoare” pot scădea implicarea emoțională a clientului.

Cu beneficii, dar și cu limite sau riscuri, autodezvăluirea nu este un instrument care să funcționeze mecanic, ci presupune discernământ și o bună ancorare în context. În același timp, experiența terapeutului joacă un rol important: terapeuții mai experimentați se simt mai confortabil și utilizează cu mai mult discernământ autodezvăluirea decât cei aflați la început de carieră.

Sunt importante și zonele insuficient explorate: perceperea autodezvăluirii de către clienți prin prisma diferențelor culturale și a diferențelor de gen între terapeuți și clienți, precum și perceperea autodezvăluirii în telepsihoterapie și mediul digital.

Primit în redacție la: 9.10.2025

BIBLIOGRAFIE

1. AUDET, C. T., *Client perspectives of therapist self-disclosure: Violating boundaries or removing barriers*, *Counselling Psychology Quarterly*, **24**, 2, 2011, p. 85–100.
2. AUDET, C. T., & EVERALL, R. D., *Therapist self-disclosure and the therapeutic alliance: A phenomenological study from the client perspective*, *British Journal of Guidance & Counselling*, **31**, 3, 2003, p. 343–356.
3. AUDET, C. T., & EVERALL, R. D., *Counsellor self-disclosure: Client-informed implications for practice*, *Counselling & Psychotherapy Research*, **3**, 3, 2003, p. 223–231.
4. BALINT, A., & BALINT, M., *On transference and counter-transference*, *The International Journal of Psycho-Analysis*, **20**, 1939, p. 223–230.
5. BISHOP, J. B., & LANE, R. C., *The ethics of therapist self-disclosure*, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, **10**, 4, 2001, p. 255–261.
6. CULBERT, H., *On being a person: Humanistic ideals in psychotherapy*, New York, Human Relations Press, 1961.
7. DAVID, D., *Tratat de psihoterapie cognitivă și comportamentală*, Iași, Editura Polirom, 2009.
8. DUKE, C. E., & MURDOCK, N. L., *Characteristics of counselor self-disclosure* [Paper presentation], Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, DC, United States, 1992, August. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED351652.pdf> (accesat la 20.08.2025)
9. FARBER, B. A., *Self-disclosure in psychotherapy*, New York, The Guilford Press, 2006.
10. FENICHEL, O., *The psychoanalytic theory of neurosis*, New York, Norton, 1945.
11. FREUD, S., *Opere esențiale. Vol. 3. Psihologia inconștientului*, București, Editura Trei, 2009a.
12. FREUD, S., *Opere esențiale. vol. 11. Tehnica psihanalizei*, București, Editura Trei, 2009b.
13. GAY, P., *Freud: A life for our time*, New York, WW Norton & Company, 2006.
14. GELLER, S. M., *Therapist self-disclosure: Ethical and clinical considerations* in STRICKER, G. & FISHER, M. (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship*, New York Plenum, 2003, p. 549–565.
15. GÎRLAȘU-DIMITRIU, O., *Empatia în psihoterapie*, București, Editura Victor, 2004.
16. GUTHRIE, C., *Disclosing the therapist's sexual orientation: The meaning of disclosure in working with gay, lesbian, and bisexual patients*, *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, **10**, 1, 2006, p. 63–77.
17. HAWKINS, R. S., & BULLOCK, S. D., *Informed consent and the process of psychotherapy: Implications for professional practice*, *Professional Psychology: Research and Practice*, **26**, 3, 1995, p. 238–244.
18. HENDRICK, S. S., *Counselor self-disclosure*, *Journal of Counseling & Development*, **66**, 8, 1998, p. 419–424. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1988.tb00891.x>
19. HENRETTY, J. R., & LEVITT, H. M., *The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review*, *Clinical Psychology Review*, **30**, 1, 2010, p. 63–77. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.004>
20. HILL, C. E., & KNOX, S., *Self-disclosure*, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, **38**, 4, 2001, p. 413–417.
21. HILL, C. E., & KNOX, S., *Self-disclosure* în NORCROSS, J. C. (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 255–265), New York, Oxford University Press, 2002.
22. HILL, C. E., MAHALIK, J. R., & THOMPSON, B. J., *Therapist self-disclosure*, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, **26**, 3, 1989, p. 290–295. <https://doi.org/10.1037/h0085438>
23. HOUSTON, G., *The group alive*, London, Rochester Foundation, 2004 (apud O'BRIEN, M., HOUSTON, G., 2009).

24. JOURARD, S. M., *Self-disclosure: An experimental analysis of the transparent self*, New York, Wiley-Interscience, 1971.
25. LANE, R. C., & HULL, J. W., *Self-disclosure and classical psychoanalysis* în Stricker, G. & Fisher, M. (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (p. 31-46). Boston, MA: Springer US, 1990.
26. LOHSER, B., & NEWTON, M. P., *Freud neortodox. Așa cum se vede de pe divan*, București, Editura Trei, 2020.
27. MCCARTHY, P. R., & BETZ, N. E., *Differential effects of self-disclosing versus self-involving counselor statements*, Journal of Counseling Psychology, **25**, 4, 1978, p. 251–256. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.25.4.251>
28. MITCHELL, S. A., & BLACK, M. J., *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought*, New York, Basic Books, 1995.
29. MURPHY, G., *Human potential and individual psychology*, Journal of Humanistic Psychology, **1**, 1, 1958, p. 3–11.
30. O'BRIEN, M., HOUSTON, G., *Terapia integrativă. Ghid practic*, Iași, Editura Polirom, 2009.
31. Perls, F., Hefferlme, R., Goodman, P., *Gestalt Therapy, Excitement and Growth in the Human Personality*, New York, Julian Press, 1951.
32. RAINES, J. C., *Ethical considerations in therapist self-disclosure*, Clinical Social Work Journal, **24**, 2, 1996, p. 165–180.
33. REGHINTOVSCI, S., *De la analistul-ecran la analistul-uman. Contribuția lui Sandor Ferenczi la conceptul de contratransfer*, Philosophico-Psychological Investigations/Cercetari Filosofico-Psihologice, **11**, 1, 2019, p. 121–127.
34. ROGERS, C. R., *A deveni o persoană. Perspectiva unui psihoterapeut*, București, Editura Trei, 2008.
35. SIMON, B., *The beginning of the therapeutic relationship*, Psychoanalytic Inquiry, **8**, 3, 1988, p. 388–406.
36. STRICKER, G., & FISHER, M. (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship*, New York, Plenum Press, 1990.
37. TRILLING, L., *Sincerity and authenticity*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1975.
38. VANDECREEK, L., & ANGSTADT, L., *Client preferences for counselor self-disclosure*, Journal of Counseling Psychology, **32**, 2, 1985, p. 206–214. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.32.2.206>
39. WATKINS JR, C. E., *The effects of counselor self-disclosure: A research review*, The Counseling Psychologist, **18**, 3, 1990, p. 477–500. <https://doi.org/10.1177/0011000090183009>
40. YALOM, I. D., & YALOM, M., *Ora inimii: Să ne conectăm aici și acum*, București, Editura Vellant, 2024.

REZUMAT

Autodezvăluirea, atunci când este conceptualizată ca o „oglină magică” menită să faciliteze dezvoltarea alianței terapeutice prin promovarea unei apropieri și normalizări sporite, este recomandabil să fie utilizată cu discernământ și precauție, pentru a evita exercitarea unei presiuni excesive în cadrul procesului terapeutic și/sau devierea atenției de la client. De-a lungul istoriei psihoterapiei, chiar și Freud s-a angajat ocazional în autodezvăluire, demonstrând că aceasta poate apărea atât voluntar, cât și involuntar (Lohser & Newton, 2020). Autodezvăluirea terapeutului – indiferent de orientarea teoretică – poate apărea și spontan; cu toate acestea, prudența este esențială pentru a preveni potențialele dezechilibre de putere în cadrul relației terapeutice. Un rol excesiv de activ asumat de terapeut poate duce la confuzie de rol sau chiar poate inhiba capacitatea clientului de autoexplorare.

Prezentul articol își propune să examineze obiectiv principalele perspective asupra autodezvăluirii terapeutului în principalele școli de psihoterapie, cu accent pe delimitarea riscurilor și beneficiilor asociate acestora, precum și pe identificarea diferitelor forme pe care le poate lua. În plus, subiectul este explorat prin prisma propriei experiențe clinice a autorilor, oferind astfel perspective atât asupra potențialelor avantaje, cât și asupra limitelor utilizării autodezvăluirii în practica psihoterapeutică sau în cea de consiliere.

REVISTA DE PSIHOLOGIE

Vol. 71

2025

Nr. 1 – 4

INDEX ALFABETIC

Nr. Pag.

STUDII ȘI CERCETĂRI

ALECU ȘTEFAN, Psychology of competition in adolescents: anxiety and self-confidence according to type of sport.....	4	
BALGIU BEATRICE ADRIANA, INTERNET ENTREPRENEURIAL SELF-EFFICACY and intention. The mediating role of the theory of planned behavior	1	21
BALGIU BEATRICE ADRIANA, Resilience as a mediator between caregiver stress and mental health in healthcare workers.....	2	77
BALGIU BEATRICE ADRIANA, Exploring the factor structure of the general attitudes towards artificial intelligence scale	3	151
BOGDAN IONELA, TURLIUC MARIA NICOLETA, Postpartum mental health: Can dyadic stress explain the association between marital satisfaction and postpartum depression?	1	5
CHIRA ANA MARIA, NEDELCEA CĂTĂLIN, The Romanian versions of the inventory of attitudes toward seeking mental health services (IASMHS) and the Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties	4	
CIUPEI ALINA, Revisiting the orientations to happiness model: Are leisure, engagement, and meaning protective factors against Psychological distress?	2	109
CONSTANTIN CRISTIAN, POPA CAMELIA, NIȚĂ ELISABETA, NIȚU CELINA, PETRESCU GABRIELA, PREDA GEORGETA, Afectivitatea negativă la preadolescenți și adolescenți și predictorii ei contextuali.....	3	195
DRAGU ANA, Relația dintre calitatea vieții și psihopatologia părinților copiilor cu TSA	3	181
HARANGI ERIKA, VAIDA SEBASTIAN, ECHIM SIMION, Effects of music therapy on teenagers' anxiety.....	4	
HUȚANU ALEXANDRA, BOGDAN IONELA, Consumul de substanțe în rândul adolescenților. Factori de risc și factori protectori	4	

MĂRINCAȘ ANTONIA, TRIF SABINA, OPRE NICOLAE-ADRIAN, Relația dintre motivația pentru învățare și performanța la bacalaureat la proba limba și literatura română	2	121
MINCIU ANDREEA-MARIA, BERCEANU DENISA CRISTINA- ALINA, PÂNIȘOARĂ GEORGETA, Mirror, mirror on the wall, who's the skinniest on Instagram? How social support and comparison shape body image in the age of social media	4	
ȘTEFAN IDER NICOLAE, Cognitive architectures of ritual lamentation: Analyzing Zorile songs using image schemas	2	93
TURTURESCU CLARA, ROTARESCU VIOLETA, OPARIUC-DAN CRISTIAN, A dual mediation model of depression and anxiety: The indirect effects of socioeconomic status through negative Automatic thoughts and personality traits	3	169

ABORDĂRI TEORETICE ȘI PRACTIC-APLICATIVE

CHENDREAN SEBASTIAN TIBERIU, Implicații teoretice și practice ale literației și prevenției active în sănătatea mintală.....	4	
CONSTANTIN CRISTIAN NICOLAE, Art-terapia în schizofrenie – aspecte ale cercetării cantitative	1	37
GHIMPU RODICA, Dimensiuni psihosociale ale rezilienței în oncologie: intervenții și perspective clinice	3	205
NECULAU-COJOCARU ALINA, KARNER-HUȚULEAC ADINA, COBZEANU ALEXANDRA, The link between attachment styles and shame proneness: The role of cultural factors. A Systematic review	2	133
POPESCU GABRIELA, BĂNICĂ LOREDANA, NEGOIȚĂ LUCIAN, GÂRDAN IULIANA PETRONELA, Oglinda magică: autodezvăluirea. Susținerea clientului sau dezechilibru relațional?	4	
STERIE MARIA-CRISTINA, Towards a psychotherapeutic guide to narcissism	1	47
VLĂDOIU LAURA MARIA, Factori individuali și socio-relaționali ai anxietății de performanță	1	61

REVISTA DE PSIHOLOGIE
(JOURNAL OF PSYCHOLOGY)

Vol. 71

2025

Nos. 1 – 4

ALPHABETIC INDEX

No. Page

STUDIES AND RESEARCHES

ALECU ȘTEFAN, Psychology of competition in adolescents: anxiety and self-confidence according to type of sport.....	4	
BOGDAN IONELA, TURLIUC MARIA NICOLETA, Postpartum mental health: Can dyadic stress explain the association between marital satisfaction and postpartum depression?	1	5
BALGIU BEATRICE ADRIANA, Internet entrepreneurial self-efficacy and intention. The mediating role of the theory of planned behavior....	1	21
BALGIU BEATRICE ADRIANA, Resilience as a mediator between caregiver stress and mental health in healthcare workers.....	2	77
BALGIU BEATRICE ADRIANA, Exploring the factor structure of the general attitudes towards artificial intelligence scale	3	151
CHIRA ANA MARIA, NEDELCEA CĂTĂLIN, The Romanian versions of the inventory of attitudes toward seeking mental health services (IASMHS) and the Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties.....	4	
CIUPEI ALINA, Revisiting the orientations to happiness model: Are leisure, engagement, and meaning protective factors against Psychological distress?	2	109
CONSTANTIN CRISTIAN, POPA CAMELIA, NIȚĂ ELISABETA, NIȚU CELINA, PETRESCU GABRIELA, PREDA GEORGETA, Negative affectivity in pre-adolescents and adolescents and its contextual predictors.....	3	195
DRAGU ANA, The relationship between quality of life and psychopathology of parents of children with ASD.....	3	181
HARANGI ERIKA, VAIDA SEBASTIAN, ECHIM SIMION, Effects of music therapy on teenagers' anxiety.....	4	
HUȚANU ALEXANDRA, BOGDAN IONELA, Substance Use Among Adolescents. Risk Factors and Protective Factors	4	

MĂRINCAȘ ANTONIA, TRIF SABINA, OPRE NICOLAE-ADRIAN, The relationship between motivation for learning and the baccalaureate grade in Romanian language and literature.....	2	121
MINCIU ANDREEA-MARIA, BERCEANU DENISA CRISTINA- ALINA, PÂNIȘOARĂ GEORGETA, Mirror, mirror on the wall, who's the skinniest on Instagram? How social support and comparison shape body image in the age of social media	4	
ȘTEFAN IDER NICOLAE, Cognitive architectures of ritual lamentation: Analyzing Zorile songs using image schemas	2	93
TURTURESCU CLARA, ROTARESCU VIOLETA, OPARIUC-DAN CRISTIAN, A dual mediation model of depression and anxiety: The indirect effects of socioeconomic status through negative automatic thoughts and personality traits	3	169

THEORETICAL AND PRACTICAL APPROACHES

CHENDREAN SEBASTIAN TIBERIU, Theoretical and practical implications of mental health literacy and active prevention in mental health	4	
CONSTANTIN CRISTIAN NICOLAE, Art therapy in schizophrenia – aspects of quantitative research	1	37
GHIMPU RODICA, Psychosocial dimensions of resilience in oncology: Interventions and clinical perspectives	3	205
NECULAU-COJOCARU ALINA, KARNER-HUȚULEAC ADINA, COBZEANU ALEXANDRA, The link between attachment styles and shame proneness: The role of cultural factors. A Systematic review	2	133
POPESCU GABRIELA, BĂNICĂ LOREDANA, NEGOIȚĂ LUCIAN, GÂRDAN IULIANA PETRONELA, The magic mirror: self- disclosure. Client support or relational imbalance?	4	
STERIE MARIA-CRISTINA, Towards a psychotherapeutic guide to narcissism	1	47
VLĂDOIU LAURA MARIA, Individual and socio-relational factors of performance anxiety	1	61

REVISTA DE PSIHOLOGIE

(REVUE DE PSYCHOLOGIE)

Vol. 71

2025

Nos. 1 – 4

INDEX ALPHABÉTIQUE¹

No. Page

ÉTUDES ET RECHERCHES

ALECU ȘTEFAN, Psychology of competition in adolescents: anxiety and self-confidence according to type of sport.....	4	
BALGIU BEATRICE ADRIANA, Internet entrepreneurial self-efficacy and intention. The mediating role of the theory of planned behavior....	1	21
BALGIU BEATRICE ADRIANA, Resilience as a mediator between caregiver stress and mental health in healthcare workers.....	2	77
BALGIU BEATRICE ADRIANA, Exploring the factor structure of the general attitudes towards artificial intelligence scale	3	151
BOGDAN IONELA, TURLIUC MARIA NICOLETA, Postpartum mental health: Can dyadic stress explain the association between marital satisfaction and postpartum depression?	1	5
CHIRA ANA MARIA, NEDELCEA CĂTĂLIN, The Romanian versions of the inventory of attitudes toward seeking mental health services (IASMHS) and the Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties.....	4	
CIUPEI ALINA, Revisiting the orientations to happiness model: Are leisure, engagement, and meaning protective factors against Psychological distress?	2	109
CONSTANTIN CRISTIAN, POPA CAMELIA, NIȚĂ ELISABETA, IȚU CELINA, PETRESCU GABRIELA, PREDA GEORGETA, L'affectivité négative chez les préadolescents et les adolescents et ses facteurs contextuels.....	3	195
DRAGU ANA, La relation entre la qualité de vie et la psychopathologie des parents d'enfants TSA.....	3	181
HARANGI ERIKA, VAIDA SEBASTIAN, ECHIM SIMION, Effects of music therapy on teenagers' anxiety.....	4	
HUȚANU ALEXANDRA, BOGDAN IONELA, Usage de substances chez les adolescents. Facteurs de risque et de protection	4	

MĂRINCAȘ ANTONIA, TRIF SABINA, OPRE NICOLAE-ADRIAN, La relation entre la motivation pour apprendre et la note du baccalauréat en langue et littérature roumaines	2	121
MINCIU ANDREEA-MARIA, BERCEANU DENISA CRISTINA- ALINA, PÂNIȘOARĂ GEORGETA, Mirror, mirror on the wall, who's the skinniest on Instagram? How social support and comparison shape body image in the age of social media	4	
ȘTEFAN IDER NICOLAE, Cognitive architectures of ritual lamentation: Analyzing Zorile songs using image schemas	2	93
TURTURESCU CLARA, ROTARESCU VIOLETA, OPARIUC-DAN, CRISTIAN, A dual mediation model of depression and anxiety: The indirect effects of socioeconomic status through negative automatic thoughts and personality traits	3	169

APPROCHES THÉORIQUES ET DÉMARCHES APPLIQUÉES

CHENDREAN SEBASTIAN TIBERIU, Implications théoriques et pratiques de la littérature et de la prévention active en santé mentale	4	
CONSTANTIN CRISTIAN NICOLAE, L'art-thérapie dans la schizophrénie – aspects de la recherche quantitative.....	1	37
GHIMPU RODICA, Dimensions psychosociales de la résilience en oncologie: interventions et perspectives cliniques.....	3	205
NECULAU-COJOCARU ALINA, KARNER-HUȚULEAC ADINA, COBZEANU ALEXANDRA, The link between attachment styles and shame proneness: The role of cultural factors. A Systematic review	2	133
POPESCU GABRIELA, BĂNICĂ LOREDANA, NEGOIȚĂ LUCIAN, GÂRDAN IULIANA PETRONELA, Le miroir magique: Dévoilement de soi. Soutien client ou déséquilibre relationnel?	4	
STERIE MARIA-CRISTINA, Towards a psychotherapeutic guide to narcissism	1	47
VLĂDOIU LAURA MARIA, Facteurs individuels et socio-relationnels de l'anxiété de performance	1	61