

**UNIVERSITATEA TITU MAIORESCU
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE
MASTERAT PSIHOLOGIE CLINICĂ, HIPNOZĂ ȘI TERAPII DE
SCURTĂ DURATĂ**

LUCRARE DE DISERTAȚIE

**Coordonator științific:
Conf. Univ. Dr. Odette DIMITRIU**

**Absolvent:
Ioana VÎLCU (VÎLCU-BUCUȚEA)**

**BUCUREȘTI
2022**

**UNIVERSITATEA TITU MAIORESCU
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE
MASTERAT PSIHOLOGIE CLINICĂ, HIPNOZĂ ȘI TERAPII DE
SCURTĂ DURATĂ**

Evaluare și intervenție în tulburările de comportament alimentar

**Coordonator științific:
Conf. Univ. Dr. Odette DIMITRIU**

**Absolvent:
Ioana VÎLCU (VÎLCU-BUCUȚEA)**

**BUCUREȘTI
2022**

Cuprins

Abstract	3
Introducere	3
Partea I - Cadrul teoretic privind tematica abordată	5
Capitolul 1 - Perspective teoretice în abordarea tulburărilor de comportament alimentar	5
1.1. Aspecte generale, simptomatologie și statistici cu privire la tulburările alimentare.....	5
1.1.1. Statistici	5
1.1.2. Simptomatologie	6
1.1.3. Cauze	7
1.2. Clasificarea tulburărilor de comportament alimentar conform DSM V comparativ cu DSM IV.....	16
1.3. Clasificarea tulburărilor de comportament alimentar conform ICD 10	18
1.4. Anorexia nervoasa	19
1.5. Tulburarea de alimentație compulsivă	25
1.6. Tulburare de comportament alimentar nespecificată – Ortorexia	29
Capitolul 2 Abordarea tulburărilor de comportament alimentar din perspectiva psihoterapiei cognitiv-comportamentală	35
2.1. Eficacitatea psihoterapiei cognitiv-comportamentală în tratarea tulburărilor de comportament alimentar	37
2.2. Modelul terapiei cognitiv-comportamentale optimizate în tratarea tulburărilor de comportament alimentar	37
2.3. Strategii și tehnici cognitiv-comportamentale utilizate în tratarea tulburărilor de comportament alimentar	39
Partea a II a - Aspecte practice ale tematicii abordare	42
Capitolul 3 - Studii de caz	42
3.1. Cazul 1: Anorexie nervoasă	42
3.2. Cazul 2: Tulburarea de alimentație compulsivă	63
3.3. Cazul 3: Tulburare de comportament alimentar nespecificată – Ortorexia	80
Concluzii	97
Bibliografie	99

Abstract

Tulburările de comportament alimentar au devenit nu doar mai frecvente în ultimii ani, ci și mai diverse. Un nou diagnostic de ortorexie nervoasă - definit pe scurt drept îngrijorare excesivă și obsesivă pentru alimentația sănătoasă, încearcă să obțină un loc în DSM în contextul unei revoluții a “alimentației curate” ce a avut însă un efect contrar.

Scopul lucrării a fost evaluarea și intervenția în tulburările de comportament alimentar și s-a realizat în practică prin trei studii de caz pe diagnosticele de anorexie nervoasă, tulburare de alimentație compulsivă și ortorexie nervoasă. În procesul de evaluare au fost folosite teste ce au stabilit un diagnostic pozitiv de tulburare de comportament alimentar (EDI-2 și Orto-15), precum și instrumente de măsurarea a anxietății (Hamilton), depresiei (Beck) și a trăsăturilor de personalitate: perfecționism, stimă de sine, îngrijorare față de aspectul corpului. Planul de intervenție s-a realizat după modelul lui Fairburn de terapie cognitiv-comportamentală optimizată pentru tulburările de comportament alimentar. Rezultatele au arătat o serie de trăsături comune în cele trei studii de caz, inclusiv în ortorexia nervoasă: nemulțumirea față de propriul corp, istoricul de dietă, folosirea greutății și formei corpului ca bază pentru autoevaluarea personală, precum și un mediu familial abuziv și instabil. În cazul anorexiei și a ortorexiei s-au identificat nivele crescute de perfecționism, alături de o nevoie mare de control, în cazul alimentației compulsite o lipsă a conștientizării interoceptivă, iar ortorexia este asociată și cu un sentiment de superioritate percepță.

Concluzia a fost că ortorexia a întrunit atât simptomatologia, cât și cauzele specifice tulburărilor de comportament alimentar, iar planul de intervenție și-a dovedit aplicabilitatea.

Introducere

Tulburările de comportament alimentar reprezintă o problematică de interes pentru societatea actuală ce valorizează în mod deosebit imaginea și un ideal standardizat de corp suplu promovat de mass-media. Ele au devenit mai frecvente în ultimii ani, iar studiile arată că diagnosticele de tulburări de alimentație s-au dublat din 2000 până în 2018, dar în același timp a crescut și gradul de conștientizare e nevoii de tratament, numărul persoanelor care intră în tratament pentru o tulburare de alimentație dublându-se între 2018 și 2022.

Mai mult decât atât, în contextul unei industrii *wellness* în expansiune, a început o revoluție a “alimentației curate” care cu toate că declarativ promovează obiceiuri alimentare sănătoase a dus la o concentrare excesivă asupra calității alimentelor și a avut un efect contrar, dezvoltându-se o posibilă nouă tulburare alimentară: Ortorexia nervoasă. În timp ce anorexia a devenit inacceptabilă social deoarece cultivă o slabire extremă și nesănătoasă, ortorexia este acceptabilă

din punct de vedere social deoarece cultivă, sau mai bine zis se presupune că se realizează prin comportamente sănătoase.

Tema lucrării de față a venit dintr-un interes personal cu privire la tulburările de comportament alimentar și în special față de ortorexie, tulburare aflată încă sub semnul întrebării. Am dorit să aflu originile termenului și evoluția lui și am avut curiozitatea de a găsi, evalua și interveni în practică pe un astfel de caz.

Lucrarea este structurată în trei capitole. Primele două capitole conturează cadrul teoretic de analiză, iar capitolul trei reprezintă partea practică și conține trei studii de caz în care am realizat evaluarea și planul de intervenție în abordarea cognitiv-comportamentală pentru trei persoane cu tulburare de comportament alimentar.

Primul capitol reprezintă o incursiune în înțelegerea tulburărilor de comportament alimentar, cu o trecere în revistă a statisticilor, cauzelor, simptomatologiei, cu accent pe cele trei tulburări de comportament alimentar ce vor face și obiectul studiului de caz: anorexie nervoasă, tulburare de alimentație compulsivă și ortorexie.

În al doilea capitol, mi-am îndreptat atenția asupra modului în care aceste tulburări pot fi evaluate și tratate prin psihoterapia cognitiv-comportamentală. Am prezentat date ce arată eficiența acestei abordări, precum și tehnici și strategii de lucru. O atenție deosebită am acordat-o modelului de psihoterapie cognitiv-comportamentală optimizată dezvoltat de Christopher Fairburn, model cu caracter transdiagnostic ce poate fi folosit pentru tratarea tuturor tulburărilor de comportament alimentar.

Principalele repere teoretice care stau la baza lucrării sunt: *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn, *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală* a Irinei Holdevici, *Anorexia nervoasă* de Violeta Enea și Ion Dafinoiu, *Gata cu mâncatul impulsiv* de Christopher G. Fairburn și studiile despre ortorexie realizate de diferiți specialiști precum Steve Bratman, Lorenzo Donini sau Hanganu-Bresch.

Noutatea lucrării mele rezidă din alegerea unei tulburări de alimentație încă inclusă în DSM: Ortorexia, considerată o tulburare de comportament alimentar nespecificată, evaluarea ei și intervenția prin modelul psihoterapiei cognitiv-comportamentale optimizate. Cu toate că nu există încă dovezi științifice ale aplicării și eficienței acestui model în cazul pacienților cu ortorexie, luând în considerare indicația lui Fairburn de a funcționa pentru toate tulburările de comportament alimentar, am fost curioasă de testarea și punerea lui în practică.

Partea I - Cadrul teoretic privind tematica abordată

Capitolul I: Perspective teoretice în abordarea tulburărilor de comportament alimentar

1.1. Aspecte generale, simptomatologie și statistici cu privire la tulburările de comportament alimentar

Conform DSM V “tulburările de comportament alimentar se caracterizează printr-o afectare persistentă a obiceiurilor alimentare sau legate de alimentație, ce are ca rezultat consumul sau absorbția necorespunzătoare a hranei și care aduce prejudicii sănătății fizice sau funcționării psihosociale.” (DSM V, p. 329)

Persoanele cu tulburări de comportement alimentar (TCA) se gândesc excesiv la mâncare, la greutatea sau forma corporală și la cum să-și controleze aportul de alimente. Ele au de obicei o imagine corporală distorsionată, o fixare pe greutatea lor și/sau o stimă de sine scăzută.

Tulburările de alimentație pot avea un impact fizic și emoțional semnificativ asupra persoanei afectate și a familiei acesteia. Dacă nu sunt tratate, tulburările de alimentație presupun complicații medicale grave, cum ar fi deshidratarea, dezechilibrele hormonale, malnutriția și afectarea organelor. În unele cazuri, acestea pot fi fatale.

1.1.1. Statistici

Statisticile arată că oricine poate dezvolta o tulburare de alimentație, indiferent de mediul cultural, sex sau vârstă, dar este mai frecventă la adolescenți și adulții tineri.

Tulburările de alimentație au devenit mai frecvente în ultimii ani. O analiză a datelor la nivel mondial a constatat că:

- Aproape 1 din 5 tineri cu vârstă cuprinsă între 11 și 17 ani prezintă simptome ale unor modele alimentare dezordonate. (Hilbert, 2020)
- Diagnosticele de tulburări de alimentație s-au dublat din 2000 până în 2018. Această tendință a fost consecventă în diferite regiuni, grupuri de vârstă și sexe. (Galmiche, 2019)
- Aproximativ 70 de milioane de oameni la nivel mondial trăiesc cu tulburări de alimentație. (National Eating Disorders Association)
- Pe parcursul vieții, în SUA, aproximativ 30 de milioane de oameni (20 de milioane de femei și 10 milioane de bărbați) vor îndeplini criteriile pentru cel puțin o tulburare de alimentație (National Eating Disorders Association)

- În Asia, Japonia înregistrează cele mai multe cazuri de tulburări de comportament alimentar, urmată de Hong Kong, Singapore, Taiwan și Coreea de Sud. (International Journal of Eating Disorders, 2015)
- În 2012 Austria a înregistrat cea mai mare rată de prevalență din Europa: 1,55%. (Psychology Today, 2013)
- Aproximativ 95% dintre cazurile de tulburare de alimentație pentru prima dată sunt diagnosticate înainte de vârsta de 25 de ani. (Ward, 2019)
- Incidența generală a tulburărilor de alimentație în rândul adolescentelor și al femeilor tinere a crescut cu 15,3% în 2020, comparativ cu anii precedenți. (Zipfel, 2022)
- Potrivit unui studiu din 2021, numărul de persoane care intră în tratament pentru o tulburare de alimentație s-a dublat între 2018 și 2020 (Asch, 2021)
- Femeile sunt de aproximativ patru ori mai predispuse decât bărbații să dezvolte anorexie și de trei ori mai probabil să fie diagnosticate cu tulburare de alimentație excesivă.
- Cea mai frecventă tulburare de alimentație din SUA este tulburarea de alimentație compulsivă, însă doar jumătate dintre cei suferind vor primi tratament (Asociația Națională a Tulburărilor Alimentare)

1.1.2. Simptomatologie

Tulburările de alimentație se manifestă în moduri diferite, deoarece sunt tulburări complexe care afectează sănătatea psihologică, fizică și sociologică, însă există o serie de simptome emoționale și comportamentale care pot indica că o persoană se luptă cu convingeri sau comportamente legate de tulburarea alimentară. Printre acestea amintim:

- Credințe/modele/alegeri care indică o concentrare pe pierderea în greutate, dietă, regulile alimentare, calorii, conținutul nutrițional al alimentelor sau modelele de alimentație
- Stima de sine scăzută: sentimente de valoare de sine scăzută sau o imagine corporală negativă
- Retragerea de la ceilalți, scăderea socializării, mai ales atunci când este vorba de mâncare
- Mănâncă singur sau ascund mâncarea
- Mâncatul excesiv
- Vărsături sau folosirea de laxative pentru a scăpa de alimente
- Exercițiu fizic excesiv: o persoană poate refuza să-și perturbe rutina de exerciții fizice din orice motiv, să insiste să facă un anumit număr de exerciții repetitive sau să devină stresată dacă nu poate face exerciții

- A sări peste mese
- Frica intensă de a lua în greutate
- Imagine corporală distorsionată
- Emoții negative: anxietate, depresie și sentimentul că viața este scăpată de sub control
- Anxietate în timpul mesei: senzație de anxietate, supărare sau vinovăție în legătură cu mâncarea
- Modificări ale dispoziției: depresie sau anxietate, stare de spirit sau iritabilitate (<https://www.healthdirect.gov.au/eating-disorders>)

Din punct de vedere al aspectului fizic în cazul persoanelor care pot suferi de o tulburare de comportament alimentar se pot întâlni:

- Fluctuații de greutate (atât în sus, cât și în jos) care apar rapid
- Constipație severă
- Tensiune arterială scăzută
- Respirație și puls încetinite
- Letargie, lenevie sau rapoarte consistente de senzație de oboseală
- Păr și unghii fragile
- Piele uscată, gălbuiie
- Pierderea ciclului menstrual (amenoree)
- Probleme stomacale/gastrointestinale
- Ameteli/leșin
- Slăbiciune musculară
- Afectare a sistemului imunitar (<https://www.eatingdisorderhope.com/information/eating-disorder>)

1.1.3. Cauze

Este puțin probabil ca o tulburare de alimentație să aibă o singură cauză. În mod normal, se datorează unei combinații de mulți factori, evenimente, sentimente sau experiențe.

Abordarea consensuală a integrării diferenților factori care contribuie la apariția tulburărilor de comportament alimentar a luat forma modelului „bio-psiho-social”. Acest model are avantajul de a integra o serie de factori – de la cei mai generali culturali la cei strict biologici, incluzând și factorii familiali, sociali, cognitivi, de învățare, de personalitate și alți factori – despre care

se presupune că au o contribuție. Modelului îi lipsește însă specificitatea și în plus, fiecare versiune a modelului bio-psiho-social diferă de următoarea. (Leung și colab. 1996)

• Factori soci-oculturuali

Tulburările de alimentație nu apar uniform în toate culturile în orice moment. O obsesie pentru subțire – o caracteristică de bază a tulburărilor alimentare este întâlnită în **culturile** în care hrana este abundantă. În culturile deficitului, forma ideală a corpului este mult mai probabil să fie rotundă, ceea ce sugerează că idealurile tind spre ceea ce este greu de realizat.

În acest sens, o cultură a abundenței calorice poate fi considerată o cauză. Este important de remarcat încă de la început că această cauză nu este specifică. A crește într-o cultură a abundenței, în timp ce poate crește sănsele de a dezvolta o tulburare alimentară, nu face probabilitatea de a dezvolta o tulburare alimentară. O cultură a abundenței ar trebui privită cel mult ca o cauză de fond. O astfel de cultură poate aprecia slăbirea, dar dacă un anumit individ duce această evaluare la o extremă patologică depinde de factori suplimentari. (Stice, 2001)

Initial, s-a crezut că idealizarea unui corp subțire și tendința ulterioară către tulburări alimentare au fost concentrate în straturile superioare ale culturii abundenței. Însă, pe măsură ce cultura noastră devine din ce în ce mai omogenă, iar mass-media pătrund acum în fiecare colț al societății, promovând un fizic ideal subțire, tulburările alimentare devin democratic împărtășite. (Gard & Freeman 1996, Striegel-Moore 1997).

De exemplu, printre femeile americane, se credea că indivizii de culoare sunt „protejați” de tulburări de comportament alimentar datorită presiunii reduse asupra lor pentru a fi slabii. Mai mult decât atât, bărbații de culoare preferă femeile mai voluptuoase decât bărbații albi (Greenberg, Laporte 1996), iar femeile de culoare (Powell și Kahn 1995) au un fizic ideal mai mare. Astfel, atunci când femeile de culoare dezvoltă o tulburare alimentare, este mai probabil să fie o tulburare de alimentație excesivă. Cu toate acestea, datele recente sugerează că promovarea idealului de siluetă subțire a ajuns și la subcultura neagră. Adoptarea pe scară largă a idealurilor culturale americane dominante (în subculturile etnice americane și într-adevăr în întreaga lume) a însemnat că „etnia” nu mai protejează indivizii. (Striegel-Moore & Smolak 1996)

Ca urmare a promovării în **media** a unei greutăți subponderale multe tinere ajung să resimtă insatisfacție față de forma și greutatea propriului corp, iar nemulțumirea față de corp poate fi privită ca un precursor al tulburărilor alimentare. Cu cât această nemulțumire este mai intensă, cu atât este mai probabil ca cineva să încerce să slăbească. Atunci când sunt combinate cu alți agenți patogeni aceste încercări pot avea loc în direcția anorexiei nervoase (dacă

individul are restricții deosebit de puternice în ceea ce privește mâncarea) sau bulimiei nervoase (dacă nu are). (Herman, 2002)

Pe lângă influența media, în categoria factorilor socio-culturali este inclusă și **influența semenilor**, grupului de prieteni și colegi. Adolescentele învață anumite atitudini (importanța unui corp subțire) și comportamente (a ține dietă) de la cei de vîrstă lor fie prin exemplu și încurajare, fie prin tachinare pentru nerespectarea normelor grupului. (Levine et al. 1994)

Totodată, în mod cert presiunea mass-media și grupul de prieteni influențează mai mult femeile decât bărbații, însă nu putem trage concluzia că ține doar de îndemnul societății ca femeile să aibă un corp subțire, ci trebuie să luăm în considerare că din diferite motive, femeile tind să fie mai atente la astfel de îndemnuri și din alte motive.

• Familia

Modul în care familia ar putea contribui la apariția tulburărilor de comportament alimentar este în principal prin încurajarea acestor tulburări. De multe ori membrii familiei apreciază zveltețea indivizilor cu un corp suplu și autocontrolul lor, disciplina necesară de a o atinge. Această întărire a menținerii unei imagini suple nu cauzează neaparat apariția unei tulburări, dar poate ajuta la perpetuarea ei. (Branch & Eurman 1980)

Studiile asupra familiilor în care există o persoană cu o tulburare alimentară arată că membrii ei sunt ostili, intruzivi și neagă nevoile emoționale ale pacientului ori sunt excesiv de preocupate de parenting. (Shoebridge & Gowers 2000);

Câteva studii efectuate în anii 2000 au descoperit că o trăsătură comună a pacienților cu tulburări alimentare constă în existența unui atașament nesigur. Totuși cercetătorii au concluzionat că disfuncțiile familiale nu ar fi cauzatoare, ci mai degrabă secundare apariției unei tulburări alimentare. (Ward et al. 2000)

Pacienții cu tulburări alimentare descriu mediul familial ca fiind critic și cu un control parental coercitiv. Adolescentii care percep comunicarea în familie și grija primită ca fiind deficitare și care raporteză abuz fizic sau sexual sunt expuși unui risc mai mare de a dezvolta astfel de tulburări. (Haudek et al. 1999, Neumark-Sztainer et al. 2000).

Pacienții cu bulimie nervoasă raportează o mai mare intruziune a părintilor, în special din partea mamei asupra vieții private, gelozia și competiția, precum și seductivitatea paternă (Rorty et al. 2000). În contrast, încurajarea parentală percepută a autonomiei este asociată cu un comportament mai puțin îndreptat de a ține dietă (Strong & Huon 1998), servind posibil ca o funcție de protecție împotriva dezvoltării tulburărilor alimentare.

Comentariile directe din partea mamelor par a fi influențe mai puternice decât simpla modelare a preocupărilor legate de greutate și formă (Ogden & Steward 2000, Smolak și colab. 1999).

Comentariile critice ale mamelor au prezis rezultatul unei tulburări alimentare pentru fiicele lor (Vanfurth et al. 1996).

Mai mult decât atât, mamele care la rândul lor suferă de o tulburare alimentară au o influență negativă asupra atitudinilor și comportamentelor alimentare ale copiilor, hrănindu-i nepotrivit și manifestând îngrijorare pentru greutatea fiicelor lor încă de la o vîrstă fragedă. Un studiu arată că 50% dintre copiii mamelor ce suferă de o tulburare alimentară dezvoltă tulburări psihiatrice. (Hodes et al. 1997)

În concluzie, familiile pot transmite îngrijorări legate de alimentație, dar o astfel de transmitere poate să nu fie suficientă pentru apariția unei tulburări alimentare, care necesită „un factor suplimentar de vulnerabilitate”, fie biologic sau experiențial. Acest lucru ne duce la luarea în considerare a factorilor individuali care conduc la dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar. Steiger și colab. (1996)

• Factori individuali

Există mai mulți factori individuali care pot contribui la apariția unei tulburări alimentare, iar aceștia sunt de două feluri: interni (trăsături de personalitate, stimă de sine scăzută) și factori ce țin de experiențele personale și de mediu ale individului.

Experiențele cele mai comune legate de apariția unei tulburări alimentare sunt abuzul, trauma sau bullying-ul. S-a constatat că persoanele care au fost tăchinate în legătura cu aspectul lor fizic sau greutate sunt mai predispuse să dezvolte o astfel de tulburare.

Abuzul sexual și emoțional

Influența abuzului din copilărie este ceva mai complexă. Se pare că există o legătură între abuzul sexual în copilărie (ASC) și simptomatologia bulimică (Everill & Waller 1995), deși ASC este, de asemenea, asociată cu depresia și alte tulburări psihologice.

Unii, totuși, susțin că pacienții cu bulimie nu au o incidență crescută de ASC, deși severitatea abuzului poate fi mai mare (Groth-Marnat și Michel 2000). Casper și Lyubomirsky (1997) susțin că abuzul sexual provoacă bulimie doar indirect, conducând la psihopatologie individuală. Kent & Waller (2000) susțin că abuzul emoțional în copilărie – posibil prin influență sa profundă asupra stimei de sine și anxietății este singurul tip de traumă din copilărie care prezice patologia alimentară la adulți.

Specialiștii susțin că abuzul induce emoții intolerabile și afectează sentimentul de identitatea de sine. TCA servesc drept încercări disperate de a regla afectul negativ copleșitor și de a construi un sentiment coerent de sine atunci când structurile interne lipsesc (Rorty & Yager 1996). În mod similar, TCA au fost văzute ca mecanisme de adaptare preferate de femeile care nu au modalități mai constructive de a face față crizelor personale (Troop 1998).

În ce mod pot fi folosite TCA pentru a face față problemelor emoționale sau de identitate? Prin reorientarea atenției asupra greutății, formei și alimentației. Astfel indivizii cu TCA intră într-un domeniu în care pot obține un anumit control emoțional. Pacientul cu anorexie nervoasă atinge cel puțin o mulțumire emoțională parțială prin evitarea alimentelor și obținând pierderea kilogramelor (deși niciodată suficiente). Pacientul bulimic obține o ușurare emoțională prin mâncat compulsiv (și apoi prin eliminare). Pentru ambii, concentrarea obsesivă asupra pierderii în greutate și tacticile asociate acesteia oferă o modalitate aparent viabilă de a canaliza preocupările de identitate și de a evita tratarea unor probleme mai ample. Fairburn susține că o nevoie extremă de a controla atât alimentația, cât și alte aspecte ale comportamentului este o caracteristică centrală a persoanelor cu TCA (Fairburn et al. 1999). Concluzionând, oricare este primar, afectul negativ poate contribui la simptomele TCA.

Influențe afective

Deși este puțin probabil ca o caracteristică temperamentală, cum ar fi emoționalitatea negativă să conducă la TCA, stresul și starea de spirit negativă sunt în mod obișnuit antecedente raportate pentru TCA (Ball & Lee 2000, Leon et al. 1997). De exemplu, pacienții cu bulimie au scoruri ridicate de ostilitate, iar cei cu anorexie înregistrează scoruri mari de furie suprimată (Geller și colab. 2000).

Totuși se pare că afectivitatea negativă mărește vulnerabilitatea pentru psihopatologia generală, mai degrabă decât TCA în sine (Leon et al. 1997).

Conform lui Johnson & Larson (1982), persoanele cu bulimie încearcă să-și ridice starea de spirit mâncând; iar eliminarea le permite să evite luarea în greutate. Din nefericire, bulimicul realizează în cele din urmă că excesele sunt scăpate de sub control și începe să se simtă vinovat și să se teamă de mâncare. Mâncatul nu mai oferă o ușurare, ci mai degrabă induce emoții negative precum vinovăția. Eliminarea poate apoi ameliora vinovăția, precum și descărcarea furiei. Bulimicii au raportat o reducere a anxietății, tensiunii și vinovăției, deși depresia a rămas neschimbată (Kaye și colab. 1986). Comportamentele bulimice reduc, de asemenea, furia, mai ales atunci când individul are o tendință puternică de a evita exprimarea acelei emoții (Milligan & Waller 2000).

Apariția concomitantă a TCA și a tulburărilor de dispoziție (în special depresia) a fost observată frecvent și poate reflecta tulburări primare de dispoziție în TCA, tulburări de dispoziție secundare TCA sau terțe variabile comune (biologice sau psihosociale) care conduc la ambele, cum ar fi genetice sau familial transmisie. Lipsa unei imagini corporale și de identitate bine organizate este totuși unică pentru TCA (Steiger și colab. 1992). Unele dovezi susțin primatul TCA - simptomele TCA și dieta au prezis depresia ulterioară la indivizii inițial

nedepresivi (Stice și colab. 2000b). Alte studii constată că debutul TCA îl urmează pe cel al tulburării de dispoziție (Godart și colab. 2000, Gruber & Dilsaver 1996), în timp ce încă altele sugerează că depresia și anxietatea sunt caracteristici mai dependente de stare care se rezolvă atunci când simptomele TCA se remit (Lehoux et al. 2000).

Fairburn susține că trăsăturile de natură depresivă și anxioasă sunt cele mai comune și majoritatea pacienților îndeplinește criteriile pentru măcar una dintre aceste tulburări de dispoziție. Trăsăturile depressive sunt mai comune la pacienții *binge eating*, în timp ce trăsăturile de natură anxioasă sunt caracteristice în mod special pacienților cu niveluri ridicate de restricții alimentare. (Fairburn, 2014)

Stima de sine

În opinia lui Fairburn, stima de sine scăzută poate duce la o varietate de tulburări, incluzând TCA (Fairburn et al. 1997, Leary et al. 1995, Striegel-Moore 1997). Stima de sine reflectă modul în care alții se raportează la individ și astfel, respingerea (percepția) poate provoca o scădere a stimei de sine și comportamente dezadaptative, inclusiv TCA. Mai mult decât atât, dieta, care este foarte predispusă la perturbări care duc la supraalimentare, produce adesea o spirală descendentală a stimei de sine care contribuie mai specific la tulburări (spre deosebire, de exemplu, de depresie) (Heatherton & Polivy 1992). Stima de sine bazată pe formă și greutate este redusă la pacienții cu depresie (Geller și colab. 1998), iar cercetările confirmă că fetele cu stimă de sine scăzută sunt mai predispușe să dezvolte tulburări de alimentație în următorii câțiva ani (Button et al. 1996).

Din punct de vedere empiric, s-a descoperit că stima de sine moderează perfecționismul și senzația de exces de greutate în prezicerea simptomelor bulimice (Bardone și colab. 2000, Vohs și colab. 1999). Femeile cu un nivel ridicat de perfecționism care se consideră supraponderale, prezintă simptome bulimice numai dacă au o stimă de sine scăzută. Contra, femeile cu stimă de sine ridicată sunt mai puțin susceptibile de a prezenta simptome bulimice. În mod similar, stima de sine scăzută și afectul negativ au prezis simptomatologia TCA 4 ani mai târziu (Leon et al. 1997).

Mai mult decât atât, femeile care se recuperează de la bulimie raportează o creștere a stimei de sine (Troop et al. 2000).

Totodată, un program care vizează îmbunătățirea stimei de sine la copiii cu vârste cuprinse între 11 și 14 ani a dus la o incidență scăzută a pierderii în greutate și a simptomatologiei TCA un an mai târziu la participanții considerați expuși riscului la începutul programului (O'Dea & Abraham 2000).

Nemulțumirea față de corp

În TCA afectul negativ și sentimentele negative față de sine sunt canalizate în mod deosebit pe o insatisfacție față de propriul corp. Această insatisfacție față de corp se traduce în mod operational printr-un decalaj dintre greutatea/forma reală și ideală. Totuși, acest lucru este nepotrivit, deoarece cineva poate vedea corpul său ca de departe de ideal și totuși să fie în mod rezonabil mulțumit de el.

Conceptualizările TCA, inclusiv criteriile DSM – fac referire la nemulțumirea față de corp. Majoritatea modelelor de TCA care implică factori multipli, de exemplu, Stice 2001 îi atribuie nemulțumirii față de corp un rol cauzal proeminent. Nemulțumirea față de corp (uneori denumită îngrijorare de greutate) este adesea asociată cu comportamentul de dietă; într-adevăr, bulimia și anorexia sunt uneori denumite tulburări de dietă. S-a considerat că dieta precipită, dacă nu provoacă mâncatul compulsiv (Polivy & Herman 1985) și TCA în general (Polivy & Herman 1987; Stice 2000a, 2001), iar nemulțumirea față de corp cel mai probabil provoacă dietă. Preocuparea cu greutatea și dieta ajută la prezicerea apariției unei TCA (Joiner și colab. 1997, Steiger și colab. 1996, Stice și colab. 1998), iar femeile bulimice caută feedback-ul de aspect care ar putea agrava aceste preocupări (Tamlar 1999).

Cele mai multe dintre presupusele cauze ale TCA au la bază nemulțumirea față de corp. Astfel, se crede că influența mass-media accentuează nemulțumirea față de corp., făcând femeile să se simtă nemulțumite de aspectul lor. Presiunea familiei și a colegilor, tachinarea și mai multe influențe psihologice individuale, cum ar fi anxietatea generală, converg către „calea comună finală” a nemulțumirii față de corp.(Paxton et al. 1999).

Prin urmare, nemulțumirea față de corp pare avea un rol important în apariția TCA, însă trebuie să menționăm că nu toate persoanele care simt nemulțumite față de propriu corp vor dezvolta automat o TCA. Aici intervin și ceilalți factori individuali și alegerea propriei “soluții”. Pentru unele femei realizarea unui corp „perfect” devine un proiect existențial, o modalitate de a-și da vieții sens, coerentă și împlinire emoțională care altfel lipsesc. Unii se simt împuerniciți prin obținerea unui control complet asupra alimentației, greutății și formei lor, simțind că au controlul în aceste domenii, în timp ce el nu este posibil în altă parte a vieții lor. Pentru mulți cu TCA, aceste două obiective se suprapun. În ultimă analiză, nemulțumirea față de corp poate contribui la TCA în primul rând prin conferirea unui scop: ambițiile pacientului cu TCA - în special, concentrarea exclusivă pe greutate - îi pot face viața mai simplă, mai sigură și mai eficientă. Cum spun Vitousek & Hollon „Ea găsește o soluție dezadaptativă pentru suferința, confuzia și sentimentul de inadecvare, identificându-se cu greutatea ei” (Vitousek & Hollon 1990).

Factori cognitivi

TCA prezintă mai multe aberații cognitive, inclusiv gânduri obsesive, judecăți inexacte și modele rigide de gândire. Proeminența acestora a sugerat că patologia cognitivă poate contribui la TCA. Utilizarea greutății cuiva ca bază pentru autoevaluare sunt trăsături centrale atât ale anorexiei nervoase, cât și ale bulimiei și contribuie la persistența TCA (Vitousek & Hollon 1990).

De asemenea, persoanele cu TCA petrec o perioadă lungă de timp având gânduri obsesive referitoare la mâncare, formă și greutate.

Legat de obsesie este și perfecționismul, credința că trebuie să fii perfect. Perfecționismul poate fi aplicat cu ușurință la mâncare, greutate și formă. Perfecționismul nu este o caracteristică definitorie a tulburărilor de alimentație, dar s-a crezut mult timp că este implicat în Anorexia nervoasă și într-o măsură mai mică în bulimie (Garner și colab. 1983, 1984). Hewitt și colab. (1995) susțin că perfecționismul poate contribui la tulburările de alimentație făcând deficiențele normale mai traumatizante sau făcând dintr-un corp normal un semn de imperfecțiune.

- **Factori biologici**

Cu toate că TCA implică și o relație cu apetitul (o lipsă aparentă de apetit, un apetit crescut sau unul de necontrolat), cercetătorii au fost sceptici în a susține existența unei legături de cauzalitate între sistemul biologic și apariția unei TCA, încrucișat nu se poate stabili cu exactitate dacă modificările de la nivel biologic sunt de fapt cauze sau efecte ale TCA. Este bine să știm faptul că o TCA poate perturba diferite sisteme, în special cel neuroendocrin. TCA sunt adesea văzute ca explicabile în termeni de disfuncție neuroendocrină, dar aceasta ar putea sau nu să fie de origine genetică. Deoarece apetitul este considerat în mod obișnuit ca fiind receptiv la dozajele hormonale, o explicație neuroendocrină pentru TCA este atractivă, însă problema majoră cu o astfel de explicație este că TCA nu sunt pur și simplu doar tulburări ale apetitului.

O cauză neurochimică populară pentru TCA este serotonina (Brewerton 1995). Se poate că anorexicii să suferă de o activitate crescută a 5-hidroxitriptaminei (HT), care ar fi în concordanță cu abordarea lor obsesiv-compulsivă a vieții, chiar și după recuperarea de la anorexie (SGAN 1995)? Atât anorexia, cât și tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) răspund la fluoxetină, ceea ce îi face pe unii să speculeze că anorexia ar putea fi pur și simplu o variantă a TOC (Pryor et al. 1995). Prin contrast, bulimia a fost interpretată în termeni de deficit de 5-HT (și o posibilă legătură atât cu impulsivitate, cât și cu tulburarea afectivă sezonieră). Pacienții recuperăți de la bulimie prezintă anomalii persistente legate de funcția serotoninei, sugerând că astfel de anomalii pot sta la baza dezvoltării bulimiei (Kaye și colab. 1998). Dezechilibrul

serotoninei are mai multă atracție de suprafață decât majoritatea celorlalte ipoteze biologice ale TCA, dar cazul nu este încă puternic. Pacienții recuperăți de la anorexie nu prezintă anomalii persistente ale 5-HT (O'Dwyer et al. 1996). Ward și colab. (2000c) concluzionează că „o anomalie a reglării serotoninei este puțin probabil să fie un factor major de vulnerabilitate în anorexie”.

Lipsa conștientizării interoceptive

Lipsa conștientizării interoceptive se referă la incapacitatea de a identifica cu acuratețe stările sau sentimentele interne, inclusiv stările fiziologice (cum ar fi foamea și sațietatea) și stările emoționale (Garner et al. 1983). Problema nu este o incapacitate de a detecta stările interne, ci mai degrabă o incapacitate de a le identifica. S-a susținut mult timp (Bruch, 1969) că o conștientizare interoceptivă defectuoasă poate produce confuzie, astfel încât individul să-și interpreteze greșit emoțiile și senzațiile, rezultatul fiind că excitarea emoțională poate declanșa mâncatul sau chiar excesul. În același mod, pare posibil ca foamea adevărată să nu fie percepță chiar și atunci când este acolo în cazul anorexiei, aşa cum poate fi percepță atunci când nu există în cazul bulimiei.

Nu există nicio îndoială că pacienții cu TCA suferă de o lipsă a conștientizării interoceptive, totuși, rămân întrebări dacă aceasta este o cauză sau o consecință a TCA și dacă ar trebui privită ca o problemă biologică, perceptivă sau cognitivă. Bruch (1973) a considerat o lipsă a conștientizării interoceptive drept o consecință a învățării defectuoase care începe în copilărie, când îngrijitorii nu oferă hrana doar pentru a calma foamea, ci ca răspuns la toate expresiile de suferință. Bruch a teoretizat în continuare că o astfel de învățare defectuoasă subminează încrederea în propriul corp, în puterea de autoreglare și crește nevoia de a controla atât corpul, cât și sinele, care sunt văzute ca fiind în strânsă legătură.

În concluzie, există atât de multe influențe posibile pentru dezvoltarea TCA încât combinația factorilor la orice individ devine aproape unică și, prin urmare, imposibil de generalizat la alții. Este dificil să ne imaginăm dezvoltarea unei TCA fără prezența unei nemulțumiri corporale, deși majoritatea indivizilor care sunt nemulțumiți de corpul lor nu vor dezvolta automat TCA.

În mod cert, emoția negativă (cum ar fi depresia sau anxietatea) și stima de sine semnificativ scăzută sunt trăsături proeminente ale TCA și par a fi precursori ai dezvoltării lor. Alte elemente care par a fi puternic implicate în dezvoltarea TCA includ stresorii de mediu (de obicei factorul declanșator) și distorsiunile cognitive, cum ar fi gândurile obsesive (de exemplu ideea de a fi prea gras). În cele din urmă, trăsăturile personalității, cum ar fi nevoia de control

(asupra sinelui sau asupra corpului) și formarea inadecvată a identității, au fost sugerate în mod plauzibil ca fiind necesare pentru dezvoltarea unei TCA.

Nu în ultimul rând, presiunea socio-culturală de a fi suplu, influențele familiei, cum ar fi critica sau comportamentul de dietă, contribuțiile biologice, predispoziția genetică, variabilele de personalitate precum perfecționismul, disocierea și neîncrederea interpersonală par să contribuie la dezvoltarea TCA, iar cu cât un individ se confruntă cu mai multe dintre ele cu atât riscul este mai mare.

1.2. Clasificarea tulburărilor de comportament alimentar în DSM V comparativ cu DSM IV

Criteriile de diagnostic pentru tulburările de comportament alimentar au evoluat în timp. DSM IV include în categoria tulburărilor de comportament alimentar doar două diagnostice specifice: anorexia nervoasă și bulimia nervoasă, alături de tulburarea de comportament alimentar fără altă specificație, în cea din urmă fiind inclusă și tulburarea de mâncat compulsiv.

DSM V extinde aria diagnosticelor și pe lângă anorexia nervoasă și bulimia nervoasă, include și pica și tulburarea de ruminație (care în DSM IV sunt tratate separat și incluse în secțiunea Tulburări de alimentare și comportament alimentar ale perioadei de sugar sau micii copilării), și adaugă tulburarea de aport alimentar de tip evitant/restrictiv și tulburarea de alimentație compulsivă ca fiind un diagnostic de sine stătător și nu inclus în tulburarea de comportament alimentar fără altă specificație ca în DSM IV. La acestea se adaugă diagnosticele de altă tulburare de comportament alimentar specificată și altă tulburare de comportament alimentar nespecificată.

În continuare voi prezenta pe scurt descrierile tulburărilor alimentare aşa cum sunt ele definite în DSM V, evidențiind totodată și diferențele în ceea ce privește criteriile de diagnostic care au suferit modificări față de DSM IV.

- **Anorexia nervoasă** constă în reducerea aportului caloric sub nivelul necesar, având drept consecință o greutate scăzută în raport cu vîrstă, sexul și nivelul de dezvoltare. De asemenea, este asociată cu o frică severă de a lua în greutate, comportament constant de prevenire a creșterii în greutate, precum și o perturbare asupra percepției propriului corp și greutăți. Cerința de amenorrhea menționată drept criteriu de diagnostic în DSM IV a fost eliminată în DSM V.
- **Bulimia nervoasă** constă în episoade recurente de alimentație compulsivă ce apar minim o dată pe săptămână timp de 3 luni, alături de comportamente compensatorii inadecvate pentru prevenirea creșterii în greutate precum uzul de laxative sau exerciții fizice intense, iar

respectul de sine este influențat în mod excesiv de aspectul fizic și greutatea corporală. În diagnosticul de bulimie nervoasă, frecvența alimentației excesive sau a comportamentului compensatoriu nejustificat a fost scăzută de la două ori pe săptămână în DSM IV la o dată/săptămână în DSM V.

- **Pica** - principala caracteristică în pică este consumul de substanțe necomestibile/nealimentare (de exemplu cretă, pământ, cărbune, ață, săpun), ce durează mai mult de o lună și este inadecvat nivelului de dezvoltare al individului. Diagnosticul se pune după vîrstă de 2 ani începând cu această vîrstă copiii au o perioadă naturală de a duce obiecte la gură în scop de cunoaștere.
- **Tulburarea de ruminărie** presupune regurcirea frecventă a hranei, de câteva ori pe zi sau săptămână pe o perioadă de cel puțin o lună. Hrana înghițită și parțial digerată este readusă în cavitatea bucală fără senzație de greață sau vomă, apoi remestecată, înghițită sau eliminată. Diagnosticul se pune în lipsa unor afecțiuni medicale precum refluxul gastroesofagian.
- **Tulburarea de aport alimentar de tip evitant/restrictiv** presupune o lipsă aparentă pentru mâncare și evitarea sau limitarea aportului alimentar ceea ce duce la imposibilitatea atingerii necesarului nutrițional și energetic prin alimentație. Diagnosticul implică un deficit nutrițional sever, scădere în greutate și/sau dependență de suplimente nutritive orale.
- **Tulburarea de alimentație compulsivă** constă în episoade de supraalimentare excesivă ce apar minim o dată pe săptămână timp de 3 luni. Episodul de alimentație compulsivă implică ingerarea unei cantități mari de alimente într-o perioadă scurtă de timp, individul având un sentiment de lipsă de control în a se abține de la mâncat. Spre deosebire de bulimia nervoasă în cazul tulburării de alimentație compulsivă nu există comportamente compensatorii.
- **Altă tulburare de comportament alimentar specificată** este un diagnostic ce se folosește în cazul în care sunt prezente simptome caracteristice unei tulburări de comportament alimentar ce cauzează disconfort, dar nu sunt întrunite criteriile complete de diagnostic pentru niciuna din tulburările alimentare din DSM. Se folosește atunci când medicul dorește să menționeze ce criteriu nu a fost îndeplinit pentru a se încadra într-un diagnostic specific.
- **Altă tulburare de comportament alimentar nespecificată** - este un diagnostic similar cu cel definit mai sus, dar în acest caz medicul nu menționează motivul particular pentru care tabloul clinic nu întrunește criteriile necesare pentru încadrarea într-o tulburare de alimentație specifică.

După cum observăm, DSM V a lărgit aria de diagnostic a tulburărilor de comportament alimentar, oferind o specificitate mult mai mare de diagnoză.

Cu toate că au și trăsături comune, diagnosticele se exclud reciproc, prin urmare unui episod clinic îi poate fi atribuit un singur diagnostic. Excepție face pica ce poate apărea în prezența oricărei alte tulburări alimentare.

1.3. Clasificarea tulburărilor de comportament alimentar conform ICD-10

ICD-10 include tulburările de comportament alimentar în cadrul Sindroamelor comportamentale asociate cu tulburări fiziologice și factori somatici. În ICD-10 se regăsesc sub denumirea de Tulburări ale instinctului alimentar și sunt identificate următoarele (ICD-10, pp. 294-299) :

- **Anorexie nervoasă**
- **Anorexie nervoasă atipică:** diagnosticul este folosit pentru acei indivizi care cu toate că se încadrează în tabloul tipic al anorexiei nervoase, nu îndeplinesc toate criteriilor, ci pot lipsi unul sau două, cum ar fi amenoreea sau o scădere semnificativă în greutate.
- **Bulimie nervoasă**
- **Bulimie nervoasă atipică:** este folosit pentru acei indivizi care cu toate că se încadrează în tabloul tipic al bulimiei nervoase prin episoade de supraalimentație, ei nu îndeplinesc toate criteriile de diagnostic.
- **Alimentație excesivă, asociată cu alte tulburări psihologice:** presupune supraalimentarea ca o reacție la evenimente supărătoare precum pierderea unei ființe dragi, accidente, intervenții chirurgicale.
- **Vomă, asociată cu alte tulburări psihologice:** poate fi un simptom somatic, vomă psihogenă ce apare în tulburări disociative sau tulburări hipocondriace ca reacție la diferiți factori emoționali
- **Alte tulburări ale instinctului alimentar:** include pica la adulți sau pierderea psihogenă a apetitului
- **Tulburare a instinctului alimentar nespecificat**

1.4. Anorexia nervoasă

Anorexia nervoasă este o tulburare de comportament alimentar, iar literal expresia înseamnă pierdere nervoasă o poftei de mâncare (*an*=fără, *orexe*=apetit). În realitate însă o persoană care suferă de anorexie are prea puțin de-a face cu apetitul. (Halse, Honey & Boughtwood, 2008)

Anorexia este asociată cu autoînfometarea prin respingerea sau evitarea alimentelor sau cu un control rigid sau o restricție a numărului de calorii. La acestea se adaugă și comportamente compensatorii precum exerciții fizice excesive, abuzul de laxative sau vomitismele autoinduse. Conform cu Ion Dafinoiu (2012), aceste comportamente sunt explicate printr-o teamă intensă a persoanei de a se îngrășa pe fondul unei percepri distorsionate a propriului corp și a credinței că este “grasă.” Levenkron (2000) susține că în anorexia nervoasă intensitatea fricii de a lua în greutate este mai mare decât teama de moarte. Riscul de suicid este unul ridicat, de 12 la 100.000 de cazuri de boală pe an.

Conform DSM-V, există trei elemente esențiale pentru a se stabili diagnosticul de anorexie nervoasă: reducerea semnificativă a aportului caloric, o teamă intensă de a lua în greutate sau de obezitate sau comportament persistent de prevenire a acumulării de kilograme și existența unei percepții perturbante a formei și greutății propriului corp. (DSM-V)

Anorexia debutează de obicei în adolescență sau la adultul tânăr și mai rar înainte de pubertate sau după vârsta de 40 de ani și cel mai adesea debutul este asociat cu un eveniment stresant.

Cu toate că pare o tulburare specifică lumii moderne, istoria ne arată că exemple de persoane care refuzau voluntar să se alimenteze corespunzător existau încă din secolul al IV. Spre exemplu, se spune că spartanii erau examinați nud în mod regulat, iar cei care luau în greutate erau forțați să practice exerciții fizice. În secolele trecute înfometarea a fost văzută din punct de vedere religios drept o dovedă de evlacie sau sacrificiu de sine. Nevoile corporale și alimentare erau o piedică în atingerea mântuirii, motiv pentru care există numeroase povești ale unor femei care nu mâncau aproape nimic din dorința de a deveni sfinte. (Dafinoiu, 2012)

Odată cu modernizarea și apariția medicinii, influența religiei a scăzut, iar autoînfometarea a fost explicată în termeni medicali. O contribuție semnificativă pentru înțelegerea anorexiei a avut-o Hilde Brunch, specialistă în TCA, care a arătat că există o legătură strânsă între anorexie și problemele de imagine a corpului și perturbările apărute în dezvoltarea psihologică (atitudini eronate. De asemenea, Gerald Russel a punctat că teama de îngrășare este o componentă a anorexiei nervoase. (*Idem*)

În ceea ce privește cauzele anorexiei nervoase, specialiștii susțin existența unui model multifactorial, principalii factori fiind predispoziția genetică, trăsăturile de personalitate precum perfecționismul și comportamentul timpuriu de a ține o dietă. (Steiner *et.al.*, 2003).

Un factor de risc al lumii moderne specific pentru anorexia nervoasă este idealul de frumusețe promovat în societatea contemporană care presupune ca femeia să fie slabă drept premisă pentru frumusețe, acceptare socială, succes sau fericire. Acest standard, ideal de frumusețe este omniprezent, îl regăsim atât în filme, televiziune, reclame, reviste, cât și/mai ales pe rețelele sociale. În acest spațiu online, majoritatea idolilor sunt slabi, ori în mod natural, ori cu ajutorul ajustărilor filtrelor existente în aplicații. Din căte se poate observa, idealul de a fi slab este atât de mult promovat încât a fi altfel decât suplu pare a fi un defect, motiv pentru care s-au inventat filtre speciale care te fac să fii slab, dacă nu în realitate măcar în mediul online.

Problema principală a acestui standard de frumusețe care implică să fii slab este faptul că se depărtează tot mai mult față de realitate. Analizele lui Shepphird (2010) pe poporul american arată că dacă în urmă cu 20 modelul feminin cântărea cu 8% mai puțin decât femeia obișnuită, în prezent procentul a urcat la 23%, procent depășit de 98% din populația feminină. S-a creat aşadar o discrepanță tot mai mare între idealul de frumusețe promovat și posibilitatea reală a oamenilor de a-l atinge; ceea ce conduce la o imagine nesatisfăcătoare față de sine și propriul corp.

Luând în considerare situația societății actuale, cred că se aplică foarte bine afirmația lui Shepphird (2010) care susține că anorexia este “un sindrom influențat de cultură”.

Chiar dacă nu putem concluziona că expunerea la mass media cauzează anorexia nervoasă, cred că acest ideal de frumusețe promovat vine cu multă presiune și reprezintă un factor important ce contribuie la apariția anorexiei nervoase.

În ceea ce privește perfecționismul, cercetările arată că pacienții cu anorexia nervoasă prezintă scoruri ridicate la măsurile de perfecționism (Bastiani și colab. 1995). Faptul că unii indici de perfecționism rămân înalți chiar și după restaurarea greutății sugerează că perfecționismul poate fi un precursor al anorexiei. Bruch (1973) și Casper (1983) chiar îi atribuie perfecționismului un rol cauzal în anorexia nervoasă.

Alți factori de risc ce pot crește vulnerabilitatea la apariția nervoasă sunt conflictul emoțional sau interpersonal, un eveniment traumatic, abuz fizic sau sexual, istoric sau comorbiditate cu o tulburare psihică, boală cronică sau istoric de dietă sau preocupări privind greutatea încă din copilărie. (Shepphird, 2020 *apud* Dafinoiu, 2012)

Tot Sheppard (2010) a identificat și o serie de factori potențiali declanșatori ai anorexiei nervoase cum ar fi: mutarea la o școală nouă sau în alt oraș, divorț parental, nașterea unui copil, stres familial crescut, traume, pierderea unei persoane iubite, respingere, presiune din partea colegilor sau dificultăți legate de studiile superioare.

Din categoria factorilor psihologici cu factor cel mai ridicat de risc ar fi o stimă de sine scăzută, anorexia fiind o pseudosoluție pentru aceasta alături de probleme emoționale și de identitate. (Halse, Honey, Boughtwood, 2008).

Mai mulți specialiști au susținut că persoanele cu anorexie au o stimă de sine scăzută, acesta fiind motivul din spatele dorinței de a fi slab. (Dafinoiu, 2012)

Totodată un rol important îl au și trăsăturile de personalitate precum perfecționismul și rigiditatea, așa cum prezintam în capitolul anterior. În anorexia de tip restrictiv întâlnim mai des comportamente obsesionale, inhibate sau compliante, în timp ce în cea de tip compulsiv sunt mai vizibile comportamente extravertite și impulsive. (Wonderlich, 2002 *apud* Dafinoiu, 2012)

Shepphard (2010) a sintetizat o serie de trăsături comune pe care le-a observat la pacienții cu anxietate nervoasă, printre care:

- o imagine negativă asupra corpului
- perfecționism și conștiinciozitate extremă
- anxietate socială și timiditate extremă
- control excesiv al emoțiilor
- tendințe obsesive
- teama de maturizare
- dificultate în identificarea și descrierea propriilor sentimente
- sentiment de inadecvare
- compliantă extremă
- rigiditate în gândire
- teamă de intimitate

În ceea ce privește debutul și evoluția anorexiei, Levenkron (2000) a identificat patru etape ale anorexiei:

1. **Etapa achiziției:** persoana ține dietă și se străduiește să slăbească, iar cei din jur îi întăresc comportamentul și îi apreciază perseverența și progresul. Diferența dintre o persoană care ține o dietă și o persoană care dezvoltă anorexie ține de nevoia de control a celei din urmă,

care cel mai probabil la finalul dietei când a atins greutatea dorită, nu se va opri, ci va dezvolta o obsesie pentru pierderea în greutate.

2. **Etapa de securitate compulsivă:** momentul în care persoana nu are ca obiectiv o greutate specifică, ci și-a însușit obiceiul de a pierde constant în greutate. Persoana nu se simte suficient de slabă, se cântărește în mod obsesiv și face exerciții fizice compulzive. Începe chiar să se distanțeze social, principala preocupare fiind alimentația și scăderea în greutate. Sper finalul acestei etape se instalează o teamă extremă de a lua în greutate.
3. **Etapa asertivă:** persoanele din jur conștientizează problema existentă și o dezaproba, însă persoana anorectică nu le ascultă sfaturile, crede că aceștia sunt invidioși sau încearcă să o saboteze, devine sfidătoare și intră în război cu ceilalți.
4. **Etapa pseudoidentității:** persoana de identifică cu tulburarea, dar nu consideră că este o problemă, ci se bucură de notorietate și crede că are dreptate. Noua identitate îi conferă o stare de confort.

Criterii de diagnostic DSM-V pentru anorexie nervoasă:

- A. Restricții ale aportului caloric sub nivelul necesar organismului, având drept urmare o scădere semnificativă a greutății în raport cu vârsta, sexul, nivelul de dezvoltare și de sănătatea fizică. Greutatea corporală semnificativ scăzută se definește drept o greutate mai mică decât greutatea minimă normală sau cea anticipată în cazul copiilor și adolescentilor.
- B. Teamă intensă de față de creșterea în greutate și de obezitate sau comportament persistent cu scop de prevenire a creșterii în greutate, chiar și atunci când greutatea este semnificativ scăzută.
- C. Tulburări a modului în care individul își percep propria greutate sau formă a corpului, o influență nejustificată a greutății și formei asupra autoevaluării sau lipsa persistentă de acceptare că este subponderal și de a recunoaște gravitatea acestui fapt.

Se specifică tipul anorexiei:

Tipul restrictiv: individul nu a prezentat în ultimele 3 luni episoade recurente de alimentație compulsivă sau de evacuare forțată (vomă autoindusă, folosirea abuzivă a laxativelor, clisme, diuretice). În cazul acestui tip scăderea în greutate se face preponderent prin dietă, post, și/sau exerciții fizice excesive.

Trecerea de la un subtip la altul nu este însă neobișnuită, motiv pentru care subtipul este folosit pentru a descrie situația curentă.

Tipul cu alimentație compulsivă/evacuare: în ultimele 3 luni individul a prezentat episoade recurente de alimentație compulsivă sau de comportament de evacuare forțată (vomă autoindusă, folosirea abuzivă a clismelor, diureticelor sau a laxativelor)

Severitatea actuală se stabilește în funcție de valoarea curentă a indicelui de masă corporală (IMC) stabilit de Organizația Mondială a Sănătății după cum urmează:

Ușor: IMC >17 kg/m²

Moderat: IMC 16-16,99 kg/m²

Sever: IMC 15-15,99 kg/m²

Extrem: IMC < 15 kg/m²

Criterii de diagnostic DSM IV pentru anorexie nervoasă:

- A. Refuzul de a menține o greutate corporală la sau peste o greutate normală minimă în conformitate cu vârsta și înălțimea (de exemplu pierderea în greutate ducând la menținerea unei greutăți sub 85% din cea sperată sau incapacitatea de a lua în greutate plusul sperat în cursul perioadei de creștere, ducând la o greutate sub 85% din cea sperată)
- B. Teamă intensă de a nu lua în greutate sau de a deveni gras chiar dacă este subponderal/ă
- C. Perturbarea modului în care este percepția greutatea sau forma propriului corp sau negarea seriozității greutății scăzute
- D. La femeile postmenarhice, amenoree - absența a cel puțin trei cicluri menstruale consecutive (se consideră că o femeie are amenoree dacă mestrelle sale survin numai după administrarea de hormoni)

Din cîte se poate observa, în DSM-V a fost eliminat ultimul criteriu privind amenoreea prezent în DSM IV.

Criterii de diagnostic ICD-10 pentru anorexie nervoasă:

- A. Există o pierdere în greutate ori la copii - o lipsă a creșterii în greutate conducând la o greutate corporală cu cel puțin 15% sub greutatea normală sau preconizată pentru vîrstă și înălțime.
- B. Pierderea în greutate este autoindusă prin “evitarea alimentelor care îngrașă”
- C. Există o autopercepție conform căreia persoana în cauză ar fi prea grasă cu groază intruzivă de grăsimi, ceea ce conduce la un prag scăzut de greutate autoimpusă.
- D. O tulburare endocrină care implică axa hipotalamo-hipo-fizo-gonadală, se manifestă la femei ca amenoree și la bărbați ca pierdere a interesului și potenței sexuale.
- E. Tulburarea nu îndeplinește criteriile A și B pentru bulimia nervoasă.

Elemente asociate care susțin diagnosticul

Conform DSM-V elementele asociate care susțin diagnosticul sunt: semi-înfometarea, comportamentul purgativ, perturbări fizioleice precum amenoreea, anomalii ale testelor de

laborator - totuși nu sunt prezente la toate persoanele ce suferă de anorexie, semne și simptome de depresie, insomnie, retragere socială, iritabilitate, scădere a libidoului, trăsături obsesiv-compulsive asociate cu mâncarea, greutatea sau forma corpului, preocupare privind mâncatul în public, dorință intensă de a controla mediul înconjurător, spontaneitate socială redusă, reprimare a expresivității emoționale, practicarea exercițiilor fizice excesive, abuz de medicamente cu scopul scăderii în greutate. (DSM-V)

Anorexia nervoasă este o tulburare care implică deseori și complicații medicale precum afecțiuni cardiace, endocrine, gastrointestinale, scheletale, renale, reproductive, neurologice sau hematologice. (Halse, Honey & Boughtwood, 2008)

Diagnostic diferențial conform DSM V

În vederea stabilirii unui diagnostic diferențial trebuie să se eliminate alte posibile cauze care ar putea cauza o scădere în greutate precum:

Afecțiuni medicale (boli gastrointestinale, hipertiroidism, cancere occulte, sindromul imunodeficienței dobândite (SIDA). Cu toate că scăderi semnificative în greutate pot apărea și în contexte medicale, indivizii cu astfel de afecțiuni nu prezintă o perturbare a modului în care își percep greutatea sau o teamă intensă de îngrășare, precum nici comportamente care să împiedice acumularea de kilograme.

Tulburarea depresivă majoră - în această tulburare poate apărea și o scădere semnificativă în greutate, însă indivizii depresivi nu au nici dorință de scădere în greutate și nici frica de îngrășare.

Schizofrenia - indivizii cu schizofrenie pot avea un comportament alimentar mai ciudat și scăderi în greutate, însă rareori manifestă o teamă de îngrășare sau o imagine corporală deficitară.

Tulburări ale consumului de substanțe - indivizii consumatori de substanțe pot avea o greutate mai scăzută din cauza unui deficit nutrițional, însă în general ei nu manifestă teama de a lua în greutate și nici perturbări ale imaginii corporale. Indivizii care consumă substanțe ce inhibă apetitul și care au totuși și o teamă de îngrășare trebuie evaluati pentru eliminarea posibilității unei anorexii nervoase asociate.

Tulburarea anxioasă socială (fobia socială), tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburarea dismorfică. Există elemente comune între cele trei tulburări și anorexia nervoasă, mai exact indivizii pot avea o jenă în a mâncă în public - cum este în fobia socială, pot avea obsesii și compulsii legate de alimentație - ca în TOC sau pot fi preocupări excesiv de un defect corporal - ca în tulburarea dismorfică. Totuși, dacă individul cu anorexie nervoasă are anxietatea socială

limitată la comportamentul alimentar, atunci nu se justifică diagnosticul de fobie socială, doar dacă are temeri sociale suplimentare și atunci se poate stabili un diagnostic suplimentar de fobie socială. De asemenea, un diagnostic suplimentar de TOC se poate stabili în condițiile în care individul are obsesii și compusii care nu au legătură cu alimentele, iar un diagnostic de tulburare dismorfică corporală este adăugat dacă presupusul defect nu are legătură cu forma sau greutatea.

Bulimie nervoasă - indivizii cu bulimie nervoasă au în mod recurrent episoade de alimentație excesivă, au comportamente inadecvate pentru a nu lua în greutate și se îngrijorează excesiv cu privire la forma și greutatea corporală, însă aceștia își mențin greutatea la nivelul minim al normalului.

Tulburarea de aport alimentar de tip evitant/restrictiv - indivizii cu această tulburare prezintă scădere în greutate și deficit nutrițional, însă nu au și frica de creștere ponderală și nici o percepție defectuoasă a formei și greutății corporale.

Comorbidități

Deseori, indivizii cu anorexie nervoasă suferă și de tulburări bipolare, depresive sau anxioase, uneori înainte de debutul TCA. De asemenea la indivizii cu anorexie nervoasă de tip restrictiv apare și TOC, iar anorexia nervoasă de tip compulsiv este în comorbidity cu consumul de alcool sau alte substanțe. (DSM V)

1.5. Tulburare de alimentație compulsivă

Tulburarea de alimentație compulsivă este una dintre cele mai noi tulburări de alimentație recunoscute oficial în DSM-5. Înainte de cea mai recentă revizuire din 2013, ea a fost menționată ca un subtip de tulburare de alimentație nespecificată. (Brownley *et.al.*, 2006)

Tulburarea de alimentație compulsivă este cea mai frecventă tulburare de alimentație, afectează aproximativ 3% dintre adulții din SUA de-a lungul vieții (1-3). Se caracterizează prin episoade recurente (≥ 1 pe săptămână timp de 3 luni), scurte (≤ 2 ore), episoade de alimentație excesivă, tulburătoare din punct de vedere psihologic, în timpul cărora pacienții simt o lipsă de control și consumă cantități mai mari de alimente decât ar face majoritatea oamenilor în circumstanțe similare.

În rândul populației generale, studiile au constatat că 7,2 până la 13% din populație se implică în prezent în episoade regulate de alimentație compulsivă, iar prevalența consumului excesiv crește în timp. (Mond, 2008)

Criterii de diagnostic DSM V pentru tulburarea de alimentație compulsivă:

- A. Episoade recurente de alimentație compulsivă, unde un episod se caracterizează prin:
 - 1. Ingerarea într-o perioadă scurtă de timp (de exemplu 2 ore) a unei cantități de alimente ce depășește cu mult cantitatea pe care ar consuma-o majoritatea oamenilor în aceleași circumstanțe și în aceeași perioadă de timp.
 - 2. Senzație unei lipse de control asupra aportului alimentar pe parcursul unui astfel de episod (individul are senzația că nu se poate opri din mâncat sau că nu poate controla tipul sau cantitatea de mâncare ingerată)
- B. Episoadele de alimentare compulsivă se asociază cu minim trei din următoarele:
 - 1. Individul mănâncă mult mai rapid decât în mod normal
 - 2. Continuă să mânânce până când are o senzație de preaplin inconfortabilă
 - 3. Mănâncă o cantitate mare de alimente în lipsa senzației de foame
 - 4. Individul mănâncă singur din cauza unui sentiment de jenă față de cantitatea de alimente ingerată
 - 5. Ca urmare a episoadelor de supraalimentare trăiește sentimente de dezgust, deprimare și vinovăție în raport cu propria persoană
- C. Stres resimțit în raport cu episodul de alimentare compulsivă
- D. Episoadele de alimentare compulsivă au loc în medie cel puțin o dată pe săptămână pe parcursul a 3 luni.
- E. Alimentația compulsivă nu se asociază cu comportamente compensatorii recurente precum în bulimia nervoasă și nu apare exclusiv în cursul bulimiei nervoase sau anorexiei nervoase.

A se specifica nivelul actual de severitate (se bazează pe frecvența episoadelor de alimentație compulsivă):

Ușoară: 1-3 episoade/săptămână

Moderată: 4-7 episoade/săptămână

Severă: 8-13 episoade/săptămână

Extremă: 14 sau mai multe episoade/săptămână

Cel mai frecvent antecedent pentru tulburarea de alimentație compulsivă este o stare afectivă negativă, iar printre factorii declanșatori se numără: factori de stres impersonal, diete restrictive, sentimente negative față de greutatea corporală și față de aspectul fizic, plăcuteleală. Comportamentul de mâncat compulsiv poate contribui la minimizarea pe termen scurt a factorilor de stres care au cauzat episodul, însă nu vor lipsi consecințele întârziate precum o scădere a respectului de sine și disforia. (DSM-V)

Multe modele psihologice au susținut că alimentația compulsivă este precedată de experiența unui afect negativ sub formă de suferință sau depresie și că mâncarea excesivă este folosită ca o modalitate de a face față sau de a evita aceste emoții negative. (Burton, 2007)

Această idee este explorată în teoria evadării propusă de Heatherton și Baumeister (1991), care prezice că mâncatul excesiv apare ca o modalitate prin care individul „scăpa” de stările emoționale neplăcute. În acest fel, mâncatul compulsiv poate fi văzut ca un mecanism de adaptare și/sau o modalitate de a evita emoțiile neplăcute, care pot fi folosite de persoanele care întâmpină dificultăți în reglarea stării lor emoționale. În plus față de teoria evadării, abilitățile slabe de reglare emoțională în combinație cu experiența afectului negativ sunt presupuse să conducă la tulburare de comportament alimentar compulsiv. (McManus, 1995)

Mai multe studii au arătat că o dietă restrictivă este un factor ce îi determină pe oameni să se angajeze în consum alimentar compulsiv. Mulți indivizi cred că dieta este răspunsul la mâncatul impulsiv, când de fapt este un cerc vicios, ea funcționează atât ca punct de pornire, cât și ca răspuns la mâncatul compulsiv. S-a remarcat că mâncatul impulsiv este mult mai probabil să se întâmple în zilele în care persoana este la dietă. Dietele au efecte atât fizice, cât și psihice, iar un efect psihic este faptul că persoana devine preocupată de gânduri despre alimente și dezvoltă un sentiment de pierdere. Aceste gânduri obsesive despre mâncare conduc mai devreme sau mai târziu la episoade de alimentație compulsivă. (Fairburn, 2008)

Mai mult decât atât, o dietă foarte strictă presupune o înfrâñare considerabilă ceea ce implică deseori eșecuri demoralizatoare. În cazul încălcării unei reguli, persoanele tind să renunțe temporar la dietă și ajung la mâncatul impulsiv. Acest lucru arată modul lor tipic de gândire de tipul totul sau nimic, dietă restrictivă, alimente sănătoase versus consum impulsiv și alimente interzise. Se creează un ciclu de mâncat compulsiv și dietă ce se provoacă reciproc. (idem)

Pe lângă convingerile negative de sine, reglarea emoțională slabă și afectul negativ, Cooper (2003) subliniază rolul credințelor specifice despre alimentație în menținerea alimentației compulzive. Aceste convingeri alimentare specifice au fost clasificate în trei seturi de credințe:

1. Credințe pozitive despre alimentație; convingeri legate de rolul mâncării în auto-liniștere, de exemplu, „mâncatul mă face să mă simt mai bine”
2. Credințe negative despre mâncare; credințe legate de consecințele negative ale mâncatului, de exemplu, „Mă îngraș dacă mănânc”
3. Gânduri permisive; gânduri care permit persoanei să se implice în episodul de exces, de exemplu, „este în regulă să mănânc când mă simt stresat”, sau gânduri legate de pierderea controlului, de exemplu, „nu îmi pot controla mâncatul” (credința de a fi „fără control”)

Cooper a emis ipoteza că aceste convingeri alimentare sunt declanșate de experiența afectului negativ și susține că cele trei tipuri de convingeri interacționează și conduc în cele din urmă la un episod de alimentație compulsivă. (Cooper et.al., 2003)

Un studiu asupra factorilor declanșatori și a momentului în care se manifestă un episod de mâncat compulsiv a raportat următoarele cauze: 91% tensiune, 84% să mănânce ceva (orice), 78% lipsa companiei, 78% poftă de anumite elemente, 75% gândul la mâncare, 72% întoarcerea acasă (după școală sau serviciu), 59% plăcileală sau singurătate. (Abraham, 1982 *apud* Fairburn, 2021)

Elemente asociate care susțin diagnosticul:

Tulburarea de alimentație compulsivă apare la persoanele cu o greutate normală, supraponderală sau la persoane obeze. Majoritatea persoanelor obeze nu adoptă însă un comportament de alimentație compulsivă, iar studiile arată că persoanele ce suferă de tulburarea de alimentație compulsivă și au aceeași greutate ca persoanele obeze fără tulburare de alimentație compulsivă au o afectare funcțională mai mare, calitate a vieții mai scăzute, un nivel crescut de stres alături de comorbidități psihiatriche.

Tulburarea debutează mai ales în adolescență sau la adultul tânăr, dar nu este exclus să se instaleze și mai târziu.

Comorbidități

Tulburarea de alimentație compulsivă se asociază cu tulburări bipolare, tulburări depresive, tulburări anxioase și mai puțin cu tulburări ale consumului de substanțe. (DSM-V)

Diagnostic diferențial:

Bulimia nervoasă are ca element comun cu TAC, comportamentul recurrent de mâncat compulsiv, însă față de bulimie, în TAC lipsesc comportamentele compensatorii inadecvate și recurente precum exerciții fizice intense ori evacuarea auto provocată. Totodată, indivizii cu TAC nu recurg la restricții alimentare cu scopul de a influența greutatea corporală sau aspectul fizic. Ei au doar încercări frecvente de a ține dietă.

Obezitatea - TAC se asociază cu un status supraponderal sau cu obezitate, însă în cazul indivizilor care pe lângă obezitate au și TAC corelația dintre respectul de sine și percepția greutății și a formei este mult mai mare. În al doilea rând, rata comorbidităților psihiatrice este semnificativ crescută la indivizii obezi ce suferă și de TAC. Nu în ultimul rând, dacă în cazul obezității nu există dovezi ale îmbunătățirii stării ca urmare a terapiilor psihologice, în cazul TAC rata de succes pe termen lung este una ridicată.

Tulburările bipolare și depresive - creșterea apetitului și a greutății sunt prezente

În criteriile de diagnostic ale episodului depresiv major și apar drept elemente atipice în tulburările depresivă și bipolară. Totuși în cazul unui episod depresiv major, creșterea aportului alimentar nu este neapărat asociat cu pierderea controlului. Dacă sunt însă îndeplinite criteriile pentru ambele tulburări se pot stabili ambele diagnostice. De asemenea alimentația compulsivă poate fi asociată cu tulburarea bipolară, iar dacă se îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru ambele se poate stabili un dublu diagnostic.

Tulburarea de personalitate borderline - ca parte a criteriului de comportament impulsiv specific tulburării borderline este și alimentația compulsivă, iar dacă se îndeplinesc criteriile pentru ambele tulburări se pot stabili cele două diagnostice.

1.6. Tulburarea de alimentație nespecificată - Ortorexia

Definiție și originile termenului

În societatea contemporană există un interes din ce în ce mai mare pentru sănătate și obiceiuri alimentare sănătoase. O alimentație sănătoasă este fără doar și poate o condiție prealabilă a sănătății, însă o concentrare excesivă asupra calității alimentelor poate fi, în mod paradoxal, nesănătoasă. Apariția ortorexiei are loc în contextul unei industriei “wellness” în expansiune, o revoluție a “alimentației curate” definită în linii mari – prin promovarea unor guru în sănătate și fitness, terapii alternative, reviste online de sănătate, companii și bloguri și nenumărate conturi de rețele sociale despre corpuri perfecte și inspirație pentru “alimentația curată”.

Ortorexia nervoasă (ON) este astăzi o posibilă nouă tulburare alimentară, ce încearcă să obțină un loc în DSM, caracterizată prin îngrijorare excesivă, obsesivă cu privire la alimentația sănătoasă. (Kalra, 2020)

Unul din motivele ce a împiedicat ortorexia să fie inclusă în DSM-5 a fost absența dovezilor pentru tratament. Spre deosebire de alte tratamente psihiatriche conduse de companiile farmaceutice (de exemplu, pentru depresie), tulburările de alimentație în general și ortorexia în special sunt greu de tratat, în special prin psihofarmacologie. Într-adevăr, niciunul dintre studiile de până acum nu s-a uitat la intervențiile clinice pentru ortorexie – mai degrabă, acestea sunt, în general, studii observaționale. (Hanganu-Bresch, 2019)

În prezent nu există o măsură fiabilă a prevalenței ON, deși Varga și colegii au estimat inițial că ON apare la 6,9% din populația generală, iar ON poate apărea mai frecvent la profesioniștii din domeniul sănătății și la artiști. (Varga, 2013)

Originile termenului datează din 1997 când un medic holistic, Steve Bratman a scris un articol în Yoga Journal intitulat „*Health Food Junkie*” în care a descris obsesia lui de lungă

durată de a mânca alimente pure, curate, organice. El a numit această obsesie „ortorexie nervoasă”, o „fixare a consumului de alimente adecvate” (de la *orthos*=corect, drept și *orexis*=apetit, foame).

Fiind medic holistic, Bratman a încercat să evite medicamentele și să depășească unele afectiuni minore de sănătate doar prin dietă, în special vegetarianism și veganism, diete cu alimente crude și o combinație de terapii și practici alternative, inclusiv yoga, metode folosite în căutarea sănătății absolute. Această urmărire a început să afecteze întreaga viață a lui Bratman, iar el s-a trezit îndatorat de o rutină strictă, obsesivă, în care orice încălcare a devenit o calamitate morală și spirituală, pedepsită cu restricții alimentare mai pedepsitoare. Problema sensului vieții sale fusese transferată inexorabil în mâncare. (Hanganu-Bresch, 2019)

Prin urmare, putem spune că Bratman este pacientul zero al ortorexiei și unul dintre cei mai zeloși teoreticieni și popularizatori ai săi prin cartea sa *Health Food Junkies*, 2000.

O recenzie favorabilă a cărții lui Bratman realizată de *Journal of the American Medical Association* a numit ortorexia o „nouă tulburare de alimentație”. (*idem*)

Ortorexia este clasificată ca o tulburare de hrănire și alimentație nespecificată în Manualul de diagnostic și statistică al tulburărilor mintale ediția a 5-a (DSM-5). (Scarff, 2017)

Diagnosticul de tulburare de hrănire și alimentație nespecificată se folosește în cazul în care sunt prezente simptome caracteristice unei tulburări de comportament alimentar ce cauzează disconfort, dar nu sunt întrunite criteriile complete de diagnostic pentru niciuna din tulburările alimentare din DSM, iar medicul nu menționează motivul particular pentru care tabloul clinic nu întrunește criteriile necesare pentru încadrarea într-o tulburare de alimentație specifică.

Ortorexia începe destul de nevinovat, ca o dorință de a depăși o boală cronică sau de a îmbunătăți starea generală de sănătate, dar încet-încet este vizibilă în alegerea, planificarea, achiziția, prepararea și consumul alimentelor, generând atât complicații psihologice, cât și fizice, asociate cu malnutriția la nivel de calorii, proteine și micronutrienți și provocând daune ireversibile sănătății, aşa cum se întâmplă în cazul altor alimente precum bulimia și anorexia nervoasă. (Kaźmierczak-Wojtaś, 2021)

De-a lungul timpului, ce mănâncă, cât și consecințele indiscreției alimentare ajung să ocupe o proporție din ce în ce mai mare din ziua ortorexicului.

În timp ce Bratman și Knight au propus unele criterii de diagnostic, Donini și colab. au fost primii care au dezvoltat un instrument pentru diagnosticarea ortorexiei – un chestionar numit ORTO-15. (Missbach, 2017)

Criterii de diagnostic:

Deși nu există criterii de diagnostic formale pentru Ortorexia nervosă, Bratman a trasat linii directoare mai clare pentru definiția ortorexiei, în conformitate cu două criterii majore:

1. Concentrare obsesivă pe alimentația „sănătoasă”, aşa cum este definită de o teorie alimentară sau de un set de credințe ale căror detalii specifice pot varia; marcată de suferință emoțională exagerată în relație cu alegerile alimentare percepute ca nesănătoase;
2. Comportamentul compulsiv și preocuparea mentală devin tulburătoare din punct de vedere clinic. (Bratman, 2016)

O definiție realizată ulterior de Cena și colaboratorii (2019) au lărgit sfera criteriilor de diagnostic la: (1) preocupare obsesivă pentru o alimentație sănătoasă, (2) comportamente care includ urmărirea strictă a unui comportament restrictiv de dieta sănătoasă, cu evitarea strictă a alimentelor considerate a fi nesănătoase și impure, (3) încălcările dietei lor au ca rezultat o suferință emoțională extremă cu sentimente de vinovătie și anxietate, (4) produc deficiențe psihosociale în funcționarea socială și vocațională/academica și (5) modificări fizice legate de deficiențe nutriționale.

Elemente asociate care susțin diagnosticul:

Caracteristicile suplimentare care pot confirma un diagnostic de ON includ concentrarea obsesivă pe alegerea alimentelor, planificarea, cumpărarea, prepararea și consumul; mâncarea considerată sursă de sănătate mai degrabă decât plăcere; suferință sau dezgust când se află în apropierea alimentelor interzise; credință exagerată că includerea sau eliminarea anumitor tipuri de alimente poate preveni sau vindeca boli sau poate afecta bunăstarea zilnică; schimbări periodice ale convingerilor alimentare, în timp ce alte procese persistă neschimbate; judecata morală a celorlalți bazată pe alegerile dietetice; distorsiunea imaginii corpului în jurul sentimentului de impuritate fizică mai degrabă decât a greutății; credință persistentă că practicile alimentare promovează sănătatea, în ciuda dovezilor de malnutriție. (Scarff, 2017)

Diagnostic diferențial

Există o dezbatere semnificativă dacă ON este un singur sindrom, o variație a altor sindroame sau o atitudine comportamentală și influențată cultural. Cu toate că ea seamănă, poate duce sau se poate afla în comorbiditate cu anorexia, există suficiente criterii ce le diferențiază.

Principala diferență ar veni din motivația pentru comportamentul alimentar restrictiv care în cazul ortorexiei trebuie să fie mai degrabă sănătatea decât subțierea corpului. De asemenea, în

anorexie, individul este interesat de cantitatea alimentelor, în timp ce în ortorexie de calitatea alimentelor.

Față de cele trei tulburări de comportament alimentar majore (anorexie, bulimie și mâncatul compulsiv) în care se manifestă „o disprețuire constantă față de nevoile corporale”, ortorexia, paradoxal, merge în direcția opusă: bolnavii sunt prea preocupați de formula exactă a micro-nutrientilor care ar aborda deficiențele fizice sau ar îmbunătăți sănătatea corpului. (Jensen, 2015)

Anorexia a devenit inacceptabilă social deoarece cultivă o slăbire extremă și nesănătoasă, în timp ce ortorexia este acceptabilă din punct de vedere social deoarece cultivă, sau mai bine zis se realizează prin comportamente sănătoase. Comportamentul ortorexic vine cu unele beneficii: ofera celui afectat o modalitate de a atinge virtutea printr-un comportament social acceptabil conferind beneficii în ceea ce privește aspectul și statul. (Hanganu-Bresch, 2019)

Unii cercetători insistă asupra intersecției dintre ortorexie și tulburarea obsesiv-compulsivă și postulează o corelație ridicată între tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă și probabilitatea dezvoltării ortorexiei. Perfectionismul, anxietatea, vinovăția pentru încălcarea „regulilor alimentare”, urmărirea unei imagini corporale idealizate și obsesia pentru puritatea alimentelor s-au dovedit a fi printre cele mai importante puncte de intersecție dintre aceste. Asemănările dintre tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă și ON includ perfecționismul, gândirea rigidă, devotamentul excesiv, hipermoralitatea și o preocupare pentru detaliu și regulile percepute (Koven et.al., 2015)

Donini și colab. au extins astfel definiția ortorexiei la o tulburare de comportament cu rădăcini într-o patologie socială mai profundă (perfecționism, dorința de a se conforma, dar și de a se simți superior moral și dorința de a-și controla sănătatea) și care are multe în comun cu tulburări ale spectrului TOC.

Deși niciun studiu nu a descris încă ON ca o trăsătură a tulburărilor somatoforme, unii experți au emis ipoteza că preocuparea față de boala la un pacient cu tulburare de somatizare poate genera o preocupare față de hrană și dietă, ca o modalitate de a combate fie real, fie boala percepță. În cele din urmă, există un raport de ON asociat cu faza prodromală a schizofreniei, iar dezvoltarea ON poate crește riscul pentru viitoare tulburări psihotice. (Saddichha et.al., 2012)

Ortorexia se poate încadra în oricare dintre aceste diagnostice, dar din nou, caracteristicile sale particulare, aşa cum sunt prezentate de Bratman, se pierd.

Cauze și factori declanșatori

Cauza exactă a ON este necunoscută, deși este probabil multifactorială. Indivizii cu ON au deficiențe neurocognitive similare cu cele observate la pacienții cu AN și TOC, incluzând deficiențe în schimbarea seturilor (rezolvarea flexibilă a problemelor), atenția externă și memoria de lucru.

Având în vedere aceste deficiete cognitive, precum și simptomatologie similară, poate exista disfuncție cerebrală analogă la pacienții cu ON și AN sau TOC. (Koven, 2015)

Un sondaj a asociat tendințele ortorexice cu perfecționismul, orientarea asupra aspectului, preocuparea excesului de greutate, greutatea auto-clasificată, stilurile de atașament evitant și dezorganizat și istoricul unei tulburări de alimentație (Barnes, 2017)

În ultimul deceniu, s-au derulat cercetări pentru a stabili corelația dintre alimentația ortorexică și bunăstarea mintală. De remarcat este faptul că aceste cunoștințe provin în principal din câteva rapoarte de caz și studii transversale în medii non-clinice, făcând imposibile generalizarea. (Strahler, 2020)

Rezultatele asupra posibilelor cauze ale ortorexiei examineate până acum au arătat:

- o stare generală de bine și un afect pozitiv scăzute la indivizii cu scoruri ridicate de ortorexie (Strahler, 2018)
- afectul negativ și simptomele depresive s-au găsit a fi corelate pozitiv cu comportamentele alimentare ortorexice în studii clinice și nonclinice (Andreas, 2018)
- asocierea ON cu un stres cronic mai mare și o capacitate afectată de a se relaxa raportate la cei cu o alimentație ortorexică mai mare (Barthels, 2015)
- anxietatea față de aspectul fizic, teama de evaluare negativă și satisfacția față de regiunile individuale ale corpului s-au dovedit a fi legate de interesul puternic pentru alimentația sănătoasă (Hayes, 2017)
- prezența simptomele obsesiv-compulsive au fost legate în mod repetat de ortorexie
- suferința anterioară de tulburări alimentare a fost legată de comportamente alimentare ortorexice (Kinzl, 2015)
- boala fizică cronică este un factor de risc pentru un interes puternic, posibil obsesiv, pentru alimentația sănătoasă (de exemplu cancerul de sân)
- persoanele cu tendințe ortorexice se confruntă cu satisfacția vieții și calitatea vieții mai scăzute

- sentimentul lipsei de control - lipsa satisfacției față de sine și față de viață asociată cu un sentiment de neputință în a face schimbări pot conduce o persoană vulnerabilă către concentrarea atenției pe mâncare drept metodă de compensare (McGregor, 2017)
- stimă de sine scăzută - se urmărește o schimbare a atenției de la sentimentele de inadecvare sau incompetență prin urmarea unui set de reguli stricte privind alimentația care le pot oferi indivizilor ortorexici un sentiment de succes și împlinire (*idem*)
- trăsăturile de personalitate precum perfecționismul și narcisismul au fost discutate ca posibili moderatori ai acestei asociere (Andreas, 2018)
- lipsa compasiunii de sine - se manifestă în corelație cu nevoia de a fi perfect, imposibilitatea de a arăta toleranță față de imperfecțiunile vieții și ale propriei persoane (*idem*)
- o obsesie pentru alimentația sănătoasă a fost, de asemenea, legată de disfuncții în domeniile muncii/școlii, familiei și vieții sociale la elevi. În special, conflictele cu prietenii și familia, restricțiile privind mâncatul în afara casei și cu ceilalți și satisfacția mai scăzută față de relații (Oberle, 2018)
- factorul extern: mass media - creșterea industriei de wellness și promovarea alimentației curate drept etalon pentru o sănătate absolută

*Contra răspunselor, fricile ipohondriale nu au fost deosebit de pronunțate la pacienții cu tulburări de alimentație care prezintă, de asemenea, simptomologie ortorexie nervoasă (Barthels, 2017)

*Nivelurile de interes pentru ortorexie la pacienții diabetici nu au fost deosebit de pronunțate (Anil, 2015)

Cu toate că zicala “dacă nu ai sănătate nu ai nimic” este foarte populară, pe de altă parte, o persoană care are doar sănătatea ca preocupare nu are nimic în termeni de viață trăită. Devotamentul extrem în căutarea sănătății absolute reduce bogăția potențială a vieții și duce la o viziune disociată a sinelui. Ortorexia devine un apogeu și un punct orb al cultului vindecării și a sănătății absolute, ea golește individul și îl îndreptă spre un consum de alimente pure ca soluție. De asemenea întărește o viziune izolatoare asupra sănătății și împlinirii, ignorând criticile venite din contexte sociale mai mari care determină sănătatea și boala. (Hanganu-Bresch, 2019)

Cred că este mai puțin relevant în acest moment dacă ortorexia este sau va fi considerată o tulburare mentală adevărată, atât timp cât comportamentele aflate sub umbrela sa cauzează suferință și au consecințe reale.

Capitolul 2 Abordarea tulburărilor de comportament alimentar din perspectiva psihoterapiei cognitiv-comportamentala

2.1. Eficacitatea psihoterapiei cognitiv-comportamentala în tratarea tulburărilor de comportament alimentar

Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) este o formă de terapie ce îi ajută pe oameni să stabilească legături între gândurile, sentimentele, acțiunile și simptomele lor curente sau trecute în vederea reevaluării percepțiilor, credințelor sau a gândurilor legate de diferite evenimente. (Dafinoiu, 2012)

Ideologia TCC provine din convingerea că suferința mentală și emoțională este cauzată de gânduri negative, dezadaptative și inutile despre sine, ceilalți și circumstanțe și mediul din jurul lor. CBT presupune că gândurile cuiva conduc la emoții, iar emoțiile conduc la comportamente. Ca atare, terapia TCC implică modificarea convingerilor și gândurilor de bază pentru a modifica apoi emoțiile și comportamentul.

Primul studiu cu privire la eficacitatea psihoterapiei cognitiv-comportamentale în tratarea tulburărilor de comportament alimentar a fost realizat în anul 1981 de către Christopher Fairburn. Studiul a arătat rezultate pozitive obținute în special în tratarea bulimiei nervoase, afecțiune considerată netratabilă până la acel moment (Russel, 1979 *apud* Holdevici, 2011). Ulterior cercetările au fost extinse și la anorexia nervoasă, precum și la celelalte tulburări de comportament alimentar. Fairburn a realizat această extindere considerând că majoritatea formelor de tulburări de comportament alimentar prezintă atitudini și comportamente similare ce stau la baza aceleiași psihopatologii.

Până la acest moment, se consideră că terapia cognitiv-comportamentală este cel mai eficient mod de tratare a tulburărilor de comportament alimentar, bazat pe dovezi științifice. Principalul motiv este că în cazul acestor tulburări un rol important îl joacă distorsiunile cognitive (tendința de a valoriza în exces silueta subțire și slăbitul, tendința de apreciere a valorii personale în termeni de greutate și formă corporală, tendință de autoevaluare negativă, “gândirea de timpul totul sau nimic”) iar TCC prin natura sa este gândită să acționeze asupra acestor modificări cognitive.

De altfel, Fairburn (1999) se referea la bulimie și la anorexie drept tulburări cognitive.

Tulburările de comportament alimentar au indicație pentru terapia cognitiv-comportamentală din două considerente. În primul rând, psihopatologia de bază a tulburărilor de alimentație și anume supraevaluarea formei și greutății corporale este de natură cognitivă. În al doilea rând, este larg acceptat faptul că TCC este tratamentul ideal pentru bulimia nervoasă și există dovezi că este la fel de eficientă și în cazurile de tulburare de alimentație nespecificată. (Murphy, 2010)

Psihoterapia interpersonală este o alternativă a TCC pentru pacienții cu bulimie nervoasă și implică o cantitate similară de contact terapeutic, dar au existat mai puține studii despre aceasta. Psihoterapia interpersonală durează cu 8 până la 12 luni mai mult TCC pentru a obține un efect comparabil. S-a descoperit că medicamentele antidepresive (de exemplu, fluoxetină în doză de 60 mg pe zi) au un efect benefic asupra alimentației excesive în bulimia nervoasă, dar nu la fel de mare ca cea obținută cu TCC, iar efectele pe termen lung rămân în mare parte netestate. Combinarea TCC cu medicamente antidepresive nu pare să ofere niciun avantaj clar față de TCC folosită drept unică metodă de tratament. (Wilson, 2007, p. 581)

O meta-analiză realizată realizată pe 79 de studii a arătat că TCC produce îmbunătățiri mari și de lungă durată a simptomelor comportamentale și cognitive de bază ale tulburărilor de alimentație și este mai eficientă decât alte tipuri de psihoterapie (de exemplu interpersonală) (Linardon, 2017)

O nouă versiune optimizată a TCC pare a fi mai puternică și are avantagele suplimentare de a fi potrivită pentru toate tulburările de alimentație, inclusiv anorexia nervoasă și tulburările de alimentație nespecificate.

Au fost mult mai puține cercetări privind tratamentul anorexiei nervoase, însă cel mai mare studiu al tratamentului anorexiei nervoase până în prezent arată că TCC îmbunătățită poate fi folosită pentru a trata aproximativ 60% dintre pacienții cu anxietate nervoasă (IMC 15,0 până la 17,5) și că la acești pacienți aproximativ 60% au înregistrat un rezultat bun. (Fairburn, 2009)

Există un număr tot mai mare de cercetări privind tratamentul tulburării de alimentație excesivă, iar cea mai utilă formă de tratament s-a dovedit a fi o formă de TCC similară cu cea utilizată pentru tratarea bulimiei nervoase. S-a constatat că acest tratament are un efect susținut și marcat asupra alimentației excesive, dar are un efect redus asupra greutății corporale, care este de obicei crescută la acești pacienți. Se poate spune că primul tratament de primă linie este o formă de autoajutor cognitiv-comportamental ghidat, deoarece este relativ simplu de administrat și suficient de util. (Wilson, 2010)

Până de curând, nu a existat aproape nicio cercetare privind tratamentul formelor de tulburare de alimentație nespecificată, în afară de tulburarea de alimentație excesivă aşa cum era ea încadrată în DSM-IV, contrar severității și prevalenței acestora. Cu toate acestea, un prim studiu controlat asupra TCC optimizate a constatat că această formă de terapie a fost la fel de eficientă pentru pacienții cu tulburare de alimentație nespecificată (care nu erau semnificativ subponderali; IMC > 17,5) ca și pentru pacienții cu bulimie nervoasă; două treimi dintre cei care au finalizat tratamentul având un rezultat bun. (Fairburn, 2009, p. 28)

Prin urmare, ortorexia, încadrată de majoritatea specialiștilor la tulburarea de comportament alimentar nespecificată, ar putea fi tratată tot prin terapia cognitiv-comportamentală. TCC poate fi benefică pentru a trata aborda perfecționismul și distorsiunile cognitive ale ortorexicilor, iar expunerea și preventia răspunsului poate reduce comportamentele obsesiv-compulsive caracteristice. Totodată, metodele de relaxare pot reduce anxietatea legată de momentul mesei. Psihoeducația poate corecta convingerile inexacte despre grupele de alimente, puritate și preparare, dar poate induce stres emoțional pentru pacientul cu ortorexie. (Koven, 2015, p. 389)

2.2. Modelul terapiei cognitiv-comportamentale optimizate în tratarea tulburărilor de comportament alimentar

În anii 1990, cu toate că tratamentul cel mai util al bulimiei era TCC, totuși mai puțin de jumătate dintre pacienți au beneficiat de recuperare completă și durabilă, motiv pentru care, Fairburn și colegele sale și-au propus să identifice obstacolele întâlnite în vederea modificării optime a tratamentului. De asemenea, ei au extins abordarea TCC de tratament a bulimiei nervoase la toate tulburările de comportament alimentar și i-au conferit caracterul de transdiagnostic. După o serie de experimente, rezultatele au arătat că varianta TCC optimizată este mai eficientă decât modelul TCC pentru tratarea bulimiei și s-a concluzionat că poate fi folosită în vederea tratării tuturor tulburărilor de comportament alimentar. (Fairburn et.al., 2009)

TCC optimizată pune accent mai degrabă pe similitudinile dintre tulburările alimentare și anume natura cognitivă, supraevaluarea formei și a greutății corporale, decât pe diferențele dintre ele. (Fairburn, 2014)

TCC optimizată este un tratament pentru psihopatologia tulburărilor de comportament alimentar ce are drept strategie formularea unui set de ipoteze privind procesele care mențin psihopatologia pacientului și folosirea în vederea stabilirii trăsăturilor ce trebuie adresate pe parcursul terapiei. (*idem*)

Cele șase categorii de mecanisme ce contribuie la menținerea tulburărilor sunt: supraevaluarea siluetei și greutății, supraevaluarea controlului asupra alimentației, restrângerea consumului alimentar, restricțiile alimentare, greutatea scăzută și modificări declanșate de evenimente externe ori stări emoționale. (*Ibidem*, p. 130)

TCC-O este un tratament de sine stătător, nu o simplă alăturare de tehnici și nu este prevăzută să fie administrată și combinată cu alte tratamente psihologice întrucât poate deruta pacientul și să nu aibă efectul scontat.

TCC-O are două variante de aplicare:

- Varianta focalizată este varianta standard, potrivită pentru majoritatea pacienților (60%) în care se lucrează pe trăsăturile clinice răspunzătoare pentru menținerea tulburării de comportament alimentar și îndepărarea acestora. Chiar dacă de obicei tulburările de comportament alimentar au și alte trăsături clinice, potrivit lui Fairburn ele se vor corecta de la sine odată ce sunt găsite cauzele de bază, cele de mențin tulburarea alimentară și nu necesită o intervenție specială.
- Varianta extinsă se adresează pacienților la care mecanisme externe psihopatologiei tulburării de comportament alimentar mențin și împiedică schimbarea. Mecanismele vizate sunt: perfecționismul clinic, stima de sine redusă și problemele de natură interpersonale sunt deosebit de puternice și întrețin tulburarea de comportament alimentar. Forma extinsă de aplică dacă două dintre aceste mecanisme reprezintă o problemă moderată sau majoră (40% din cazuri). (*Ibidem*, p. 44)

Dacă doar una dintre acestea este prezentă se poate lucra în paralel în varianta standard a terapiei. De exemplu, în cazul unui pacient cu tiparul perfecționismului se va urmări în terapie deprinderea unor abilități de înlocuire a acestui tipar mental, prin identificarea stimulilor care predispusă la activarea lui, recunoașterea semnelor activării și înlocuirea sa.

În cazul unei stime de sine scăzute, dovezile studiilor arată că aceasta ar putea conduce la un răspuns mai slab la tratament, însă în general ea nu trebuie ținută în mod direct pentru că de cele mai multe ori se ameliorează odată cu tratarea cu succes a tulburării de comportament alimentar. (*Ibidem*, pp. 272-273)

În funcție de durata tratamentului, TCC-O se poate realiza în varianta de 20 de ședințe (pentru pacienții cu IMC peste 17,5) sau varianta de 40 de ședințe (pentru pacienții cu IMC 15,0 - 17,5).

Tratamentul standard este de 20 de ședințe având durată de 50 de minute cu o frecvență săptămânală. La acestea se adaugă ședință inițială, numită și ședință 0 care durează de obicei pâna la o ora și jumătate și are ca scop evaluarea pacientului prin teste și interviu clinic și stabilirea naturii și severității problemei. Obiectivul central pentru ședințele 0 și unu este implicarea pacienților în procesul terapeutic, cultivarea entuziasmului și a dorinței de a acționa. De obicei, TCC-O se desfășoară pe o perioadă limitată de timp cu scopul de a oferi un impuls pacientului spre schimbare și pentru a menține un efort susținut. Tratamentul nu se încheie în momentul în care pacientul devine asimptomatic, ci atunci când pacientul întrerupe principalele mecanisme de menținere a tulburării, progresele existând chiar și în afara terapiei ceea ce le conferă un sentiment propriu de progres.

TCC-O se desfășoară pe baza unei structuri de patru etape bine definite:

1. Etapa întâi urmărește angajarea pacientului în procesul terapeutic și față de schimbare, crearea alianței terapeutice și a unei formulări personalizate și introducerea a două proceduri esențiale ale TCC-O: cântărirea săptămânală în cadrul ședinței și alimentația regulată. Aceasta cuprinde de obicei primele 6-7 ședințe și este puternic individualizată după trăsăturile pacientului.
2. Etapa a doua este o perioadă de tranziție în care se evaluează progresul înregistrat, se identifică obstacolele și se fac modificări ale tratamentului după caz. Ea poate dura una sau două ședințe. În această etapă, pe baza rezultatelor obținute se poate lua hotărârea trecerii la varianta extinsă a tratamentului.
3. Etapa a treia reprezintă corpul central al tratamentului în care se abordează mecanismele principale ce mențin tulburarea de comportament și durează de obicei în jur de opt ședințe.
4. Etapa patra este etapa finală în care atenția este concentrată pe viitor și are ca scop menținerea schimbărilor realizate și reducerea riscului de recidivă. Din acest moment frecvența ședințelor este redusă la o dată la două săptămâni. (*Ibidem*, pp. 44-45)

2.3. Strategii și tehnici cognitiv-comportamentale utilizate în tratarea tulburărilor de comportament alimentar

TCC-O este o formă a TCC și ea se adresează în primul rând proceselor ce întrețin psihopatologia pacientului și pune accent în special pe procesele cognitive.

În practică TCC-O are la bază două principii fundamentale: alegerea procedurilor simple în locul celor complexe și realizarea cu succes a unui număr mai mic de obiective, decât stabilirea unui număr mare de obiective care nu va fi însă atins. (*Ibidem*, p. 46)

Ca și în cazul TCC, *stabilirea alianței terapeutice* este esențială pentru succesul terapiei, în special la pacienții cu tulburări de comportament alimentar care au o mare nevoie de a detine controlul. Terapeutul trebuie să comunice eficient și transparent și să se asigure că pacienții înțeleg ce se întâmplă în cadrul terapiei pentru a nu se simți constrânsi sau controlați, dar totodată trebuie să fie suficient de ferm pentru a susține pacientul în îndeplinirea unor sarcini solicitante. Această comunicare transparentă ajută și pentru a preveni intreruperea terapiei. Terapeutul este încurajat să întrebe în mod direct pacientul cum se simte în legătură cu terapia și dacă există reticențe ori gânduri de abandon.

TCC-O folosește numeroase tehnici și strategii din TCC precum *biasările cognitive* precum *gândirea dihotomică* sau *atenția selectivă*, *temele pentru acasă*, *automonitorizarea continuă și psihoeducație sau lectură dirijată*. Un element important al tratamentului este

educația despre greutate și alimentație, deoarece mulți pacienți au concepții greșite care le mențin tulburarea de alimentație.

Pentru automonitorizarea continuă este folosit un *jurnalul standard de monitorizare a meselor*, iar uneori acesta poate avea și o rubrică în care se notează și gândurile și sentimentele asociate. Scopul automonitorizării este de crește conștientizarea pacientului și astfel de a avea posibilitatea de a alege și a facilita schimbarea. (*Ibidem*, p. 85)

Procedurile de bază folosite în TCC-O pentru tratarea tulburărilor de comportament alimentar sunt *cântărirea în cadrul fiecărei ședințe* de terapie și urmarea unei *alimentații regulate* (trei mese și două gustări - fără a se consuma alimente între acestea). Pentru a ajuta pacienții să urmeze o alimentație regulată pot fi folosite două strategii: angajarea în activități incompatibile cu mâncatul (o plimbare, o convorbire telefonică, un duș) și focalizarea pe impulsul de a mânca și recunoașterea faptului că este un fenomen temporar căruia nu trebuie să-i cedeze (detasarea de impuls). (*Ibidem*, p. 112)

Cu toate că este o terapie unu la unu, o strategie a tratamentului constă în organizarea unei întâlniri cu o *persoană semnificativă din anturaj* dacă aceasta ar putea facilita tratamentul și dacă pacientul este de acord.

În etapa a treia a tratamentului TCC-O, numită și corpul central sunt folosite următoarele strategii în vederea reducerii preocupărilor exagerate legate de siluetă și greutate:

- Identificarea supraevaluării și a consecințelor ei
- Întărirea importanței altor domenii relevante pentru aprecierea valorii personale (de exemplu prin realizarea unei diagrame)
- Abordarea problemelor legate de controlul siluetei și evitarea expunerii ei
- Abordarea percepției clientului de a fi gras
- Investigarea originilor supraestimării
- Învățarea unor modalități de a controla tipare mentale tipice tulburării de comportament alimentar
- Educarea pacienților în legătură cu intoleranța la emoții (*Ibidem*, p.134)

Ce e diferit la TCC-O este că nu folosește jurnalele clasice de consemnatare a gândurilor, nu utilizează mult restructurarea cognitivă și nu pune mare accent pe scheme cognitive, gânduri automate și convingeri. Potrivit practicanților TCC-O modul cel mai eficient de a realiza modificări cognitive implică sprijinirea pacientului în vederea schimbării comportamentului și analiza efectelor pe care aceste schimbări le implică. (*Ibidem*, p. 47)

Un alt aspect important în TCC-O este faptul că nu se pune accent pe tulburările de personalitate cu toate că ele sunt prezente la o parte din pacienți. Motivul constă în faptul că personalitatea pacienților cu tulburări de comportament alimentar este greu de evaluat și de multe ori este imprecisă încărcat multe dintre trăsături sunt influențate de prezența tulburării alimentare. Excepție fac perfecționismul și stima de sine care sunt trăsături ce se manifestă chiar înainte de debutul tulburării alimentare. (*Ibidem*, p. 32)

O altă diferență este că temele de acasă aşa cum sunt ele numite în TCC, în TCC-O au fost numite “pașii următori” și experimentele comportamentale formale de tipul testării ipotezei sunt folosite destul de puțin, iar dialogul dirijat ia locul dialogului socratic din TCC. (*Idem*)

Printre strategii cognitiv-comportamentale ce pot fi folosite în tratarea tulburărilor de comportament alimentar, Kaplan și Noble menționează :

- Automonitorizarea comportamentului alimentar și a stărilor emotionale asociate
- Strategii de management a timpului astfel încât timpul în care pacientul rămâne singur să fie limitat
- Tehnici de distragere și de relaxare ce facilitează un afect pozitiv și reduc răspunsurile dezadaptative la stările emotionale negative
- Deprinderea unor exerciții sănătoase opuse comportamentelor compulsive
- Prevenirea capitulării în fața mâncatului compulsiv de exemplu prin mâncarea într-un loc public (Kaplan și Noble, 2007 *apud* Dafinoiu, 2012)

Partea a II a - Aspecte practice ale tematicii abordare

Capitolul 3 - Studii de caz

3.1. Cazul 1: Anorexie nervoasă

1. Date de identificare:

Femeie, 26 de ani, studii superioare, specialist resurse umane într-o corporație, necăsătorită, locuiește cu o prietenă într-un apartament în București.

2. Motivele prezentării:

Se prezintă la terapie la recomandarea medicului ginecolog care consideră că amenoreea pacientei este de ordin psihologic și că “este prea slabă și se antrenează ca o sportivă de performanță”.

3. Prima prezentare la psiholog:

Aceasta este prima interacțiune a pacientei cu un psiholog.

4. Acuzele pacientei:

- Suferă de amenoree de 4 luni de zile, a consultat 8 medici ginecologi care nu au găsit nicio cauză medicală. Acuză o stare de stres întrucât nu știe cauza lipsei menstruației și vrea să afle dacă într-adevăr există un motiv psihologic pentru problema ei și cum se poate rezolva.
- Acuză presiune la locul de muncă unde în contextul pandemiei au existat restructurări și resimte o permanentă încordare pentru că “trebuie să fac totul bine ca să nu mă dea afară.”
- Menționează că “nu le mai poate duce pe toate”, nu știe cum să facă față și la job, să aibă și o viață socială și un stil de viață sănătos (să meargă la sală și să mănânce mese gătite de ea)
- Susține că adoarme foarte greu
- Are o stare permanentă de neliniște și iritabilitate

5. Debut:

Lipsa menstruației a apărut în urmă cu 4 luni, de atunci a tot mers la medici și a făcut analize, dar nu au găsit nimic în neregulă. A tot avut menstruații neregulate în ultimul an, dar nu le-a dat atenție. A urmat tratament medicamentos, dar situația nu s-a schimbat.

Acum 6 luni s-a despărțit și de partenerul cu care era într-o relație de 4 ani, dar susține că a fost o decizie comună și nu a afectat-o aşa tare. S-a concentrat pe muncă și a intensificat antrenamentele fizice și mersul la sala pe care le consideră necesare pentru a fi sănătoasă fizic și psihic.

Susține că de 3 ani face foarte mult sport (de 5 ori pe săptămână) și urmează o serie de reguli alimentare (mănâncă preponderent mâncare gătită de ea, nu consumă carne, își cântărește porțiile, nu mănâncă după 6 seara). A început acest stil de viață odată cu partenerul ei de viață care făcea mult sport și a inspirat-o.

În contextul pandemiei, în ultimul an s-au făcut restructurări de personal și de atunci are frica de a nu-și pierde locul de muncă pentru că are nevoie de bani să se întrețină și să nu depindă de părinți. Menționează că mereu a simțit încordare față de locul de muncă, chiar și față de școală din dorința de a performa, dar acum este la un nivel mult mai ridicat.

6. Istoricul personal:

Familia de origine:

- Pacienta este copil unic, s-a născut și a locuit într-un oraș mic din provincie într-un apartament de 3 camere împreună cu părinții.
- Până la vîrsta de 5 ani a stat mai mult la sat la bunica maternă ceea ce nu i-a plăcut deloc și plângerea că-și dorea să stea cu părinții. Bunica era când autoritară, când blândă.
- Situația financiară a fost una precară, părinții făceau eforturi mari să se întrețină.
- Atmosfera în familie era rece, conflictuală deseori din cauza banilor.
- Nu s-a simțit un copil văzut și iubit și tot ce își dorea era “să crească mare și să plece de acasă”
- Relația cu părinții era rece, nu existau manifestări de iubire nici între ei și nici față de ea. Nu discutau foarte multe, însă toate eforturile părinților erau pentru ca ea să aibă un trai decent.
- Figura dominantă era mama, ea ținea casa, planifica bugetul și lua deciziile. Dar nu erau apropiate, nu i se confesa.
- Nu a fost niciodată apropiată de tată, aveau mai mult o relație formală. Când avea ea 10 ani a plecat la muncă în Italia și relația s-a răcit și mai mult.

Părinții:

- Tatăl strungar, mama asistent medical. La nașterea pacientei tatăl avea 26 de ani, iar mama 24.
- Mama era foarte protectivă, fiind asistent medical era în alertă la orice semn de boală, dar în rest era mereu ocupată cu treburile casei sau cu bugetul familiei și o lăsa să-și poate singură de grija.
- Tatăl era foarte tipicar și autoritar, voia să o responsabilizeze cu treburile casnice și o certă deseori dacă nu făcea lucrurile bine “dacă nu respectam anumiți pași când spălam vasele mă certă”. A avut o problema cu consumul de alcool, venea beat acasă și mama îl ajuta să urce

scările până în casă - era un motiv des de ceartă în familie. Îi era rușine de tatăl ei și de lipsa lui de control asupra băuturii.

7. Evoluția personală:

- La școală a avut mereu rezultate foarte bune, a fost premiantă, însă susține că a trecut prin școală cu mare frică și învăța bine întrucât părinții îi spuneau că este singura șansă să reușească în viață și că altfel “va ajunge vânzătoare la tarabă”.
- Preferință pentru materiile umaniste, își dorea să devină jurnalistă, dar a ales să urmeze Facultatea de Sociologie, crezând că va avea mai multe șanse de angajare.
- Dupa terminarea facultății a urmat un master în același domeniu și s-a angajat în resurse umane, întrucât acesta a fost job-ul pe care l-a găsit și își dorea să nu mai depindă financiar de părinți. A schimbat 3 locuri de muncă din dorința de a evolu, dar și pe considerente financiare. Mereu a avut rezultate bune și a fost apreciată de manageri. Prefera însă să lucreze mai degrabă singură decât în echipă, întrucât era perfecționistă și nu-i plăcea să delege din dorința de a fi în control.

8. Evoluția relațiilor interpersonale

- Clienta se consideră sociabilă, fără a avea însă foarte mulți prieteni, are câțiva puțini și buni plus alte cunoștințe, amici cu care împarte interese comune precum sportul.
- În copilărie și adolescență a avut mereu un grup mic de prieteni alături, însă susține că nu îi era ușor să-și facă prieteni noi.
- În prezent locuiește cu o fostă colegă de liceu cu care nu se înțelege foarte bine pentru că au interese complex diferite “eu sunt cu sportul și cu mâncatul sănătos, ea e cu sarmalele și cu dormitul până la 11.”

9. Viață sexuală și relație maritală

- În copilărie subiectele ce țineau de sexualitate erau tabu în familie, dar avea două verișoare mai mari cu care mai discuta.
- În adolescență într-o discuție pasageră cu mama, aceasta i-a spus să aibă grijă că “dacă face sex rămâne însărcinată” ceea ce a speriat-o.
- Primul prieten l-a avut la 14 ani, o relație copilărească, iar viața sexuală și-a început-o la 18 ani cu un coleg de liceu mai mare cu un an.
- Relațiile sexuale nu au fost ideale, cu greu obținea plăcere, lucru care a răcit și ultima relație.

- A avut două relații cu o durată de 1 an și o relație de 4 ani, cea mai lungă ce s-a încheiat în urmă cu 6 luni. A fost o relație la distanță, el locuia în alt oraș, se vedea în weekenduri, în vacanțe sau concedii.
- Nu își dorește să se căsătorească în curând și nici să aibă copii

10. Factori biologici

- Nu a fost un copil bolnăvicios
- Intervenții chirurgicale: operație de polipi (în copilărie) și de apendicită (în adolescență)
- Probleme ginecologice: amenoree apărută în urmă cu 4 luni, tratată cu Myo-Sun, dar fără îmbunătățiri.
- În prezent are analize medicale bune în afară de o anemie pentru care ia un supliment cu fier.

Calitatea somnului: insomnii de adormire

Tentative de suicid: Nu

Nu prezintă antecedente psihice

Alimentație:

- A fost mereu un copil slab și mama o aprecia pentru siluetă întrucât aceasta făcea eforturi să nu se îngreșe (nu consuma dulciuri, pâine sau când consuma se plângea că o să se îngreșe sau că e grasă).
- Nu a fost un copil mâncăcios sau pretențios. Mâncă orice, nimic în exces, nu respectă vreo regulă anume.
- De când a ajuns în București la facultate a început să mănânce fast food și s-a îngrășat câteva kg pe care mama le-a remarcă. Nu a criticat-o, dar i-a zis că “organismul ei s-a lenevit și nu mai poate mâncă orice”.
- La 24 de ani intră într-o relație de cuplu cu un partener pasionat de sala moment în care începe să facă și ea sport și alături de el devine mai atentă la alimentație. Nu face schimbări majore inițial, dar vede că obține rezultate (se subțiază și se tonifică) ceea ce îi aduce satisfacție.
- De aproximativ 3 ani are o alimentație restrictivă. A exclus carne și are în plan să renunțe și la lactate. Evită să mănânce în oraș, precum și alimente cu conținut ridicat de grăsimi și carbohidrați. Mănâncă 3 mese pe zi, uneori una din ele (mic dejun sau cina este înlocuită de un shake cu pudră proteică).
- Consideră că este sănătoasă și îi blamează pe cei care mănâncă prostii. Își dorește permanent să facă îmbunătățiri asupra corpului său și îi este teamă să nu se îngreșe.
- În prezent are 48 kg și o înălțime de 1.65 (IMC=17,6) respectiv subponderală.

Exerciții fizice: face exerciții fizice de 4-5 ori pe săptămână, atât acasă, cât și la diferite săli de antrenament (combină mai multe tipuri de exerciții - cardio, aparate, kickboxing). Îi plac antrenamentele intense, “să simtă că lucrează și transpiră”, iar în cazul în care lipsește de la vreun antrenament se simte vinovată și își restricționează alimentația.

11. Nivelul material și modul de viață actual

- Are o situație materială medie, își permite lucrurile de bază, dar în contextul job-ului este stresată din prisma unei instabilități financiare. Și-ar dori să câștige mai mult și să-și achiziționeze o casă.
- Are 2 prietene foarte bune din timpul facultății cu care ieșe des în oraș și mai merge în vacanțe.
- În prezent nu are o relație de cuplu și momentan nici nu-și dorește, se simte bine singură.
- Îi place să citească, să gătească, să călătorească și și-ar dori să facă un curs de design interior.
- În copilărie îi plăcea foarte mult să deseneze, dar nu s-a mai ocupat de această pasiune.
- Într-o perioadă susține că a făcut și sport mai lent precum Pilates și a încercat și Yoga și o relaxau, îi dădeau o stare de bine, dar a renunțat din lipsa de timp, prioritare fiind exercițiile intense.

Consum de substanțe:

Prescripții medicale: suplimente cu fier, Myo-Sun pentru reglarea ciclului menstrual - urmat 3 luni fără succes, în prezent a renunțat la el

Calmante: Melatonin - pentru a o ajuta să adoarmă

Suplimente alimentare: Pudra proteică cu care își înlocuiește unele mese

Cafea: consum frecvent

Alcool: consum ocazional, foarte rar

Substanțe interzise: Nu

12. Evoluția patologică

- În istoricul clientei există *antecedente de abandon și atașament nesecurizant*: lăsată la bunica maternă în ciuda voinei ei, tatăl absent afectiv, mama laissez-fair și supra protectivă în caz de boală și bunica cu un stil dezorganizat.
- Clienta are *distorsiuni negative* cum ar fi *expectații exagerate, de tip perfecționist și gândire dihotomică* declanșate de presiunea pentru performanță școlară resimțită în copilărie și convingeri de tipul “dacă nu voi învăța foarte bine, voi ajunge vânzătoare”, “trebuie să fac totul bine ca să nu mă dea afară.”

- Se autoevaluează negativ și se valorizează în mod exagerat silueta subțire și își reduce valoarea personală la aceasta ca urmare a internalizării idealul de frumusețe promovat de mama în copilărie: aprecierea pentru supletea corpului și critica pentru creșterea în greutate.
- Prezintă *anxietate ca trăsătura și nevoie de control* ca urmare a creșterii într-un mediu tensionat, instabil finanțiar, cu un tata alcoolic, certuri în familie, lipsă de recunoaștere și afecțiune.
- Clienta prezintă *severitate și rigiditate în gândire și comportament* având drept model dieta restrictivă a mamei din copilărie și standardele stricte stabilite de tată “dacă nu respectam anumiți pași când spălam vasele ma certă”.
- Resimte *nevoie de acceptare, recunoaștere și apartenență socială* pe care încearcă să le obțină prin comportamente dezadaptative (urmarea modelului de alimentație al partenerului, sensibilitate la critica mamei, performanță ridicată la locul de muncă).

Proceduri de evaluare psihologică:

13. Ghid de observatie:

Aspect exterior și comportament: pacienta cooperanta, mimică tensionată, crispată, mod de a se îmbracă îngrijit, conform vârstei și anotimpului, agitație motrică și ticuri (își freacă mâinile și își mușcă buzele), contact vizual ușor evitant.

Vorbirea: debit verbal normal, destul de succintă în răspunsuri, ton prietenos.

Gândirea: discurs logic, cursiv și coerent, comunicarea se obține fără dificultate.

Dispoziție bazală: anxietate prezentă prin limbaj non-verbal, se comportă dezirabil social.

Percepția: nu prezintă halucinații

Conștiința de sine și a mediului: conștiință clară, orientare spațio-temporală normală, concentrare bună, fără tulburări mnezice.

Conduită alimentară: alimentație restrictivă, anorexie nervoasă

Critica bolii: parțială, nu este conștientă de problema alimentară, aproba doar simptomatologia anxioasă.

Atitudinea față de sine: se consideră perfecționistă, are standarde înalte de reușită, este rigidă, consideră că este perseverentă și determinată.

Atitudinea față de alții: este selectivă, sociabilă cu prietenii apropiati, dar neîncrezătoare față de necunoscuți, atitudine critică, de devalorizare față de cei cu “un stil de viață nesănătos”.

14. Schemă de interviu pentru evaluarea tulburării de comportament alimentar

Pattern alimentar obișnuit:

- 3 mese pe zi, fără gustări, uneori una din ele (mic dejun sau cina este înlocuită de un shake cu pudră proteică).
- obiceiurile alimentare sunt constante de aproximativ 3 ani
- zilele săptămânii nu se deosebesc de weekend
- nu au existat zile în care să nu mănânce deloc și nu există episoade de mâncat nocturn, supraalimentare sau mâncat compulsiv
- evită să mănânce în oraș pentru că nu găsește mereu opțiuni potrivite stilului ei alimentar
- nu există situații în care să mănânce pe ascuns
- nu au existat episoade de autoinducere a vomei, nici folosirea abuzivă a diureticelor sau laxativelor

Restricție a consumului alimentar: DA, scor 6 - cu frecvență zilnică

- restricție a consumului alimentar în vederea menținerii sentimentului de control în general? - da, de cele mai multe ori

Ciugulitul: NU, scor 0 - deloc

Evitare a consumului alimentar: DA, scor 4, evitare în mai mult de jumătate din zile

- perioade de 8 sau mai multe ori din perioada de veghe în care să nu consume alimente

Dorința de a avea un stomac gol: DA, scor 3 - o dorință clară în jumătate din zile

Evitarea unor alimente în vederea influențării greutății și siluetei: DA, scor 6 - a încercat evitarea unor alimente în fiecare zi

- nu consumă carne, zahăr și dulciuri
- evită alimentele bogate în grăsimi, carbohidrați și cu conținut caloric mare

Evitarea unor alimente pentru a deține sentimentul de control: DA, scor 6 - a încercat evitarea unor alimente în fiecare zi

Reguli de conduită alimentară: DA, scor 6 - a încercat respectarea unor reguli în fiecare zi

- nu mănâncă după ora 18:00
- nu consumă fast food
- mănâncă zahăr, ceva dulce doar o dată pe săptămână
- respectă 3 mese pe zi, obligatoriu una din ele este un shake cu pudră proteică
- consumă carbohidrați doar înainte de a face exercițiu fizic

- cântărește alimentele, calculează caloriile să se încadreze sub 1600 calorii/zi

Preocupări legate de alimente, alimentație sau calorii:DA, scor 3 - deficit de concentrare 13-15 zile

Teama legată de pierderea controlului asupra alimentației: DA, scor 6 - prezentă zilnic

Epișoade bulimice sau de supraalimentație: NU, scor 0

Exerciții fizice autoimpuse: Da, 60' de 4-5 ori/săptămână

- face exerciții fizice de 4-5 ori pe săptămână, atât acasă, cât și la diferite săli de antrenament (combină mai multe tipuri de exerciții - cardio, aparate, kickboxing).
- preferă antrenamentele intense, “să simtă că lucrează și transpiră”
- în cazul în care lipsește de la vreun antrenament se simte vinovată și își restricționează alimentația

Menținerea unei greutăți scăzute: DA, scor 2 - au existat în ultimele 3 luni

Preocupare față de mâncatul în compania altor persoane: DA, scor 2 - ușoară preocupare

Mâncatul pe ascuns: NU, scor 0 - nu a mâncat pe ascuns

Preocupări legate de siluetă sau greutate: DA, scor 4 - deficit de concentrare prezent în mai mult de jumătate din zile

Greutatea a influențat modul în care vă vedeti, percepți, evaluați ca persoană? DA, scor 5 - importanță moderată

Silueta a influențat modul în care vă vedeti, percepți, evaluați ca persoană? DA, scor 5 - importanță moderată

Control strict asupra alimentației: DA, menținerea unui control strict asupra alimentației

Dorința de a pierde în greutate: DA, scor 5 - o dorință puternică resimțită aproape zilnic

Greutatea ideală: 47 de kg

Preocupare pentru compoziția corporală: DA, scor 6: preocupare intensă

Cântărire

- se cântărește în fiecare dimineață, preocupare moderată față de compoziția corporală, dorință de a menține o greutate scăzută

Reacție față de cântărirea recomandată (o dată pe săptămână): reacție moderată (clară, dar rezonabilă)

Disconfort la vederea propriului corp sau expunere: DA, scor 2 - oarecare disconfort

Sensibilitate față de câștigul în greutate: DA, scor 6 orice câștig ar genera o reacție negativă

Nemulțumirea față de siluetă: DA, scor 4 - nemulțumire moderată

Teamă legată de câștigul în greutate: DA, scor 6 - aproape zilnică

Dorință de stomac plat: DA, scor 2 - Dorință clară de a avea un stomac plat în 6-12 zile

Vigilență în legătură cu greutatea și silueta: DA, scor 6 - vigilență în fiecare zi

Ciclul menstrual lipsă: da, ultimele 4 luni

Greutate și înăltime: 1.65, 48 kg

15. Probe aplicate și rezultate:

Ghidul de evaluare clinică pentru studiul de caz - Arnold Lazarus

Schemă de interviu pentru evaluarea tulburării de comportament alimentar - Christopher Fairburn

Scala de Anxietate Hamilton	Scor global = 42 Scor Subscala psihică = 23 Scor subscala somatică = 13	Anxietate ridicată cu mulți indicatori psihici
Inventarul de depresie Beck	Scor = 15	Depresie ușoară
Scala Stimei de sine Rosenberg	Scor = 19	Stimă de sine medie
Scala Perfectionismului (16 Personality Factors Questionnaire)	Scor = 39	Perfectionism ridicat
CIA (Chestionarul de evaluarea a deficitului clinic)	Scor = 28	Deficit psihosocial peste medie
EDI 2 (Inventarul tulburărilor alimentare)	Scor total = 119 Căutarea siluetei = 17 Bulimie = 0 Insatisfacție în raport cu corpul său = 13 Ineficacitate = 10 Perfectionism = 16 Neîncredere interpersonală = 11 Conștiință interoceptivă = 13 Teama de maturizare = 0 Ascetism = 11 Controlul pulsuunilor = 16 Insecuritate socială = 12	Prezența unei tulburări alimentare cu scor ridicat pe scalele căutarea siluetei, perfecționism și controlul pulsuunilor.
BSQ (Body Shape Questionnaire)	Scor = 68	Îngrijorare ridicată

În urma aplicării Scalei de Anxietate Hamilton scorul înregistrat este unul ridicat ceea ce e reconfirmă diagnosticul de anxietate generalizată stabilit pe baza criteriilor de diagnostic din DSM V și a informațiilor din anamneză.

Scorul obținut la EDI 2 (Inventarul tulburărilor alimentare) confirmă prezența unei tulburări alimentare cu scoruri ridicate pe scalele căutarea siluetei, perfecționism și controlul pulsiunilor.

Cuestionarul de evaluarea a deficitului clinic întărește diagnosticul și arată că prezența tulburării alimentare provoacă și un deficit psihosocial peste medie în viața clientei.

Accentul pus pe importanța siluetei reiese și din rezultatul obținut la BSQ ce indică o îngrijorare ridicată cu privire la forma propriului corp, precum și o stimă de sine medie (Scala Stimei de Sine - Rosenberg).

Cauza principală a tulburării alimentare vine din așteptări ridicate și nerealiste privind silueta, precum și reducerea modului de evaluare personală la forma și greutatea personală.

Adițional, tulburarea este întărită și menținută de nevoia de control și perfecționism, aşa cum arată și scorul ridicat obținut la Scala Perfectionismului.

Inventarul de depresie Beck a arătat o depresie ușoară ce nu consider că necesită intervenție specială și nu va îngreuna procesul terapeutic. Cel mai probabil scorul va scădea și mai mult pe măsură ce procesul terapeutic va avansa și se vor reduce simptomele anxietății generalizate și ale anorexiei nervoase.

Pentru o evoluție favorabilă este necesară tratarea în paralel a simptomatologiei anorexiei nervoase, precum și a anxietății generalizate, întrucât anxietatea este prezentă dinainte de instalarea anorexiei și este foarte posibil ca aceasta să nu dispară chiar dacă simptomele anorexiei se vor reduce. Sunt necesare și intervenții specifice pentru reducerea nevoii de control și a perfecționismului specific, trăsături ce pot îngreuna procesul terapeutic.

16. Diagnostic prezumтив conform DSM-V

307.1 - Anorexie nervoasă de tip restrictiv, ușor (IMC >17 kg/m²) în comorbiditate cu 300.02
- Tulburare anxioasă generalizată.

Se îndeplinește criteriile de diagnostic din DSM-V pentru „anorexie nervoasă”:

A. Restricții ale aportului caloric sub nivelul necesar organismului, având drept urmare o scădere semnificativă a greutății în raport cu vârstă, sexul, nivelul de dezvoltare și de sănătatea fizică. Greutatea corporală semnificativ scăzută se definește drept o greutate mai mică decât greutatea minimă normală sau cea anticipată în cazul copiilor și adolescenților.

DA, IMC=17,6 (subponderală)

B. Teamă intensă de față de creșterea în greutate și de obezitate sau comportament persistent cu scop de prevenire a creșterii în greutate, chiar și atunci când greutatea este semnificativ scăzută. **DA**

- C. Tulburări a modului în care individul își percep propria greutate sau formă a corpului, o influență nejustificată a greutății și formei asupra autoevaluării sau lipsa persistentă de acceptare că este subponderal și de a recunoaște gravitatea acestui fapt. **DA**

*Se întrunește și criteriul D din DSM IV pentru diagnosticarea anorexiei nervoase:

- D. La femeile postmenarhice, amenoree - absența a cel puțin trei cicluri menstruale consecutive - **DA, lipsa a 4 cicluri menstruale consecutive**

Tipul restrictiv: persoana nu a prezentat în ultimele 3 luni episoade recurente de alimentație compulsivă sau de evacuare forțată. Scăderea în greutate se face preponderent prin dietă și exerciții fizice excesive.

Se îndeplinește criteriile de diagnostic din DSM-V pentru „tulburarea de anxietate generalizată”:

A. Anxietate și îngrijorare excesive, prezente în majoritatea zilelor, timp de cel puțin 6 luni, în legătură cu o serie de evenimente sau activități (cum ar fi performanțele la muncă sau școală) – **DA**

B. Individul consideră că îi este dificil să-și controleze îngrijorarea – **DA**

C. Anxietatea și preocuparea se asociază cu trei sau mai multe din următoarele șase simptome (cel puțin unele dintre simptome fiind prezente în ultimele șase luni):

a. neliniște sau senzație de nerăbdare, de a fi la limită – **DA**

b. obosește ușor – **NU**

c. dificultate în concentrare sau senzația de golire a minții – **NU**

d. iritabilitate – **DA**

e. tensiune musculară – **DA**

f. perturbare de somn (dificultatea în a adormi ori în a rămâne adormit, sau somn neliniștit și nesatisfăcător) - **DA**

D. Anxietatea, îngrijorarea sau simptomele somatice cauzează disconfort sau deficit în domeniile social, profesional **DA**

E. Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanțe sau unei afecțiuni medicale **DA**

F. Perturbarea nu este mai bine explicată de o altă tulburare tulburări: anxietatea sau îngrijorarea nu au întotdeauna legătura cu survenirea unui atac de panică (precum în tulburarea de panică), cu posibilitatea evaluării negative în public (ca în fobia socială), cu contaminarea (ca în tulburarea obsesiv-compulsivă), cu creșterea în greutate (ca în anorexie), cu separarea de

persoanele de atașament (ca în tulburarea anxioasă de separare), cu acuzele somatice multiple (ca în tulburarea de somatizare), cu imperfecțiuni ale aspectului fizic (ca în tulburarea dismorfică corporală), cu frica de a avea o boală gravă (ca în tulburarea nosofobică) sau conținutul ideilor delirante (în schizofrenie sau tulburarea delirantă) iar anxietatea și îngrijorarea nu apar exclusiv în cursul tulburării de stres posttraumatic – DA

17. Diagnostic diferențial

Diagnostic diferențial pentru Tulburarea anxioasă generalizată

În anxietatea generalizată a acestei cliente nu se aplică următoarele:

- anxietate secundară unei afecțiuni medicale, clienta nu prezintă probleme de ordin medical
- anxietate indusă de substanțe sau medicamente, nu consumă substanțe sau medicamente care ar putea provoca anxietate
- anxietate socială, deoarece îngrijorările excesive nu apar față de situații în care individul ar putea fi judecat/evaluat negativ de ceilalți
- tulburare obsesiv-compulsivă, deoarece nu apar gânduri intruzive inadecvate, ci îngrijorările sunt legate de evenimente viitoare
- anxietatea nu este cauzată de un stres posttraumatic
- anxietatea nu este o caracteristică suplimentară a tulburărilor depresivă, psihotică sau bipolară

Diagnostic diferențial pentru Anorexie nervoasă

În cazul clientei, scăderea în greutate nu este o consecință a următoarelor:

- afecțiuni medicale - scăderea în greutate nu este cauzată de o afecțiune medicală, ci de un comportament direcționat ce împiedică o creștere în greutate.
- tulburarea depresivă majoră - se manifestă o dorință de scădere în greutate și frica de îngrășare ce nu este întâlnită în depresie
- schizofrenia - nu prezintă schizofrenie, ci manifestă o teamă de îngrășare și o imagine corporală deficitară
- tulburări ale consumului de substanțe - nu s-a evidențiat consum de substanțe ce ar putea cauza o scădere în greutate

- tulburarea anxioasă socială (fobia socială), tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburarea dismorfică. - nu se simte jenată să mănânce în public, nu prezintă obsesii și compulsii și nu este preocupată excesiv de un defect corporal
- bulimie nervoasă - greutatea clientei este sub nivelul minim al normalului și nu are episoade de alimentație excesivă
- tulburarea de aport alimentar de tip evitant/restrictiv - clienta prezintă scădere în greutate și deficit nutrițional, însă are și frica de creștere ponderală și o percepție defectuoasă a formei și greutății corporale

18. Conceptualizarea cazului

Clienta în vîrstă de 26 de ani, necăsătorită, cu studii superioare, actual specialist resurse umane într-o corporație, se prezintă la consultație pentru amenoree fără cauze medicale, îngrijorare excesivă legată de performanța la locul de muncă, insomnii de adormire, încordare, neliniște și iritabilitate.

În urmă cu 3 ani a început să acorde o importanță crescută dietei și greutății și începe să urmeze o dietă restrictivă și un program intens de exerciții fizice, ajungând la o greutate scăzută, sub nivelul normal. În ultimul an, în contextul pandemiei au existat restructurări la locul de muncă ceea ce i-a accentuat nevoia de a performa pentru a nu-și pierde locul de muncă.

Factori predispozanți:

- copilărie nefericită într-un mediu tensionant și instabil, părinți absenți din punct de vedere afectiv, tată autoritar, mama cu un stil laissez-fair, bunica cu un stil de atașament dezorganizat
- sentimentul de abandon resimțit când a fost lăsată în grija bunicii contrar voinței
- dependența de alcool a tatălui asociată cu o lipsă a controlului

Factori determinanti:

- idealul de frumusețe promovat de mama în copilărie, aprecierea pentru supletea ei
- modelul de dietă al mamei și îngrijorările privind forma și silueta corpului
- presiune pentru performanță ridicată la școala asociată cu succesul în viață

Factori declanșatori:

- creșterea în greutate și critica mamei asupra acestui fapt, urmată de începerea unei diete restrictive și a unui program de exerciții fizice
- restructurările de personal în contextul pandemiei

Factori de menținere:

- influența partenerului de cuplu cu interes în zona dietei și a exercițiilor fizice
- preocupări pentru siguranța materială
- nevoia de control și standarde înalte de performanță
- lipsa suportului social adecvat

Factori heredo-colaterali:

- Dependență de alcool a tatălui

19. Obiectivele terapeutice

1. Conștientizarea problemei, obținerea colaborării și întărirea motivației pentru schimbare
2. Normalizarea alimentației prin stabilirea unei alimentații regulate și creșterea treptată a cantității de alimente ingerate
3. Normalizarea greutății și depășirea condiției subponderale
4. Modificarea convingerilor disfuncționale și a evaluărilor iraționale cu privire la forma și greutatea corporală
5. Ameliorarea imaginii de sine prin extinderea autoevaluării la alte caracteristici personale și fără a depinde de aprobarea celorlalți
6. Ameliorarea simptomatologiei anxioase prin restructurarea credințelor și schemelor de bază dezadaptative

20. Plan de intervenție în abordarea cognitiv-comportamentală

ȘEDINȚA 1

Prima ședință are ca obiectiv principal stabilirea alianței terapeutice, identificarea problemelor cu care se confruntă clienta, anamneza și evaluarea psihologică.

- S-au stabilit cadrul terapeutic, contractul, acordul de confidențialitate, responsabilitățile fiecărei părți și așteptările clientei.
- S-a realizat o evaluare generală a problematicii clientei, s-au prezentat motivele prezentării, istoricul medical și motivația pentru schimbare și intrarea într-un proces psihoterapeutic.
- Am realizat anamneza folosind chestionarul multimodal al lui A. Lazarus și Schema de interviu pentru evaluarea tulburărilor de comportament alimentar al lui Fairburn.
- Au fost aplicate testele EDI 2 (Inventarul tulburărilor de comportament alimentar), CIA (Chestionarul de evaluarea a deficitului clinic) și Scala de anxietate Hamilton.

- Instituirea automonitorizării în timp real și informarea clientei privind cântărirea colaborativă din timpul ședintelor de terapie
- Temă pentru acasă: completarea fișelor de automonitorizare în timp real a alimentației și a exercițiilor fizice autoimpuse
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback clientei și am programat următoarea întâlnire

ȘEDINȚA 2

În ședința a doua se continuă obiectivele din prima ședință: creșterea relației terapeutice, evaluarea psihologică, familiarizarea clientei cu intervenția terapeutică și implicațiile ei.

- Am inițiat cântărirea în cadrul ședinței de terapie și am completat graficul de monitorizare, am informat clienta cu privire la valoarea indicelui de masă corporală și semnificația lui.
- Am oferit educație și clarificare privind procesul cântăririi și am evidențiat necesitatea concentrării atenției pe valoarea greutății pe parcursul a 4 săptămâni și nu pe o cântărire individuală (am discutat factorii situaționali ce pot influența cifrele de pe cântar: nivelul de hidratare, de funcționare a intestinelor și vezicii urinare, perioada ciclului menstrual)
- Am verificat tema de acasă: analiza fișelor de automonitorizare
- Am formulat și prioritizat lista de probleme (lipsa menstruației a fost plasată prima, urmată de simptomele asociate dispoziției anxioase (insomnia de adormire, încordare, iritabilitate, neliniște, perfecționismul: “trebuie să fac totul bine.”)
- Am stabilit alături de clientă obiectivele terapiei
- Am aplicat restul testelor: BSQ (Body Shape Questionnaire), Inventarul de depresie Beck, Scala Stimei de sine Rosenberg și Scala perfecționismului.
- Temă pentru acasă: completarea fișelor de automonitorizare în timp real a alimentației și a exercițiilor fizice autoimpuse, indicația de a rezista tentației de a se cântări până la ședința următoare prin plasarea cântarului într-un loc greu accesibil
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback clientei și am programat următoarea întâlnire

ȘEDINȚA 3

- Am inițiat cântărirea în cadrul ședinței de terapie și am actualizat graficul de monitorizare reprezentând dinamica greutății
- Am verificat tema de acasă: analiza fișelor de automonitorizare și am discutat despre dificultățile de a face față tentației de a se cântări
- I-am clarificat clientei diagnosticul, pe baza rezultatelor obținute la testele psihologice și a interviului clinic. I-am prezentat principalele caracteristici, evoluția, prognosticul și riscurile asociate privind sănătatea fizică și psihică. Am aprofundat explicații referitoare la absența ciclului menstrual și tulburarea alimentară. Am realizat o analiză a IMC-ului curent (17,6) și a celui ideal (19 -20) pentru a se încadra la o greutate normală.
- I-am expus posibilele cauze și factori de menținere a anorexiei și anxietății generalizate (tipul său de personalitate: perfecționism, nevoie de control, nevoie de validare și acceptare din partea celorlalți, convingerile disfuncționale și a evaluările iraționale cu privire la forma și greutatea corporală, internalizarea idealul de frumusețe promovat de mamă și a standardelor înalte, curențele afective pe care le-a trăit, mediul tensionant și instabil în care a crescut)
- Având o nevoie mare de control, i-am explicitat în detaliu natura și stilul tratamentului prin modelul psihoterapiei cognitiv-comportamentale pe care vom lucra, am stabilit numărul total de ședințe necesare: 20 și împărțirea lor în 4 etape, am clarificat orice nelămurire a clientei.
- Am realizat o prescripție comportamentală: să respecte o rutină de alimentație formată din 3 mese și 2 gustări, alimentele pe care le consumă fiind la alegerea clientei.
- Am făcut psihoeducație în legătură cu controlul siluetei și a greutății, am explicitat cum e normal ca fiecare om să-și controleze într-o anumită măsură silueta și greutatea, dar în cazul persoanelor cu tulburare alimentară acest lucru se întâmplă mult mai frecvent și într-o manieră neobișnuită, devine o a doua natură de care nici nu mai sunt conștiențe. Am evaluat trăsăturile comportamentului de control a siluetei și greutății și i-am propus o nouă temă pentru acasă.
- Temă pentru acasă acasă: completarea fișelor de automonitorizare la care vom adăuga o coloană în care să noteze și controlul asupra siluetei și sentimente asociate (verificarea în oglinda, compararea cu altă persoană, verificarea îmbrăcăminte care pare prea strâmtă, măsurarea cu metrul de croitorie), oferirea unor materiale de lectură dirijată pentru diagnosticul de anorezie nervoasă, indicația de a rezista tentației de a se cântări până la ședința următoare și respectarea rutinei alimentare.
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback clientei și am programat următoarea întâlnire.

ŞEDINȚA 4

- Am inițiat cântărirea în cadrul ședinței de terapie și am actualizat graficul de monitorizare reprezentând dinamica greutății
- Am verificat tema de acasă: analiza fișelor de automonitorizare și discutarea în mod amănunțit a însemnărilor clientei privind modul de verificare a siluetei și a sentimentelor asociate. Am discutat și despre lectura avută și am clarificat eventuale nelămuriri.
- Pe baza fișelor de automonitorizare am adus în discuție modul în care ne evaluăm ori judecăm ca persoană. I-am propus clientei să alcătuiască o listă cu domeniile vieții personale pe care le consideră relevante pentru propria evaluare (dacă are dificultăți, îi putem oferi exemple: calitatea relațiilor sociale, rezultate profesionale, propria înfățișare) și să le ierarhizeze în funcție de importanța fiecăruia.
- Se desenează o diagramă în care fiecare sector reprezintă importanța domeniului și discutăm implicațiile schemei de autoevaluare. Chiar dacă preocupările pentru alimentație și siluetă sunt dominante, scopul este de a-i arăta că un cerc dominant limitează experiența personală, și marginalizează domenii ale vieții care ar putea contribui în mod pozitiv la autoevaluare, dar că sta în puterea ei să schimbe acest lucru.
- Am făcut brainstorming cu scopul de a identifica noi activități care i-ar face plăcere (analizăm experiențele anterioare) și am identificat: desen, volei, curs de design interior, Pilates și yoga.
- În vederea creșterii motivației pentru schimbare am rugat clienta să facă o lista cu avantaje și dezavantaje privind schimbarea obiceiurilor alimentare și a formelor de control a siluetei și greutății pentru momentul prezent și pentru viitor.
- Temă pentru acasă: completarea fișelor de automonitorizare, să încerce două noi activități din cele discutate: desen și o ora de pilates/yoga cu o prietenă sau o partidă de volei, când își controlează silueta să facă minim două aprecieri pozitive despre sine.
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback clientei și am programat următoarea întâlnire.

ŞEDINȚA 5

- Am inițiat cântărirea în cadrul ședinței de terapie și am analizat evoluția graficului de greutate, după cele 4 ședințe de cântăriri săptămânale colaborative.
- În această ședință propun să “realizăm saltul” și să începem procesul de recâștigare a greutății. Îi vom aduce argumente clientei că actualul regim alimentar întreține tulburarea alimentară

și are efecte adverse majore cum ar fi generarea de anxietate și poate declanșa alimentație compulsivă.

- Stabilim împreună cu clienta obiectivul creșterii în greutate: să ajungă la o valoare IMC care să o încadreze la o masă corporală normală (minimul de kg pentru înălțimea ei fiind de 53 kg, IMC =19,5) cu un câștig în greutate de 0,5 kg pe săptămână.
- Vom aduce modificări asupra creșterii cantității de mâncare ingerate prin prescrierea unui regim alimentar cu un surplus caloric de 500 kcal. Clienta alege dacă mănâncă mai multe mese sau dacă va servi o masă mai bogată caloric. Putem începe cu o masă la alegerea clientei, de exemplu înlocuirea shake-ului proteic cu o masă cu alimente reale și diverse.
- Vom folosi ca ancoră pozitivă pentru creșterea în greutate, scopul modelării corporale și nu îngrășarea.
- Am stabilit reducerea exercițiilor fizice și/sau înlocuirea lor ocasional cu unele mai puțin solicitante precum Pilates și yoga.
- Am realizat o tehnică de relaxare (Schultz) care să o ajute în procesul de relaxare și în reducerea insomniilor.
- Temă: completarea fișelor de automonitorizare, practicarea tehnicii de relaxare învățate, creșterea cantității de alimente ingerate.
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback clientei și am programat următoarea întâlnire.

ȘEDINȚELE 6 și 7

- Am inițiat cântărirea în cadrul ședinței de terapie, am actualizat graficul de monitorizare reprezentând dinamica greutății și am verificat temele pentru acasă.
- Vom aborda distorsiunile cognitive și gânduri negative ale clientei precum “dacă mănânc mai mult voi deveni gras”, “m-am îngrășat”, “nu voi mai încăpea în haine” - vom discuta aceste gânduri disfuncționale și vom identifica variante mai realiste și raționale: “un câștig în greutate nu înseamnă că am devenit gras, ci mai zvelt și puternic”.
- Vom folosi ancora modelării corpului și vom ajuta clienta să renunțe la etichetare.
- Pentru întărirea motivației îi vom reaminti lista de avantaje/dezavantaje în vederea schimbării.
- În vederea susținerii creșterii în greutate, vom avea în vedere reducerea restricțiilor alimentare ale clientei (zahar, alimente cu multe calorii, carbohidrați).

- Clienta va fi rugată să realizeze o listă cu toate alimentele evitate și să acorde o notă de la 1 la 10, unde 1 are cea mai mică restricție și 10 cea mai mare. Clienta va primi indicația de a include în alimentația sa, progresiv alimente din această listă, începând cu cele cu cea mai mică nota.
- Temă: aplicarea strategiei limitării perioadei în care clienta este îngrijorată cu privire la greutate și siluetă, aplicarea tehnicii desensibilizării față de alimentele interzise.
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback clientei și am programat următoarea întâlnire.

ȘEDINȚA 8

- Aceasta va fi o ședință de tranziție și presupune realizarea unei evaluări a progresului înregistrat până în acest moment.
- Se vor identifica obstacolele care apar în calea schimbării și se va revizui formularea tratamentului. În cazul clientei perfecționismul, rigiditatea și tensiunile de la muncă pot încetini progresul și se propune abordarea lor în ședințele viitoare.
- Se obține feedback-ul clientei cu privire la procedurile terapeutice folosite deja care în opinia ei au ajutat-o.
- Se laudă clienta pentru efortul depus și i se acordă credit pentru orice schimbare realizată.
- Se reaplică EDI 2 și CIA (Chestionarul de evaluarea a deficitului clinic).
- Propunem invitarea unei persoane semnificative din anturajul clientei în măsura în care aceasta este de acord.

ȘEDINȚA 9

- Următoarele ședințe vor avea ca obiectiv principal menținerea și îmbunătățirea schemei de recâștigare a greutății și intervenția asupra conștientizării și controlării tiparului mental responsabil pentru tulburarea de comportament alimentar.
- Am inițiat cântărirea în cadrul ședinței de terapie și am actualizat graficul de monitorizare reprezentând dinamica greutății.
- Discutăm tiparul mental și modul cum acesta îi determină filtrarea stimulilor interni și externi într-un mod aparte (observând preferențial persoanele slabe, interpretând faptului că hainele sunt strâmte ca dovedă că este grasă) și rezultatele cauzate (dieta strictă, sentimentul de “a fi grasă”).

- Normalizăm acest tipar și facem comparația cu un DVD imprimat cu “tulburare de comportament alimentar” care merge mereu și repetă același lucru. Menționăm că s-au făcut progrese și DVD-ul nu mai este blocat și că ea va fi în stare să decidă dacă îl pornește sau nu.
- Învățăm clienta să identifice stimulii (creșterea în greutate) ce activează tiparul mental, să recunoască schemele (tendința de intensificare a restricțiilor alimentare) ce arată că tiparul revine și să-l înlocuiască (în loc să se considere grasă, să se considere zveltă).
- Exersăm modalități de înlocuire a tiparului prin: să facă ce am trebuie, adică opusul comportamentului (să mențină tiparul meselor aşa cum am stabilit) și să se angajeze în activități ce-i distrau atenția: când are instinctul de a se cântări sau de a-și verifica silueta să utilizeze niște comportamente alternative: să deseneze, să sună un prieten, să caute pe internet informații despre urmarea unui curs de design interior.
- Tema pentru acasă: completarea fișelor de automonitorizare, exersarea identificării tiparului mental atunci când el se activează și exersarea înlocuirii acestuia.
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback clientei și am programat următoarea întâlnire.

SEDINTA 10

- Am inițiat cântărirea în cadrul ședinței de terapie și am actualizat graficul de monitorizare reprezentând dinamica greutății.
- Verificăm tema de acasă și continuăm discuția despre tiparul mental, abordând tema perfecționismului și credința “trebuie să fac totul bine” ce influențează atât stilul de alimentație, cât și viața profesională
- Căutăm originile îngrijorărilor clientei în legătură cu performanța pentru a înțelege cum s-a dezvoltat perfecționismul, cum a funcționat benefic, dar și în dezavantajul ei (standardele înalte legate de performanța la școală și credința absolutistă “trebuie să învăț foarte bine că altfel voi ajunge vânzătoare la tarabă”, rigorile tatălui:“dacă nu respectam anumiți pași când spălam vasele ma certă”)
- Pe baza “trebuie să învăț foarte bine că altfel voi ajunge vânzătoare la tarabă” evaluăm performanța altora. Invităm clienta să vină cu exemple ale foștilor colegi de școală care nu au excelat, dar care au un loc de muncă bun și care se simt mulțumiți și liniștiți. (de exemplu colega de apartament); dacă nu vine cu exemple, îi putem oferi din cele foarte cunoscute.

- Vom aborda tensiunile existente la locul de muncă și convingerea dispunțională “trebuie să fac totul bine că altfel mă vor da afară” prințro-o prescriere paradoxală cu scopul desensibilizării
- Vom realiza și o analiză cost/beneficiu pentru a analiza avantajele și dezavantajele menținerii unor convingeri de tip perfecționist evidențiind cum pe termen lung o fac să evite anumite activități sau să se bucure de viață.
- Vom învăța o tehnică de a-și recunoaște gândurile automate de tip perfecționist, etichetarea lor ca atare și înlocuirea lor cu alte convingeri și supozitii cu caracter adaptativ (de exemplu “nu trebuie să muncesc perfect, ci eficient”)
- Temă pentru acasă: monitorizarea și notarea gândurilor automate de tip perfecționist și combaterea lor cu supozitii cu caracter adaptativ, angajarea în cât mai multe activități

21. Concluzii studiu de caz

Planul de terapie constat în 10 ședințe împărțite în 3 etape:

1. Etapa I: ședințele 1-7
 - Primele 2 ședințe au avut ca scop stabilirea relației terapeutice, evaluare și creșterea motivației pentru schimbare
 - În sedința 3 s-au instituit procedurile de bază pentru lucrul cu tulburările de comportament alimentar: completarea fișelor de automonitorizare, cîntăriera colaborativă și prescrierea unui regim alimentar regulat. De asemenea s-a oferit psihoeducație cu privire la diagnostic prin lectură dirijată.
 - În ședința 4 am abordat tema supraevaluării siluetei și greutății și am identificat noi domenii ale vietii personale pentru a-și extinde modul în care își realizează propria evaluare. Am găsit activități noi de suport care să-i distragă atenția clientei de la preocupările excesive legate de alimentație, greutate și siluetă și care să-i producă relaxare, plăcere fără scopul de a performa.
 - Ședința 5 a reprezentat saltul în vederea recâștigării greutății și s-a învățat o metodă de relaxare care să o ajute cu reducerea insomniilor și a anxietății.
 - Ședințele 6 și 7 au constat în lucrul cu distorsiunile cognitive și reducerea restricțiilor alimentare prin introducerea tehnicii desensibilizării față de alimentele interzise.
 - Etapa 2: ședința 8 a fost o ședință de tranziție cu scop de evaluare a progresului și reformulare a strategiilor de lucru și apreciere a progresului înregistrat de clientă.
2. Etapa 3: ședințele 9 și 10 au presupus intervenția asupra mecanismelor de bază care mențin tulburarea de comportament alimentar, mai exact perfecționismul și tiparul mental. Etapă

va fi continuată cu încă 5 ședințe. Vor fi continue strategiile și procedurile introduse anterior și vor fi introduse și tehnici suplimentare de reducere a anxietății generalizate. Ultimele 3 ședințe ar alcătui etapa 4 ce are ca scop pregătirea clientei pentru finalizarea terapiei și menținerea progreselor obținute.

Obstacole: conștientizarea parțială a tulburării, motivație redusă pentru schimbare, perfecționism clinic și nevoia de control, anxietate generalizată

Resursele clientei: nevoia de a face lucrurile bine (seriozitate în implicarea în procesul terapeutic), deschidere pentru lectură dirijată, identificarea și implicarea unor noi activități plăcute, grad scăzut al anorexiei, stimă de sine medie, stare de sănătate favorabilă, stabilă.

3.2. Cazul 2: Tulburare de alimentație compulsivă

1. Date de identificare:

Femeie, 37 de ani, studii superioare, Project Specialist într-o companie farmaceutică, căsătorită de 13 ani, are 2 fete (9 și 5 ani), locuiește alături de soț și copii într-un apartament în București.

2. Motivele prezentării:

- Se prezintă la terapie din proprie inițiativă și susține că mănâncă emoțional, simte o mare poftă de dulciuri și nu se poate abține.
- “Mă deranjează fizic, nu mă încap hainele, nu îmi place cum arăt, nu-mi place să-mi privesc corpul, sunt îngrijorată pentru sănătatea mea”.
- “Aș vrea să nu mai simt nevoia să mănânc mult ca și cum aş umple un gol.”

3. Prima prezentare la psiholog:

Prima dată a fost la psiholog în timpul facultății pentru scurt timp, apoi la maturitate pe termen mai lung - până într-un an, apoi au apărut copiii și nu a mai avut timp. Motivele prezentării au fost curiozitatea și dorința de autocunoștere și dezvoltare personală. I-a plăcut tot ce a făcut la terapie, i s-a părut interesant, a avut câteva momente de clarificare.

4. Acuzele pacientei:

- În ultima jumătate de an a pierdut controlul alimentației, s-a îngrășat 8 kg, a început mai multe diete, dar nu reușește să se țină de ele. Alimentația și greutatea corpului îi provoacă mult stres și o stare de nefericire.
- Atmosfera familiei este tensionată, “îi stau toate pe umeri”

- Este nemulțumită de relația de cuplu, se simte devalorizată

5. Debut:

Dintotdeauna a avut o înclinație spre obezitate, gaze, constipație. Când era mică era plinuță, a slăbit la adolescență, apoi în timpul tinereții s-a menținut slabă prin înfometare și fumat excesiv. Problema majoră a apărut când a rămas însărcinată cu primul copil (2010) și a luat în greutate 30 de kg. “De aproape 10 ani am perioade când slăbesc, apoi încep să mă îngraș la loc.”

În ultimii 2-3 ani relația de cuplu a devenit tensionată și a găsit refugiu în mâncare mai mult decât oricând.

Susține că probleme în cuplu au existat dintotdeauna, ea și soțul fiind personalități diferite, însă în trecut nu le dădea importanță. Problemele s-au agravat pe măsură ce pacienta a preluat tot mai multe sarcini în casă, soțul câștigând prin a nu face lucruri și a fi opozant față de ideile ei. Se simte devalorizată, iar soțul refuză cooperarea în vederea rezolvării divergentelor și psihoterapia de cuplu.

6. Istoricul personal:

Familia de origine:

- Pacienta s-a născut în Bucuresti, este copil unic, însă acest lucru nu i-a plăcut, i-a fost destul de greu, s-a simțit singură.
- Nu a avut o relație bună cu părinții, atmosfera familiei fiind una tensionată, iar imaginea de cuplu a părinților a acționat ca un anti-model.
- A fost crescută preponderent de bunicii din partea mamei, (părinții o luau acasă seara) cei care i-au oferit un model de relație de cuplu mai solid.
- Bunicul a fost militar și îl descrie drept un om mereu nemulțumit, cu așteptări mari privind profesiile copiilor și nepoților.
- Bunica a avut un accident în urma căruia a rămas fără picioare, însă contrar greutăților ea a fost principala persoana care a crescut-o și a dus greul familiei. Ea a decedat în 2010.
- Situația financiară era una foarte precară, părinții nu aveau locuri de muncă stabile și au fost cazuri în care nici nu au avut ce mâncă.

Părinții:

- Părinții nu au studii superioare, nici o meserie anume, au avut locuri de muncă temporare.
- Tatăl era un om muncitor, a muncit toată viață pe unde apuca, era mai mult absent, nu au avut o relație afectuoasă

- Tatăl era alcoolic, ceea ce genera instabilitate, certuri și agresiune cu mama, a decedat în 2012
- Clienta se simțea rușinată față de problema tatălui, dorea să ascundă, ceea ce a afectat și legarea relațiilor de prietenie cu cei de vîrstă sa.
- Mama a lucrat o perioadă ca vânzătoare, apoi a fost casnică. Era foarte rece, îi vorbea urât, o lovea, îi zicea că nu e bună de nimic. Îl jignea și îl disprețuia pe tatăl ei, iar clienta simțea milă față de el. În prezent are 60 de ani și locuiește și ea în București, dar au o relație rece.

7. Evoluția personală:

- La școala s-a descurcat bine, fiind isteată și intuitivă. Bunicul a ajutat-o o perioadă la teme, apoi a renunțat și atunci și ea a renunțat să mai facă teme acasă, le făcea în pauză la școala.
- Pacienta a simțit că și-a dezamăgit bunicul, că nu s-a ridicat la nivelul așteptărilor lui și a rămas cu întrebarea “De ce a încetat să mă ajute?” Ulterior un unchi a ajutat-o pentru pregătirea la fizica, dar scenariul s-a repetat și după scurt timp și acesta a renunțat.
- În prezent lucrează la aceeași firmă de 6 ani, a schimbat mai multe roluri. E mulțumită de ce face, e dinamic, învață lucruri noi.

8. Evoluția relațiilor interpersonale

- Nu prea a avut copii de vîrstă ei, nicio prietenă bună, în general nu a avut prieteni acolo în bloc. Mai avea o verișoară cam de aceeași vîrstă cu care se vedea uneori.
- La școală i-a fost greu să se adapteze. Se simțea intrusă. După clasa a 5-a și-a mai făcut prieteni. Nici atunci nu și-a făcut o prietenă bună, a sărit de la una la alta. Și-a dorit mult o prietenă bună, doar a ei.
- Odată cu intrarea la liceu, pacienta și-a făcut și o prietenă la școală și a intrat într-un grup cu copii mai mari din care făcea parte și actualul soț. Clienta susține că în cadrul grupului s-a simțit permanent tolerată, însă nu integrată cu adevărat.
- Sentimentul de a fi “tolerată” persistă încă din copilărie când s-a integrat cu greu la școala și a fost dezamăgită de mai multe ori de figuri masculine din familia sa - bunic, tata, unchi, care cu toții la un moment dat au făcut un pas în spate în a o mai ajuta și susține.
- În 2010 pacienta s-a căsătorit și un an mai târziu a apărut prima fetiță.

9. Viață sexuală și relație maritală

- Subiectele ce țineau de sexualitate nu erau discutate în familie, aflat câte ceva de la colegii de școală și mai târziu într-un grup de prieteni.

- În adolescență a avut mai multe relații și îndrăgostiri de scurta durată și o relație de 5 ani ce s-a finalizat când mama iubitului a amintit de căsătorie, lucru ce a dat-o peste cap. A renunțat la relație și a plecat la facultate.
- În anul 2010 s-a căsătorit, iar familia a crescut rapid. Un an mai târziu a apărut primul copil, iar cel de-al doilea 4 ani mai târziu.
- Relația cu soțul nu a fost niciodată ideală, soțul era comod, neimplicat, dar le-a luat aşa cum erau fiind împreună de copii
- Viața sexuală era bună la început, s-a răcit când au apărut copiii, iar în ultima vreme nici nu mai există.
- În cele două experiențe de terapie, clienta a beneficiat de o mai bună înțelegere de sine, a devenit mai conștientă de așteptările sale privind relația de cuplu și si-a dorit o evoluție și pe acest plan. Pacienta susține că partenerul nu contribuie în măsura în care ea îți dorește la treburile casnice și la îngrijirea copiilor. Și-ar dori să fie mai implicat și să aibă mai multă inițiativă. De-a lungul timpului a încercat diferite metode de a aborda problema precum acuze, reproșuri, planuri de împărțire a responsabilităților, însă soțul refuză orice modalitate de rezolvare a divergențelor.

10. Factori biologici

- În prezent pacienta nu are probleme de sănătate majore și își face controlul medical anual.
- Poartă ochelari și uneori mai are probleme cu coloana, pe care le consideră “tipic mamelor”.
- În trecut a avut o operație pe col

Calitatea somnului: adoarme târziu, dar reușește să se odihnească

Tentative de suicid: Nu

Nu prezintă antecedente psihice

Alimentație:

- Dintotdeauna a avut o înclinație spre obezitate, gaze, constipație.
- Când era mică era plinuță, a slăbit la adolescență, apoi în timpul tinereții s-a menținut slabă prin infometare și fumat excesiv.
- Când a rămas însărcinată cu primul copil (2010) a luat în greutate 30 de kg.
- “De aproape 10 ani am perioade când slăbesc, apoi încep să mă îngraș la loc.”
- În general este într-un regim, încearcă să mănânce sănătos, să nu mănânce seara, nu bea sucuri, nu mănâncă în oraș dar când îi este foame sau își pierde controlul începe să mănânce biscuiți, plăcinte, pateuri și altele. Cel mai greu îi este să renunțe la dulciuri.

- “Mă îngraș în permanentă și nu îmi pot permite ceea ce pentru mine sunt bucurii, o prăjitură, o porție de brânză”
- Are foarte des episoade de mâncat compulsiv, de fiecare dată când sunt prea nervoasă, agitată, în general seara, singură și mănâncă dulciuri
- După un episod de mâncat compulsiv nu face nimic special, doar simte neputință, frustrare și satisfacție, plăcere, senzația de plin

Exerciții fizice: îi place mult să meargă pe jos să se plimbe prin parc. Uneori face și sport, dar nu reușește să mențină o rutină.

11. Nivelul material și modul de viață actual

- Are o situație materială normală, cât să poată susține nevoile de bază și activitățile copiilor și ocazional o vacanță. Și-ar dori o îmbunătățire.
- În urmă cu doi ani și-a făcut o prietena foarte bună cu care se afla în relații de egalitate și cu care se sfătuiește oricând are nevoie, dar nu are foarte mulți alți prieteni.
- Îi lipsesc alte cupluri cu care să împartă concedii, ieșiri.
- Îi place mult să citească, să pândească în noapte, să se plimbe prin parc sau prin oraș, să scrie poezii și să meargă la munte.
- Clienta consideră că și schimbările aduse de pandemie au avut un impact negativ și au crescut nivelul de stres și tensiune din cadrul familiei.

Consum de substanțe: Nu

Prescripții medicale: Nu

Suplimente alimentare: Nu

Cafea: consum frecvent

Alcool: consum ocazional

Substanțe interzise: Nu

12. Evoluția patologică

- În istoricul clientei există *antecedente de abandon, abuz și atașament nesecurizant*: tatăl alcoolic și absent afectiv, mama autoritară, ce o jignea și o lovea, bunicul care era veșnic nemulțumit de ea. Singura persoana de atașament a fost bunica ce a avut un accident tragic și a rămas fără picioare, dar a continuat să o crească, decedând însă în 2010, în același an în care a rămas însărcinată și a acumulat foarte multe kilograme.

- Se autoevaluează negativ și își reduce valoarea personală la forma și greutatea corporală ca urmare a fluctuațiilor permanente de greutate și a tendinței spre obezitate cu care a dus o permanentă luptă.
- Prezintă mecanisme disfuncționale de autoreglare emoțională “mănânc să umplu un gol”, alimentația fiind soluția găsită pentru a face față situațiilor tensionante.
- Resimte nevoie de acceptare, recunoaștere și apartenență socială ca urmare a lipsei relațiilor sociale solide și constante și a unui grup de suport “am fost mereu tolerată”, “mă simteam o intrusă”.

Proceduri de evaluare psihologică:

13. Ghid de observatie:

Aspect exterior și comportament: pacientă cooperantă, sociabilă, simț al umorului dezvoltat, mimică relaxată, zâmbitoare, mod de a se îmbracă îngrijit, conform vârstei și anotimpului, contact vizual ușor de stabilit și menținut.

Vorbirea: debit verbal normal, ton prietenos.

Gândirea: discurs logic, cursiv și coerent, comunicarea se obține fără dificultate.

Dispoziție bazală: normală, stabilă.

Percepția: nu prezintă halucinații

Conștiința de sine și a mediului: conștiință clară, orientare spațio-temporală normală, concentrare bună, fără tulburări mnezice.

Conduită alimentară: alimentație dezorganizată, multiple episoade de mâncat compulsiv.

Critica bolii: este conștientă de problema alimentară

Atitudinea față de sine: Pacienta are o stima de sine scăzută, este descurajată și nemulțumită de sine.

Atitudinea față de alții: A crescut cu ideea că a fost doar “tolerată de cei din jur”, idee proiectată și în relația de cuplu. Caută compania celorlalți, dar leagă mai greu relației stabile.

14. Schemă de interviu pentru evaluarea tulburării de comportament alimentar

Pattern alimentar obișnuit:

- în general este într-un regim întrerupt de episoade de mâncat compulsiv (3-5 episoade/săptămână)
- există situații în care mănâncă pe ascuns
- nu au existat episoade de autoinducere a vomei, nici folosirea abuzivă a diureticelor sau a laxativelor

Restricție a consumului alimentar

- restricție a consumului alimentar în vederea influențării greutății și siluetei? - NU, încearcă mereu să urmeze un regim, să mănânce sănătos și organizat, dar eșuează.

Evitare a consumului alimentar: NU

Evitarea unor alimente: NU

Reguli de conduită alimentară

- După episoade de mâncat compulsiv începe iar un regim ce durează 1-2 zile

Exerciții fizice autoimpuse: NU

Nemulțumire față de greutatea corporală: DA, ridicată

Dorința de a pierde în greutate: O dorință puternică resimțită zilnic

Cântărire: se cântărește săptămânal

Reacție față de cântărire recomandată - o dată pe săptămână

- reacție moderată (clară, dar rezonabilă)

Sensibilitate față de câștigul în greutate: DA, ridicată, 1 kg ar genera o reacție negativă, teamă evidentă legată de câștigul în greutate

Nemulțumirea față de siluetă - Ridicată

Înălțime: 1.60 Greutate în prezent: 82 kg Greutate ideală: 65 kg

15. Probe aplicate și rezultate:

Ghidul de evaluare clinică pentru studiul de caz - Arnold Lazarus

Schemă de interviu pentru evaluarea tulburării de comportament alimentar - Christopher Fairburn

Scala de Anxietate Hamilton	Scor global = 12 Scor Subscala psihică = 5 Scor subscala somatică = 7	Anxietate scăzută
Inventarul de depresie Beck	Scor = 10	Depresie ușoară
Scala Stimei de sine Rosenberg	Scor = 24	Stimă de sine medie
Scala Satisfacției cu viața	Scor = 23	Puțin satisfăcut
CIA (Chestionarul de evaluarea a deficitului clinic)	Scor = 39	Nivel ridicat al deficitului psihosocial

EDI 2 (Inventarul tulburărilor de comportament alimentar)	Scor total = 139 Căutarea siluetei = 16 Bulimie = 15 Insatisfacție în raport cu corpul său = 23 Ineficacitate = 7 Perfecționism = 2 Neîncredere interpersonală = 14 Conștiință interoceptivă = 22 Teama de maturizare = 2 Ascetism = 8 Controlul pulsiunilor = 17 Insecuritate socială = 13	Prezența unei tulburări alimentare cu scor ridicat pe scale multiple
BSQ (Body Shape Questionnaire)	Scor = 71	Îngrijorare ridicată privind forma corpului
Scala situațiilor și emoțiilor	Scor = 25	Modul de alimentație dominat în totalitate de emoții

Scorul obținut la EDI 2 (Inventarul tulburărilor alimentare) confirmă prezența unei tulburări alimentare cu scoruri ridicate pe scalele căutarea siluetei, bulimie, insatisfacție în raport cu corpul, controlul pulsiunilor și conștiință interoceptivă.

Chestionarul de evaluarea a deficitului clinic întărește diagnosticul și arată că prezența tulburării alimentare provoacă și un deficit psihosocial peste medie în viața clientei.

Accentul pus pe importanța siluetei reiese și din rezultatul obținut la BSQ ce indică o îngrijorare ridicată cu privire la forma propriului corp, precum și o stimă de sine medie.

Cauzele care stau la baza tulburării alimentare a clientei, aşa cum reies din anamneză și rezultatele la teste sunt: modalități de reglare emoțională inadecvate, stresori externi (factori confirmăți și de un scor foarte ridicat la Scala emoțiilor și situațiilor și un nivel scăzut înregistrat la Scala satisfacției cu viața), precum și reducerea modului de evaluare personală la forma și greutatea personală.

Inventarul de depresie Beck a arătat o depresie ușoară, iar la Scala de Anxietate Hamilton a înregistrat un scor mic, motiv pentru care nu consider că necesită intervenție specială și nu vor îngreuna procesul terapeutic. Cel mai probabil scorurile vor scădea și mai mult pe măsură ce procesul terapeutic va avansa și se vor reduce episoadele de alimentație compulsivă.

16. Diagnostic prezumtiv conform DSM-V

307.1 - Tulburare de alimentație compulsivă

Se îndeplinește criteriile de diagnostic din DSM-V pentru „tulburare de alimentație compulsivă”:

- A. Episoade recurente de alimentație compulsivă, unde un episod se caracterizează prin:
 - 3. Ingerarea într-o perioadă scurtă de timp (de exemplu 2 ore) a unei cantități de alimente ce depășește cu mult cantitatea pe care ar consuma-o majoritatea oamenilor în aceleși circumstanțe și în aceeași perioadă de timp. **DA**
 - 4. Senzație unei lipse de control asupra aportului alimentar pe parcursul unui astfel de episod (individul are senzația că nu se poate opri din mâncat sau că nu poate controla tipul sau cantitatea de mâncare ingerată) **DA**
- B. Episoadele de alimentare compulsivă se asociază cu minim trei din următoarele:
 - 1. Individul mănâncă mult mai rapid decât în mod normal
 - 2. Continuă să mănânce până când are o senzație de preaplin inconfortabilă **DA**
 - 3. Mănâncă o cantitate mare de alimente în lipsa senzației de foame **DA**
 - 4. Individul mănâncă singur din cauza unui sentiment de jenă față de cantitatea de alimente ingerată **DA**
 - 5. Ca urmare a episoadelor de supraalimentare trăiește sentimente de dezgust, deprimare și vinovăție în raport cu propria persoană **DA**
- C. Stres resimțit în raport cu episodul de alimentare compulsivă **DA**
- D. Episoadele de alimentare compulsivă au loc în medie cel puțin o dată pe săptămână pe parcursul a 3 luni. **DA**
- E. Alimentația compulsivă nu se asociază cu comportamente compensatorii recurente precum în bulimia nervoasă și nu apare exclusiv în cursul bulimiei nervoase sau anorexiei nervoase. **DA**

Nivelul actual de severitate: **Moderată**: 4-7 episoade/săptămână

17. Diagnostic diferențial pentru Tulburare de alimentație compulsivă

În anxietatea generalizată a acestei cliente nu se aplică următoarele:

Bulimia nervoasă - clienta nu prezintă comportamente compensatorii inadecvate și recurente precum exerciții fizice intense ori evacuarea auto provocată.

Obezitatea - tulburarea de alimentație compulsivă se asociază cu status supraponderal sau obezitate, dar la indivizii cu obezitate corelația dintre respectul de sine și percepția greutății și

a formei este mult mai mare, iar rata comorbidităților este crescută - nu se aplică în cazul pacientei.

Tulburările bipolare și depresive - creșterea aportului alimentar este asociat cu pierderea controlului. Nu se îndeplinete criteriile pentru a episod depresiv sau tulburare bipolară.

Tulburarea de personalitate borderline - nu se îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru tulburarea de personalitate borderline.

18. Conceptualizarea cazului

Clienta în vîrstă de 37 de ani, cu studii superioare, căsătorită, cu doi copii, actual *Project Specialist* într-o companie farmaceutică, se prezintă la consultație pentru mâncat emoțional și episoade recurente de alimentație compulsivă ce-i creează o stare de stres și nefericire, într-un context familial tensionant și o relație de cuplu nesatisfăcătoare în care se simte devalorizată și “cu toate pe umeri”.

În 2010 odată că prima sarcină a luat în greutate 30 de kg și de atunci a intrat într-un cerc vicios de dietă-mâncat compulsiv, slăbește și se îngrașă la loc.

În ultimii 2-3 ani relația de cuplu a devenit tensionată și a găsit refugiu în mâncare mai mult decât oricând “mănânc pentru a umple un gol”.

Factori predispozanți:

- copilărie nefericită într-un mediu tensionant și instabil, părinți absenți din punct de vedere afectiv
- abuz fizic și emoțional din partea mamei
- lipsa unor relații sociale pozitive, stabile

Factori determinanti:

- fluctuațiile de greutate
- tendința spre obezitate
- imagine de sine precară și stimă de sine scăzută
- lipsa unor mecanisme de autoreglare emoțională

Factori declanșatori:

- creșterea în greutate din timpul sarcinii și încercările multiple de dietă

Factori de menținere:

- conflictele cu partenerul de cuplu
- lipsa suportului social adekvat

Factori heredo-colaterali:

- dependență de alcool a tatălui

19. Obiectivele terapeutice

1. Normalizarea alimentației prin stabilirea unei alimentații regulate și reducerea numărului de episoade de mâncat compulsiv
2. Modificarea convingerilor disfuncționale și a evaluărilor iraționale cu privire la forma și greutatea corporală
3. Ameliorarea imaginii de sine și creșterea stimei de sine
4. Învățarea unor comportamente noi, mai adaptate, de reglare emoționale și gestionare a conflictelor.

20. Plan de intervenție în abordarea cognitiv-comportamentală

ȘEDINȚA 1

Prima ședință are ca obiectiv principal stabilirea alianței terapeutice, identificarea problemelor cu care se confruntă clienta, anamneza și evaluarea psihologică.

- S-au stabilit cadrul terapeutic, contractul, acordul de confidențialitate, responsabilitățile fiecărei părți și așteptările clientei.
- S-a realizat o evaluare generală a problematicii clientei, s-au prezentat motivele prezentării, istoricul medical și motivația pentru schimbare și intrarea într-un proces psihoterapeutic.
- Am realizat anamneza folosind chestionarul multimodal al lui A. Lazarus și Schema de interviu pentru evaluarea tulburărilor de comportament alimentar al lui Fairburn.
- Au fost aplicate testele EDI 2 (Inventarul tulburărilor de comportament alimentar), CIA (Chestionarul de evaluarea a deficitului clinic) și Scala de anxietate Hamilton.
- Instituirea automonitorizării în timp real și informarea clientei privind cântărirea colaborativă din timpul ședințelor de terapie
- Temă pentru acasă: completarea fișelor de automonitorizare în timp real a alimentației și a episoadelor de mâncat compulsiv.
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback clientei și am programat următoarea întâlnire

ŞEDINȚA 2

În ședința a doua se continuă obiectivele din prima ședință: creșterea relației terapeutice, evaluarea psihologică, familiarizarea clientei cu intervenția terapeutică și implicațiile ei.

- Am inițiat cântărirea în cadrul ședinței de terapie și am completat graficul de monitorizare, am informat clienta cu privire la valoarea indicelui de masă corporală și semnificația lui.
- Am oferit educație și clarificare privind procesul cântăririi și am evidențiat necesitatea concentrării atenției pe valoarea greutății pe parcursul a 4 săptămâni și nu pe o cântărire individuală (am discutat factorii situaționali ce pot influența cifrele de pe cântar: nivelul de hidratare, de funcționare a intestinelor și vezicii urinare, perioada ciclului menstrual)
- Am verificat tema de acasă: analiza fișelor de automonitorizare pentru a stabili tipare relevante pentru alimentația compulsivă.
- Am formulat și prioritizat lista de probleme (mâncat compulsiv, dorința de a umple un gol)
- Am stabilit alături de clientă obiectivele terapiei
- Am aplicat restul testelor: BSQ (Body Shape Questionnaire), Inventarul de depresie Beck, Scala Stimei de sine Rosenberg și Scala situațiilor și emoțiilor.
- Temă pentru acasă: completarea fișelor de automonitorizare în timp real a alimentației, indicația de a rezista tentației de a se cântări până la ședința următoare prin plasarea cântarului într-un loc greu accesibil.
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback clientei și am programat următoarea întâlnire

ŞEDINȚA 3

- Am inițiat cântărirea în cadrul ședinței de terapie și am actualizat graficul de monitorizare reprezentând dinamica greutății
- Am verificat tema de acasă: analiza fișelor de automonitorizare și am discutat despre dificultățile de a face față tentației de a se cântări și episoadele de mâncat compulsiv apărute.
- I-am clarificat clientei diagnosticul, pe baza rezultatelor obținute la testele psihologice și a interviului clinic. I-am prezentat principalele caracteristici, evoluția, prognosticul și riscurile asociate privind sănătatea fizică și psihică.
- I-am expus posibilele cauze și factori de menținere a tulburării de alimentație (lipsa de autoreglare emoțională, convingerile disfuncționale și a evaluările iraționale cu privire la forma și greutatea corporală, curențele afective pe care le-a trăit, mediul tensionant și instabil

în care a crescut, lipsa suportului social, situația prezentă: tensiunea din familie și conflictele cu soțul)

- I-am explicitat în detaliu natura și stilul tratamentului prin modelul psihoterapiei cognitiv-comportamentale pe care vom lucra, am stabilit numărul total de ședințe necesare: 20 și împărțirea lor în 4 etape.
- Am invitat clienta să facem o listă cu activitățile care îi fac plăcere și care să fie: active, plăcute, realiste (scris, citit, meditație, plimbat prin parc, ascultat muzică). I-am propus să facă o astfel de activitate atunci când simte nevoie de a se alimenta în mod compulsiv.
- Temă pentru acasă acasă: completarea fișelor de automonitorizare, oferirea unor materiale de lectură dirijată pentru diagnosticul tulburare de alimentație compulsivă precum: *Gata cu mâncatul compulsiv* de C. Fairburn, angajarea într-o activitate plăcută alternativă mâncatului în mod compulsiv.
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback clientei și am programat următoarea întâlnire.

ȘEDINȚA 4

- Am inițiat cântărirea în cadrul ședinței de terapie și am actualizat graficul de monitorizare reprezentând dinamica greutății
- Am verificat tema de acasă: analiza fișelor de automonitorizare cu accent pe episoadele de alimentație compulsivă și am cerut feedback cu privire la activitățile folosite pentru a le combate (ce a funcționat, ce nu). Pe baza monitorizării decidem să actualizăm lista.
- Pe baza fișelor de automonitorizare am adus în discuție modul în care ne evaluăm ori judecăm ca persoană. I-am propus clientei să alcătuiască o listă cu domeniile vieții personale pe care le consideră relevante pentru propria evaluare (dacă are dificultăți, îi putem oferi exemple: calitatea relațiilor sociale, rezultate profesionale, propria înfățișare) și să le ierarhizeze în funcție de importanța fiecăruia.
- Se desenează o diagramă în care fiecare sector reprezintă importanța domeniului și discutăm implicațiile schemei de autoevaluare. Chiar dacă preocupările pentru alimentație și siluetă sunt dominante, scopul este de a-i arăta că un cerc dominant limitează experiența personală, și marginalizează domenii ale vieții care ar putea contribui în mod pozitiv la autoevaluare, dar că sta în puterea ei să schimbe acest lucru.

- Am ajutat clienta să identifice noi activități în care și-ar dori să se implice, lucruri pe care ar vrea să le încerce, care îi aduc bucurie. Am ales 2 activități (scris poezii, mers prin parc/la munte - posibilitatea înscrierii într-un grup de drumeții) pe care să le încerce săptămânal.
- Pe baza diagramei desenate am discutat despre modalitățile de control ale siluetei și ale greutății și i-am propus să adauge la fișa de monitorizare o rubrică în care să noteze fiecare situație în care face următoarele activități: verificarea siluetei, compararea cu ceilalți, evitarea verificării, impresia că este grasa, alături momentul zilei, sentimentul resimțit.
- Temă pentru acasă acasă: completarea fișelor de automonitorizare și angajarea în mod regulat în două activități ce-i fac plăcere.
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback clientei și am programat următoarea întâlnire.

ȘEDINȚELE 5 și 6

- Am inițiat cântărirea în cadrul ședinței de terapie și am analizat evoluția graficului de greutate, după cele 4 ședințe de cântăriri săptămânale colaborative.
- Am verificat tema pentru acasă și am identificat drept cele mai comune metode de evaluare a greutății și siluetei: compararea cu ceilalți (prietenii mai suple, modele din mass-media) și evitarea verificării (clienta evită oglinzi, tinde să se îmbrace pe întuneric sau să facă duș foarte rapid în locul unei băi lungi în cadă).
- Am discutat despre prejudecăți și subiectivism, despre modul în care se compară cu ceilalți, despre faptul că își ia modele nerealiste din mass-media și se compară doar cu un grup restrâns al persoanelor foarte suple. De asemenea am remarcat că se compară cu ceilalți limitându-se la înfățișarea fizică în loc să ia în considerare și celelalte aspecte (personalitate, inteligență, abilități).
- I-am propus drept exercițiu să meargă pe o stradă aglomerată și să se compare cu persoanele de aceeași vîrstă și sex ca și ea cu scopul de a descoperi că există mai multe variații cu privire la formă și atraktivitate.
- Pentru a combate comparațiile cu persoane publice, i-am sugerat să cerceteze pe internet subiectul de modificare a pozelor prin procedeul de aerografie și să caute campania Dove Evolution.
- Folosind desensibilizarea sistematică vom lucra pe problema de evitare a siluetei. I-am cerut clientei să alcătuiască o listă cu toate situațiile în care își evită silueta și să le acorde o notă de la 1 la 10 în funcție de intensitatea lor. În săptămânile ce urmează va trebui să confrunte

aceste temeri, începând cu cea cu un grad scăzut de intensitate (de exemplu să se îmbrace într-o cameră cu lumină difuză, să spele cu buretele în mod conștient o zonă a corpului, ulterior să aplice loțiune pe tot corpul).

- Temă pentru acasă acasă: completarea fișelor de automonitorizare, exerciții de desensibilizare sistematizată.
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback clientei și am programat următoarea întâlnire.

ȘEDINȚA 7

- Am inițiat cântărirea în cadrul ședinței de terapie, am actualizat graficul de monitorizare reprezentând dinamica greutății și am verificat tema pentru acasă.
- Întrucât episoadele de mâncat compulsiv ale clientei sunt cauzate și de evenimente exterioare și apar și în contextul unor relații conflictuale, în această ședință vom urmări dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor.
- Vom identifica în fișa de monitorizare o situație ce a avut drept urmare un episod de alimentație compulsivă și pe parcursul ședinței vom încerca o abordare împreună pe baza procesului de rezolvare a problemelor.
- Clienta va învăța un proces de rezolvare a problemelor ce implică șase pași: identificarea din timp a problemei, specificarea cu exactitate a problemei, luarea în considerare a cât mai multor soluții, analiza implicațiilor fiecărei soluții, alegerea celei mai bune soluții și implementarea ei și analiza în retrospectivă a ei.
- Temă: exersarea procesului de rezolvare a problemelor.
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback clientei și am programat următoarea întâlnire.

ȘEDINȚA 8

- Aceasta va fi o ședință de tranziție și presupune realizarea unei evaluări a progresului înregistrat până în acest moment.
- Se vor identifica obstacolele care apar în calea schimbării - în cazul clientei sunt prezente modificări ale comportamentului alimentar ca urmare a schimbărilor de dispoziție afectivă și se va revizui formularea tratamentului.

- Se obține feedback-ul cu privire la procedurile terapeutice folosite care în opinia ei au ajutat-o.
- Se laudă clienta pentru efortul depus și i se acordă credit pentru orice schimbare realizată.
- Se reaplică EDI 2 și CIA (Chestionarul de evaluarea a deficitului clinic).
- Propunem invitarea unei persoane semnificative din anturajul clientei în măsura în care aceasta este de acord.

ȘEDINȚELE 9 și 10

- Următoarele ședințe vor avea ca obiectiv principal intervenția asupra schimbărilor de dispoziție afectivă ce declanșează și mențin tulburarea de comportament alimentar a clientei.
- Vom face psihoeducație cu privire la intoleranța la emoții. Se urmărește recunoașterea și normalizarea emoțiilor, indiferent de intensitate și dacă sunt pozitive sau negative precum și dobândirea unor modalități adaptative de gestionare a lor.
- Vom analiza lista de automonitorizare și vom identifica o situație specifică ce a fost urmată de un episod de alimentație compulsivă - vom arăta cum reacția curentă obișnuită este nefolositoare.
- Vom analiza și interveni asupra episodului după următoarea structură: identificarea episodului declanșator (o ceartă cu soțul), evaluarea cognitivă (“mereu dă vina pe mine”), schimbarea dispoziției (furie), evaluarea cognitivă a schimbării dispoziției afective, urmată de amplificarea cognitivă a dispoziției (“sentimentul este inconfortabil, nu suport deloc starea aceasta”), inițierea comportamentului dezadaptativ de reglare a emoțiilor (începe să se supraalimenteze), ameliorarea imediată a stării emotionale negative (scădere în intensitate a furiei), evaluarea cognitivă ulterioară (“nu sunt în stare de nimic, nu mă pot opri din mâncat”).
- Clienta va fi instruită să detecteze apariția unui eveniment sau a unei emoții ce poate declanșa un episod de alimentare compulsivă și să se detașeze de el prin a nota o descriere ce va conține: ce s-a întâmplat, evaluarea lor în legătură cu ce s-a întâmplat, cu se simt, evaluarea lor față de acest sentiment). Scopul va fi încetinirea procesului de reacție și va determina clienta să rămână mai mult în starea curentă și să nu mai scape automat în comportamentul dezadaptativ.
- Ulterior monitorizării și încetinirii răspunsului se va interveni prin următoarele strategii: clienta va împiedica apariția evenimentelor declanșatoare prin rezolvarea proactivă a problemelor, vom folosi restructurarea cognitivă a distorsiunilor, clienta va fi îndrumată să accepte și să stea în emoție (prin metoda de a observa emoția cum crește și cum se reduce

precum un val la surfing) și să folosească comportamente funcționale de reglare emoțională precum: ascultarea unei melodii care îi schimbă starea de spirit, să comunice cu o persoană dragă, să facă mișcare sau un duș rece).

- Inițial monitorizarea va crea frustrarea și clienta va necesita multă susținere, iar strategiile de reglare pot părea mai puțin eficiente față de cele disfuncționale, dar după o perioadă de exersare vor deveni din ce în ce mai eficiente.
- Tema pentru acasă: completarea fișelor de automonitorizare a evenimentelor ce declanșează alimentarea compulsivă și întârzierea răspunsului prin notarea lui.
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback clientei și am programat următoarea întâlnire.

21. Concluzii studiu de caz

Planul de terapie a constat în 10 ședințe împărțite în 3 etape:

1. Etapa I: ședințele 1-7
 - Primele 2 ședințe au avut ca scop stabilirea relației terapeutice, evaluare și stabilirea obiectivelor.
 - În sedința 3 s-au instituit procedurile de bază pentru lucrul cu tulburările de comportament alimentar: completarea fișelor de automonitorizare, cântărirea colaborativă și prescrierea unui regim alimentar regulat. S-a oferit psihoeducație cu privire la diagnostic prin lectură dirijată.
 - În ședința 4 am abordat tema supraevaluării siluetei și greutății și am identificat noi domenii ale vieții personale pentru a-și extinde modul în care își realizează propria evaluare. Am găsit activități noi de suport care să-i distrajă atenția clientei de la preocupările excesive legate de alimentație, greutate și siluetă și care să-i producă relaxare.
 - Ședințele 5 și 6 au constat în lucrul cu distorsiunile cognitive privind aspectul fizic (comparare, evitare) prin introducerea unor strategii și tehnicii de lucru cu acestea (tehnica desensibilizării față de evaluarea propriului corp).
 - Ședința 7 urmărit dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor.
 - Etapa 2: ședința 8 a fost o ședință de tranziție cu scop de evaluare a progresului și reformulare a strategiilor de lucru și apreciere a progresului înregistrat de clientă.
2. Etapa 3: ședințele 9 și 10 au avut ca obiectiv principal intervenția asupra schimbărilor de dispoziție afectivă ce declanșează și mențin tulburarea de comportament alimentar a clientei. Etapa va fi continuată cu încă 5 ședințe ce vor continua strategiile și procedurile introduse anterior.

Ultimele 3 ședințe ar alcătui etapa 4 ce are ca scop pregătirea clientei pentru finalizarea terapiei și menținerea progreselor obținute.

Obstacole: mediu familial instabil, prezența unor stresori exteriori, greutate supraponderală, tulburare alimentară existentă de mult timp.

Resursele clientei: conștientizarea tulburării, motivație puternică pentru schimbare, experiență anterioară pozitivă cu psihoterapia, lipsa altor tulburări clinice.

3.3. Cazul 3: Tulburare de comportament nespecificat - Ortorexie

1. Date de identificare:

Bărbat, 33 de ani, studii superioare, Senior Active Sourcing Specialist într-o companie IT, necăsătorit, locuiește singur într-un apartament din București.

2. Motivele prezintării:

- Se prezintă la terapie din curiozitate, la recomandarea familiei și a prietenilor care îi spun că a dezvoltat o obsesie pentru un stil de viață sănătos, că este inflexibil și exagerat.
- Pacientul susține că “îmi oferă un confort psihic să știu că mănânc aşa cum trebuie” și că “nu cred că am o problema alimentară și sper să nu-mi spui că am una la finalul acestei evaluări.”

3. Prima prezintare la psiholog:

- Aceasta este prima interacțiune a pacientului cu un psiholog.

4. Acuzele pacientului:

- De câțiva ani are un stil de viață foarte sănătos, precum și un antrenament fizic de la care nu se abate niciodată. Se simte fericit și mulțumit de el când e „on track”, are un sentiment bun atât fizic cât și psihic, dar în situațiile în care nu poate ține regimul, se destabilizează, se simte tensionat și are nevoie de o săptămână ca să preia controlul asupra dietei.
- Familia și prietenii îi spun că este obsesiv și că din cauza aceasta este mai indisponibil pentru viață socială.
- În ultima perioadă a devenit mai selectiv cu ieșirile din cauza pandemiei, dar și pentru că evenimentele sociale (nunți, botezuri) îi dau alimentația peste cap.
- La muncă evită să iasă la masă cu colegii pentru a nu face alegeri alimentare neinspirate, preferă să-și aducă mâncare de acasă și să mănânce singur.
- De când a început pandemia și a văzut că oamenii supraponderali sunt supuși unor riscuri mai mari pentru afecțiuni, a devenit și mai atent la stilul lui de viață, având o alimentație mai

restrictivă și foarte organizată. Susține că nu-l încurcă, dar că “mi-aș dori să pot mâncă orice fără să mă îngras sau să existe riscuri”.

5. Debut:

- În adolescență a ajuns la greutatea de 100 de kg. A trecut printr-un proces de slăbire, iar de atunci a fost mereu preocupat de dietă, alimentație, nutriție, sport și cum să le folosească pe toate acestea pentru a nu ajunge din nou în situația respectivă.
- Regimul lui s-a îmbunătățit pe parcurs, obiceiurile alimentare s-au schimbat și s-au rafinat. A învățat să gătească și să facă cumpărături în modul în care își poate susține aceste obiceiuri. Deja nu-i mai ocupă mult timp din zi pentru că majoritatea obiceiurilor sunt bine cristalizate și funcționează ca automatisme.
- În ultimii doi ani a conștientizat și mai mult importanța unui stil de viață sănătos când un prieten mai plinuț a făcut Covid, a avut complicații, a ajuns la terapie intensivă.

6. Istoricul personal:

Familia de origine:

- Pacientul este copil unic, s-a născut și a locuit în Călărași într-un apartament de 2 camere împreună cu părinții, la naștere părinții aveau 27 de ani (tatăl) și 22 de ani (mama).
- Atmosfera familiei era neconflictuală, dar rece, nu se manifestau sentimentele nici față de el, nici părinții între ei și existau reguli foarte stricte.
- Situația materială a fost dificilă, aveau strictul necesar.
- În vacanțe rămânea la bunicii din partea tatălui. S-a simțit atașat de bunica în special pentru că aceasta nu-i impunea reguli și putea face tot ce-și dorea. Bunicul era calm și bland și-l învăța multe lucruri - a murit când avea el 10 ani de o complicație la inimă.

Părinții:

- Tatăl lucra în armată, era rece, autoritar și strict. Avea simțul umorului și era muncitor. A avut o relație bazată pe respect, nu foarte afectuoasă.
- Mama lucra în poliție, era foarte emoțională, colerică, se enerva ușor. Era o luptătoare, dar au avut o relație mai degrabă conflictuală, îi aplica multe corecții fizice.

7. Evoluția personală:

- La școală nu a excelat, dar s-a descurcat mereu bine. Uneori învăța fix când știa că va fi ascultat sau că va da un test, alteori copia sau mai lua teme de la colegi.
- Nu s-a definit în funcție de succesul școlar.

- A făcut Facultatea de relații economice internaționale pentru că suna bine, dar nu știa exact ce va lucra. După facultate s-a angajat în resurse umane întrucât voia să câștige niște bani, un prieten lucra acolo și l-a recomandat. I-a plăcut job-ul și a continuat în această direcție.
- A schimbat mai multe locuri de muncă întrucât susține că nu-i place managerii autoritari și inflexibili și când nu se mai simțea bine în acel mediu, căuta un alt loc.
- La actualul loc de muncă s-a angajat recent, a abia în perioada de probă și nu și-a făcut încă o idee dacă îi place sau nu.

8. Evoluția relațiilor interpersonale

- În copilărie nu prea a avut prieteni din cauza condiției medicale și a spitalizărilor dese. Căuta mereu compania copiilor, se împrietenea cu cei din spital, dar pe termen scurt, ei se externau și pierdeau legătura.
- Abia când a depășit problemele medicale și când a început să meargă în mod constant la școală și-a făcut un grup de prieteni. Îi plăcea să iasă în evidență prin sfidarea profesorilor și fiind rebel.
- În adolescentă a legat relații și mai durabile, a fost o perioadă frumoasă, plină de distracții și cu unii colegi încă mai ține legătura.
- În prezent are un grup stabil de prieteni cu care se vede în mod constant, precum și un prieten foarte bun pe care l-a cunoscut la primul loc de muncă și care îi este confident.

9. Viață sexuală și relație maritală

- A discutat mereu despre sex cu prietenii, niciodată în familie. A aflat multe lucruri despre sex de la un prieten cu 3-4 ani mai mare cu care se întâlnea la bunici în vacanța de vară, el l-a inițiat și i-a dat sfaturi. Prima experiență sexuală a fost în adolescentă.
- A avut mai multe relații scurte, cea mai lungă fiind de 3 ani cu o fată mai mare cu 4 ani (când avea el 25 de ani). Relația s-a terminat pentru că ea își dorea să facă pasul următor, iar el nu.
- În prezent este singur, nu își dorește să se căsătorească deloc și nici să aibă copii. Consideră că relațiile pentru totdeauna nu sunt pentru el, îi place adrenalina și libertatea.

10. Nivelul material și modul de viață actual

- Are o situație financiară bună, își permite o viață confortabilă, fără griji.
- Are un grup de prieteni cu care își petrece timpul liber și cu care merge în vacanțe, precum și un prieten foarte bun.
- Îi place mult să danseze (latino), dar de când cu pandemia nu a mai mers.
- Citește mult cărți de dezvoltare personală, nutriție, îi place să facă sport și să călătorească.

- Are momente în care îi place să stea singur și nu simte nevoie de companie a celorlalți.
- În ultima perioadă a devenit mai selectiv cu ieșirile pe fond de pandemie, dar și pentru că evenimentele sociale (nunți, botezuri) îi dau alimentația peste cap.

11. Factori biologici

- În copilărie a fost bolnav, a suferit de sindrom nefrotic pur, iar între 3 și 7 ani a stat mai mult internat în spital. A avut tratament cu numeroase medicamente, perfuzii și regim alimentar strict fără sare și zahăr. La 10 ani s-au rezolvat problemele medicale.

Calitatea somnului: în general bună, dar uneori are insomnii de adormire

Tentative de suicid: Nu

Nu prezintă antecedente psihice

Alimentație:

- În perioada în care a fost bolnav a urmat un regim alimentar fără sare și zahăr, preponderent cu mâncare fiartă, fără gust.
- A fost un copil cu o greutate normală și nu foarte mâncăcios. De multe ori uita să mănânce pentru că preferă să se joace.
- În adolescență a ajuns la greutatea de 100 de kg. Nu se simțea bine și nu-i plăcea cum arată și a trecut printr-un proces de slăbire, iar de atunci a fost mereu preocupat de dietă, alimentație, nutriție, sport și cum să le folosească pe toate acestea pentru a nu ajunge din nou în situația respectivă.
- Susține că regimul lui este unul foarte sănătos

Exerciții fizice: se antrenează de 4 ori pe săptămână și merge zilnic 2 ore pe banda.

Consum de substanțe: Nu

12. Evoluția patologică

- În istoricul clientului există *antecedente de atașament nesecurizant și abuz*: tată autoritar ce lucra în armată și îi impunea foarte multe reguli, mamă colerică, instabilă emoțional ce îl bătea.
- Clientul *are o mare nevoie de a defini controlul și manifestă o problemă cu autoritatea*. ”mă simt bine să mănânc cum trebuie, “să fiu on track”, “nu-mi plac managerii autoritari” începută în copilărie când și-a însușit rolul de rebel al clasei prin sfidarea regulilor și ca urmare a numeroaselor reguli pe care le-a avut în familie.
- Prezintă *îngrijorări exagerate legate de sănătate* ca urmare a istoricului de boală din copilărie, dar și a decesului bunicului din motive medicale.

- Prezintă o *tendință de interiorizare, de evitare a relațiilor sociale și în special a relațiilor de cuplu* de lungă durată ce sunt evidențiate prin lipsa dorinței de a menține o relație de cuplu stabilă, preferința de a sta singur și de a evita participa la evenimente sociale.

Proceduri de evaluare psihologică:

13. Ghid de observație:

Aspect exterior și comportament: pacientul este cooperant, încrezător, cu simțul umorului, mimică relaxată, mod de a se îmbracă îngrijit, conform vârstei și anotimpului, contact vizual ușor de stabilit și de menținut.

Vorbirea: debit verbal normal, pauze în vorbire, ton prietenos.

Gândirea: discurs logic, cursiv și coerent, comunicarea se obține fără dificultate.

Dispoziție bazală: constantă, relaxată.

Percepția: nu prezintă halucinații

Conștiința de sine și a mediului: conștiință clară, orientare spațio-temporală normală, concentrare bună, fără tulburări mnezice.

Conduită alimentară: alimentație restrictivă

Critica bolii: nu este conștient de problema alimentară

Atitudinea față de sine: este mulțumit de sine, își apreciază determinarea în menținerea unui stil de viață sănătos, folosește autoironia.

Atitudinea față de alții: interes pentru relații sociale, atitudine deschisă.

14. Schemă de interviu pentru evaluarea tulburării de comportament alimentar

Pattern alimentar obișnuit (constant de aproximativ 2 ani)

- Consumă 2000~2500 de calorii zilnic, împărțite în 4 mese
- Mănâncă divers, toate grupele alimentare, dar nu face abuz de carne
- Nu consumă fast food, junk food, mezeluri și alte alimente pe care le consideră dăunătoare.
- Nu mănâncă gras sau produse cu foarte multe grăsimi.
- Nu folosește ulei de floarea soarelui, sare și zahăr.
- Consumă multe superalimente: chia, quinoa, semințe de cânepă, spirulină, avocado, diverse nuci și semințe.
- Evită să mănânce în oraș pentru că nu găsește mereu opțiuni potrivite stilului alimentar și nu știe exact ce ingrediente conțin.

Ciugulitul: NU, scor 0 - Lipsa ciugulitului

Restricție a consumului alimentar: DA, scor 6 - a încercat să-și impună o restrângere a consumului alimentar în fiecare

- restricție a consumului alimentar în vederea influențării greutății și siluetei? - da, cu frecvență zilnică
- restricție a consumului alimentar în vederea menținerii sentimentului de control în general? - da, de cele mai multe ori

Evitare a consumului alimentar: NU, scor 0 - nu au existat perioade de 8 sau mai multe ore din perioada de veghe în care să nu consume alimente

Dorința de a avea stomacul gol: NU, scor 0 - nicio dorință clară de a avea stomacul gol

Evitarea unor alimente: DA, scor 6 - a încercat evitarea unor alimente în fiecare zi

- nu consumă fast food, junk food, mezeluri și alte alimente pe care le consideră dăunătoare
- nu folosește ulei de floarea soarelui.
- a încercat evitarea unor alimente în fiecare zi în vederea influențării greutății și siluetei și pentru a deține sentimentul de control

Reguli de conduită alimentară: DA, scor 6 - a încercat să respecte asemenea reguli în fiecare zi

- 4 mese pe zi
- calculează caloriile să se încadreze în 2000~2500/zi
- Nu mănâncă gras sau produse cu foarte multe grăsimi

Preocupări legate de alimente, alimentație sau calorii: DA, scor 1 - deficit de concentrare 1-5 zile

Teama legată de pierderea controlului asupra alimentației: NU, scor 0 - nicio teamă

Episoade bulimice sau de supraalimentație: NU, scor 0

Exerciții fizice autoimpuse: Da, 120' zilnic, 60' intens/4 ori/săptămână

- Practică un program de antrenament numit Calisthenics de 4 ori pe săptămână – antrenament de o oră.
- Merge pe banda 10.000 de pași – 2 ore – în fiecare zi.

Nemulțumire față de greutatea corporală: NU, 0 - nicio nemulțumire

Dorința de a pierde în greutate: NU, scor 0 - nicio dorință puternică de a pierde în greutate

Greutatea ideală: 70-73 kg

Cântărire: o dată pe săptămână, interes pentru compoziția corporală și nivel de grăsimi

Reacție față de cântărire recomandată: 0 -nicio reacție

Sensibilitate față de câștigul în greutate: DA, scor 1 - 3 kg ar genera o reacție negativă marcantă

Nemulțumirea față de siluetă: DA, scor 2 - ușoară nemulțumire legată de siluetă

Preocupare față de mâncatul în compania altor persoane: NU, scor 0 - nicio preocupare

Mâncatul pe ascuns: NU, scor 0 - nu a mâncat pe ascuns

Preocupări legate de siluetă sau greutate: DA, scor 1 - deficit de concentrare prezent în 1-5 zile

Greutatea a influențat modul în care vă vedeți, percepți, evaluați ca persoană? DA, scor 4 - importanță moderată

Silueta a influențat modul în care vă vedeți, percepți, evaluați ca persoană? DA, scor 4 - importanță moderată

Control strict asupra alimentației: DA, menținerea unui control strict asupra alimentației

Teamă legată de câștigul în greutate: DA, teamă evidentă în 1-5 zile

Disconfort la vederea propriului corp sau expunere: NU, scor 0 - absență oricărui disconfort

Preocupare pentru compoziția corporală: DA, scor 6: preocupare intensă

Dorință de stomac plat: DA, scor 2 - Dorință clară de a avea un stomac plat în 6-12 zile

Vigilență în legătură cu greutatea și silueta: DA, scor 6 - vigilență în fiecare zi

15. Probe aplicate și rezultate:

Ghidul de evaluare clinică pentru studiul de caz - Arnold Lazarus

Schemă de interviu pentru evaluarea tulburării de comportament alimentar - Christopher Fairburn

Scala de Anxietate Hamilton	Scor global = 3 Scor Subscala psihică = 2 Scor subscala somatică = 1	Anxietatea foarte scăzută
Inventarul de depresie Beck	Scor = 0	Stare normală
Scala Stimei de sine Rosenberg	Scor = 32	Stimă de sine medie
Scala Perfecționismului (16 Personality Factors Questionnaire)	Scor = 32	Perfecționism peste medie
CIA (Chestionarul de evaluarea a deficitului clinic)	Scor = 24	Nivel mediu al deficitului psihosocial
BSQ (Body Shape Questionnaire)	Scor = 38	Îngrijorare medie față de forma corpului

ORTO-15	Scor = 40 cognitiv-rational: 10 clinic: 13 aspecte emoționale: 8	Diagnostic pozitiv pentru ortorexie
EDI 2 (Inventarul tulburărilor alimentare)	Scor total = 33 Căutarea siluetei = 15 Bulimie = 0 Insatisfacție în raport cu corpul său = 1 Ineficacitate = 1 Perfecționism = 3 Neîncredere interpersonală = 0 Conștiință interoceptivă = 1 Teama de maturizare = 2 Ascetism = 8 Controlul pulsiunilor = 2 Insecuritate socială = 0	Diagnostic pozitiv pentru existența unei tulburări alimentare cu scoruri ridicate pe scalele căutarea siluetei și ascetism

Scorul la Chestionarul ORTO-15 arată un diagnostic pozitiv pentru ortorexie, existența unei tulburări de alimentație fiind confirmată și de rezultatul la Inventarul tulburărilor alimentare (EDI 2), cu scoruri ridicate pe scalele căutarea siluetei și ascetism. Cu toate că EDI nu este specific pentru stabilirea unui diagnostic de ortorexie, un scor peste 14 indică prezența unei tulburări alimentare și am fost interesată în mod special de scalele la care clientul va obține un scor mai ridicat, semnificativ diferit față de celelalte. Scalele căutarea siluetei și ascetismul confirmă indică o tulburare alimentare din motive de interes pentru forma corpului, dar și nevoie de superioritate, de control și diferențiere față de ceilalți.

Cauza determinantă a declanșării și menținerii tulburării de alimentație este istoricul de boală și evenimentele adiacente (decesul bunicului din considerante medicale, spitalizarea prietenului în perioada pandemiei) alături de nevoia de control, de a-și stabili propriile reguli și spiritul rebel.

Accentul pus pe importanța siluetei reiese și din rezultatul obținut la BSQ ce indică o îngrijorare medie cu privire la forma propriului corp, potențată și de un perfecționism peste medie.

Chestionarul de evaluarea a deficitului clinic întărește diagnosticul și arată că prezența tulburării alimentare provoacă și un deficit psihosocial mediu în viața clientului.

Inventarul de depresie Beck a arătat absența depresiei, iar la Scala de Anxietate Hamilton a înregistrat un scor foarte mic, motiv pentru care nu este necesară o intervenție specială.

16. Diagnostic prezumtiv conform DSM-V

307.50 - Tulburare de comportament nespecificată - Ortorexie

Se îndeplinesc criteriile de diagnostic din DSM-V pentru „tulburare de comportament nespecificată”:

- Pacientul se încadrează în tabloul clinic al unei tulburări de comportament alimentar ce determină disconfort și deficit clinic în domeniile social sau profesional sau în alte domenii de funcționare, dar acestea nu intrunesc criteriile complete de diagnostic pentru niciuna din tulburările aparținând clasei de diagnostic a tulburărilor de comportament alimentar.

Printre simptomele caracteristice unei tulburări de comportament alimentar sunt prezente:

- teamă intensă față de creșterea în greutate și de obezitate
- comportament persistent care are drept scop prevenirea creșterii ponderale
- influență exagerată a greutății sau formei corporale asupra evaluării sinelui
- interferență cu funcționarea psihosocială

Se îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru Ortorexie conform Bratman și Cena:

1. preocupare obsesivă pentru o alimentație sănătoasă **DA**
2. comportamente care includ urmărirea strictă a unui comportament restrictiv de dieta sănătoasă, cu evitarea strictă a alimentelor considerate a fi nesănătoase și impure **DA**
3. încălcările dietei lor au ca rezultat o suferință emoțională extremă cu sentimente de vinovăție și anxietate **DA**
4. produce deficiențe psihosociale în funcționarea socială și vocațională/academică **DA**
5. modificări fizice legate de deficiențe nutriționale **NU**

17. Diagnostic diferențial pentru Ortorexie

În cazul clientului nu se aplică următoarele:

- *Anorexie nervoasă* - comportamentul alimentar restrictiv este mai degrabă în scopul sănătății, decât a subțierii corpului, iar pacientul are o greutate normală.
- *Bulimia nervoasă* - nu prezintă episoade de mâncat compulsiv urmate de comportamente compensatorii
- *Tulburarea de alimentație compulsivă* - nu are episoade de alimentație excesivă

- *Tulburarea anxioasă socială* (fobia socială), tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburarea dismorfică. - nu se simte jenat să mănânce în public, nu prezintă obsesii și compulsii și nu este preocupat excesiv de un defect corporal
- *Tulburarea de aport alimentar de tip evitant/restrictiv* - clientul nu prezintă o lipsă aparentă pentru mâncare și nu are un deficit nutrițional sever, scădere în greutate și/sau dependență de suplimente nutritive orale.
- *Tulburarea nosofobică* - cu toate că asociază o alimentație curată cu sănătatea, pacientul nu prezintă îngrijorarea de a avea sau de a dobândi o boală gravă și nu are un comportament anormal cu privire la îngrijirile medicale (nici nu le evită, dar nici nu merge frecvent).

18. Conceptualizarea cazului

Clientul în vîrstă de 33 de ani, necăsătorit, cu studii superioare, se prezintă la terapie la recomandarea familiei și a prietenilor care îi spun că a dezvoltat o obsesie pentru un stil de viață sănătos, că este inflexibil și selectiv cu privire la participarea la evenimente sociale din motivul alimentației.

În adolescentă a devenit supraponderal, a urmat o dietă pentru a slăbi, iar din acel moment alimentația sănătoasă și exercițiile regulate au devenit un scop central al vieții sale. În situațiile în care nu poate ține regimul, se destabilizează și se simte tensionat. Obiceiurile s-au accentuat în pandemie când a observat că oamenii cu obezitate sunt mai vulnerabili la îmbolnăviri.

Factori predispozanți:

- Boala din copilărie și perioada prelungită de spitalizare
- Atitudinea rebelă, de sfidare
- Lipsa relațiilor sociale constante și solide
- Moarte bunicului

Factori determinanti:

- Creșterea în greutate din adolescentă

Factori declanșatori:

- Începerea unei diete și a unui program de slăbire

Factori de menținere:

- Contextul pandemic și spitalizarea prietenului său
- Nevoia de control

- Retragerea socială

19. Obiectivele terapiei

1. Conștientizarea problemei, obținerea colaborării și întărirea motivației pentru schimbare
2. Flexibilizarea comportamentului alimentar prin reducerea restricțiilor alimentare și a exercițiilor fizice.
3. Reducerea intensității îngrijorării legate de sănătate
4. Reducerea tensiunii și a sentimentelor de vinovăție cauzate de încălcarea principiilor alimentare
5. Ameliorarea imaginii de sine prin extinderea autoevaluării la alte caracteristici personale
6. Creșterea interesului social și participarea la întâlniri și activități de grup

20. Plan de intervenție în abordarea cognitiv-comportamentală

ȘEDINȚA 1

Prima ședință are ca obiectiv principal stabilirea alianței terapeutice, identificarea problemelor cu care se confruntă clientul, anamneza și evaluarea psihologică.

- S-au stabilit cadrul terapeutic, contractul, acordul de confidențialitate, responsabilitățile fiecărei părți și așteptările clientului.
- S-a realizat o evaluare generală a problematicii clientului, s-au prezentat motivele prezentării, istoricul medical și motivația pentru schimbare și intrarea într-un proces psihoterapeutic.
- Am realizat anamneza folosind chestionarul multimodal al lui A. Lazarus și Schema de interviu pentru evaluarea tulburărilor de comportament alimentar al lui Fairburn.
- Au fost aplicate testele ORTO-15, CIA (Chestionarul de evaluarea a deficitului clinic) și Scala de anxietate Hamilton.
- Instituirea automonitorizării în timp real și informarea clientului privind cântărirea colaborativă din timpul ședințelor de terapie
- Temă pentru acasă: completarea fișelor de automonitorizare în timp real a alimentației și a exercițiilor fizice autoimpuse.
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback clientului și am programat următoarea întâlnire

ŞEDINȚA 2

În şedința a doua se continuă obiectivele din prima şedință: creșterea relației terapeutice, evaluarea psihologică, familiarizarea clientului cu intervenția terapeutică și implicațiile ei.

- Am inițiat cântărirea în cadrul ședinței de terapie și am completat graficul de monitorizare, am informat clientul cu privire la valoarea indicelui de masă corporală și semnificația lui. Luăm în considerare și compoziția corporală și vom urmări evoluția acesteia.
- Am oferit educație și clarificare privind procesul cântăririi și am evidențiat necesitatea concentrării atenției pe valoarea greutății și a compozitiei corporale pe parcursul a 4 săptămâni și nu pe o cântărire individuală (am discutat factorii situaționali ce pot influența cifrele de pe cântar: nivelul de hidratare, de funcționare a intestinelor și vezicii urinare)
- Am verificat tema de acasă: analiza fișelor de automonitorizare
- Am formulat și prioritizat lista de probleme: destabilizarea și tensiunea resimțită când își încalcă principiile alimentare a fost prima, iar clientul ia în considerare și remarcile prietenilor privind obsesia pentru un stil de viață sănătos, rigiditatea și evitarea evenimentelor sociale.
- Am stabilit alături de client obiectivele terapiei.
- Am aplicat restul testelor: BSQ (Body Shape Questionnaire), Inventarul de depresie Beck, Scala Stimei de sine Rosenberg și Scala perfecționismului.
- Temă pentru acasă: completarea fișelor de automonitorizare în timp real a alimentației și a exercițiilor fizice autoimpuse, indicația de a rezista tentației de a se cântări până la ședința următoare prin plasarea cântarului într-un loc greu accesibil.
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback clientului și am programat următoarea întâlnire

ŞEDINȚA 3

- Am inițiat cântărirea în cadrul ședinței de terapie și am actualizat graficul de monitorizare reprezentând dinamica greutății.
- Am verificat tema de acasă: analiza fișelor de automonitorizare.
- I-am clarificat clientului diagnosticul, pe baza rezultatelor obținute la testele psihologice și a interviului clinic. I-am prezentat principalele caracteristici, evoluția și riscurile asociate.
- I-am expus posibilele cauze și factori de apariție și menținere a tulburării (istoricul de boală, procesul de slăbire prin care a trecut, nevoia de control, convingerile disfuncționale și

evaluările iraționale cu privire la forma și greutatea corporală, curențele afective pe care le-a trăit, pedepsile fizice, tata autoritar, mamă colerică, evenimentele din pandemie)

- I-am explicat natura și stilul tratamentului prin modelul psihoterapiei cognitiv-comportamentale pe care vom lucra, am stabilit numărul total de ședințe necesare: 20 și împărțirea lor în 4 etape.
- Am ajutat clientul să înțeleagă că regimul său alimentar riguros, bazat pe restricții constituie o problemă ce întreține tulburarea alimentară și are cauze precum: preocuparea intensă pentru alimente și alimentație, restricționează modalitatea prin care se poate alimenta - de exemplu în societate și creează sentimente de vinovăție și slăbiciune atunci când este încălcată.
- Am identificat o regulă specifică (4 mese pe zi) am analizat elementele care o motivează (să aibă energie pentru a susține antrenamentele fizice, fără să se îngreșe) și posibilele consecințe (nu ar mai avea aceeași energie, s-ar îngreșa).
- Am stabilit ca plan de acțiune o primă încălcare a regulii prin prescrierea comportamentului de a servi 3 mese și 2 gustări, el stabilind alimentele pe care le va consuma. Va monitoriza pe fișă nivelul de energie avut în cadrul antrenamentului și vom realiza cântărirea colaborativă.
- Temă pentru acasă acasă: completarea fișelor de automonitorizare, la care va adăuga și implicațiile încălcării regulii, atât în plan fizic, cât și psihic. I-am oferit articole științifice despre ortorexie drept lectură dirijată.
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback clientei și am programat următoarea întâlnire.

ȘEDINȚA 4

- Am inițiat cântărirea în cadrul ședinței de terapie și am actualizat graficul de monitorizare reprezentând dinamica greutății
- Am verificat tema de acasă: analiza fișelor de automonitorizare și am analizat implicațiile încălcării regulei, ce avantaje (a avut mai mult timp liber, gătind doar 3 mese în loc de 4) și dezavantaje (a resimțit tensiune) a presupus.
- Am stabilit să continue cu încălcarea aceleiași reguli până când nu va mai avea nicio semnificație pentru el. Adițional să noteze avantajul încălcării regulei. Am subliniat efectul eliberator pe care îl presupune eliminarea unei reguli.
- Pe baza fișelor de automonitorizare am adus în discuție modul în care ne evaluăm ori judecăm ca persoană. I-am propus clientului să alcătuiască o listă cu domeniile vieții personale pe care le consideră relevante pentru propria evaluare (dacă are dificultăți, îi putem oferi exemple:

calitatea relațiilor sociale, rezultate profesionale, propria înfățișare, controlul alimentației) și să le ierarhizeze în funcție de importanța fiecărui.

- Se desenează o diagramă în care fiecare sector reprezintă importanța domeniului și discutăm implicațiile schemei de autoevaluare. Chiar dacă preocupările pentru alimentație și siluetă sunt dominante, scopul este de a-i arăta că un cerc dominant limitează experiența personală și marginalizează domenii ale vieții care ar putea contribui în mod pozitiv la autoevaluare, dar că sta în puterea ei să schimbe acest lucru.
- Am făcut brainstorming cu scopul de a identifica noi activități care i-ar face plăcere (analizăm experiențele anterioare) și am identificat: dansuri, citit, mers pe munte, vizionat filme.
- În vederea creșterii motivației pentru schimbare am rugat clientul să facă o lista cu avantaje și dezavantaje privind schimbarea obiceiurilor alimentare și a formelor de control a siluetei și greutății pentru momentul prezent și pentru viitor.
- Temă pentru acasă: completarea fișelor de automonitorizare, să continue cu încălcarea regulei alimentare și să încerce două noi activități din cele discutate.
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback și am programat următoarea întâlnire.

ŞEDINȚA 5

- Am inițiat cântărirea în cadrul ședinței de terapie și am analizat evoluția graficului de greutate, după cele 4 ședințe de cântări săptămânale colaborative.
- În această ședință discutăm despre modelul ABC și abordăm distorsiunile cognitive și gânduri negative ale clientului precum “mă voi îmbolnăvi dacă nu mănânc sănătos mereu”, “dacă îmi încalc o regulă înseamnă că pierd controlul” - vom discuta aceste gânduri disfuncționale, vom da o notă anxietății provocate și vom identifica variante mai realiste și raționale (există mai multe nivele de control, unde un nivel normal de control al alimentației alături de încălcări ocazionale nu înseamnă un eșec).
- Vom aborda și convingerile disfuncționale legate de sănătate, identificăm momentul în care ele s-au creat (boala din copilărie), incidentul critic cu prietenul bolnav de Covid care le-a reactivat).
- Întrucât clientul supraestimează impactul alimentației asupra sănătății - îi voi cere clientului să elaboreze o listă cât mai completă cu cauzele posibile ale îmbolnăvirii, apoi o diagramă cu procentele fiecăreia, scopul fiind reducerea obsesiei pentru controlul alimentației.

- Temă: jurnal de automonitorizare a gândurilor automate negative, aplicarea strategiei limitării perioadei în care clientul este îngrijorat cu privire la greutate și siluetă, continuarea încălcării regulilor alimentare - de exemplu să nu mai calculeze calorile.

ȘEDINȚELE 6 și 7

- Am inițiat cântărirea în cadrul ședinței de terapie și am actualizat graficul de monitorizare reprezentând dinamica greutății.
- Vom verifica tema pentru acasă și vom aprecia din nou gradul anxietății create de distorsiunile negative ca urmare a implementării strategiilor de contracarare a lor.
- În aceste ședințe vom avea în vedere reducerea restricțiilor alimentare ale clientului (zahar, ulei de floarea soarelui, alimente cu multe calorii, carbohidrați).
- Clientul va fi rugat să realizeze o listă cu toate alimentele evitate și să acorde o notă de la 1 la 10, unde 1 are cea mai mică restricție și 10 cea mai mare. Clientul va primi indicația de a include în alimentația sa, progresiv alimente din această listă, începând cu cele cu cea mai mică notă.
- În stare de relaxare vom face un exercițiu de imagerie dirijată în care clientul va servi masa în oraș și va mâncă un fel de mâncare fără a cunoaște ingredientele și numărul de calorii.
- Pentru întărirea motivației îi vom reaminti lista de avantaje/dezavantaje în vederea schimbării.
- Temă: aplicarea tehnicii desensibilizării față de alimentele interzise și tema de a servi masă în locuri cât mai diferite.
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback clientului și am programat următoarea întâlnire.

ȘEDINȚA 8

- Aceasta va fi o ședință de tranziție și presupune realizarea unei evaluări a progresului înregistrat până în acest moment.
- Se vor identifica obstacolele care apar în calea schimbării și se va revizui formularea tratamentului.
- Se obține feedback-ul clientului cu privire la procedurile terapeutice folosite deja care în opinia lui l-au ajutat.
- Se laudă clientul pentru efortul depus și i se acordă credit pentru orice schimbare realizată.

- Se reaplică Orto-15 și CIA.
- Propunem invitarea unei persoane semnificative din anturajul clientului în măsura în care aceasta este de acord.

ȘEDINȚELE 9 și 10

- Următoarele ședințe vor avea ca obiectiv principal menținerea și îmbunătățirea schemei de normalizare a alimentației și reducere a constrângerilor prin intervenția asupra conștientizării și controlării tiparului mental responsabil pentru tulburarea de comportament alimentar.
- Am inițiat cântărirea în cadrul ședinței de terapie și am actualizat graficul de monitorizare reprezentând dinamica greutății.
- Discutăm tiparul mental și modul cum acesta îi determină filtrarea stimulilor interni și externi într-un mod aparte (observând preferențial persoanele slabe, considerând persoanele mai plinuțe ca fiind grase, supuse riscurilor) și rezultatele cauzate (dieta strictă, evitarea evenimentelor sociale).
- Normalizăm acest tipar și facem comparația cu un DVD imprimat cu “tulburare de comportament alimentar” care merge mereu și repetă același lucru. Menționăm că s-au făcut progrese și DVD-ul nu mai este blocat și că el va fi în stare să decidă dacă îl pornește sau nu.
- Învățăm clientul să identifice stimulii (creșterea în greutate) ce activează tiparul mental, să recunoască schemele (tendința de intensificare a restricțiilor alimentare sau exercițiile fizice) ce arată că tiparul revine și să-l înlocuiască.
- Exersăm modalități de înlocuire a tiparului prin: să facă ce trebuie, adică opusul comportamentului (să mențină tiparul meselor aşa cum am stabilit, să încalce regulile alimentare rigide) și să se angajeze în activități ce-i distrau atenția: când are instinctul de a cântări mâncarea sau de a face exerciții fizice excesive să danseze, să iasă cu un prieten, să citească.
- Tema pentru acasă: completarea fișelor de automonitorizare, exersarea identificării tiparului mental atunci când el se activează și exersarea înlocuirii acestuia, tema de a merge la un eveniment social și de a servi masa acolo.
- Am realizat rezumatul ședinței, am cerut feedback și am programat următoarea întâlnire.

21. Concluzii studiu de caz

Planul de terapie constat în 10 ședințe împărțite în 3 etape:

1. Etapa I: ședințele 1-7

- Primele 2 ședințe au avut ca scop stabilirea relației terapeutice, evaluare și creșterea motivației pentru schimbare
 - În ședința 3 s-au instituit procedurile de bază pentru lucrul cu tulburările de comportament alimentar: completarea fișelor de automonitorizare, cântăriera colaborativă și prescrierea unui regim alimentar regulat. De asemenea s-a oferit psihoeducație cu privire la diagnostic prin lectură dirijată.
 - În ședința 4 am abordat tema controlului și a restricției alimentare și am identificat noi domenii ale vieții personale pentru a-și extinde modul în care își realizează propria evaluare. Am găsit activități noi de suport care să-i distra către atenția de la preocupările excesive legate de alimentație, care să-i producă relaxare și să se desfășoare într-un cadru social. Am început încălcarea regulilor alimentare prin testarea realității, a efectelor.
 - Ședința 5: lucru cu distorsiunile cognitive și convingerile disfuncționale legate de sănătate.
 - Ședințele 6 și 7 au constat în continuarea reducerii restricțiilor alimentare prin introducerea tehnicii desensibilizării față de alimentele interzise.
 - Etapa 2: ședința 8 a fost o ședință de tranziție cu scop de evaluare a progresului și reformulare a strategiilor de lucru și apreciere a progresului înregistrat de clientă.
2. Etapa 3: ședințele 9 și 10 au presupus intervenția asupra mecanismelor de bază care mențin tulburarea de comportament alimentar, mai exact tiparul mental. Etapă va fi continuată cu încă 5 ședințe ce vor fi menține strategiile și procedurile introduse anterior.
3. Ultimele 3 ședințe ar alcătui etapa 4 ce are ca scop pregătirea clientului pentru finalizarea terapiei și menținerea progreselor obținute.

Obstacole: conștientizarea parțială a tulburării, istoric de boală, nevoia de control.

Resursele clientului: interes pentru dezvoltare personală și autocunoaștere, identificarea și implicarea în noi activități plăcute, lipsa altor tulburări clinice, stare de sănătate bună, greutate normală.

Concluzii

Lucrarea a avut ca scop evaluarea și intervenția psihoterapeutică în tulburările de comportament alimentar, cu accent îndeosebi pe Ortorexia nervoasă, termen utilizat și studiat de specialiștii din domeniul sănătății mintale, dar neinclus încă în DSM, fapt ce a reprezentat o provocare în vederea stabilirii unui diagnostic precum și a unui plan de intervenție.

Am pornit de la definirea și înțelegerea diagnosticelor, trecând prin cauze, simptomatologie și modalități de tratament și am pus în practică prin cele trei studii de caz reprezentând clienți cu diagnostice de Anorexie nervoasă, Tulburare de alimentație compulsivă și Ortorexie nervoasă.

La nivel teoretic, rezultatele lucrării au confirmat aspectele și ipotezele de la care am plecat.

Cu toate că fiecare caz de tulburare de comportament alimentar are o combinație unică de factori determinanți, am identificat și o serie de trăsături comune de natură bio-psycho-socială. Principala trăsătură comună o reprezintă nemulțumirea față de propriul corp (medie la clientul cu ortorexie și ridicată la clientele cu anorexie nervoasă și tulburare de alimentație compulsivă) precum și istoricul de dietă, factor cu rol determinant sau declanșator după caz. Totodată, toți cei trei pacienți își folosesc greutatea și forma corpului ca bază pentru autoevaluarea personală și au distorsiuni cognitive.

Un alt factor comun identificat a fost existența unui mediu familial instabil (critic, coercitiv), prezența abuzului emoțional și fizic și dezvoltarea unui atașament nesigur. Acestea au avut și o influență profundă asupra stimei de sine (moderată la toți cei trei clienți) și potrivit studiilor au prezis dezvoltarea unei patologii alimentare.

În mod specific, în cazul anorexiei nervoase, am identificat în istoricul clientei o influență puternică venită din partea mamei față de formă și greutate, o idealizare a unui corp suplu, care alături de îngrijorări legate de alimentație au favorizat dezvoltarea acestei tulburări.

Printre trăsăturile de personalitate cu rol determinant în tulburările de comportament alimentar, am identificat la clienții cu anorexie nervoasă și ortorexie nervoasă, o nevoie ridicată de control și un perfecționism peste medie/ridicat. Realizarea unui corp „perfect” (anorexie nervoasă) sau urmarea unei alimentații „curate” (ortorexie nervoasă) a devenit un proiect existențial, o modalitate de a-și da vieții sens și a se simți împăterniciți prin obținerea unui control complet asupra alimentației, greutății și formei lor, control pe care nu l-au putut avea în copilărie sau nu-l pot dobândi în alte domenii în prezent (de exemplu la muncă).

Fairburn susținea că pacienții cu tulburări de comportament alimentar încununesc adesea și criteriile pentru o tulburare de dispoziție, trăsăturile de natură depresivă și anxioasă fiind cele mai comune. Această ipoteză a fost validată în cazul clientei cu anorexie nervoasă ce a întrunit

și criteriile pentru diagnosticul de anxietate generalizată, însă nu a fost validă pentru pacienții cu ortorexie nervoasă și tulburare de alimentație compulsivă ce au înregistrat scoruri normale pentru depresie și anxietate.

De asemenea, ipoteza conform căreia persoanele ce se alimentează în mod compulsiv au drept caracteristică o lipsă a conștientizării interoceptive a fost validată de studiul de caz prezentat. În urma evaluării, modul de alimentație al clientei este unul dominat în totalitate de emoții, iar la scara "conștiință interoceptivă" a obținut unul dintre cele mai ridicate scoruri. Aceasta se confruntă cu emoții intolerabile, iar alimentația compulsivă servește drept o încercare disperată de a regla afectul negativ copleșitor și de a construi un sentiment coherent de sine atunci când structurile interne lipsesc. Luând în considerare și factorii stresori prezenți, clienta a găsit în alimentația compulsivă un mecanism de adaptare în lipsa unor modalități mai constructive de a face față crizelor personale. Rezultatul este însă unul contrar, și în loc să-și ridice starea de spirit mâncând, mâncatul mai degrabă induce emoții negative precum vinovăția. Aceasta s-a dovedit a fi ca urmare a abuzului suferit în copilărie, a traumei accidentului și ulterior pierderii bunicii, dar și a lipsei suportului social și a sentimentului de apartenență la grup.

Ultimul caz, Ortorexia nervoasă a reprezentat inițial o provocare în vederea găsirii unei baterii de teste pentru a putea face evaluarea, precum și planul de intervenție, însă chestionarul Orto-15 s-a dovedit eficient, a arătat un diagnostic pozitiv, iar Inventarul tulburărilor alimentare a arătat de asemenea un rezultat pozitiv cu toate că nu este conceput pentru diagnosticarea ortorexiei. Scopul folosirii acestuia a fost acela de a identifica scalele la care clientul obține rezultate ridicate pentru a obține o mai bună înțelegere a cauzalității și a factorilor de menținere.

Cu toate că nu este recunoscută în DSM, ortorexia nervoasă, aşa cum a fost evaluată pe baza studiului de caz a întrunit atât simptomatologia, cât și cauzele determinante specifice tulburărilor de comportament alimentar conducând la un deficit clinic semnificativ în viața clientului (îndeosebi izolare socială). O trăsătură specifică este prezența unui sentiment de superioritate resimțit de clientul cu ortorexie nervoasă, chiar ascetism, aşa cum a arătat scorul ridicat la această scală.

De asemenea, planul de intervenție a fost realizat în abordarea cognitiv-comportamentală optimizată și aşa cum a fost concepută drept model funcțional pentru toate pentru tulburările de comportament alimentar, ea și-a dovedit aplicabilitatea și în cazul clientului cu Ortorexie nervoasă.

În concluzie, consider că lucrarea și-a atins scopul și mai degrabă decât să închidă, această deschide calea către noi proiecte și cercetări asupra acestui nou și posibil diagnostic: Ortorexia nervoasă, ce încearcă să câștige un loc în DSM printre tulburările de comportament alimentar.

Bibliografie:

1. American Psychiatric Association, (2016), *DSM V, Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale*, Traducere & co-ediție cu American Psychiatric Association Editura Callisto, București
2. American Psychiatric Association, (2000), *DSM IV, Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale*, Traducere & co-ediție cu American Psychiatric Association Editura Pegasus, București
3. Andreas S, Schedler K, Schulz H, Nutzinger DO, (2018), *Evaluation of a German version of a brief diagnosis questionnaire of symptoms of orthorexia nervosa in patients with mental disorders (Ortho-10)*. Eat Weight Disorders, 23(1):75–85
4. Anil C, Aritici G, Tutuncu NB, (2015), *Prevalence of orthorexia in diabetic patients*. Presented at *17th European Congress of Endocrinology*, Dublin, Ireland
5. Asch DA, Buresh J, Allison KC, et al., (2021), *Trends in US patients receiving care for eating disorders and other common behavioral health conditions before and during the COVID-19 pandemic*. JAMA Network Open, 4(11):e2134913
6. Awad, E., Salameh, P., Sacre, H., Malaed, D., (2021), *Association between impulsivity and orthorexia nervosa / healthy orthorexia: any mediating effect of depression, anxiety and stress?*, BMC Psychiatry, 21:604 <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03594-4>
7. Barnes MA, Caltabiano ML., (2017), *The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style*. Eat Weight Disorders, 22(1):177-184
8. Barthels F, Meyer F, Huber T, Pietrowsky R., (2017), *Orthorexic eating behaviour as a coping strategy in patients with anorexia nervosa*. Eat Weight Disorders, 22(2):269–76
9. Barthels F, Meyer F, Pietrowsky R., (2015), Orthorektisches Ernährungsverhalten—eigenständiges Störungsbild oder Subtyp der Anorexie? [Orthorexic eating behavior—An independent disorder or a subtype of anorexia?]. Poster presented at *33rd Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, Dresden, Germany*
10. Bratman, S., & Knight, D. (2000). *Health food junkies. Orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books
11. Brytek-Matera, A., Donini, L. M., Krupa, M., Poggiogalle, E., & Hay, P. (2015), *Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students*. Journal of Eating Disorders, 3(1), 1e8. <http://dx.doi.org/10.1186/s40337-015-0038-2>

12. Cena H, Barthels F, Cuzzolaro M, Bratman S, Brytek-Matera A, Dunn T, Varga M, Missbach B, Donini LM (2019), *Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature*. Eat Weight Disord 24:209–246. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0606-y>
13. Cooper MJ, Wells A, Todd G., (2004), *A cognitive model of bulimia nervosa*, Journal of Clinical Psychology, 43(1):1–16.
14. Enea, V., Măirean, C., Dafinoiu, I., (2016), *Bulimia nervoasă*, Ed. Polirom, Iași
15. Enea, V., Dafinoiu, I., (2012), *Anorexia nervoasă*, Ed. Polirom, Iași
16. Fairnburn, C.G. (2014), *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar*, Ed. ASCR, Cluj-Napoca
17. Fairnburn, C.G., (2021), *Gata cu mâncatul impulsiv*, Curtea Veche Publishing, București
18. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. , (2019), *Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review*, The American Journal of Clinical Nutrition, 109(5):1402-1413. doi:10.1093/ajcn/nqy342
19. Gibson D, Workman C, Mehler PS., (2019), *Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa*, Psychiatric Clinics of North America, 42(2):263–74. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.009>
20. Hayes O, Wu MS, De Nadai AS, Storch EA, (2017), *Orthorexia nervosa: an examination of the prevalence, correlates, and associated impairment in a university sample*, Journal of Cognitive Psychotherapy, 31(2):124–35.
21. Hanganu-Bresch, C., (2020), *Orthorexia: eating right in the context of healthism*, Writing Programs, University of the Sciences, *Med Humanit, Philadelphia, Pennsylvania, USA*, 46:311–322. doi:10.1136/medhum-2019-011681
22. Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). *Binge eating as escape from self-awareness*. *Psychological Bulletin, 110*(1), 86–108. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>
23. Hilbert A., (2020), *Childhood Eating and Feeding Disturbances*, Nutrients, 12(4):972
24. Holdevici, I., (2011), *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală*, Ed. Trei, București
25. Kalra S, Kapoor N, Jacob J. , (2020), *Orthorexia nervosa*, Journal Of Pakistan Medical Association, 70(7):1282–4
26. Kaźmierczak-Wojtaś N, Patryn R, Zagaja A, Drozd M, Niedzielski A., (2021), *Prevalence and characteristics of orthorectic disorders in adolescence and young people: polish preliminary studies*, Nutrients, 13(5).
27. Koven NS, Abry AW., (2015), *The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives*, Neuropsychiatric Disease and Treatment,1:385-394.

28. Kinzl JF, Hauer K, Traweger C, Kiefer I., (2015), *Orthorexia nervosa. Eine häufige Essstörung bei Diätassistentinnen [Orthorexia nervosa. A common eating disorder among dietitians]*. Ernaehrungsumschau, 52(11):436–9
29. Levine, M. P., & Smolak, L., (1996), *Media as a context for the development of disordered eating* in L. Smolak, M. P. Levine, & R. Striegel-Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, prevention, and treatment* (pp. 235–257). Lawrence Erlbaum Associates, Inc
30. Linardon, J., Wade, T. D., de la Piedad Garcia, X., & Brennan, L., (2017), *The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85(11), 1080–1094. <https://doi.org/10.1037/ccp0000245>
31. McManus F, Waller G., (1995), *A functional analysis of binge-eating*, Clinical Psychology Review, 15(8):845–63.
32. McGregor, R., (2017), *Orthorexia: When healthy eating goes bad*, Watkins Media Limited, London
33. Missbach B, Dunn TM, König JS, (2017), *We need new tools to assess Orthorexia Nervosa. A commentary on "Prevalence of Orthorexia Nervosa among College Students Based on Bratman's Test and Associated Tendencies*, Appetite, Jan 1;108:521-524. doi: 10.1016/j.appet.2016.07.010. Epub 2016 Jul 9. PMID: 27401768
34. Missbach B, Hinterbuchinger B, Dreiseitl V, Zellhofer S, Kurz C, et al. (2015), *When Eating Right, Is Measured Wrong! A Validation and Critical Examination of the ORTO-15 Questionnaire in German*, PLOS ONE 10(8): e0135772
35. Murphy R, Straebler S, Cooper Z, Fairburn CG. *Cognitive behavioral therapy for eating disorders*, (2010), Psychiatric Clinic of North America, Sep;33(3):611-27. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.004. PMID: 20599136; PMCID: PMC2928448.
36. Nancy S. Koven and Alexandra W. Abry (2015), *The Clinical Basis of Orthorexia Nervosa: Emerging Perspectives*, Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11, 385–394
37. Oberle CD, Lipschuetz SL., (2018), *Orthorexia symptoms correlate with perceived muscularity and body fat, not BMI*, Eating and Weight Disorders, 23(3):363–8
38. Organizația Mondială a Sănătății (2016), *ICD-10, Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Descrieri clinice și îndreptare diagnostice*, Ed. Trei, București
39. Plichta M, Jezewska-Zychowicz M., (2019), *Eating behaviors, attitudes toward health and eating, and symptoms of orthorexia nervosa among students*. Appetite, 137:114–23

40. Robin E. Jensen (2005), "The Eating Disordered Lifestyle: Imagetexts and the Performance of Similitude." *Argumentation and Advocacy* 42: 2
41. Saddichha S, Babu GN, Chandra P., (2012), *Orthorexia nervosa presenting as prodrome of schizophrenia*, Schizophrenia Reserch.;134(1):110
42. Scarff, J., (2017), *Orthorexia Nervosa: An Obsession with Healthy Eating*, Federal Practitioner, June; 34(6): 36–39
43. Strahler J, Hermann A, Walter B, Stark R., (2018), *Orthorexia nervosa: a behavioral complex or a psychological condition?*, Journal of Behavioral Addictions., ;7(4):1143–56
44. Strahler J, Stark R., (2020), *Perspective: Classifying Orthorexia Nervosa as a New Mental Illness-Much Discussion, Little Evidence*, Advanced Nutrition, Jul 1;11(4):784-789. doi: 10.1093/advances/nmaa012. PMID: 32059052; PMCID: PMC7360443.
45. Varga M, Dukay-Szabó S, Túry F, van Furth EF., (2013), *Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa*. Eat Weight Disorders;18(2):103-111
46. Ward ZJ, Rodriguez P, Wright DR, Austin SB, Long MW., (2019), *Estimation of eating disorders prevalence by age and associations with mortality in a simulated nationally representative US cohort*. JAMA Network Open, 2(10):e1912925.
47. Wilson G.T., Fairburn C.G. (2017), *Treatments for eating disorders*. In: Nathan P.E., Gorman J.M., editors. *A guide to treatments that work*. 3rd edition. Oxford University Press; New York
48. Zipfel S, Schmidt U, Giel KE, (2022), *The hidden burden of eating disorders during the COVID-19 pandemic*, Lancet Psychiatry;9(1):9-11. doi:10.1016/S2215-0366(21)00435-1