

Christopher G. Fairburn

TERAPIA

---

COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ

---

ȘI TULBURĂRILE DE

---

COMPORTAMENT ALIMENTAR

Traducere din limba engleză  
Mihaela Marian Mihăilaș



**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**  
**FAIRBURN, CHRISTOPHER G.**

**Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar /**  
Christopher G. Fairburn ; trad. din lb. eng. de Mihaela Marian Mihăilaș. - Cluj-Napoca:  
Editura ASCR, 2014

Bibliogr.

Index

ISBN 978-606-8244-82-2

I. Marian Mihăilaș, Mihaela (trad.)

61

**Ediția în limba engleză**

Christopher G. Fairburn

Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders

Copyright © 2008 The Guilford Press

A Division of Guilford Publications, Inc.

72 Spring Street, New York, N.Y. 10012

www.guilford.com

**All rights reserved**

Except as indicated, no part of this book may be reproduced, translated, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, microfilming, recording, or otherwise, without written permission from the Publisher.

**LIMITED PHOTOCOPY LICENSE**

These materials are intended for use only by qualified mental health professionals.

The Publisher grants to individual purchasers of this book nonassignable permission to reproduce Tables 4.2, 5.1, 5.2, 6.1, 6.2, 11.2, 12.1, 12.2; Figures 2.3, 2.4, 2.5, 5.1, 5.2, 8.3, 8.5, 9.3, 10.2, 11.1, 11.2, 13.1, 13.2, 13.3; and the appendices. This license is limited to you, the individual purchaser only, for use with your own clients and patients. This license does not grant the right to reproduce these materials for resale, redistribution, or any other purposes (including but not limited to books and handout or slides for lectures or workshops). Permission to reproduce these materials for these and any other purposes must be obtained in writing from the Guilford Press.

**Ediția în limba română**

Christopher G. Fairburn

Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar

Referenți științifici | prof.dr. Mircea Miclea, psih. Amalia Ciuca

Lectura comparativă cu originalul | Ștefania Miclea

Coperta | Bogdan Braica

Paginație și prepress | Kitty Bojan

Editor | Diana Breaz

**Copyright © 2014 Editura ASCR**

Toate drepturile rezervate. Reproducerea integrală sau parțială a textului și stocarea sa într-o bază de date, fără acordul prealabil în scris al Editurii ASCR, sunt interzise și se pedepsesc conform legii.

Pentru Guy și Sarah

# AUTOR ȘI COLABORATORI

**Christopher G. Fairburn, DM, FMedSci, FRCPsych** este cercetător principal asociat al Fundației Wellcome și profesor de psihiatrie la Universitatea Oxford. El este un specialist recunoscut la nivel mondial în domeniul tulburărilor de comportament alimentar și studiază cu precădere elaborarea și evaluarea tratamentelor psihologice. A activat de două ori ca membru al grupurilor de cercetare din cadrul Centrului Stanford pentru studii avansate în domeniul științelor comportamentale și este membru asociat al Academiei de Științe Medicale din Anglia. Este Guvernator al Trustului Wellcome, cea mai mare fundație internațională de cercetare biomedicală.

**Sarah Beglin, DPhil, DCLinPsych**, Serviciul de asistență pentru tulburările de comportament alimentar la adulți din cadrul Parteneriatului pentru sănătate mentală dintre Cambridge și Serviciului Național Medical Peterborough, precum și în cadrul Spitalului universitar Addenbrooke, Cambridge, Anglia.

**Kristin Bohn, DPhil, Dipl-Psych**, Departamentul de psihologie clinică al Colegiului Royal Holloway, Universitatea din Londra, Anglia.

**Zafra Cooper, DPhil, DipPsych**, Universitatea Oxford, Departamentul de psihiatrie, Oxford, Anglia

**Riccardo Dalle Grave, MD**, Spitalul Villa Garda, Departamentul pentru tulburări de comportament alimentar și de greutate corporală, Garda (Verona), Italia

**Deborah M. Hawker, PhD, DCLinPsych**, Centrul pentru consiliere psihologică, Inter-Health, Londra, Anglia

**Rebecca Murphy, DCLinPsych**, Departamentul de psihiatrie al Universității Oxford, Oxford, Anglia

**Marianne E. O'Connor, BA**, Departamentul de psihiatrie al Universității Oxford, Oxford, Anglia

**Roz Shafran, PhD**, Școala de psihologie și științe ale tulburărilor clinice de limbaj, Universitatea Reading, Reading, Anglia

**Anne Stewart, MB, BS, BSc, MRCPsych**, Serviciul pentru asistență în domeniul sănătății mintale a copilului și adolescentului, Institutul public pentru sănătate mintală Oxfordshire și Buckinghamshire și Departamentul de psihiatrie al Universității Oxford, Oxford, Anglia

**Suzanne Straebler, APRN-Psychiatry, MSN**, Departamentul de psihiatrie al Universității Oxford, Oxford, Anglia

**Deborah Waller, MB, BChir, MRCGP**, Practică medicală privată, Beaumont Street nr. 19, Oxford, Anglia

Mulțumiri speciale tuturor celor care au contribuit la elaborarea tratamentului  
descriș în această carte, în special colegelor

Zafra Cooper și Roz Shafran  
Kristin Bohn și Debbie Hawker  
Rebecca Murphy și Suzanne Straebler

De asemenea, mulțumiri vechilor mele colege,  
Mara Catling și Marianne O'Connor

Precum și celor doi mentori ai mei,  
Michael Gelder și Robert Kendell

Le mulțumesc membrilor Trustului Wellcome pentru sprijinul lor personal  
și pentru finanțarea cercetării care a permis elaborarea acestui tratament.

## INTRODUCERE

|             |                                                                                                                                |    |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| CAPITOLUL 1 | <b>Despre cartea de față și despre modul în care o puteți folosi</b>                                                           | 15 |
|             | <i>Christopher G. Fairburn</i>                                                                                                 |    |
| CAPITOLUL 2 | <b>Tulburări de comportament alimentar: perspectiva transdiagnostică și Teoria cognitiv-comportamentală</b>                    | 21 |
|             | <i>Christopher G. Fairburn</i>                                                                                                 |    |
| CAPITOLUL 3 | <b>Terapia cognitiv-comportamentală optimizată a tulburărilor de comportament alimentar („TCC-O”):<br/>prezentare generală</b> | 41 |
|             | <i>Christopher G. Fairburn, Zafra Cooper și Roz Shafran</i>                                                                    |    |
| CAPITOLUL 4 | <b>Pacienții: evaluarea lor, pregătirea pentru tratament și managementul medical</b>                                           | 57 |
|             | <i>Christopher G. Fairburn, Zafra Cooper și Deborah Waller</i>                                                                 |    |

## TERAPIA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ OPTIMIZATĂ PENTRU TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT ALIMENTAR: PROTOCOLUL DE BAZĂ

*Christopher G. Fairburn, Zafra Cooper,  
Roz Shafran, Kristin Bohn, Deborah M. Hawker, Rebecca Murphy  
și Suzanne Straebl*

|              |                                                                                                      |     |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| CAPITOLUL 5  | <b>Inițierea corectă a terapiei</b>                                                                  | 73  |
| CAPITOLUL 6  | <b>Cum să obținem rapid o schimbare</b>                                                              | 104 |
| CAPITOLUL 7  | <b>Realizarea unei evaluări a progreselor și planificarea restului<br/>tratamentului</b>             | 125 |
| CAPITOLUL 8  | <b>Preocupări privind silueta, verificarea siluetei, senzația de<br/>a fi gras și tipare mentale</b> | 134 |
| CAPITOLUL 9  | <b>Restrângerea consumului alimentar, reguli de regim<br/>alimentar și controlul alimentației</b>    | 169 |
| CAPITOLUL 10 | <b>Evenimente, dispoziție afectivă și alimentație</b>                                                | 184 |

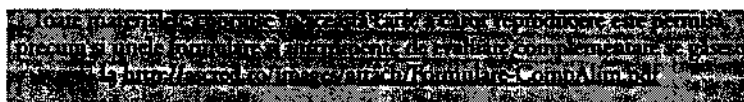
|              |                                      |     |
|--------------|--------------------------------------|-----|
| CAPITOLUL 11 | <b>Subponderea și subalimentația</b> | 199 |
| CAPITOLUL 12 | <b>Încheierea corectă a terapiei</b> | 243 |

### ADAPTĂRI ALE TCC-O

|              |                                                                                                                    |     |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| CAPITOLUL 13 | <b>Perfecționismul clinic, stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală și probleme de natură interpersonală</b> | 259 |
|              | <i>Christopher G. Fairburn, Zafra Cooper, Roz Shafran, Kristin Bohn și Deborah M. Hawker</i>                       |     |
| CAPITOLUL 14 | <b>TCC-O și pacientul tânăr</b>                                                                                    | 288 |
|              | <i>Zafra Cooper și Anne Stewart</i>                                                                                |     |
| CAPITOLUL 15 | <b>Internarea, spitalizarea de o zi și două forme de tratament ambulatoriu ale TCC-O</b>                           | 301 |
|              | <i>Riccardo Dalle Grave, Kristin Bohn, Deborah M. Hawker și Christopher G. Fairburn</i>                            |     |
| CAPITOLUL 16 | <b>„Cazuri complexe” și comorbiditate</b>                                                                          | 317 |
|              | <i>Christopher G. Fairburn, Zafra Cooper și Deborah Waller</i>                                                     |     |

### POSTFAȚĂ

|         |                                                                                    |     |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|         | <b>Perspective</b>                                                                 | 337 |
|         | <i>Christopher G. Fairburn</i>                                                     |     |
| ANEXA A | <b>Evaluarea tulburării de comportament alimentar (ediția 16.0D)</b>               | 341 |
|         | <i>Christopher G. Fairburn, Zafra Cooper și Marianne E. O'Connor</i>               |     |
| ANEXA B | <b>Chestionarul de evaluare a tulburării de comportament alimentar (EDE-Q 6.0)</b> | 385 |
|         | <i>Christopher G. Fairburn și Sarah Beglin</i>                                     |     |
| ANEXA C | <b>Chestionarul de evaluare a deficitului clinic (CIA 3.0)</b>                     | 391 |
|         | <i>Kristin Bohn și Christopher G. Fairburn</i>                                     |     |
|         | <b>Index</b>                                                                       | 395 |



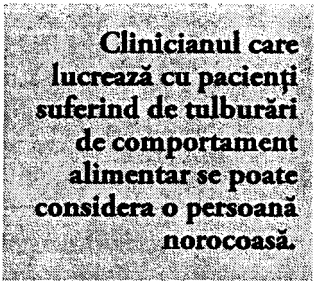


# INTRODUCERE

## DESPRE CARTEA DE FAȚĂ ȘI DESPRE MODUL ÎN CARE O PUTEȚI FOLOSI

CHRISTOPHER G. FAIRBURN

Clinicianul care lucrează cu pacienți suferind de tulburări de comportament alimentar se poate considera o persoană norocoasă. Deși se spune că acești pacienți sunt greu de tratat, majoritatea lor pot fi ajutați și mulți, poate cei mai mulți dintre ei, pot fi vindecați complet, pentru o perioadă îndelungată. Viața acestor oameni se poate schimba: noi putem să-i ajutăm cu adevărat, putem să facem ceva pentru ei.



**Clinicianul care  
lucrează cu pacienți  
suferind de tulburări  
de comportament  
alimentar se poate  
considera o persoană  
norocoasă.**

Această carte prezintă modul în care vom realiza acest lucru, felul în care reușim să aducem o schimbare în viața lor. Descrie modalitatea în care trebuie folosită terapia cognitiv-comportamentală optimizată pentru tulburările de comportament alimentar (TCC-O), cea mai modernă metodă de tratament susținut empiric pentru tulburările de comportament alimentar. Autorii cărții de față sunt clinicieni cu specializări diverse și cu diverse niveluri de experiență clinică. Cu toții, însă, sunt experți în TCC-O și lucrează în clinici de specialitate. Cartea aceasta se bazează pe experiența clinică combinată a noastră, a tuturor celor care au contribuit la ea. Aceasta descrie foarte detaliat întregul proces terapeutic, începând cu momentul în care terapeutul își întâlnește pacientul și terminând cu fixarea controalelor periodice de după încheierea terapiei. De asemenea, cartea de față explică modul în care tratamentul se poate adapta cerințelor impuse de fiecare subgrup de pacienți și de fiecare locație.

Titlul cărții noastre nu a fost ales la întâmplare. Cartea este despre TCC-O și despre tulburările de comportament alimentar. Ea debutează cu o prezentare generală „transdiagnostică”, modernă și amănunțită, a psihopatologiei tulburărilor de comportament alimentar și a proceselor responsabile pentru autoîntreținerea sa. Apoi, trece la explicarea modului în care se pot identifica procesele active în cazul fiecărui pacient, pe baza cărora se va elabora un tratament individualizat, adecvat psihopatologiei pacientului.

Această carte este un ghid practic și a fost concepută pentru clinicianul practician (prefer termenul „ghid”, spre deosebire de termenul mai general „manual”. Aceasta se explică prin faptul că termenul „ghid” transmite ideea că această carte oferă îndrumări [ceea ce și face în fapt], în vreme ce termenul „manual” sugerează recomandarea strictă a unei serii de proceduri [ceea ce nu este valabil în cazul ghidului nostru].) Scopul nostru a fost acela de a scrie o carte ușor de folosit. Pentru a oferi un text cât se poate de clar și de accesibil, am exclus aproape în totalitate referințele la rezultatele unor cercetări, precum și citatele din alte lucrări. În schimb, la sfârșitul fiecărui capitol, există o secțiune numită „Bibliografie recomandată”, unde veți găsi titlurile articolelor sau ale cărților importante considerate relevante pentru tema tratată în capitolul respectiv. (Bibliografia recomandată pentru capitolele 5-12 este trecută la sfârșitul Capitolului 12, pentru a evita repetarea unor titluri).

## PREMIZELE DEZVOLTĂRII TCC-O

Am putea afirma că a fost nevoie de 30 de ani pentru scrierea acestei cărți, deoarece TCC-O a apărut la sfârșitul anilor '70, atunci când ea s-a dezvoltat ca tratament ambulatoriu fundamentat teoretic pentru adulții cu bulimie nervoasă (TCC-BN; Fairburn, 1981). La momentul respectiv, bulimia nervoasă tocmai fusese recunoscută ca tulburare și era descrisă ca fiind „de netratat” (Russell, 1979). Pe parcursul anilor 1980 și 1990, TCC-BN a evoluat și s-a rafinat treptat, în urma desfășurării unei succesiuni de experimente clinice controlate randomizate, ale căror rezultate au susținut în mod consecvent atât tratamentul, cât și teoria pe care s-a întemeiat acesta.

La sfârșitul anilor 1990, devenise limpede faptul că TCC-BN este tratamentul cel mai eficace pentru bulimia nervoasă, precum și faptul că acesta trebuia optimizat, întrucât mai puțin de jumătate dintre pacienți au beneficiat de o recuperare completă și durabilă. Această observație ne-a determinat pe mine și pe colegile mele, Zafra Cooper și Roz Shafran, să verificăm cu atenție, luând fiecare pacient în parte, care sunt motivele pentru care unii dintre ei au răspuns la tratament, iar alții nu. În cele din urmă, am identificat anumite obstacole redutabile în calea schimbării dorite pentru pacienții noștri și ne-am concentrat eforturile pentru a determina dacă acestea pot fi îndepărtate prin modificarea tratamentului. A urmat apoi o perioadă de încercări și erori, pe parcursul căreia am experimentat noi variante ale tratamentului. În același timp, am extins teoria cognitiv-comportamentală privind bulimia nervoasă la toate tulburările de comportament alimentar și pe baza acesteia am conferit un caracter deliberat „transdiagnostic” tratamentului nostru (Fairburn, Cooper și Shafran, 2003; a se vedea Capitolul 2). Munca aceasta de pregătire s-a încheiat cu un experiment pe durată a 5 ani al tratamentului transdiagnostic, realizat la două centre de tratament din Marea Britanie (Oxford și Leicester). Experimentul s-a încheiat, iar rezultatele sale sugerează faptul că TCC-O este într-adevăr mai eficace decât TCC-BN și că poate fi folosită pentru întreaga gamă a tulburărilor de comportament alimentar (Fairburn și colab., 2009). În prezent, TCC-O este folosită și de alte echipe de

clinicieni din Marea Britanie și din străinătate, iar aceștia raportează la rândul lor obținerea unor rezultate de asemenea pozitive. Acesta este motivul pentru care am considerat că este necesară cartea de față.

## DESPRE CARTEA DE FAȚĂ

Această carte își propune să ofere o prezentare complexă și detaliată a modului în care se implementează TCC-O. Textul trebuie luat în ansamblu, întrucât fiecare capitol este conceput pornind de la ideea că cititorul este familiarizat cu conținutul capitolelor anterioare (deși există numeroase referințe, pentru a-i ajuta pe cititori să urmărească cu ușurință textul cărții). Iată cum este structurată cartea:

*Capitolul 2:* Acest capitol descrie psihopatologia tulburărilor de comportament alimentar. Este adoptată perspectiva transdiagnostică, în felul acesta oferindu-se justificarea abordării tratamentului transdiagnostic. De asemenea, este descrisă teoria cognitiv-comportamentală care susține strategiile și procedurile caracteristice TCC-O.

*Capitolul 3:* Acest capitol cuprinde o prezentare generală a TCC-O. Aici sunt conturate strategia și structura TCC-O, precum și modul în care aceasta se deosebește de alte forme ale TCC. Capitolul subliniază și unele aspecte legate de implementarea tratamentului.

*Capitolul 4:* Capitolul acesta se referă la evaluarea pacienților și la modul în care trebuie pregătiți pentru tratament. De asemenea, abordează problema managementului medical al pacienților din perspectiva terapeuților care nu au o pregătire medicală.

*Capitolele 5-12:* Aceste capitole oferă detalii legate de implementarea principalei forme „focalizate” a TCC-O.

*Capitolele 13-16:* Aceste capitole de final descriu diverse adaptări ale TCC-O, inclusiv versiunea sa „extinsă”, folosirea sa în lucrul cu adolescenții, în condiții de internare, două forme de terapie TCC-O ambulatorie (TCC-O ambulatorie intensivă și TCC-O de grup), precum și TCC-O pentru „cazuri complexe”.

*Anexele A-C:* Aceste anexe oferă cele mai recente versiuni ale unor instrumente de evaluare: Evaluarea tulburărilor de comportament alimentar 16.0 (*Eating Disorder Examination - EDE 16.0*), Chestionarul de evaluare a tulburărilor de comportament alimentar 6.0 (*Eating Disorder Examination Questionnaire - EDE-Q 6.0*) și Chestionarul de evaluare a deficitului clinic 3.0 (*Clinical Impairment Assessment Questionnaire - CIA 3.0*).

Este important de menționat și ceea ce această carte nu și-a propus să realizeze. Cartea de față nu oferă o prezentare completă a tuturor informațiilor legate de tulburările de comportament și nu-și propune să trateze fiecare aspect

al managementului acestora. Ea oferă însă o informare completă asupra modului de abordare și de tratament al pacienților utilizând TCC-O. Unii dintre cititorii noștri vor fi surprinși să găsească destul de puține referiri la diagnosticele specifice tulburărilor de comportament alimentar (de exemplu, anorexia nervoasă, bulimia nervoasă; a se vedea Capitolul 2). Aceste referințe sunt rare, deoarece considerăm diagnosticele amintite puțin relevante pentru practica noastră clinică.

**Unii dintre cititorii noștri vor fi surprinși să găsească destul de puține referiri la diagnosticele specifice tulburărilor de comportament alimentar (de exemplu, anorexia nervoasă, bulimia nervoasă; a se vedea Capitolul 2). Aceste referințe sunt rare, deoarece considerăm diagnosticele amintite puțin relevante pentru practica noastră clinică.**

De asemenea, trebuie să subliniem faptul că această carte nu este un ghid general pentru TCC. Pornim de la premiza cunoașterii modelului cognitiv-comportamental. Există ghiduri excelente pentru folosirea TCC, iar unele dintre ele sunt trecute în secțiunea cu Bibliografia recomandată de la sfârșitul acestui capitol.

## CUM SĂ ÎNVĂȚĂM SĂ PRACTICĂM TCC-O

Nu este nevoie de o calificare profesională specială pentru a practica TCC-O, dar este important să dețineți anumite cunoștințe generale și o experiență de bază. În ceea ce privește prima cerință, psihoterapeutul trebuie să fie bine informat în domeniul psihopatologiei în general, iar în particular, în domeniul psihopatologiei tulburărilor de comportament alimentar (a se vedea Capitolul 2). De asemenea, terapeutul trebuie să fie informat în legătură cu posibilele complicații medicale ale tulburărilor de comportament alimentar și să fie pregătit să le gestioneze în mod adecvat (a se vedea Capitolul 4). În ceea ce privește experiența clinică, terapeutul trebuie să aibă o pregătire prealabilă în domeniul terapiei cognitiv-comportamentale (TCC) și, în mod ideal, experiență în tratamentul pacienților suferind de tulburări de comportament alimentar. Dacă îndeplinesc aceste condiții, numeroși terapeuți vor reuși să implementeze TCC-O, folosind doar instrucțiunile de bază din această carte.

Există puține studii dedicate modului în care trebuie pregătiți specialiștii pentru implementarea tratamentelor psihologice. În acest domeniu, practica curentă nu este bine susținută de dovezi empirice. Workshop-urile organizate de către clinicieni experți – preferabil de către unii care sunt familiarizați cu acest tip de tratament – sunt completări utile la ghidurile pentru tratament, dar mult mai utilă este supervizarea continuă a cazurilor, deși este un lucru greu de realizat. Supervizarea sistematică din partea colegilor este un substitut deosebit de valoros și vă recomandăm să apelați la ea ori de câte ori este posibil.

## BIBLIOGRAFIE RECOMANDATĂ

### Premizele dezvoltării TCC-O

- Fairburn, C.G. (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-711.
- Fairburn, C.G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 160-192). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C.G., Marcus, M.D., & Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). New York: Guilford Press.
- Garner, D.M., & Bemis, K.M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.
- Garner, D.M., Vitousek, K.M., & Pike, K.M. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 94-144). New York: Guilford Press.

### Eficacitatea TCC-O

- Byrne, S.M., Fursland, A., Allen, K.L., & Watson, H. (2011). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 219-226.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., O'Connor, M.E., BOM, K., Hawker, D.M., Wales, J.A., & Palmer, R.L. (2009). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.

### Ghiduri pentru practica terapiei cognitiv-comportamentale

- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. New York: Guilford Press.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackman, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Leahy, R.L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R.L. (2003). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R.L., & Holland, S.J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press.

- Leelley, D.R., Marx, B.P., & Heimberg, R.G. (2005). *Making cognitive-behavioral therapy work*. New York: Guilford Press.
- Padesky, C.A., & Greenberger, D. (1995). *Clinician's guide to mind over mood*. New York: Guilford Press.
- Persons, J.B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton.

### **Alte articole relevante pentru capitolul 1**

- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Russell, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Wilson, G.T., Grilo, C.M., & Vitousek, K.M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62, 199-216.

# TULBURĂRI DE COMPORTAMENT ALIMENTAR: PERSPECTIVA TRANSDIAGNOSTICĂ ȘI TEORIA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ

CHRISTOPHER G. FAIRBURN

Modul de clasificare a tulburărilor de comportament alimentar sugerează ideea că ar exista un număr de afecțiuni distincte, fiecare dintre ele necesitând propria formă de tratament. Există însă motive solide care ne îndreptășesc să considerăm această abordare discutabilă. În prima parte a acestui capitol, perspectiva transdiagnostică este prezentată atât din punctul de vedere al psihopatologiei tulburărilor, cât și din cel al tratamentului acestora, oferindu-se astfel motivația alegerii tratamentului transdiagnostic. În partea a doua a capitolului, este evidențiată teoria cognitiv-comportamentală privind menținerea tulburărilor de comportament alimentar – teorie care se află la baza TCC-O.

## MODUL DE CLASIFICARE A TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT ALIMENTAR

Schema principală de clasificare și de diagnosticare a tulburărilor de comportament alimentar, *Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale – ediția a IV-a (DSM-IV)*, editat de Asociația Americană de Psihiatrie, recunoaște două tulburări de comportament alimentar – anorexia nervoasă și bulimia nervoasă – împreună cu o categorie reziduală de diagnostic denumită „tulburare de comportament alimentar fără altă specificație” (TCA-FAS). Sunt prezentate aici criteriile de diagnostic pentru anorexia nervoasă și pentru bulimia nervoasă (evidențiate în tabelul 2.1), dar niciun criteriu pentru tulburarea de comportament alimentar fără altă specificație. În schimb, există un diagnostic rezidual pentru tulburările de comportament alimentar cu prezentare clinică severă care nu îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru anorexia nervoasă ori pentru bulimia nervoasă.



### **TABELUL 2.1. Criterii de diagnostic pentru tulburările de comportament alimentar**

#### Anorexia nervoasă

În esență, este nevoie de trei caracteristici pentru a stabili un diagnostic de anorexie nervoasă:

1. Supraevaluarea conformației și a greutateii corporale și a controlului asupra lor; cu alte cuvinte, perceperea valorii personale în mare măsură sau chiar în mod exclusiv în funcție de conformație și de greutatea corporală, precum și de abilitatea de a le controla.
2. Menținerea activă a unei greutate corporale sub nivelul normal (definită în mod tipic ca menținerea greutateii corporale la mai puțin de 85% din valoarea așteptată ori un indice de masă corporală\* de 17,5 sau mai mic).
3. Amenoreea (la femeile postpubertare). Valoarea acestui criteriu este îndoielnică și este probabil ca el să fie exclus în DSM-V, deoarece majoritatea pacienților care îndeplinesc celelalte două criterii de diagnostic sunt și amenoreice, iar acelea care nu sunt se aseamănă foarte mult cu cele care sunt.

#### Bulimia nervoasă

Pentru stabilirea unui diagnostic de bulimie nervoasă este nevoie, de asemenea, de trei caracteristici:

1. Supraevaluarea conformației și a greutateii corporale, precum și a controlului asupra lor, ca și în cazul anorexiei nervoase.
2. Episoade recurente de alimentație compulsivă. Alimentația compulsivă sau „binge eating” este un episod în care este ingerată o mare cantitate de mâncare, judecând obiectiv în funcție de circumstanțele date, existând în același timp și percepția pierderii controlului.
3. Comportament extrem de control al greutateii (de exemplu, restricții alimentare prelungite, voma autoindusă în mod repetat sau folosirea excesivă a laxativelor).

În plus, există un criteriu de excludere: acela de a nu fi îndeplinite criteriile pentru diagnosticul de anorexie nervoasă. Acest criteriu ne asigură de faptul că pacienții nu vor primi simultan ambele diagnostice.

#### Tulburarea de comportament alimentar fără altă specificație (TCA-FAS)

Nu există criterii de diagnostic pentru tulburarea de comportament alimentar FAS. Mai degrabă, aceasta reprezintă o categorie reziduală pentru tulburările de comportament alimentar prezentând severitate clinică și care nu îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru anorexia nervoasă ori pentru bulimia nervoasă.

#### Tulburarea de comportament alimentar de tipul „binge eating”

Alimentația compulsivă excesivă recurentă, în absența comportamentului extrem de control al greutateii corporale, care se regăsește în diagnosticul bulimiei nervoase. În DSM-IV, este prezentată ca o formă de tulburare de comportament alimentar FAS, dar statutul său ar putea fi schimbat în DSM-V.

---

\*Indicele de masă corporală (IMC) este o modalitate larg răspândită de reprezentare a greutateii în funcție de înălțime. Se obține prin împărțirea greutateii (în kg) la înălțime (în m) ridicată la pătrat (adică  $G/l^2$ ). Tabelul 2.3 oferă informații suplimentare privind IMC-ul și despre folosirea sa la pacienții cu tulburări de comportament alimentar.

Figura 2.1 prezintă o diagramă a relațiilor dintre aceste trei diagnostice. Cele două cercuri interioare care se întrepătrund reprezintă anorexia nervoasă (cercul mai mic) și bulimia nervoasă (cercul mai mare), iar zona de potențială suprapunere include persoanele care ar îndeplini criteriile de diagnostic pentru ambele tulburări, dacă nu s-ar lua în seamă convenția „înșelătoare” potrivit căreia diagnosticul anorexiei nervoase are prioritate față de cel al bulimiei nervoase (a se vedea tabelul 2.1). Aceste două cercuri sunt înconjurare de un cerc exterior

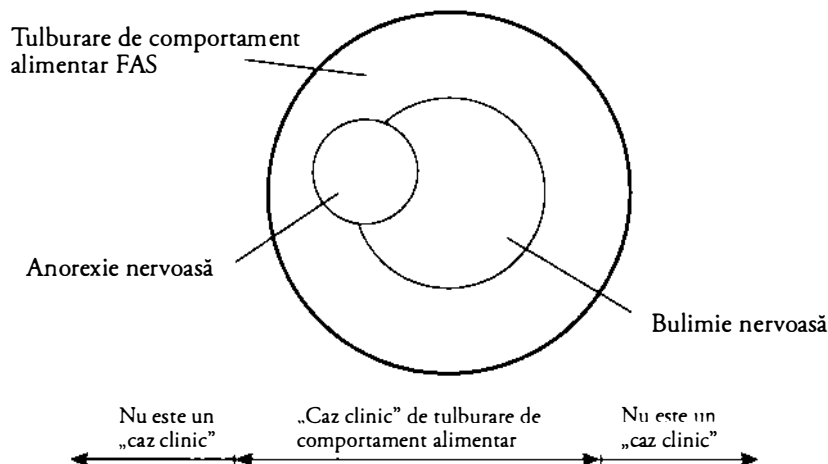


**FIGURA 2.1.** O reprezentare schematică a relației dintre anorexia nervoasă, bulimia nervoasă și tulburarea de comportament alimentar FAS. Reprodusă după Fairburn și Bohn (2005). Copyright al Elsevier. Permisie pentru retipărire.

care definește limitele cazuisticii tulburărilor de comportament alimentar; cu alte cuvinte, în ce măsură pacientul se încadrează într-o categorie de diagnostic pentru o tulburare de comportament alimentar – de natură clinică – ori prezintă o problemă mai puțin gravă, non-clinică, legată de alimentație. Linia aceasta de demarcație departajează ceea ce este de ceea ce nu este o tulburare de comportament alimentar.

Prevalența relativă a acelor trei diagnostice nu este în realitate așa cum ne-am aștepta dacă citim literatura de specialitate referitoare la tulburările de comportament alimentar. Cel mai comun este diagnosticul oarecum neglijat, și anume acela de tulburare de comportament alimentar fără altă specificație: acest diagnostic se întâlnește la aproximativ 50-60% dintre pacienții adulți tratați ambulatoriu. Pe locul doi se află bulimia nervoasă, cu aproximativ 30% dintre

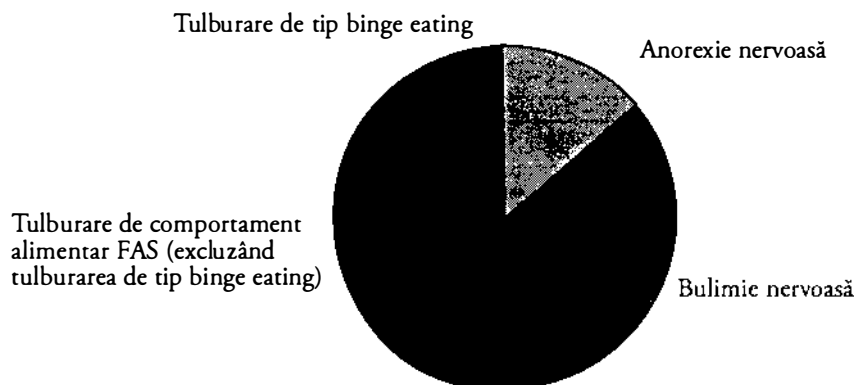


**FIGURA 2.2.** Prevalența relativă a celor trei diagnostice principale pentru tulburări de comportament alimentar (plus tulburarea de tip binge eating) la pacienții adulți tratați ambulatoriu

cazuri și cea mai puțin comună este anorexia nervoasă, reprezentând restul de 10-15% dintre cazuri. Se cunosc mai puține lucruri în legătură cu distribuția celor trei diagnostice în rândul adolescenților, dar se pare că tulburarea de comportament alimentar fără altă specificație este diagnosticul cel mai frecvent întâlnit și în cazul lor, aceasta fiind urmată de anorexia nervoasă și apoi de bulimia nervoasă.

Figura 2.2 ilustrează prevalența relativă a celor trei diagnostice în rândul adulților tratați ambulatoriu. În această figură a fost inclusă și tulburarea de comportament alimentar de tipul „binge eating”, un concept diagnostic relativ nou, având un statut temporar în cadrul DSM-IV (și care, tehnic, este o formă a tulburării de comportament alimentar FAS). Ea reprezintă o problemă legată de comportamentul alimentar, caracterizată prin episoade recurente de alimentație excesivă compulsivă în absența comportamentului extrem de control al greutății întâlnit în bulimia nervoasă (adică restricțiile alimentare extreme, autoinducerea vomei sau folosirea excesivă a laxativelor). În mod obișnuit, ea este însoțită de obezitate.

Din perspectivă conceptuală, este mai util să distingem trei subgrupuri în cadrul tulburării de comportament alimentar FAS, deși între ele nu există limite distincte. Primul subgrup cuprinde cazurile foarte asemănătoare celor de anorexie nervoasă ori de bulimie nervoasă, dar care nu îndeplinesc criteriile de diagnostic ale acestora; de exemplu, greutatea corporală poate fi ușor peste pragul stabilit pentru anorexia nervoasă ori frecvența episoadelor de binge eating poate fi puțin mai scăzută decât nivelul care ar permite stabilirea unui diagnostic de bulimie nervoasă. Cel mai bine este să considerăm aceste cazuri ca forme „subclinice” ale anorexiei nervoase și, respectiv, ale bulimiei nervoase, plasându-le în cadrul acestor diagnostice. Într-adevăr, este posibil ca limitele de diagnostic pentru anorexia nervoasă și pentru bulimia nervoasă să fie extinse în DSM-V, pentru a cuprinde și astfel de cazuri. Cel de-al doilea subgrup și, în același timp, cel mai mare, cuprinde cazurile în care anorexia nervoasă și bulimia nervoasă se combină într-un mod diferit de cel văzut îndeobște la cele două tulburări tipice. Stările acestea sunt descrise cel mai bine ca fiind „mixte”. Pacienții cu binge eating formează subgrupul al treilea, care este și cel mai puțin numeros (cuprinde mai puțin de 10% din cazurile de tulburări de comportament alimentar).

Recent, s-a sugerat recunoașterea unui nou diagnostic de tulburare de comportament alimentar denumită „tulburare de purgație”. Termenul ar trebui să se refere la pacienții care au episoade repetate de purgație, dar nu prezintă binge eating. Acest concept ridică numeroase probleme. De exemplu, relația dintre tulburarea de purgație și bulimia nervoasă nu este deloc clară, deoarece multe persoane cu o tulburare de purgație prezintă „episoade subiective de binge eating” (definite mai jos) și de aceea se aseamănă cu cele diagnosticate cu bulimia nervoasă. Oricum, mai important este faptul că nu există niciun fel de dovezi că diagnosticul ar avea implicații de ordin prognostic ori terapeutice. Nu există informații care să sugereze faptul că pacienții cu o tulburare de purgație se deosebesc de alți pacienți diagnosticați cu o tulburare de comportament alimentar FAS ori de pacienții cu bulimie nervoasă, nici în privința evoluției lor în cursul tratamentului, nici în ceea ce privește răspunsul lor la tratament.

Mai există un diagnostic de tulburare de comportament alimentar care trebuie menționat pentru a completa acest tablou. Este vorba despre „sindromul mâncatului nocturn”. Acesta se referă la o stare în care identificăm treziri nocturne repetate, însoțite de consumarea unor alimente. Spre deosebire de mâncatul care apare uneori în cazul tulburărilor de somn, mâncatul în cazul „sindromului mâncatului nocturn” se petrece în vreme ce individul este complet treaz. În mod tipic, persoanele care prezintă acest sindrom mănâncă destul de puțin în timpul zilei. Sindromul mâncatului nocturn nu este un diagnostic recunoscut oficial, iar definiția sa rămâne în discuție. El prezintă însă caracteristici distincte față de cele trei diagnostice principale pentru tulburările de comportament alimentar – anorexia nervoasă, bulimia nervoasă și tulburarea de comportament alimentar FAS.

## REALITATEA CLINICĂ: PSIROPATOLOGIE ȘI EVOLUȚIE SIMILARE

Aspectul cel mai interesant în legătură cu anorexia nervoasă, bulimia nervoasă și tulburările de comportament alimentar FAS nu se referă la deosebirile dintre ele, ci, dimpotrivă, la similitudini. Într-o măsură mai mare sau mai mică, se observă aceeași psihopatologie la nivelul tuturor diagnosticelor tulburărilor de comportament alimentar, iar severitatea acestora este, la rândul ei, foarte asemănătoare. Modul în care psihopatologia aceasta este conturată pentru a individualiza cele trei diagnostice este oarecum arbitrar.

În ceea ce privește psihopatologia tulburărilor de comportament alimentar, putem distinge cu claritate componentele „specifice” și cele „generale”. Primele cuprind trăsături detectabile doar în cazul tulburărilor de comportament alimentar, iar cele din urmă cuprind trăsături care se regăsesc și în alte afecțiuni psihiatrice. Deoarece mulți dintre termenii folosiți pentru a descrie psihopatologia specifică se folosesc și în limbajul uzual, în tabelul 2.2 vă oferim un glosar pentru tulburările de comportament alimentar.

Aspectul cel mai interesant în legătură cu anorexia nervoasă, bulimia nervoasă și tulburările de comportament alimentar FAS nu se referă la deosebirile dintre ele, ci, dimpotrivă, la similitudini.

## PSIROPATOLOGIA SPECIFICĂ

### *„Psihopatologia principală” a tulburărilor de comportament alimentar*

Tulburările de comportament alimentar sunt în primul rând „tulburări cognitive”, deoarece anorexia nervoasă și bulimia nervoasă, precum și majoritatea cazurilor de tulburări de comportament alimentar FAS prezintă o „psihopatologie principală” distinctă, care este

Tulburările de comportament alimentar sunt în primul rând „tulburări cognitive”.

**TABELUL 2.2. Glosar cu termenii de bază folosiți pentru descrierea psihopatologiei tulburărilor de comportament alimentar**

*Anorexie* – pierderea poftei de mâncare.

*Binge eating* – termenul „binge eating” descrie un episod pe parcursul căruia individul consumă o cantitate mare de mâncare, judecând obiectiv în funcție de circumstanțele date, existând în același timp și percepția pierderii controlului.

- binge eating subiectiv – un episod de „binge eating” în care cantitatea de mâncare nu este neobișnuit de mare, judecând după circumstanțele date.
- binge eating obiectiv – un episod real de „binge eating”, așa cum a fost descris mai sus.

*Imagine corporală distorsionată* – imagine conform căreia propriul corp ar fi detestabil sau respingător. În mod obișnuit, este însoțită de evitarea situațiilor de expunere corporală.

*Nemulțumire legată de forma corpului* – aversiune față de propria înfățișare ori de propriul corp. Aceasta este comună, spre deosebire de supraevaluarea dimensiunilor și a greutateii corporale.

*Numărutul caloriilor* – monitorizare permanentă a aportului caloric și calcularea repetată a cifrei totale. În general, persoana încearcă să rămână sub o anumită limită calorică zilnică, dar deseori numărarea caloriilor este inexactă. Pacienții subponderali au tendința de a supraestima aportul caloric, în vreme ce tendința opusă se regăsește la pacienții supraponderali.

*Psihopatologia principală* – un termen larg folosit pentru a denumi supraevaluarea caracteristică a conformației și a greutateii corporale, precum și a controlului asupra lor, aplicabilă în cazul pacienților cu tulburări de comportament alimentar.

*Îndatorare* – crearea unui deficit de energie sau a unei „datorii” (în mod obișnuit prin efectuarea unor exerciții fizice), pentru a-și îngădui apoi să mănânce.

*Mâncatul amânat* – amânarea mâncatului ca modalitate de control al greutății sau pentru a rezista tentației de supraalimentare.

*Reguli legate de dietă* – obiective generale care au un caracter flexibil.

*Restricționarea aportului alimentar* – încercarea de a limita cantitatea de alimente consumate.

*Restricții alimentare* – subnutriția reală în sens fiziologic.

*Prescripții legate de dietă* – obiective foarte specifice privind alimentația.

*Exerciții fizice autoimpuse* – o formă specifică de exerciții fizice executate în exces, impuse de percepția subiectivă a pacientului că ar fi determinat ori obligat să le desfășoare, acordarea unei importanțe prioritare mișcării fizice comparativ cu alte activități și efectuarea exercițiilor fizice chiar și atunci când ele pot provoca vătămarea corporală.

*Exercițiu fizic excesiv* – executarea exercițiilor fizice în mod exagerat, fie din perspectiva sănătății fizice ori a adaptării psihosociale, fie din ambele perspective.

*Evitarea alimentelor* – evitarea intenționată a anumitor alimente (pentru că, în general, sunt percepute ca fiind hipercalorice ori pentru că au tendința de a declanșa un episod de binge eating).

*Ciugulitul* – un termen folosit uneori pentru a descrie tendința de a mânca aproape mereu câte ceva. Termenul este peiorativ și vă sfătuim să-l evitați.

*Supraevaluarea conformației și a greutății corporale, precum și a controlului asupra lor* – valorizarea personală bazată în mare măsură sau în mod exclusiv pe criterii legate de conformație și de greutate ori de capacitatea de a le controla.

*Purgația* – un substantiv folosit pentru a desemna autoinducerea vomei sau folosirea excesivă a laxativelor ori a diureticelor.

- *purgație compensatorie* – episoade de purgație care încearcă să compenseze episoade specifice de alimentație excesivă, percepută sau reală.
- *purgație non-compensatorie* – episoade de purgație care nu sunt o reacție la episoade specifice de alimentație excesivă, percepută sau reală.

de natură cognitivă. Aceasta este reprezentată prin supraevaluarea conformației și a greutateii corporale, precum și a controlului asupra lor. (Pentru o descriere completă a acestei psihopatologii și a manifestărilor sale, vă recomandăm să consultați Capitolul 8).

În vreme ce majoritatea indivizilor se autoevaluează prin prisma performanței percepute în diverse domenii ale existenței (de exemplu, calitatea relațiilor lor, performanțele profesionale, calitățile sportive), persoanele suferind de o tulburare de comportament alimentar își întemeiază evaluarea propriei persoane în mare măsură sau chiar în mod exclusiv pe imaginea pe care o au în legătură cu conformația și cu greutatea corporală, precum și pe abilitatea lor de a le controla. Această psihopatologie este specifică tulburărilor de comportament alimentar (și, într-o formă modificată, tulburării dismorfice corporale) și este aceeași pentru toți pacienții – femei și bărbați, adulți sau adolescenți. Cu toate acestea, ea este rar întâlnită la nivelul populației generale. Supraevaluarea conformației și a greutateii corporale nu trebuie confundată cu nemulțumirea în ceea ce privește silueta, care se referă la insatisfacția legată de propriul aspect fizic. Nemulțumirea legată de aspectul fizic este larg răspândită în populația generală, iar prezența sa este numită „nemulțumire-etalon”.

Psihopatologia principală se manifestă în diverse moduri. Într-adevăr, majoritatea caracteristicilor acestor tulburări apar ca fiind secundare acestei psihopatologii și efectelor sale. Majoritatea pacienților cu această psihopatologie sunt deosebit de preocupați de propria greutate. Mulți dintre ei se cântăresc frecvent și se îngrijorează în legătură cu fiecare modificare, oricât de neînsemnată, a greutateii, în vreme ce alții încep să evite deliberat să se mai informeze în legătură cu propria greutate, rămânând totuși extrem de îngrijorați în privința acesteia. În ceea ce privește silueta, se observă același comportament. Mulți pacienți își verifică și își studiază corpul cu atenție, concentrându-se asupra părților care nu le plac, în vreme ce alții evită în mod activ să se privească, plecând de la premiza că sunt grași și dezgustători (imagine corporală distorsionată). Verificarea neconținută și evitarea contribuie la menținerea sentimentului de îngrijorare excesivă în privința conformației și a greutateii corporale. Mulți pacienți își compară mereu silueta cu a altora și, în cele din urmă, ajung la concluzia că ei sunt urâți. Majoritatea se tem că se îngrașă și se tem de grăsime în general și mulți „se simt grași” mereu, ceea ce pentru ei se traduce prin a fi gras indiferent de conformația lor reală. În asemenea cazuri, nu este deloc surprinzător faptul că preocupările acestea privind aspectul fizic au un efect considerabil asupra funcționării sociale și asupra relațiilor intime. Socializarea poate deveni dificilă ori poate fi evitată cu totul. Dezbrăcatul în fața altora este imposibil de acceptat, iar unora dintre pacienți nu le place să fie atinși.

Într-un subgrup de pacienți, psihopatologia fundamentală ia o formă diferită (și care nu este descrisă în DSM-IV). Aceștia nu prezintă o supraevaluare a conformației și a greutateii corporale, nici a controlului asupra lor, ci o supraevaluare a controlului asupra alimentației în sine, deși cele două forme de psihopatologie pot coexista. Când varianta aceasta este prezentă separat, pacienții manifestă într-o măsură mai redusă tendința de a-și verifica silueta și greutatea corporală, tendința de evitare sau aceea de a se percepe ca fiind grași. În schimb, ei țin o dietă extrem de riguroasă (adică își controlează strict alimentația) și se angajează în diverse forme de

supraveghere a dietei (numărarea caloriilor) și de evitare (evitarea unor alimente). Pentru mulți dintre ei este extrem de important sentimentul de autocontrol perceput ca urmare a angajării proprii în aceste forme de comportament. Simptomatologia aceasta este cel mai des întâlnită la pacienții tineri aflați în fazele incipiente ale unei tulburări de comportament alimentar, precum și la pacienții subponderali. De asemenea, este mai întâlnită în regiunile orientale.

În cazul pacienților cu tulburări de comportament alimentar, restricția alimentară poate fi determinată și de alte motive, cum ar fi ascetismul, competitivitatea, precum și o dorință de a atrage atenția celorlalți; dar aceste motive sunt complet diferite de supraevaluarea conformației, a greutății corporale și a controlului asupra lor, care este specifică tulburărilor de comportament alimentar.

### ***Obiceiuri alimentare, comportamentul de control al greutății și greutatea corporală***

Psihopatologia principală are un impact major asupra obiceiurilor alimentare. Ea se manifestă prin încercări extreme și repetate de a limita cantitatea de alimente ingerate („restricția consumului alimentar”). Aceasta este una dintre caracteristicile cele mai pregnante în cazul persoanelor suferind de o tulburare de comportament alimentar și este prezentă în toate tulburările de comportament alimentar (altele decât tulburarea de tip binge eating). Forma pe care o ia această dietă se deosebește de dietele cotidiene. Pacienții aceștia nu se ghidează după niște coordonate generale în legătură cu modul în care trebuie să mănânce, ci își stabilesc numeroase reguli foarte stricte și extrem de specifice, cu scopul de a limita cantitatea alimentelor pe care le consumă. Aceste reguli sunt destul de diverse, dar grija principală a pacienților o constituie orele la care trebuie să mănânce (de exemplu, nu mai devreme de ora 18:00), cât trebuie să mănânce (de exemplu, mai puțin de 600 de kcal pe zi) și, mai ales, ce trebuie să mănânce, majoritatea pacienților având o listă lungă de alimente pe care încearcă să nu le mănânce deloc („evitarea unor alimente”). Ca urmare a acestor reguli, modul lor de alimentație devine restrictiv și inflexibil. Tipul acesta de comportament este deosebit de problematic, deoarece, deși își coordonează viața în funcție de comportamentul respectiv, pacienții pierd din vedere gravitatea deficitului cu care se confruntă. Ca urmare a preocupării aproape constante legate de mâncare și de alimentație, capacitatea de concentrare a acestor pacienți este și ea afectată. Pentru ei, devine dificil să mănânce în familie și aproape imposibil să mănânce în oraș. Unii dintre ei insistă să mănânce singuri, pentru că în felul acesta pot mânca așa cum doresc și se pot concentra asupra acestui lucru. Mulți pacienți se hotărăsc cu greu atunci când trebuie să aleagă ceea ce vor mânca, iar unii evită această situație mâncând zilnic același lucru. Unii trebuie să știe cu exactitate ce ingrediente sunt în mâncare. Aceștia își cântăresc de obicei mâncarea și țin o evidență zilnică a caloriilor. Mâncatul la evenimente sociale poate deveni deosebit de problematic, iar aniversările ori sărbătorile de orice fel sunt percepute ca motive de îngrijorare

care îi preocupă cu luni înainte, din cauza faptului că pacienții se tem că vor trebui să mănânce mai mult decât de obicei și, în plus, vor mânca de față cu alții.

Încercările de a restrânge cantitatea de alimente pot să aibă succes sau nu. Rareori se întâmplă ca acestea să nu aibă ca rezultat subnutriția reală, în sens fiziologic („restricție alimentară”). Dacă încercările acestea au succes – ceea ce se întâmplă mai cu seamă în stadiile incipiente ale unei tulburări de comportament alimentar – pacientul pierde din greutate și poate ajunge subponderal, suferind apoi efectele secundare fizice și psihosociale severe ale acestui regim. (Această consecință apare în cazul pacienților care îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru anorexia nervoasă și în cazul pacienților cu o tulburare de comportament alimentar FAS care sunt subponderali; a se vedea Capitolul 11). Aceste efecte secundare sunt importante din trei motive esențiale. Întâi, unele amenință viața pacientului (de exemplu, efectele la nivelul sistemului cardiovascular) ori sunt aproape ireversibile (de exemplu, efectele asupra sistemului osos). În al doilea rând, unele determină persistența tulburării de comportament alimentar, încurajând pacientul să continue să se subalimenteze (de exemplu, preocuparea pentru mâncare și pentru alimentație, izolarea socială, pragul de sațietate mai ridicat), iar în al treilea rând, multe se constituie în deficite severe (de exemplu, capacitate de concentrare scăzută, indecizie, calitate scăzută a somnului, tendințe obsesionale mai marcate). În general, nu există „anorexie” (pierdere a poftei de mâncare) ca atare.

Există pacienți care se angajează în exerciții fizice în mod excesiv – o practică specifică tulburărilor de comportament alimentar, deși este mai des întâlnită în cazul pacienților subponderali. Aceasta constituie o problemă deosebită în secțiile de spital, unde pacienții nu pot efectua exerciții fizice. Exercițiile fizice sunt foarte diverse, cuprinzând activitățile zilnice excesive (de exemplu, mai degrabă statul în picioare decât așezat, alegerea exclusivă a mersului pe jos), exercițiile fizice obișnuite, dar executate prea frecvent (de exemplu, mersul la sală de trei ori pe zi) și exercițiile fizice excesive (de exemplu, executarea unui număr foarte mare de flotări ori de genuflexiuni). „Exercițiile fizice autoimpuse” constituie o formă particulară de mișcare fizică exagerată, având următoarele caracteristici suplimentare: sentimentul pacientului că trebuie sau că are obligația să urmeze cu strictețe programul de mișcare, acest program depășind în importanță alte activități (de exemplu, socializarea), precum și realizarea exercițiilor fizice chiar și atunci când ar putea fi vătămătoare (de exemplu, după ce s-a accidentat, ori atunci când riscă să sufere o fractură – dacă greutatea sa este mult sub limita normală). Aspectele care motivează exercițiile fizice excesive sunt diverse. În majoritatea cazurilor, ele reprezintă o formă de control al greutății sau o modalitate de schimbare a siluetei, dar în unele cazuri ele sunt folosite și pentru reglarea dispoziției afective (a se vedea Capitolul 10).

Alimentația compulsivă (*binge eating*) este o altă trăsătură caracteristică a pacienților cu tulburări de comportament alimentar. Ea este descrisă ca fiind un episod de supraalimentare în cursul căruia pacientul consumă o cantitate mare de mâncare ținând seama de condițiile date și care este însoțit de sentimentul pierderii controlului. Alimentația compulsivă se regăsește în toate tipurile de tulburări de comportament alimentar, cel mai rar în anorexia nervoasă. La



majoritatea pacienților care nu prezintă o tulburare de tip binge eating, episoadele de alimentație compulsivă apar pe fondul unor reduceri severe a ingestiei alimentare, însoțită sau nu de restricții alimentare.

Frecvența acestor episoade variază între o dată sau de două ori pe săptămână (situația din urmă aflându-se la limita stabilită pentru diagnostic în DSM-IV) și de mai multe ori pe zi; cantitatea de mâncare variază, dar se înscrie, în general, între 1.000 și 2.000 de kilocalorii (kcal). În majoritatea cazurilor, fiecare episod este urmat de provocarea vărsăturilor sau de folosirea excesivă a laxativelor ori a diureticelor, deși există și pacienți care nu apelează la „purgație”. (Purgația se referă la inducerea vomiei ori la folosirea excesivă a laxativelor sau a diureticelor). Majoritatea pacienților percep alimentația compulsivă ca fiind aversivă și stresantă (și costisitoare) și deseori acesta este motivul pentru care solicită ajutorul terapeutului. Unii pacienți consideră că episoadele de alimentație compulsivă îi ajută să-și regleze stările afective (a se vedea Capitolul 10).

Pe lângă episoadele reale de alimentație compulsivă, există și episoade de „alimentație compulsivă subiectivă”, în care cantitatea de alimente nu este cu adevărat mare, având în vedere condițiile date. Tipul acesta de alimentație compulsivă este oarecum neglijat în descrierile psihopatologiei tulburărilor de comportament alimentar, deși este întâlnit destul de des și poate fi la fel de stresant și de debilitant ca și alimentația compulsivă reală („obiectivă”). Majoritatea episoadelor de felul acesta observate în anorexia nervoasă sunt de tipul subiectiv. Episoadele de alimentație compulsivă subiectivă pot fi însoțite de purgații sau nu.

De asemenea, purgația apare la toate tulburările de comportament alimentar, cu excepția tulburării de tip binge eating (prin definiție). Purgația poate fi „compensatorie” sau „noncompensatorie”. Purgația compensatorie este cea la care se recurge pentru a diminua efectele asupra greutății corporale ale alimentației, considerată de către pacient a fi în exces. Dacă purgația este compensatorie, atunci este legată de aceste episoade, le succede și apare doar împreună cu ele. În cazul purgației noncompensatorii, acest comportament funcționează mai degrabă ca o „rutină” ce ține de controlul greutății, similară regimului alimentar, iar în acest caz legătura sa cu episoadele de alimentație „excesivă” nu este atât de strânsă. Asemenea alimentației compulsive și practicării excesive a exercițiilor fizice, purgația poate funcționa ca o modalitate de reglare a dispoziției afective (a se vedea Capitolul 10). O variantă a purgației este scuiparea repetată a mâncării, aceasta putând fi considerată o formă de purgație necompensatorie.

Dacă excludem alimentația compulsivă, supraalimentarea nu este des întâlnită la pacienții cu tulburări de comportament alimentar, cu excepția celor cu un diagnostic de tulburare de tip binge eating. Aceștia din urmă au episoade recurente de supraalimentare, similare cu cele întâlnite în bulimia nervoasă, dar obiceiurile lor alimentare – în afara episoadelor de alimentație compulsivă – sunt diferite, în sensul că ei prezintă o tendință generală de a mânca în exces. Într-adevăr, obiceiurile lor alimentare se aseamănă cu cele ale persoanelor cu obezitate, cu deosebirea că, în cazul lor, se suprapun episoadele de alimentație compulsivă. Prin definiție, dietele extreme, purgația și exercițiul fizic practicat excesiv nu sunt prezente în tulburarea de tip binge eating.

Pușini specialiști notează faptul că majoritatea pacienților cu o tulburare de comportament alimentar nu se remarcă prin greutatea corporală. Acest lucru se datorează faptului că efectele subalimentării și ale alimentației compulsive tind să se anuleze reciproc. Astfel, majoritatea pacienților cu bulimie nervoasă și cei cu tulburare de comportament alimentar FAS au un indice de masă corporală (IMC) cuprins în limite normale (între 20,0 și 24,9) (a se vedea tabelul 2.3 pentru prezentarea IMC-ului și a folosirii sale în cazul pacienților cu tulburări de comportament alimentar). Prin definiție, pacienții cu anorexie nervoasă sunt evident subponderali, iar acest lucru este valabil și pentru un segment din pacienții cu o tulburare de comportament alimentar FAS. La celălalt capăt al spectrului greutatei corporale, marea majoritate a pacienților cu o tulburare de tip binge eating sunt fie supraponderali, fie au obezitate coexistentă (IMC de 30 sau mai mare), reflectând tendința lor generală de a mânca în exces.

**TABELUL 2.3. Indicele de masă corporală (IMC) și folosirea sa în cazul pacienților cu tulburări de comportament alimentar**

- IMC este o modalitate adecvată de reprezentare a greutății în funcție de înălțime. El reprezintă greutatea (în kg) împărțită la pătratul înălțimii (în m) (adică,  $G/I^2$ ). Formula aceasta a fost propusă de Quetelet, un astronom și matematician belgian, în 1835.
- Tabelul de la începutul cărții de față vă oferă posibilitatea de a stabili IMC-ul unei persoane în funcție de greutatea și de înălțimea sa. Valorile date se aplică în cazul adulților de ambele sexe, cu vârsta cuprinsă între 18 și 60 de ani. Pentru pacienții mai tineri, există tabele cu IMC-ul exprimat procentual (de exemplu, [www.cdc.gov/growcharts](http://www.cdc.gov/growcharts)).
- În general, IMC-ul este un bun indicator al raportului dintre greutate și înălțime, folosit în clasificarea indivizilor. Vă prezentăm mai jos pragurile IMC-ului folosite în această carte. Aceste praguri sunt ușor diferite față de cele obținute în urma cercetărilor asupra obezității și asupra complicațiilor sale medicale asociate. În schimb, ele sunt concepute în mod special pentru a evidenția implicațiile pe care le are IMC-ul scăzut asupra sănătății persoanelor cu tulburări de comportament alimentar.

|                                    |                   |
|------------------------------------|-------------------|
| Pronunțat subponderal <sup>a</sup> | 17,5 sau mai mic  |
| Subponderal <sup>b</sup>           | 17,6 - 18,9       |
| Greutate scăzută <sup>c</sup>      | 19,0 - 19,9       |
| Greutate optimă <sup>d</sup>       | 20,0 - 24,9       |
| Supraponderal <sup>e</sup>         | 25,0 - 29,9       |
| Obezitate <sup>f</sup>             | 30,0 ori mai mare |

<sup>a</sup>La IMC 17,5 sau mai mic, persoanele resimt efecte adverse pronunțate de natură fizică și psihosocială, ca urmare a faptului că sunt subponderale (a se vedea Capitolul 11).

<sup>b</sup>La IMC între 17,6 și 18,9, majoritatea indivizilor resimt anumite efecte adverse de natură fizică și psihosocială ca urmare a faptului că sunt subponderali. Pușini indivizi aparținând societăților occidentale (alții decât cei de origine asiatică) pot menține IMC sub 19,0 fără să-și restricționeze consumul alimentar în mod activ.

<sup>c</sup>IMC între 19,0 și 19,9 este scăzut, dar, în general, nu este nesănătos.

<sup>d</sup>IMC între 20,0 și 24,9 este considerat optim din punctul de vedere al sănătății. Unele surse indică IMC între 18,5 și 24,9 ca fiind cel sănătos, dar (după cum am menționat mai sus) aceste limite mai largi ale IMC nu iau în considerare implicațiile pe care le are un IMC mai scăzut asupra sănătății persoanelor cu o tulburare de comportament alimentar.

<sup>e</sup>IMC între 25,0 și 29,9 este asociat unui risc ridicat pentru sănătate.

<sup>f</sup>IMC de 30,0 sau mai mare este asociat cu riscuri semnificativ crescute asupra sănătății.

## PSIHOPATOLOGIE GENERALĂ

Așa cum am observat în legătură cu psihopatologia specifică, trăsăturile psihiatrice generale sunt similare pentru tot spectrul tulburărilor de comportament alimentar. Trăsăturile de natură depresivă și anxioasă sunt cele mai comune și, într-adevăr, majoritatea pacienților îndeplinesc criteriile pentru una sau mai multe tulburări de dispoziție afectivă ori de tip anxios. Trăsăturile de natură depresivă sunt mai comune la pacienții cu binge eating, în vreme ce trăsăturile de natură anxioasă sunt mai degrabă caracteristice pacienților care prezintă niveluri ridicate de restricție a consumului alimentar. La pacienții subponderali sunt mai pregnante trăsăturile de tip obsesional și ele sunt, în parte, o consecință a subponderalității (a se vedea Capitolul 11). Unii pacienți se angajează în autovătămare repetată (în special se taie) și un alt grup, care se suprapune peste primul, este acela al pacienților predispuși abuzului de substanțe (mai ales abuzul de alcool). Aceste trăsături pot însoți oricare dintre tulburările de comportament alimentar, dar sunt cele mai comune în grupul pacienților cu binge eating.

Personalitatea pacienților cu tulburări de comportament alimentar este greu de evaluat, deoarece multe dintre trăsăturile de interes pentru diagnostic sunt direct influențate de prezența tulburării de comportament alimentar. Stabilirea diagnosticelor pentru tulburările de personalitate este cu atât mai dificilă și mai imprecisă în cazul acestor pacienți, cu cât majoritatea nu au avut nicio perioadă din viața adultă în care să nu fi suferit de acea tulburare de comportament alimentar (adică nu există o perioadă în care să nu fi suferit de această tulburare și în care terapeutul să fi putut să le evalueze personalitatea)<sup>1</sup>. Cu toate acestea, tulburările de personalitate sunt diagnosticate: de exemplu, pacienții care prezintă comportamente de autovătămare sau abuz de substanțe atrag deseori diagnosticul de tulburare de personalitate de tip borderline. Două trăsături de personalitate sunt considerate a fi cele mai întâlnite – perfecționismul și stima de sine scăzută – și în mod tipic ele s-au manifestat cu mult înainte de debutul tulburării de comportament alimentar.

**Stabilirea diagnosticelor pentru tulburările de personalitate este mai dificilă și mai imprecisă în cazul pacienților cu o tulburare de comportament alimentar.**

## PROBLEMELE DE NATURĂ FIZICĂ

Aproape toate problemele de natură fizică întâlnite la pacienții cu o tulburare de comportament alimentar pot fi puse pe seama comportamentului lor. Cele observate în anorexia nervoasă se datorează în mare parte faptului că pacienții aceștia nu se hrănesc suficient și că sunt subponderali, aceleași aspecte

<sup>1</sup> Amintim că „O tulburare de personalitate trebuie diagnosticată doar atunci când trăsăturile definitorii au apărut înainte de maturitatea timpurie, sunt tipice pentru funcționarea de lungă durată a individului și nu apar în mod exclusiv în timpul unui episod al unei tulburări de Axia I” (Asociația Americană de Psihiatrie, 1994, p.632).

anormale regăsindu-se și la pacienții subponderali suferind de o tulburare de comportament alimentar FAS. Purgația, dacă are loc în mod frecvent, are ca rezultat un dezechilibru la nivelul fluidelor și al electroliților din organism, indiferent de tulburarea de comportament alimentar diagnosticată, iar vărsăturile repetate duc, în cele din urmă, la probleme dentare, indiferent de tulburarea de comportament alimentar diagnosticată. (Managementul medical al pacienților suferind de tulburări de comportament alimentar este discutat în Capitolul 4).

## CUM EVOLUEAZĂ PSIHOPATOLOGIA TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT ALIMENTAR

Dacă distincțiile dintre tulburările de comportament alimentar par arbitrar dintr-o perspectivă transversală, ele par și mai arbitrare din perspectivă longitudinală.

Anorexia nervoasă începe în mod tipic pe la mijlocul adolescenței, declanșându-se odată cu restricția alimentară. Aceasta devine tot mai extremă și mai inflexibilă și, drept urmare, persoana devine marcat subponderală. Cu toate acestea, apar destul de frecvent episoade de binge eating, fiind însoțite de creștere în greutate și urmate apoi de bulimie nervoasă (în aproximativ o jumătate dintre cazuri) sau de o formă mixtă de tulburare de comportament alimentar FAS.

Vârsta la care se declanșează bulimia nervoasă este puțin mai crescută, de obicei între adolescența târzie și primii ani ai vârstei adulte. De obicei, ea debutează asemenea anorexiei nervoase. Într-adevăr, în aproximativ un sfert dintre cazuri, criteriile pentru un diagnostic de anorexie nervoasă sunt îndeplinite pentru o anumită perioadă. Această tulburare este extrem de versatilă, autoîntreținându-se mereu. La începutul terapiei, pacienții prezintă deseori un istoric de 8 sau mai mulți ani cu perturbări persistente de comportament alimentar și chiar la 5-10 ani după prezentarea la terapie, între o treime și o jumătate dintre ei încă suferă de o tulburare de comportament alimentar de severitate clinică, deși în multe cazuri, aceasta s-a transformat din bulimie nervoasă într-o formă mixtă de tulburare de comportament alimentar fără altă specificație.

Există puține studii dedicate dezvoltării și evoluției tulburării de comportament alimentar FAS. Ca și în cazul bulimiei nervoase, majoritatea pacienților se prezintă la vârsta adolescenței ori în jurul vârstei de 20 de ani și au un istoric similar în privința duratei afecțiunii. Între un sfert și o treime dintre ei au suferit de anorexie ori de bulimie nervoasă în trecut.

Tulburarea de tip binge eating are o evoluție destul de diferită comparativ cu alte tulburări de comportament alimentar. Majoritatea pacienților sunt de vârstă medie și o treime sau mai mult dintre ei sunt bărbați. Profilul acesta este foarte diferit de cel al pacienților cu anorexie nervoasă, cu bulimie nervoasă și cu tulburare de comportament alimentar FAS, care în general sunt adolescente sau femei tinere. Tulburarea de tip binge eating este mai degrabă intermitentă

**Dacă distincțiile  
dintre tulburările de  
comportament alimentar  
par arbitrar într-o  
perspectivă transversală,  
ele par și mai arbitrare din  
perspectivă longitudinală.**

decât persistentă, majoritatea pacienților raportând perioade îndelungate în care sunt predispuși să se supraalimenteze și altele în care reușesc să-și controleze alimentația. În ansamblu însă, acești pacienți prezintă în general tendința de a mânca excesiv și de a se îngrășa. Puțini dintre ei raportează un istoric de anorexie nervoasă ori de bulimie nervoasă.

În concluzie, excluzând tulburarea de tip binge eating, una dintre caracteristicile cele mai pregnante și uimitoare ale tulburărilor de comportament alimentar este modificarea diagnosticului. În vreme ce un mic grup de pacienți păstrează același tablou clinic, marea majoritate migrează între diagnostice de tulburări de comportament alimentar. Cu toate acestea, migrația amintită nu este întâmplătoare. Ea reflectă faptul că tulburările de comportament alimentar încep în general cu reducerea consumului alimentar și cu restricțiile alimentare, dar controlul pacienților asupra alimentației se pierde și se dezvoltă, în schimb, episoadele de alimentație compulsivă. Astfel, atunci când debutează tulburarea de comportament alimentar, pacienții îndeplinesc criteriile pentru un diagnostic de anorexie nervoasă și apoi, pe parcursul evoluției tulburării, trec la bulimia nervoasă sau la tulburările de comportament alimentar FAS. Alții, îndeplinesc la început criteriile fie pentru un diagnostic de bulimie nervoasă, fie de tulburare de comportament alimentar FAS și apoi pendulează între cele două.

Aceste modificări de diagnostic impun întrebarea „Oare schimbările de diagnostic al tulburărilor de comportament alimentar reflectă în mod real

**Oare schimbările de diagnostic al tulburărilor alimentare reflectă în mod real recuperarea în urma unei tulburări psihiatrice și dezvoltarea alteia ori ele reflectă evoluția unei singure tulburări de comportament alimentar?**

recuperarea în urma unei tulburări psihiatrice și dezvoltarea alteia, așa cum ar sugera schema din DSM-IV, ori ele reflectă evoluția unei singure tulburări de comportament alimentar?” Dacă unei paciente cu o tulburare de comportament alimentar FAS care a avut un istoric de anorexie nervoasă și de bulimie nervoasă i s-ar spune că a suferit de trei tulburări psihiatrice diferite, vindecându-se de două dintre ele, ea ar fi surprinsă și sceptică. Din perspectiva sa, ea suferă de o singură tulburare de comportament alimentar - și oare este așa cu siguranță?

## PERSPECTIVA TRANSDIAGNOSTICĂ

Așa cum am menționat la începutul capitolului, schema DSM-IV pentru clasificarea tulburărilor de comportament alimentar încurajează perspectiva conform căreia există un număr distinct de tulburări de comportament alimentar. Cu toate acestea, studiarea trăsăturilor lor clinice și a evoluției lor contrazice această perspectivă. Pacienții suferind de anorexie nervoasă, bulimie nervoasă și de o tulburare de comportament alimentar FAS prezintă multe caracteristici comune, iar studiile dedicate evoluției acestora sugerează faptul că ei migrează între aceste diagnostice. Aceste două caracteristici sugerează faptul că suntem îndreptățiți să

privim tulburările de comportament alimentar ca fiind mai degrabă o singură categorie de diagnostic, decât afecțiuni distincte.

Schema DSM-IV impune ca fiecare dintre tulburările de comportament alimentar să aibă un tratament distinct. Și lucrul acesta este discutabil. Faptul că tulburările de comportament alimentar persistă dar evoluează ca formă (însă nu se dezvoltă în alte tulburări psihiatrice) sugerează că mecanismele „transdiagnostice” joacă un rol esențial în menținerea psihopatologiei tulburărilor de comportament alimentar. Cu alte cuvinte, se pare că există mecanisme care fixează pacienții într-un tipar al tulburărilor de comportament alimentar, dar nu în limitele unei anumite tulburări specifice. Dacă este așa, tratamentele vizând aceste mecanisme ar trebui să fie eficace pentru toate tulburările de comportament alimentar, nu numai pentru una dintre ele. Atât experiența noastră clinică de TCC-O, cât și rezultatele cercetărilor pe care le-am întreprins până acum sugerează validitatea acestei observații.

## **TEORIA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ**

Teoria pe care se bazează TCC-O vizează mai degrabă procesele care întrețin psihopatologia tulburărilor de comportament alimentar, decât acelea responsabile pentru dezvoltarea sa inițială, deși ele se pot suprapune. Această focalizare asupra mecanismelor care funcționează la un moment dat este comună aproape tuturor tratamentelor cognitiv-comportamentale susținute empiric.

Teoria aflată la baza TCC-BN (TCC a bulimiei nervoase) a fost cel mai amplu studiată și de aceea este prima pe care o vom descrie aici.

### **Teoria cognitiv-comportamentală a bulimiei nervoase**

Conform teoriei cognitiv-comportamentale a bulimiei nervoase, elementul central care întreține tulburarea este psihopatologia fundamentală a acestor pacienți: schema lor cognitivă disfuncțională de autoevaluare. Așa cum am explicat mai sus, majoritatea trăsăturilor caracteristice tulburărilor de comportament alimentar pot fi înțelese ca pornind direct din acest punct comun de origine care cuprinde reducerea consumului alimentar (a se vedea traseul a, Figura 2.3), celelalte forme de comportament de control al greutății, diverse forme de control al corpului și de evitare, precum și preocuparea legată de siluetă, greutate și de alimentație.

Singura caracteristică a bulimiei nervoase care nu este în mod evident expresia directă a psihopatologiei principale este alimentația compulsivă a acestor pacienți. Teoria cognitiv-comportamentală sugerează că alimentația compulsivă este în mare măsură un produs al propriei lor tendințe de a restrânge consumul alimentar. În loc să adopte niște reguli generale vizând modul în care se hrănesc, pacienții aceștia încearcă să respecte mai multe reguli de conduită alimentară deosebit de stricte și foarte specifice. Pe lângă aceste reguli, există tendința de a reacționa extrem de negativ atunci când (aproape inevitabil) ele nu pot fi respectate, astfel încât chiar

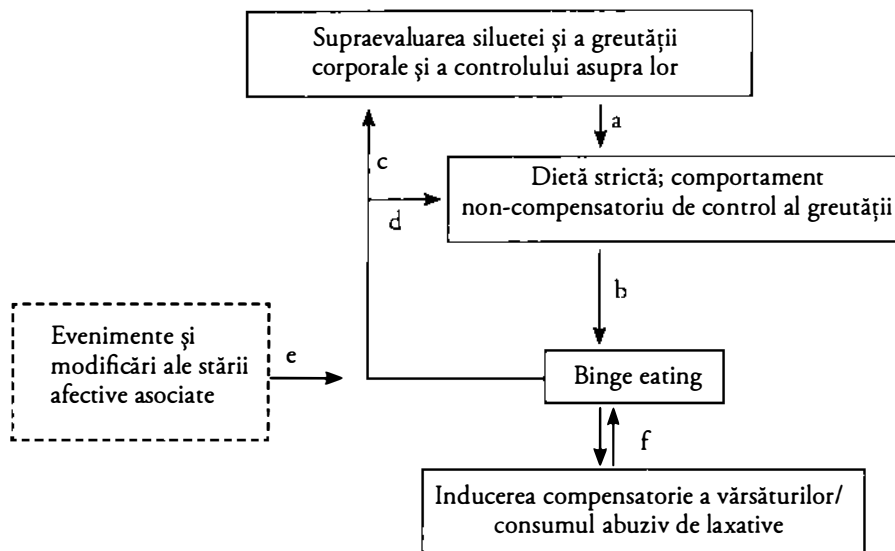


**FIGURA 2.3.** Teoria cognitiv-comportamentală a bulimiei nervoase

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008 al Guilford Press. Figura aceasta este accesibilă online la <http://ascresd.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.

și o scăpare minoră este considerată o dovadă a lipsei autocontrolului. În astfel de cazuri în care încalcă regulile, reacția pacienților este aceea de a renunța pentru o vreme la consumul limitat de alimente și, ca rezultat, cedează impulsului de a mânca, apărut ca urmare a limitărilor impuse (și al oricăror alte restricții de natură alimentară), iar urmarea este o perioadă scurtă în care mănâncă în mod necontrolat (adică are loc un episod obiectiv sau subiectiv de binge eating; traseul b). Astfel se formează tiparul distinct de alimentație care caracterizează bulimia nervoasă, în care încercările de a reduce consumul alimentar sunt întrerupte de episoade repetate de alimentație compulsivă. La rândul său, alimentația compulsivă întreține psihopatologia principală, intensificând preocupările pacienților legate de siluetă și de greutate (traseul c). De asemenea, ea încurajează o reducere și mai severă a consumului alimentar, sporind riscul declanșării unor noi episoade de alimentație compulsivă (traseul d).

În acest context, trebuie să adăugăm faptul incontestabil că aceste scăpări ale pacienților legate de regimul alimentar nu apar „din senin”, ci se declanșează mai degrabă ca o reacție la evenimente negative de fiecare zi și la stări afective negative. Acest lucru se întâmplă, pe de-o parte, pentru că este greu să menții un consum alimentar restrâns în situații de felul acesta, iar pe de altă parte, pentru că alimentația compulsivă reduce temporar dispozițiile afective negative și îi distrage pe pacienți de la gândurile legate de propriile neazuri (traseul e).

Un alt aspect este acela al menținerii alimentației compulsive în rândul pacienților care recurg la purgăția compensatorie. Convingerea pacienților că purgăția reduce creșterea în greutate subminează în mod direct acest argument

puternic împotriva alimentației compulsive. Pacienții nu-și dau seama de faptul că vărsăturile îi ajută să piardă doar o parte dintre alimentele ingerate și că efectul laxativelor este neînsemnat ori cu totul inexistent (Capitolul 6).

Această teorie cognitiv-comportamentală bine susținută empiric a menținerii bulimiei nervoase are implicații clare în privința tratamentului. Ea sugerează faptul că, dacă urmărim ca tratamentul să aibă un efect durabil asupra episoadelor de alimentație compulsivă și de purgație – aspect al tulburării de comportament alimentar pe care majoritatea pacienților doresc să-l schimbe –, atunci trebuie abordate și alte aspecte legate de afecțiunea de care suferă. Este vorba despre dietele excesive, despre supraevaluarea siluetei și a greutateii corporale, precum și despre orice tendință de a recurge la mâncare ca răspuns la evenimentele negative și la stările afective negative.

### **Teoria cognitiv-comportamentală transdiagnostică**

Teoria cognitiv-comportamentală a bulimiei nervoase poate fi extinsă la toate tulburările de comportament alimentar. Observația aceasta se bazează pe faptul că anorexia nervoasă și majoritatea formelor de tulburări de comportament alimentar FAS au multe trăsături comune cu bulimia nervoasă. După cum am menționat mai devreme, ele prezintă componentele de bază ale aceleiași psihopatologii principale, iar această psihopatologie își găsește expresia în atitudini și în comportamente similare. Astfel, pacienții suferind de anorexia nervoasă încearcă să-și restrângă consumul de alimente într-un mod la fel de rigid și de extrem ca și acela al pacienților cu bulimie nervoasă, ei recurgând, de asemenea, la inducerea vărsăturilor, la folosirea abuzivă a laxativelor ori a diureticelor și la exercițiile fizice practicate în mod excesiv. Nici alimentația compulsivă nu contribuie la distincția dintre cele două diagnostice, deoarece există un subgrup de pacienți cu anorexie nervoasă care alimentează compulsiv (recurgând sau nu la purgația compensatorie). Principala deosebire dintre anorexia nervoasă și bulimia nervoasă se referă la relativul echilibru dintre subalimentare și supraalimentare, precum și la efectul său asupra greutateii corporale. În bulimia nervoasă, greutatea corporală este de obicei nesemnificativă, deoarece supraalimentarea și subalimentarea se anulează reciproc. Totuși, în anorexia nervoasă, încercările de a restricționa consumul alimentar au mai mult succes, subalimentarea predomină, iar pacientul rămâne mult sub greutatea normală și, în consecință, prezintă trăsăturile fizice și psihosociale secundare specifice. Unele dintre aceste trăsături secundare întrețin tendința de subalimentare, menținând pacienții într-o stare care se autoperpetuează (a se vedea Capitolul 11). Figura 2.4 ilustrează teoria cognitiv-comportamentală de menținere a formei clasice „restrictive” de anorexie nervoasă.

Procesele care perpetuează bulimia nervoasă și anorexia nervoasă par să contribuie și la menținerea tablourilor clinice în tulburările de comportament alimentar FAS. Figura 2.5 reprezintă teoria cognitiv-comportamentală transdiagnostică mixtă, care, în mod principal, este o combinație între teoriile privind bulimia nervoasă și cele privind anorexia nervoasă restrictivă. Potrivit



experienței noastre, această teorie mixtă reprezintă în mod corect întreaga gamă de procese care servesc la menținerea oricărei tulburări de comportament alimentar, indiferent de forma sa specifică, și care au loc la nivelul fiecărui individ, în funcție de psihopatologia curentă exactă. În unele cazuri, doar un număr limitat dintre aceste procese sunt active – cum se întâmplă în multe cazuri de tulburare de tip binge eating, iar în altele majoritatea proceselor amintite sunt active – așa cum se întâmplă în cazurile de anorexie nervoasă, prezentând deopotrivă alimentație compulsivă și purgație. Asemenea teoriei cognitiv-comportamentale a bulimiei nervoase, teoria transdiagnostică evidențiază procesele care trebuie abordate în cadrul tratamentului, iar acestea sunt exact cele abordate în cadrul TCC-O.

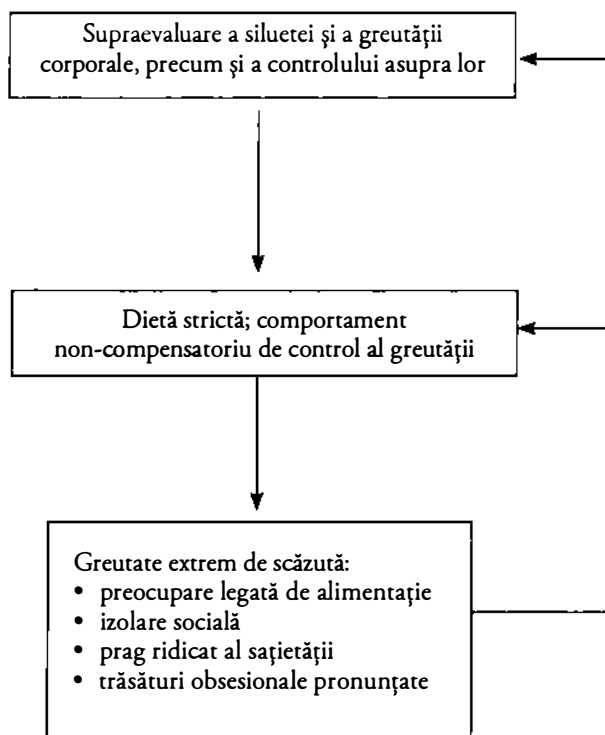


**FIGURA 2.4.** Teoria cognitiv-comportamentală a anorexiei nervoase („restrictive”)

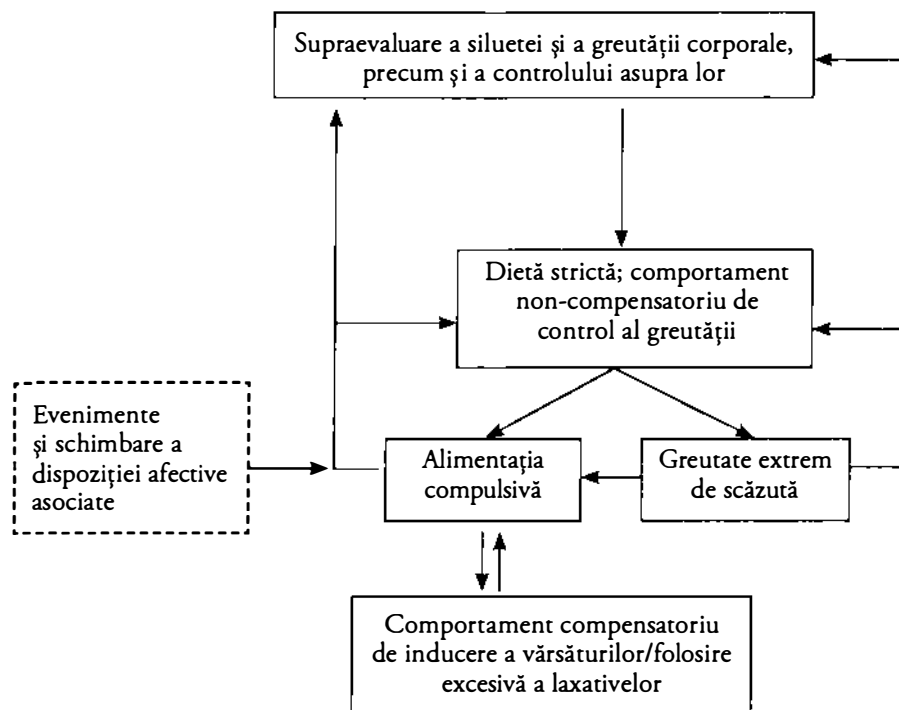


**FIGURA 2.5.** Teoria cognitiv-comportamentală „transdiagnostică”

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008 al Guilford Press. Figura aceasta este accesibilă online la <http://ascred.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.

## BIBLIOGRAFIE RECOMANDATĂ

### Trăsături clinice ale tulburărilor de comportament alimentar

- Fairburn, C.G. & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361,407-416.
- Garner, D.M. (1997). Psychoeducational principles in treatment. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 145-177). New York: Guilford Press.
- Grilo, C.M. (2006). *Eating and weight disorders*. New York: Psychology Press.
- Palmer, R. (2000). *Helping people with eating disorders: A clinical guide to assessment and treatment*. Chichester: Wiley.

## Diagnostic și clasificare a tulburărilor de comportament alimentar

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Commission on Adolescent Eating Disorders. (2005). Eating disorders. In D.L. Evans et al (Eds.), *Treating and preventing adolescent mental health disorders* (pp. 257-332). New York: Oxford University Press.
- de Zwaan, M., Roerig, D.B., Crosby, R.D., & Mitchell, J.E. (2006). Nighttime eating: A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 224-232.
- Fairburn, C.G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 691-701.
- Fairburn, C.G., & Cooper, Z. (2007). Thinking afresh about the classification of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 5107-5111.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Keel, P.K. (2007). Purging disorder: Subthreshold variant or full-threshold eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 589-594.
- Striegel-Moore, R.H., Franko, D.L., May, A., Ach, E., Thompson, D., & Hook, J.M. (2006). Should night eating syndrome be included in the DSM-IV? *International Journal of Eating Disorders*, 39, 544-549.
- Wonderlich, S.A., Joiner, T.E., Keel, P.K., Williamson, D.A., & Crosby, R.D. (2007). Eating disorder diagnoses: Empirical approaches to classification. *American Psychologist*, 62, 167-180.

# TERAPIA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ OPTIMIZATĂ A TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT ALIMENTAR („TCC-O”): PREZENTARE GENERALĂ

CHRISTOPHER G. FAIRBURN, ZAFRA COOPER  
și ROZ SHAFRAN

Tulburările de comportament alimentar și terapia cognitiv-comportamentală se armonizează perfect, deoarece tulburările de comportament alimentar sunt în mod fundamental „tulburări cognitive”, iar TCC este, prin natura sa, concepută să producă modificări cognitive. Acest capitol oferă o prezentare generală a TCC „optimizată” pentru tulburările de comportament alimentar (TCC-O). El debutează cu o descriere a strategiei și a structurii terapiei și continuă cu ajustările concepute pentru a adapta procesul terapeutic unor subgrupuri de pacienți și unor locații specifice. Urmează apoi o scurtă descriere a tipurilor de proceduri cognitiv-comportamentale însoțite de câteva observații privind caracteristicile terapeutului. În încheierea capitolului sunt evidențiate anumite aspecte privind implementarea tratamentului.

**Tulburările de  
comportament alimentar  
și TCC se armonizează  
perfect.**

## STRATEGIA ȘI STRUCTURA TRATAMENTULUI

TCC-O este mai degrabă un tratament pentru psihopatologia tulburărilor de comportament alimentar, decât un diagnostic pentru tulburările de comportament alimentar. Ea a fost concepută ca tratament pentru adulți, deși poate fi adaptată pentru a fi administrată și pacienților mai tineri (a se vedea Capitolul 14).

**TCC-O este mai  
degrabă un tratament  
pentru psihopatologia  
tulburărilor de  
comportament alimentar,  
decât un diagnostic  
pentru tulburările de  
comportament alimentar.**

Este adecvată pentru toți pacienții în egală măsură – atât pentru femei, cât și pentru bărbați. Nu este nevoie ca pacienții să aibă un grad de inteligență deosebit de ridicat, o educație specială ori cunoștințe de psihologie pentru a beneficia de TCC-O. Este adevărat, însă, că unii dintre pacienții cel mai greu de tratat sunt pacienții foarte inteligenți care sunt predispuși să intelectualizeze.

Strategia aflată la baza TCC-O urmărește construirea „unei formulări” (ori a unui set de ipoteze) privind procesele care mențin psihopatologia pacientului și folosirea acesteia pentru a identifica trăsăturile care trebuie ținute în cadrul terapiei. În felul acesta, se realizează o formulare personalizată chiar la debutul tratamentului, deși aceasta urmează a fi revizuită pe parcursul terapiei. Se creează astfel un program de tratament focalizat și complet adaptat psihopatologiei pe care o dezvoltă pacientul și care se modifică odată cu ea. Acestea fiind spuse, vom menționa în continuare anumite aspecte standard ale

TCC-O. Întâi, precizăm faptul că, în general, ea are o durată fixă, majoritatea pacienților participând la 20 de ședințe de terapie pe parcursul a 20 de

**TABELUL 3.1. Schema programării ședințelor de terapie în versiunea de TCC-O desfășurată într-un modul de 20 de săptămâni**

| Etapa de tratament  | Numărul săptămânii                | Numărul ședinței de terapie |
|---------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Etapa întâi         | 1                                 | ședința inițială, 1         |
|                     | 2                                 | 2, 3                        |
|                     | 3                                 | 4, 5                        |
|                     | 4                                 | 6, 7                        |
| Etapa a doua        | 5                                 | 8                           |
|                     | 6                                 | 9                           |
| Etapa a treia       | 7                                 | 10                          |
|                     | 8                                 | 11                          |
|                     | 9                                 | 12                          |
|                     | 10                                | 13                          |
|                     | 11                                | 14                          |
|                     | 12                                | 15                          |
|                     | 13                                | 16                          |
|                     | 14                                | 17                          |
|                     | 15                                |                             |
|                     | 16                                | 18                          |
| Etapa a patra       | 17                                |                             |
|                     | 18                                | 19                          |
|                     | 19                                |                             |
|                     | 20                                | 20                          |
| Ședința de evaluare | la 20 de săptămâni după tratament |                             |

săptămâni. În al doilea rând, ea folosește anumite strategii și proceduri specifice pentru a aborda psihopatologia țintită. Acestea sunt descrise în Capitolele 5-12. În al treilea rând, această terapie are patru etape destul de bine definite. Tabelul 3.1 prezintă modul în care sunt distribuite ședințele în cadrul acestor etape.

Etapă întâi este etapa inițială intensivă, iar ședințele se programează de două ori pe săptămână. Cercetările întreprinse asupra mai multor tulburări, inclusiv cele de comportament alimentar, au indicat faptul că amplasarea schimbării obținute în primele săptămâni de tratament constituie un predictor puternic al rezultatului acestuia. De aceea, este esențial ca tratamentul să dezbute bine. Obiectivele principale din această primă etapă se referă la angajarea pacientului în procesul terapeutic și față de schimbare, la crearea de către pacient și terapeut a unei formulări personalizate, la oferirea de informații relevante și la introducerea a două proceduri importante de TCC-O care sunt relevante pentru toți pacienții cu o tulburare de comportament alimentar. Acestea sunt „cântărirea în cadrul ședinței de terapie” și „alimentația regulată”. La sfârșitul primei etape, pacienții trebuie să fie angajați în tratament, trebuie să fie bine informați în legătură cu greutatea, cu cântărirea și cu modificările de greutate, să învețe să mănânce mesele principale și gustările la ore regulate și să nu mănânce nimic altceva între ele. Acestea sunt elementele fundamentale pe baza cărora trebuie să se întemeieze celelalte schimbări. Dacă se realizează aceste obiective, pacientul va fi bine pregătit pentru a trece la abordarea proceselor fundamentale care mențin tulburarea de comportament alimentar.

Etapă a doua reprezintă o scurtă perioadă de tranziție în care terapeutul și pacientul formulează un bilanț, evaluează progresul înregistrat în tratament și identifică obstacolele apărute, urmând ca în funcție de acestea să modifice formularea și apoi să planifice Etapa a treia. În cazul pacienților care nu sunt subponderali (conform criteriilor de mai jos), din acest moment întâlnirile vor avea loc săptămânal. Analiza efectuată în etapa a doua are mai multe obiective, unul dintre ele fiind acela de a identifica pacienții care nu răspund bine la tratament. Acest lucru este important, deoarece în situația în care cauza răspunsului lor slab la tratament nu se identifică și nu este abordată, există puține șanse ca ei să ajungă la un rezultat satisfăcător. Analiza și reformularea sunt planificate și pentru a-i încuraja pe terapeuți să-și adapteze tratamentul la natura evolutivă a tulburării de comportament alimentar. În acest punct, TCC-O devine puternic individualizată.

Etapă a treia constituie corpul principal al tratamentului și scopul ei este acela de a aborda mecanismele principale care mențin tulburarea de comportament alimentar de care suferă pacientul. Modalitatea exactă în care se desfășoară terapia diferă foarte mult de la pacient la pacient. Această etapă cuprinde opt ședințe săptămânale.

Etapă a patra reprezintă etapa finală a tratamentului, iar atenția terapeutului se focalizează asupra viitorului. În acest sens, există două obiective: primul este acela de a se asigura că schimbările realizate vor fi menținute (pe parcursul următoarelor 20 de săptămâni, până când este programată o ședință de evaluare), iar al doilea obiectiv este acela de a reduce riscul recidivei pe termen lung. În etapa aceasta, ședințele sunt programate la intervale de două săptămâni.

## DIVERSE FORME ALE TCC-O

Există mai multe versiuni ale TCC-O, după cum indică tabelul 3.2. Întâi, menționăm versiunea principală, cea „focalizată”, care se concentrează în mod exclusiv asupra psihopatologiei tulburărilor de comportament alimentar. Aceasta este adecvată pentru majoritatea pacienților și este versiunea general valabilă. În plus, există o versiune „extinsă”, concepută pentru abordarea mecanismelor „externe” tulburării de bază, care contribuie la menținerea acesteia în cazul unora dintre pacienți (a se vedea Capitolul 13). Această versiune are trei „module” suplimentare de tratament care se concentrează asupra perfecționismului clinic, asupra stimei de sine scăzute și, respectiv, asupra dificultăților de natură interpersonală. Cel de-al patrulea dintre modulele originale – focalizat asupra intoleranței la emoții – a fost inclus în varianta focalizată a tratamentului (a se vedea Capitolul 10).

TCC-O a fost adaptată și pentru tratamentul tinerilor pacienți sub vârsta de 18 ani (a se vedea Capitolul 14) și pentru pacienții care trebuie instituționalizați (a se vedea Capitolul 15). În plus, există două variante ale abordării standard în terapia ambulatorie – o variantă intensivă și o variantă pentru formatul de grup (a se vedea Capitolul 15).

După cum arată experiența generală și evaluările realizate în urma testelor de specialitate, TCC-O este un tratament cu o durată limitată. Pentru pacienții care nu sunt sever subponderali (în acest context definindu-se ca având IMC peste 17,5) 20 de ședințe programate pe durata a 20 de săptămâni sunt în general suficiente. Pentru pacienții a căror greutate se plasează sub indicele amintit, tratamentul trebuie modificat și extins. Ținând seama de prevalența relativă a pacienților subponderali și non-subponderali, varianta de terapie cu 20 de ședințe este adecvată pentru mai mult de 80% dintre pacienții adulți tratați ambulatoriu. Modificările și adaptările concepute pentru pacienții subponderali sunt descrise în Capitolul 11.

**TABELUL 3.2. Variante ale TCC-O**

---

### Două variante

- Varianta focalizată (tratamentul de bază) – a se vedea Capitolele 5-12.
- Varianta extinsă (cu module focalizate asupra perfecționismului clinic, stimei de sine scăzute și dificultăților de natură interpersonală) – a se vedea Capitolul 13.

### Două niveluri de intensitate

- Varianta cu 20 de ședințe (pentru pacienți cu IMC peste 17,5) – a se vedea Capitolele 5-10 și 12.
- Varianta cu 40 de ședințe (pentru pacienții cu IMC între 15,0 și 17,5) – a se vedea Capitolul 11.

Varianta pentru pacienții tineri (sub 18 ani) – a se vedea Capitolul 14.

Varianta intensivă (recomandată pentru pacienții instituționalizați și pentru administrarea intensivă în tratamentul ambulatoriu) – a se vedea Capitolul 15.

Varianta pentru formatul de grup – a se vedea Capitolul 15.

---

Faptul că TCC-O se desfășoară în general pe o perioadă limitată ar putea fi considerat în dezacord cu ideea unei terapii individualizate. Acest lucru este adevărat într-o anumită măsură, dar terapia desfășurată într-un interval temporal limitat prezintă avantaje remarcabile și, după părerea noastră, acestea depășesc în importanță dezavantajul potențial pe care îl reprezintă standardizarea lungimii tratamentului. Principalul avantaj constă în faptul că intervalul temporal fix armonizează mintea pacientului și cea a terapeutului. Se încurajează stabilirea unui „impuls terapeutic” comun, necesar încă de la începutul terapiei pentru a investiga îndeaproape tulburarea de comportament alimentar, asigurându-se menținerea efortului susținut din partea terapeutului și a pacientului pentru a realiza schimbarea dorită. De asemenea, în felul acesta, putem marca în mod mai pregnant încheierea terapiei, în loc să încetăm ritmul tot mai mult, așa cum se întâmplă în tratamentele cu durată nelimitată. Existența unei limite temporale ne asigură de faptul că aspectele importante privind viitorul vor fi discutate temeinic în ultimele ședințe de terapie.

Există situații în care este recomandabil să modificăm lungimea tratamentului. Se întâmplă rareori să fie nevoie de scurtarea acestuia, deși acest lucru este aplicabil mai cu seamă în cazuri cu pacienți suferind de tulburarea de tip binge eating, atunci când alimentația compulsivă încetează rapid și rămân puține alte elemente de psihopatologie pe care terapeutul trebuie să le abordeze. Mult mai frecvent se întâmplă să fie nevoie de prelungirea tratamentului. Spre sfârșitul capitolului de față vom discuta mai detaliat situațiile în care este indicată prelungirea tratamentului (a se vedea pagina 54).

Dorim să evidențiem faptul că, în marea majoritate a cazurilor, tratamentul poate și trebuie să fie încheiat la data stabilită. Aceasta nu a fost strategia inițială a primului autor. El a continuat să-și trateze pacienții până când ei ajungeau practic asimptomatici. Acest lucru nu era necesar și este posibil ca el să nu fi fost benefic pentru pacienți. Dacă pacienții au ajuns în situația în care principalele mecanisme de menținere au fost întrerupte, ei continuă să progreseze și după ce se încheie tratamentul. În cazul acesta, terapia poate și trebuie să se încheie. Altfel, pacienții (și terapeuții) tind să pună orice ameliorare pe seama terapiei în curs, mai degrabă decât să o înregistreze ca pe un progres al pacientului. În practică, aceasta înseamnă că este acceptabil să se încheie tratamentul cu pacienții care încă respectă o anumită dietă, care poate se supraalimentează ori vomită ocazional și care au deseori preocupări reziduale privind silueta și greutatea.

**În marea majoritate a cazurilor, tratamentul poate și trebuie să fie încheiat la data stabilită.**

## PROCEDURI DE TRATAMENT ÎN TCC-O

TCC-O este o formă a terapiei cognitiv-comportamentale (TCC). Așa cum am menționat în Capitolul 2, asemenea majorității formelor TCC susținute empiric, ea se adresează în primul rând proceselor care întrețin psihopatologia pacientului și acordă importanță maximă proceselor cognitive. În acest scop,



TCC-O folosește strategii și proceduri comportamentale integrate cu o educație relevantă.

Stilul TCC-E se aseamănă cu acela al altor forme ale TCC și, din acest motiv, terapeutul cu o pregătire în domeniul TCC este favorizat. Așa cum se întâmplă în cazul altor forme de TCC, stabilirea unei relații de colaborare prezintă o importanță fundamentală, obiectivul fiind acela ca terapeutul și pacientul să lucreze împreună ca o echipă, pentru a-l ajuta pe pacient să-și învingă tulburarea de comportament alimentar. Acest lucru are o însemnătate specială pentru pacienții cu tulburări de comportament alimentar, deoarece „a fi în control” este foarte important pentru ei. Terapeuții trebuie să se asigure că acești pacienți, mai cu seamă cei subponderali, înțeleg ce se întâmplă în cadrul terapiei și că participă la ea în mod activ. Dacă simt cumva că sunt controlați, constrânși ori induși în eroare, acești pacienți se vor opune schimbării. (În Capitolul 11 găsiți mai multe detalii privind angajarea în tratament a pacienților subponderali.) Pacienții trebuie să înțeleagă faptul că este greu să învingi o tulburare de comportament alimentar, dar că merită să depună acest efort și că vor trebui să acorde prioritate tratamentului. La fel ca în cazul altor forme ale TCC, automonitorizarea continuă și realizarea cu succes a temelor de casă planificate strategic au o importanță fundamentală, iar pentru a asigura îndeplinirea acestora, relația terapeutică trebuie să-i permită terapeutului să-și asume o poziție fermă atunci când este nevoie. Acest lucru este important, deoarece unele sarcini se vor dovedi dificile pentru pacient și îi pot provoca un sentiment de anxietate.

**Principiul parcimoniei: este preferabil să ne propunem să realizăm bine câteva obiective, în loc să ne propunem mai multe obiective pe care nu vom reuși să le îndeplinim cu succes.**

TCC-O se bazează pe două principii fundamentale. Întâi, se recomandă alegerea procedurilor simple în locul celor mai complexe; în al doilea rând, este preferabil să ne propunem să realizăm bine câteva obiective, în loc să ne propunem mai multe obiective pe care nu vom reuși să le îndeplinim cu succes (principiul parcimoniei). În orice caz, ideea de bază care călăuzește TCC-O este aceea de a determina dacă o procedură este eficace sau nu.

Deși TCC-O folosește numeroase strategii și proceduri cognitiv-comportamentale generice (de exemplu, biasările cognitive, cum ar fi gândirea dihotomică și atenția selectivă, sunt abordate conform protocolului acesteia), TCC-O se deosebește de anumite forme ale TCC. TCC-O nu folosește jurnalele convenționale pentru consemnarea gândurilor, deși o coloană a jurnalului standard de monitorizare este rezervată acestui aspect și, în anumite etape ale terapiei, pacienții sunt rugați să-și noteze aici gândurile și sentimentele legate de situații specifice (de exemplu, atunci când se abordează problemele legate de controlul siluetei și de percepția că ar fi prea grași; a se vedea paginile 143 și respectiv 156). TCC-O nu utilizează mult restructurarea cognitivă formală, iar unii dintre cititorii acestei cărți vor fi contrariați poate de faptul că nu găsesc aici nici un fel de referință la anumite concepte larg folosite în TCC; este vorba, mai cu seamă, despre gândurile automate, presupuneri, convingeri și scheme cognitive de bază. Noi considerăm că pentru acest tip de pacienți

nu este nevoie de metodele ori de conceptele amintite pentru a obține rezultatele pe care ni le propunem, ci, mai degrabă, așa cum se întâmplă în general, modul cel mai eficient de a realiza modificarea cognitivă presupune sprijinirea pacientului în încercarea sa de a-și schimba comportamentul și apoi analiza efectelor și a implicațiilor pe care le au schimbările respective. Un alt lucru care se poate dovedi surprinzător pentru cititorii noștri este absența aproape totală a referințelor privind conceptul de „tulburare de personalitate”. Trebuie să menționăm totuși faptul că noi întâlnim tipurile de pacienți care îndeplinesc criteriile pentru un diagnostic de tulburare de personalitate. Noi nu folosim însă acest concept mai cu seamă din motivele specificate deja în Capitolul 2 (a se vedea pagina 32). Veți găsi pe tot parcursul cărții instrucțiuni cu privire la îndrumarea acestor pacienți, dar mai cu seamă în Capitolele 10 și 13, în contextul descrierii variantei „extinse” a tratamentului.

**Modul cel mai eficient de a realiza modificarea cognitivă presupune sprijinirea pacientului în încercarea sa de a-și schimba comportamentul și apoi analiza efectelor și a implicațiilor pe care le au schimbările respective.**

Cum TCC-O folosește stilul terapeutic general al empirismului colaborativ caracteristic TCC, iar dialogul dirijat este folosit pentru a-i ajuta pe pacienți să-și clarifice ideile, noi nu considerăm că așa-zisul „dialog socratic” este esențial în practica noastră, deși uneori acesta se poate dovedi util (ca un comentariu personal, considerăm interesant faptul că acest termen este impropriu, având în vedere informațiile existente despre Socrate; a se vedea tabelul 3.3.) În opinia noastră și referindu-ne, din nou, doar la această populație de pacienți, deseori putem obține același rezultat folosind metode mai simple și mai eficace. Folosim cu moderație și experimentele comportamentale *formale* (din nou, avem în vedere această populație specifică de pacienți), deoarece ele se dovedesc uneori greu de interpretat<sup>2</sup>. Într-o anumită măsură, aceasta se datorează faptului că

### TABELUL 3.3. Socrate și dialogul socratic

Este puțin probabil ca Socrate să fi purtat acest tip de dialog pe care i-l atribuie terapeuții specializați în TCC. Modul său de interogare era incisiv și persistent, derutant pentru cel chestionat. În dialogul *Menon*, scris de Platon (402 î.e.n.), găsim o descriere excelentă a modului în care se simțea cel chestionat de Socrate:

„Socrate, auzisem eu înainte chiar de a te întâlni că nu faci altceva decât să te pui pe tine însuși și pe alții în încurcătură. Iar acumă parcă mi-ai făcut o vrajă, niște farmece, parcă m-ai robit pe de-a-ntregul unui descântec, în așa fel încât mi-e plină mintea de nedumerire.”

*Notă:* Citat din dialogul lui Platon *Menon*. Tradus de A. Beresford. Penguin, Londra, 2005 (p. 99). Îi suntem recunoscători profesorului David Charles pentru identificarea acestei surse. (Versiunea în limba română din *Menon*, traducere de Liana Lupaș și Petru Creția, apărută în Platon, *Opere*, II, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1976, pp. 373-414; n.trad.)

<sup>2</sup> Există un contrast între experimentele comportamentale formale de tipul testării ipotezei, pe care le folosim destul de rar, și îndrumarea pacienților în încercarea lor de a aduce unele schimbări strategice propriului comportament, care sunt menite să producă o modificare cognitivă și sunt justificate și interpretate în contextul formulării pacientului.

rezultatele cele mai relevante pentru psihopatologia principală a tulburărilor de comportament alimentar (adică, modificări ale siluetei sau ale greutateii) nu se pretează experimentelor pe termen scurt. Din acest motiv, este nevoie de strategii diferite. În sfârșit, menționăm faptul că noi nu le oferim pacienților înregistrări ale ședințelor de terapie, deoarece experiența ne-a demonstrat că aceasta tinde să declanșeze gândirea ruminativă persistentă și dăunătoare.

Considerăm însă că este esențial ca pacienții să învețe să se detașeze de problema lor de comportament alimentar. Dorim să-i vedem interesați de ea, să înțeleagă modul în care aceasta funcționează și motivul pentru care se autoperpetuează. Îi încurajăm să se observe în timp ce pun în aplicare propria formulare și să se întrebe care ar fi efectele și implicațiile pe care le-ar avea abordarea altor tipuri de comportament. Mai târziu, pe parcursul tratamentului, după ce procesele care mențineau tulburarea de comportament alimentar au ajuns să fie întrerupte pentru intervale suficient de îndelungate, astfel încât pacienții să aibă perioade în care gândesc diferit, îi vom ajuta să identifice modificările care au avut loc la nivel mental (a se vedea Capitolul 8). În felul acesta, ei învață să-și modifice gândirea, abordând mai eficient obstacolele care, altfel, ar putea deveni recidive complete.

**Îi încurajăm pe pacienți să se observe în timp ce pun în aplicare propria formulare și să se întrebe care ar fi efectele și implicațiile pe care le-ar avea abordarea altor tipuri de comportament.**

## CARACTERISTICILE TERAPEUTULUI

După cum am menționat în Capitolul 1, nu este nevoie de calificări profesionale speciale pentru practicarea TCC-E. Cu toate acestea, terapeutul ideal ar trebui să aibă o calificare în TCC și experiență în tratarea pacienților cu tulburări de comportament alimentar. De asemenea, terapeutul trebuie să fie conștient de complicațiile medicale induse de tulburările de comportament alimentar și să fie capabil să le gestioneze în mod adecvat (a se vedea Capitolul 4).

Spre deosebire de multe alte aplicații ale TCC, genul terapeutului este relevant pentru tratament. Majoritatea pacienților suferind de tulburări de comportament alimentar sunt femei și, de aceea, femeile psihoterapeut se bucură de anumite avantaje. Este posibil ca pacientele să considere că acestea înțeleg mai bine dificultățile prin care trec ele și, în plus, le pot servi ca model în ceea ce privește acceptarea propriei siluete și greutate. Oricum, competența terapeutilor în administrarea TCC-E este aspectul esențial, depășind cu mult în importanță genul acestora.

**Spre deosebire de multe alte aplicații ale TCC, genul terapeutului este relevant pentru tratament.**

Înfățișarea terapeutului este un subiect rareori abordat. Nu este relevant dacă psihoterapeutul este de vârstă mijlocie sau de genul opus, deoarece este puțin probabil ca pacientul să fie interesat de înfățișarea acestuia; pe de altă parte, însă, este relevant în cazul în care terapeutul este de același gen cu pacientul

și sunt de vârste apropiate. Pacienții suferind de tulburări de comportament alimentar sunt foarte atenți la silueta altor persoane relevante, iar terapeutul lor este una dintre ele. Terapeuții cu o siluetă foarte suplă sunt în dezavantaj atunci când încearcă să-și ajute pacienții subponderali să recâștige în greutate, deoarece aceștia din urmă pot fi suspicioși și le pot cere explicații în legătură cu greutatea și cu obiceiurile lor alimentare. Terapeuții supraponderali pot întâmpina dificultăți în ceea ce privește implicarea în terapie a acestor pacienți, deoarece aceștia au o atitudine negativă față de persoanele supraponderale. De exemplu, am întâlnit pacienți care traversează strada doar pentru a evita să treacă pe lângă o persoană obeză ori care evită să se așeze pe locul eliberat de o persoană supraponderală.

Un alt aspect care merită abordat este acela legat de posibilitatea ca terapeutul să sufere de o tulburare de comportament alimentar ori să fi suferit recent de o astfel de tulburare. În cazul acesta, trebuie luate în considerare două perspective: starea de bine a pacientului și starea de bine a terapeutului. În ceea ce privește pacientul, pentru el nu are prea mare importanță dacă terapeutul suferă sau a suferit recent de o tulburare de comportament alimentar, deoarece nu este recomandabil ca terapeuții să-și dezvăluie istoricul psihiatric. Totuși, un istoric de felul acesta îi permite terapeutului să rezoneze mai puternic la tipurile de dificultăți cu care se confruntă pacientul, deși pierderea obiectivității ar putea constitui un dezavantaj. Așa cum am menționat mai devreme, terapeuții vizibil subponderali pot fi dezavantajați, deoarece pacienții pot bănuși că și aceștia suferă de o tulburare de comportament alimentar. În orice caz, starea de bine a terapeutului nu trebuie trecută cu vederea. Una dintre trăsăturile distinctive ale persoanelor suferind de tulburări de comportament alimentar se referă la nivelul de interes pe care îl au pentru aspecte legate de mâncare, de alimentație, de siluetă și de greutate. Tendința pacienților cu anorexie nervoasă de a citi cărți de bucate și de a găti pentru alții este bine cunoscută, dar la toate diagnosticile de tulburări de comportament alimentar se identifică un comportament similar și acesta este, desigur, o expresie a psihopatologiei principale. Psihopatologia aceasta poate să influențeze și alegerea carierei. De exemplu, ea îi poate determina pe indivizii cu tulburări de comportament alimentar sau care au un istoric de tulburare de comportament alimentar să lucreze ca antrenori personali, cosmeticieni sau dieteticieni, ori chiar ca psihoterapeuți pentru pacienții care suferă de tulburări de comportament alimentar. În cazul acesta, terapeutul trebuie să estimeze cu grijă în ce măsură angajarea sa într-o astfel de terapie îl favorizează și pe el, întrucât alegând această specialitate este posibil să-și mențină propria preocupare pentru alimentație, siluetă și greutate, iar aceasta va constitui un obstacol în calea evoluției sale profesionale.

## **PERSOANELE SEMNIFICATIVE**

TCC-O este o formă de terapie individuală unu-la-unu. În ciuda acestui fapt, noi obișnuim să organizăm întâlniri și cu persoanele semnificative din anturajul pacientului, dacă acest lucru promite să faciliteze tratamentul și dacă pacientul își dă consimțământul. Scopul nostru este acela de a crea mediul propice

pentru a facilita schimbarea dorită pentru pacient. În ceea ce privește implicarea altor persoane în afara pacientului, există două indicații specifice:

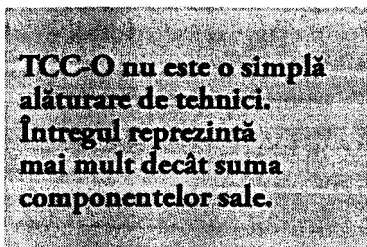
1. Dacă acestea sunt persoane care l-ar putea ajuta pe pacient în realizarea modificărilor dorite.
2. Dacă acestea sunt persoane care îngreunează progresul pacientului în procesul de schimbare; de exemplu, criticând înfățișarea acestuia ori alimentația sa.

Desfășurarea ședințelor cu „persoana semnificativă din anturaj” este descrisă în Capitolul 6 (pagina 122). Noi organizăm una sau două astfel de ședințe pentru aproximativ trei sferturi dintre pacienții noștri și mai multe ședințe în cazul pacienților subponderali (a se vedea Capitolul 11). În general, nu se abordează alte teme în afara celor legate de tulburarea de comportament alimentar. În cazul pacienților adolescenți, implicarea persoanelor din anturaj este mult mai intensă (a se vedea Capitolele 14 și 15).

## IMPLEMENTAREA TCC-O

### Cinci atenționări

În primul rând, TCC-O este un tratament complet de sine stătător. Ea nu este concepută în așa fel încât să poată fi defalcată în segmente pe care să le folosim separat. TCC-E nu este o simplă alăturare de tehnici. Întregul reprezintă mai mult decât suma componentelor sale.



În al doilea rând, TCC-O nu este concepută pentru a putea fi administrată împreună cu alte tratamente psihologice. Este extrem de important să nu combinați TCC-O cu tratamente incompatibile cu ea din punct de vedere conceptual și procedural, pentru că acest lucru riscă să-l deruteze pe pacient și să submineze tratamentul. (Cititorii noștri vor observa o excepție în cazul TCC-O versiunea „extinsă” [a se vedea Capitolul 13], unde TCC-O este combinată cu psihoterapia interpersonală - PIP).

În al treilea rând, TCC-O este concepută în așa fel încât să fie administrată de un singur terapeut. Se întâmplă deseori ca pacienții cu tulburări de comportament alimentar să urmeze simultan tratamentele mai multor specialiști (de exemplu, psiholog, dietetician, medic). Acest lucru este posibil mai cu seamă în instituțiile de specialitate, unde este oarecum inevitabil, dar se poate întâmpla și în sistemul ambulatoriu, mai ales în unitățile unde sunt tratați pacienți mai tineri (a se vedea Capitolul 14). Practica aceasta îi încurajează pe pacienți să-și compartimenteze problemele și să discute despre un anumit tip de probleme doar cu anumite persoane. Drept urmare, există riscul ca nimeni să nu vadă și să nu poată evalua tabloul clinic complet. TCC-O trebuie administrată de către

un singur terapeut. În felul acesta, rezultatele sunt optime, iar terapeutul este motivat. Aceasta înseamnă de asemenea că TCC-O este mai ușor de practicat (și astfel mai ușor de răspândit) decât abordările în care este nevoie de mai mulți terapeuți. Cu toate acestea, este important să se faciliteze accesul pacientului și la alți specialiști. După cum am subliniat în Capitolul 4, toți terapeuții trebuie să colaboreze cu un medic care îi poate îndruma în gestionarea oricăror probleme de natură fizică existente în cazul pacientului respectiv, iar fiecare pacient trebuie să se adreseze unui anumit medic care să răspundă de sănătatea sa fizică. De asemenea, este util și accesul la un dietetician, deoarece acesta poate fi consultat în legătură cu aspectele nutriționale și cu gestionarea regimului alimentar pentru fiecare caz în parte (mai cu seamă atunci când pacienții sunt subponderali sau supraponderali ori în cazul pacienților care adoptă diete vegetariene sau vegane, a se vedea pagina 177).

În al patrulea rând, am observat faptul că unii terapeuți sunt tentați să schimbe abordarea terapeutică, în cazul în care progresul este prea lent ori prea dificil. Noi considerăm că această schimbare este rareori recomandabilă. Deși este tentant să se treacă la altă modalitate terapeutică ori să se încerce integrarea altor tehnici, recomandăm ca și în aceste condiții terapeutul să folosească în continuare TCC-O, încercând în același timp să înțeleagă și să intervină asupra factorului de bază răspunzător pentru lipsa progresului. Îndepărtarea obstacolelor din calea progresului reprezintă deseori momentul crucial în terapie.

**Experiența se poate dovedi  
un lucru periculos.**

În al cincilea rând, experiența se poate dovedi un lucru periculos. Am observat că mai mulți terapeuți experimentați sunt tentați să se abată de la protocol. Acest lucru nu este deloc în interesul pacientului. Protocolul descris în Capitolele 5-13 oferă o descriere detaliată a formei de tratament care este susținută empiric. Modificările aduse de terapeuți nu sunt susținute empiric. Terapeutul înțelept respectă protocolul.

**Terapeutul înțelept  
respectă protocolul.**

## Dependența de tratament

Dependența excesivă de tratament sau de terapeut nu este o problemă cu care suntem confrunțați frecvent în TCC-O. Aceasta se datorează în parte stilului tratamentului și în parte faptului că acesta este limitat din punct de vedere temporal. Cu toate acestea, există uneori câte un pacient care prezintă semne că ar deveni dependent. Dependența aceasta se poate observa atunci când pacientul prezintă dificultăți de adaptare la scăderea progresivă a frecvenței ședințelor ori când încearcă să intre în legătură cu terapeutul în afara ședințelor programate. Cei mai expuși riscului sunt pacienții care nu au suficient sprijin din partea celor din jur. Dacă terapeutul bănuiește că pacientul devine dependent, probabil că acest lucru este adevărat. În cazul acesta, terapeutul trebuie să discute acest subiect cu pacientul și să-i explice faptul că se poate întâmpla să se creeze un anumit grad de dependență de tratament și că acesta nu este un motiv de îngrijorare. Terapeutul poate formula astfel: „*Este firesc să devii oarecum dependent*”

*de tratament în condițiile de față, dar este doar o chestiune temporară*". Pacienții trebuie să fie informați că, pe măsură ce tratamentul progresează, ei vor simți că dețin tot mai mult controlul în general și că sunt tot mai capabili să funcționeze independent, fără ajutorul terapiei. De asemenea, terapeutul trebuie să le spună că majoritatea pacienților sunt mulțumiți să încheie terapia, atunci când se apropie data limită.

### **Reducerea la minimum a absenteismului și a cazurilor de întrerupere a tratamentului**

O problemă mai importantă decât dependența de tratament o reprezintă întreruperea prematură a tratamentului. Acest lucru se întâmplă în mod frecvent în practica clinică obișnuită. În testele clinice, ratele abandonului sunt ușor mai reduse dar și acestea sunt inacceptabil de ridicate.

Întreruperea terapiei este rareori, poate chiar niciodată, un semn bun. În unele cazuri ea este determinată de factori externi (de exemplu, schimbarea domiciliului ca urmare a schimbării locului de muncă), dar cel mai adesea ea poate fi pusă pe seama tulburării de comportament alimentar în sine ori a unei probleme legate de terapie. Se poate ca pacienților să nu le placă terapia ori terapeutul sau pur și simplu simt că nu reușesc să urmeze tratamentul.

Ca terapeuți, este important să facem tot ce ne stă în putință să-i ajutăm pe pacienți să-și încheie tratamentul. Cu câțiva ani în urmă, ne-am gândit că am putea întreprinde ceva în acest sens și am revăzut toate situațiile de abandon, încercând să găsim o explicație și, eventual, să identificăm niște semne timpurii care să ne pună în gardă. Am ajuns la concluzia că există un risc crescut de întrerupere a tratamentului în următoarele situații:

- Dacă terapeutul simte că există o problemă legată de gradul de angajament al pacientului (de exemplu, dacă pacientul are o atitudine dezinteresată ori disprețuitoare);
- Dacă pacientul lipsește de la o ședință sau dacă întârzie în mod repetat;
- Dacă există impedimente de natură practică (de exemplu, deplasarea este dificilă ori costisitoare, dacă are probleme legate de îngrijirea copilului);
- Dacă persoanele semnificative din anturaj sunt sceptice în privința eficacității tratamentului.

Am ajuns la concluzia că, în astfel de situații, cea mai bună strategie este să discutăm în mod direct acest subiect cu pacientul. Astfel, noi recurgem acum la o formulare de tipul acesta: *„Mă întreb cum te simți în legătură cu faptul că vii la terapie. Dacă ai cumva reticențe în legătură cu participarea la terapie ori cu continuarea acesteia.”* Experiența ne-a demonstrat că exprimarea acestor gânduri este constructivă, deoarece aduce în discuție probleme care pot fi rezolvate cu succes. Folosind această abordare, am ajuns să obținem o scădere constantă a ratei abandonului, de la nivelul precedent de 29% la 16% și apoi, până în momentul de față, la nivelul de 13%.

De asemenea, am construit un protocol pentru cazurile în care ne confruntăm cu întârzieri la terapie sau cu absențe repetate. În primul rând, încercăm să prevenim aceste situații, îndemnându-i pe pacienți să fie punctuali și încurajând formarea unui sentiment de responsabilitate colectivă pentru folosirea optimă a timpului nostru. Astfel, fișa informativă pe care o oferim pacienților noștri spune următoarele:

*„Spre binele tuturor, este important ca ședințele să înceapă și să se încheie la timp. Terapeutul dumneavoastră va avea grijă să fie pregătit la timp și vă rugăm ca și dumneavoastră să faceți același lucru. Ar fi bine dacă ați reuși să ajungeți puțin mai devreme – să spunem cu 10-15 minute înainte de începerea ședinței. În felul acesta, veți avea puțin timp să vă liniștiți și să vă adunați gândurile.”*

*„Dacă nu reușiți să ajungeți la o ședință, vă rugăm să ne anunțați cât mai devreme posibil, astfel încât să putem să vă reprogramăm și să oferim altui pacient intervalul rezervat anterior dumneavoastră.”*

Dacă pacientul întârzie la ședință, noi îl sunăm după 15 minute și ne exprimăm îngrijorarea în legătură cu absența sa. Deseori, explicația pacienților este că nu se simt prea bine. Ori că au adormit fără să vrea! În general, încercăm să reprogramăm ședința într-un interval cât se poate de scurt.

### **Cum evităm întreruperile tratamentului**

Așa cum explicăm în Capitolele 5 și 6, este foarte important să stabilim și să menținem o dinamică a terapiei și pacienții să fie informați în legătură cu lucrul acesta atunci când trebuie să decidă care este perioada optimă pentru începerea terapiei. În acest sens, noi subliniem în mod special faptul că trebuie evitate pauzele pe parcursul terapiei. Desigur, este sarcina terapeuților să se asigure de faptul că și ei vor fi disponibili. Absențele terapeuților reprezintă o problemă.

Pentru a gestiona situațiile legate de absențele terapeuților, noi folosim un sistem de „suplinire”. Avem o înțelegere conform căreia terapeuții noștri se suplinesc unul pe celălalt, iar pacienții sunt informați în legătură cu aceasta înainte de începerea terapiei. În felul acesta, atunci când un terapeut este plecat, altul îi ia locul, astfel încât tratamentul poate continua fără întreruperi. Terapeutul care va suplini este informat de către terapeutul pacientului în legătură cu evoluția acestuia, i se spune care este conținutul anticipat pentru ședințele următoare și ascultă înregistrarea ultimei ședințe. Astfel, terapeutul care suplinește reușește să se informeze corect și să se integreze în procesul terapeutic. Apoi el preia ședințele, urmând protocolul TCC-E sugerat de terapeutul principal. Este interesant de notat că pacienții raportează că le face plăcere faptul că beneficiază de această rezolvare și că este, fără îndoială, preferabilă față de pierderea ședințelor.

Și absențele pacienților sunt problematice. Așa cum explicăm în Capitolul 14, rugăm pacienții să încerce să nu lipsească din localitate pentru perioade mai lungi de 2 săptămâni consecutive în intervalul planificat pentru terapie și să nu lipsească deloc în timpul primelor 6 săptămâni. Atunci când sunt plecați,



încercăm să compensăm lipsa ședințelor menținând contactul terapeutic. Programăm convorbiri telefonice săptămânale ori comunicăm prin e-mail. În ambele cazuri, pacientul va fi rugat să-și administreze înainte o ședință planificată anterior conform structurii obișnuite, excluzând cântărirea (a se vedea Capitolul 5, pagina 91). Subiectul convorbirii telefonice ori al e-mail-ului este apoi conținutul acestei ședințe improvizate, iar terapeutul va contribui cu comentarii și sugestii. În general, nu este recomandabil să introducem proceduri noi când pacienții sunt plecați, dar, pe de altă parte, schimbarea de situație le poate oferi ocazia de a încerca modalități noi de comportament (de exemplu, în ceea ce privește alegerea alimentelor, obiceiurile alimentare, îmbrăcămintea, modalitățile de relaționare cu ceilalți).

## CÂND ESTE NEVOIE DE TRATAMENT SUPLIMENTAR ORI ALTERNATIV

În anumite situații, pacienții au nevoie de tratament suplimentar sau alternativ:

1. *Atunci când pacientul nu progresează deloc în urma TCC-O.* Este o situație neobișnuită, dar uneori ne confruntăm cu ea în cazul pacienților subponderali. În cazul acesta, nu este recomandabil să continuăm TCC-O la nesfârșit. Dacă nu s-a înregistrat niciun progres până la mijlocul perioadei programate pentru terapie, se recomandă un tratament intensiv (a se vedea mai jos).

2. *Dacă pacientul a progresat, dar prezintă în continuare un deficit important.* Acesta poate fi un motiv pentru prelungirea tratamentului. Indicația principală o reprezintă prezența trăsăturilor tulburării de comportament alimentar spre sfârșitul Etapei a treia a terapiei, dacă ele împiedică sever funcționarea pacientului și dacă rezolvarea lor nu are șanse să se realizeze din voință proprie. În situația aceasta, Etapa a treia se poate prelungi timp de câteva luni, programând o analiză amănunțită a progreselor la fiecare 4 săptămâni, pentru a ne asigura că această prelungire este justificată.

3. *Atunci când tratamentul a fost benefic pentru pacient, dar la scurt timp după încheierea terapiei se confruntă cu o recidivă.* Experiența ne spune că episoadele în care pacienții recidivează pot fi stopate în urma unei scurte intervenții suplimentare. Deși pacienții au senzația că „s-au întors în punctul de unde au pornit”, în realitate ei au cunoștințele și abilitățile necesare pentru a-și reveni. Deseori, ei au nevoie doar de puțin sprijin și de încurajare.

4. *Atunci când tratamentul a fost perturbat* (de exemplu, din pricina apariției depresiei clinice sau ca urmare a unei crize în existența pacientului – a se vedea Capitolul 16 pentru o discuție legată de modul în care trebuie abordate ambele situații). În cazuri de tipul acesta, TCC-O trebuie prelungită pentru a compensa întreruperea.

Dacă pacientul are nevoie de continuarea tratamentului, care este forma recomandabilă? Nu există cercetări care să ne poată oferi un răspuns la această întrebare. TCC-O este cea mai nouă variantă a principalului tratament bazat pe dovezi empirice pentru tulburările de comportament alimentar. Nu se evidențiază

nicio alternativă transdiagnostică în afara psihoterapiei interpersonale (TIP), iar puținele informații disponibile (obținute din cercetările efectuate asupra bulimiei nervoase) sugerează faptul că TIP nu îi ajută pe pacienții care nu răspund la TCC. În opinia noastră, pacienților care au nevoie de continuarea tratamentului nu ar trebui să li se ofere un tratament ambulatoriu alternativ, ci mai degrabă ar trebui să primească un tratament mai intensiv. TCC-O intensivă ambulatorie sau forma instituționalizată reprezintă două alegeri bune, deoarece ele sunt compatibile din punct de vedere conceptual și procedural cu TCC-O convențională. Ambele sunt descrise în Capitolul 15.

## BIBLIOGRAFIA RECOMANDATĂ

### Modificări inițiale în cadrul terapiei ca predictor ai rezultatului tratamentului

- Agras, W.S., Crow, S.J., Halmi, K.A., Mitchell, J.E., Wilson, G.T., & Kraemer, H.C. (2000). Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: Data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1302-1308.
- Fairburn, C.G., Agras, W.S., Walsh, B.T., Wilson, G.T., & Stice, E. (2004). Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2322-2324.
- Grilo, C.M., Masheb, R.M., & Wilson, G.T. (2006). Rapid response to treatment for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 602-603.
- Walsh, B.T., Sysko, R., & Parides, M.K. (2006). Early response to desipramine among women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 72-75.

### Îndrumări pentru administrarea TCC

A se vedea Capitolul 1 (pagina 19)

### Alte forme ale TCC pentru pacienții cu tulburări de comportament alimentar

- Cooper, M.J., Todd, G., & Wells, A. (2000). *Bulimia nervosa: A cognitive therapy programme for clients*. London: Kingsley.
- Gamer, D.M., Vitousek, K.M., & Pike, K.M. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 94-144). New York: Guilford Press.
- Kleinfeld, E.I., Wagner, S., & Halmi, K.A. (1996). Cognitive-behavioral treatment of anorexia nervosa. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 715-737.
- Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V., et al. (2007). *Cognitive behavioural therapy for eating disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.

**Alte articole relevante pentru capitolul 3**

- Johnston, C., Smethurst, N., & Gowers, S. (2005). Should people with a history of an eating disorder work as eating disorder therapists? *European Eating Disorder Review*, 13, 301-310.
- Mitchell, J.E., Halmi, K., Wilson, G.T., Agras, W.S., Kraemer, H., & Crow, S. (2002). A randomized secondary treatment study of women with bulimia nervosa who fail to respond to CBT. *International journal of Eating Disorders*, 32, 271-281.
- Wilson, G.T. (2005). Psychological treatment of eating disorders. In S. Nolen-Hoeksema (Ed.), *Annual review of clinical psychology* (pp. 439-465). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Wilson, G.T., Grilo, C.M., & Vitousek, K.M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62, 199-216.

# PACIENȚII: EVALUAREA LOR, PREGĂTIREA PENTRU TRATAMENT ȘI MANAGEMENTUL MEDICAL

CHRISTOPHER G. FAIRBURN, ZAFRA COOPER ȘI  
DEBORAH WALLER

Acest capitol abordează evaluarea pacienților și pregătirea lor pentru TCC-O, precum și managementul medical din perspectiva psihoterapeutului fără pregătire medicală. Capitolul se încheie cu observații legate de listele de așteptare, de autoeducație și de organizarea după modelul „*stepped care*”.

TCC-O este concepută pentru pacienții care suferă de o tulburare de comportament alimentar de intensitate clinică (adică perturbarea este persistentă și interferează în mod semnificativ cu funcționarea psihosocială ori cu sănătatea fizică). Fiind în primul rând un tratament ambulatoriu, este esențial să ne asigurăm că este adecvat pentru pacient, atât din perspectiva siguranței sale fizice, cât și din punct de vedere psihiatric. În practică, lucrul acesta înseamnă că starea fizică a pacientului trebuie să fie stabilă și că acesta nu prezintă risc de suicid. Tratamentul nu a fost folosit cu pacienți având greutatea la extremele spectrului, el fiind conceput pentru pacienții cu un IMC între 15,0 și 40,0. Cu toate că unii pacienți cu un IMC în afara acestor limite pot fi tratați cu succes folosind TCC-O, este mai bine ca astfel de cazuri să fie preluate de terapeuții cu experiență în terapia cu aceste grupuri specifice. Pe parcursul acestui capitol, precum și în capitolele care descriu cele două variante principale ale terapiei (Capitolele 5-13 inclusiv), pornim de la premiza că pacientul are cel puțin 18 ani. Folosirea TCC-O cu pacienți mai tineri este descrisă în Capitolul 14.

## EVALUAREA ȘI PREGĂTIREA PENTRU TRATAMENT

Pasul inițial esențial în gestionarea oricărei probleme de natură psihiatrică este reprezentat de interviul de evaluare. Obiectivele sale sunt acelea de a implica pacientul, de a stabili natura și gradul de severitate ale problemei și de a decide care este modalitatea cea mai adecvată de a proceda. Atunci când este vorba despre tulburările de comportament alimentar, este posibil ca o aparentă „tulburare de

comportament alimentar” să fie de fapt o tulburare de anxietate (de exemplu, dificultatea de a mânca alături de alte persoane să se datoreze unei fobii sociale), o tulburare de dispoziție afectivă (de exemplu, pierderea severă în greutate cauzată de depresia clinică) ori poate fi vorba pur și simplu despre alimentația în exces care a condus la obezitate.

### **Interviul (interviurile) pentru evaluarea inițială**

Interviul inițial are două obiective intercorelate. Primul este acela de a-l liniști pe pacient și de a începe conturarea unei relații terapeutice pozitive. Acest lucru este important din mai multe motive. Întâi, mulți dintre pacienții care este posibil să aibă o tulburare de comportament alimentar pot fi extrem de reticenți în legătură cu tratamentul. Se poate ca unele aspecte ale psihopatologiei să fie evaluate pozitiv (mai cu seamă controlul alimentației și scăderea în greutate), este posibil să le fie rușine să vorbească despre alte trăsături (de exemplu, binge eating) și, de asemenea, se poate ca în trecut pacientul să fi avut experiențe negative legate de un tratament. De aceea, clinicianul care administrează interviul de evaluare trebuie să fie atent la atitudinea pacientului față de recomandarea pentru consult și să-i ceară părerea în această privință. Procesul de evaluare trebuie să fie unul colaborativ. Primele impresii sunt importante, iar o primă întâlnire pozitivă îl poate determina să se implice chiar și pe cel mai indecis pacient, în vreme ce o întâlnire negativă poate avea exact efectul opus. Este posibil chiar să nu-l mai întâlnești pe pacient niciodată.

Celălalt obiectiv al interviului inițial este acela de a stabili natura problemei de alimentație, severitatea sa și pasul următor pe care îl considerați a fi cel mai adecvat. Tabelul 4.1 conține o listă a aspectelor pe care le abordăm în mod obișnuit. Nu insistăm să obținem un istoric personal amănunțit și nici nu obișnuim să le facem pacienților o prezentare teoretică a afecțiunii de care suferă, folosind

**TABELUL 4.1. Aspecte abordate în interviul de evaluare inițială**

- 
1. Ce și-ar dori pacientul să fie altfel
  2. Problemele prezente legate de alimentație (așa cum le percepe pacientul ori cum le percepe ceilalți) cuprinzând:
    - obiceiuri alimentare,
    - metode de control al siluetei și al greutății,
    - perspective asupra siluetei și greutății corporale.
  3. Deteriorare cauzată de tulburarea de comportament alimentar
    - deteriorare psihosocială,
    - deteriorare fizică.
  4. Dezvoltarea și evoluția problemei de alimentație (cuprinde istoricul greutății pacientului și experiențele anterioare de terapie)
  5. Probleme psihiatrice și medicale coexistente (inclusiv tratamentul curent)
  6. Scurt istoric personal
  7. Istoricul psihiatric și medical al familiei
  8. Istoricul psihiatric și medical personal
  9. Situația prezentă și planurile pacientului
  10. Atitudinea pacientului față de participarea la terapie și față de tratament (și față de orice tratament curent)
-

terminologia de specialitate (fie ea psihodinamică, cognitiv-comportamentală ori altele). În schimb, ne focalizăm asupra celor două obiective amintite și facem tot ce ne stă în putință pentru a le realiza.

Pacienții sunt îndemnați să invite și alte persoane la ședința de terapie, dacă doresc. Acestea fie le oferă sprijin moral (și atunci rămân în sala de așteptare), fie pot contribui cu informații despre pacient. În acest caz, după ce am realizat evaluarea inițială, îi primim împreună cu pacientul. De asemenea, persoanele respective vor fi invitate să participe la ședința de terapie doar dacă pacientul dorește acest lucru. Una dintre prioritățile noastre este aceea de a ne asigura că pacientul simte că deține controlul pe parcursul procesului de evaluare.

Perspectiva persoanelor din anturaj este întotdeauna valoroasă. Consultându-le, putem afla despre probleme pe care pacientul ni le-a ascuns (de exemplu, despre faptul că acesta mănâncă neregulat, că mănâncă numai când este singur ori că mănâncă porții extrem de mici) sau, cu ocazia aceasta, se evidențiază unele probleme existente în cadrul relației dintre pacient și persoana respectivă din anturaj. În cazul pacienților adulți, nu este recomandabil să insistați în legătură cu invitarea unor persoane din anturaj, deoarece mulți pacienți au ascuns de ceilalți problema lor de comportament alimentar și nu doresc să participe la ședința de terapie dacă trebuie să facă această dezvăluire de la început. Cu pacienții mai tineri situația este complet diferită, deoarece interviul cu părinții face parte integrantă din evaluare. La fel ca în cazul pacienților, pentru terapeuții primele impresii sunt relevante, atunci când întâlnește persoanele din anturaj. Pentru a obține informații utile, este nevoie să se asigure o atmosferă pozitivă și nu uitați faptul că aceste persoane pot influența atitudinea pacientului față de terapie și că pot juca un rol în cadrul acesteia (a se vedea Capitolele 6, 14 și 15).

La sfârșitul interviului inițial, cântărim pacienții și le măsurăm înălțimea. Cântăria este un aspect extrem de sensibil pentru majoritatea pacienților și unii doresc să o evite, dar ea este esențială pentru ca evaluarea să fie completă. Nu este recomandabil să vă bazați pe cifra relatată de pacienți privind propria greutate, deoarece aceasta este uneori inexactă. Noi le explicăm pacienților acest lucru și le spunem că *trebuie* să le verificăm greutatea pentru a încheia evaluarea și pentru a fi în măsură să le oferim sfaturi cât mai utile. Experiența noastră a dovedit că pacienții nu refuză cântărirea. În acest moment al terapiei, noi nu insistăm să le comunicăm ce greutate au, dacă ei nu doresc să afle.

Nu suntem de acord cu ședințele prea lungi pentru evaluarea inițială, deoarece ele sunt epuizante pentru pacient și, după părerea noastră, inutile. Lungimea maximă agreeată este de nouăzeci de minute. Pe de altă parte, în mod obișnuit îi întâlnim pe pacienți de două ori în cadrul procesului de evaluare, deoarece se întâmplă deseori ca la a doua ședință, programată o săptămână sau două mai târziu, să obținem noi informații valoroase. Cu această ocazie pacienții sunt mai relaxați, dezvăluie informații pe care le ascuseseră anterior și noi avem ocazia să urmărim aspecte care se cer explorate cu cea mai mare atenție (de exemplu, natura și manifestarea trăsăturilor depresive coexistente, a se vedea Capitolul 16, pagina 318). La cea de-a doua ședință este recomandabil să se discute în detaliu și diversele opțiuni de tratament.

În mod obișnuit, rugăm pacienții să completeze câteva chestionare înainte de ședința inițială. Acestea ne folosesc pentru că ne oferă un set de informații standardizate privind natura și gravitatea problemei de comportament alimentar cu care se confruntă aceștia. Cele două chestionare preferate de noi sunt Chestionarul de evaluare a tulburărilor de comportament alimentar (Eating Disorder Examination Questionnaire - EDE-Q 6.0, Fairburn și Beglin, 1994, 2008, Anexa B) și Evaluarea deficitului clinic (Clinical Impairment Assessment - CIA 3.0, Bohn și Fairburn, 2008, Anexa C). EDE-Q oferă o evaluare a trăsăturilor curente ale tulburării de comportament alimentar, iar CIA evaluează impactul acestei psihopatologii asupra funcționării psihosociale. Ambele chestionare sunt scurte și ușor de completat și amândouă se focalizează asupra celor 28 de zile anterioare completării. Pe lângă acestea, noi folosim și unul dintre instrumentele consacrate pentru evaluarea trăsăturilor psihiatrice generale.

Pentru o evaluare riguroasă a trăsăturilor curente ale tulburării de comportament alimentar, majoritatea specialiștilor recomandă Interviu de evaluare a tulburărilor de comportament alimentar (Eating Disorder Examination interview - EDE, Cooper și Fairburn, 1987), a cărei ultimă versiune o găsiți în Anexa A. Acesta este un interviu clinic semistructurat, dar este prea amănunțit și administrarea sa durează prea mult pentru a putea fi folosit în mod regulat în practica clinică. Cu toate acestea, cititorii noștri vor aprecia probabil structura EDE, deoarece acesta oferă definiții larg acceptate pentru numeroase concepte din spectrul tulburărilor de comportament alimentar (de exemplu, binge eating [ori, conform terminologiei EDE, „episoadele bulimice obiective”], exercițiile fizice autoimpuse, supraevaluarea siluetei și a greutateii). Toate aceste instrumente de evaluare sunt accesibile gratuit.

## Rezultatul evaluării

La sfârșitul celei de-a doua ședințe, ar trebui să vă puteți hotărî în privința opțiunilor adecvate de tratament. În general, variantele sunt:

*„Nu se întreprinde nimic.”* Aceasta este opțiunea pentru situațiile în care pacientul se confruntă cu probleme minore de alimentație care sunt probabil autolimitante.

*Se pune sub observație.* Aceasta este situația în care natura sau gravitatea afecțiunii este neclară; de exemplu, atunci când pare să fie în remisie. De-a lungul experienței noastre, acesta este cazul tulburării de tip binge eating.

*Se recomandă TCC-O în regim ambulatoriu.* Această opțiune este adecvată pentru cea mai mare parte a cazurilor. Noi recomandăm TCC-E pentru toți pacienții prezentând o tulburare de comportament alimentar care au un IMC între 15,0 și 40,0. Atunci când facem acest lucru, ne străduim să-i informăm pe pacienți cât mai bine în legătură cu prognosticul lor în cazul în care fac terapie și în cazul în care nu fac. Este important să știe că, dacă au o tulburare de comportament alimentar deja instalată (alta decât tulburarea de tip binge eating), există puține șanse ca aceasta să se rezolve fără tratament.

Dacă urmează să se recomande TCC-O, este important ca aceasta să le fie descrisă pacienților cu exactitate. Tabelul 4.2 cuprinde punctele principale pe care le evidențiem atunci când le descriem pacienților tratamentul. După ce acesta a fost descris (eventual cu ajutorul unei fișe cu informații tipărite) și după ce pacienții au avut posibilitatea de a pune întrebări și de a-și exprima eventualele îngrijorări, le sugerăm să se gândească la propunerile noastre și să ne anunțe după o săptămână ce hotărâre au luat. Conform experienței noastre, marea majoritate spun că ar dori să înceapă TCC-O. Obstacolele în ceea ce privește inițierea TCC-O sunt discutate mai jos.

*Se recomandă tratament mai intensiv pentru tulburarea de comportament alimentar.* Noi recomandăm tratamentul mai intensiv pentru majoritatea pacienților al căror IMC este sub 15,0 și pentru cei a căror stare fizică nu este stabilă. Tratamentul acesta poate să se bazeze pe TCC-O (a se vedea Capitolul 15) ori poate fi urmat de TCC-O.

*Se recomandă consultul altui specialist.* Facem această recomandare atunci când problema cu care se confruntă pacientul nu este o tulburare de comportament alimentar (de exemplu, o tulburare de anxietate ori obezitatea severă [IMC  $\geq$  40,0])

Dacă pacientul relatează că a urmat TCC în trecut, vă sfătuim să vă gândiți dacă este bine să i se ofere același tratament a doua oară. Pe de altă parte, este posibil ca situația actuală a pacientului să permită obținerea unui rezultat bun de această dată; de exemplu, de data aceasta pacientul poate să fie mai motivat decât înainte. De asemenea, este important de menționat faptul că uneori, deși s-ar părea că pacientului i s-a administrat TCC în trecut, să descoperim că terapia respectivă a fost complet diferită. Tratamentele desemnate ca fiind „TCC” se pot deosebi foarte mult unele de altele, fie pentru că a fost vorba despre forme diferite de TCC, fie pentru că implementarea lor a fost idiosincronică. Merită întotdeauna să vă informați cu exactitate în ceea ce privește conținutul tratamentului anterior.

## **Contraindicații pentru începerea imediată a TCC-O**

Există anumite contraindicații pentru începerea imediată a TCC-O. După cum am menționat anterior, trebuie neapărat să avem în vedere ca tratamentul ambulatoriu să fie sigur pentru pacient, atât din punct de vedere medical, cât și din punct de vedere psihiatric. În continuare, vom enumera și alte contraindicații. Ele au în comun efectul subminării puternice a concentrării, a motivației (care constituie o problemă pentru mulți pacienți, indiferent de caz) ori a abilității pacienților de a realiza sarcini terapeutice între ședințele de terapie.

- *Sănătatea fizică precară.* Pacienții trebuie evaluați de un medic, dacă starea lor fizică reprezintă un motiv de îngrijorare. Consultul trebuie să aibă loc înainte de începerea TCC-O. Caracteristicile care trebuie urmărite cu cea mai mare atenție sunt notate mai jos, în acest capitol (pagina 65).

- *Riscul de suicid.* Riscul acesta este în mare măsură, dar nu în mod exclusiv, limitat la pacienții care suferă de o depresie clinică coexistentă, cu toate că riscul ridicat de suicid este prezent și în rândul pacienților care manifestă



**Toți psihoterapeuții specializați în tulburări de comportament alimentar trebuie să fie capabili să evalueze riscul de suicid.**

lipsă de speranță în privința însănătoșirii. Toți psihoterapeuții specializați în tulburări de comportament alimentar trebuie să fie capabili să evalueze riscul de suicid.

- Toți psihoterapeuții specializați în tulburări de comportament alimentar trebuie să fie capabili să evalueze riscul de suicid.

• *Depresia clinică severă.* Se întâmplă frecvent ca aceasta să treacă neobservată ori să fie considerată secundară tulburării de comportament alimentar și, în consecință, să nu fie tratată în mod direct. Ambele situații sunt regretabile.

**Se întâmplă în mod frecvent ca depresia clinică să nu fie observată.**

Prezența depresiei clinice interferează cu tratamentul psihologic în mai multe feluri. Gândirea depresivă determină lipsa de speranță a pacienților în legătură cu posibilitatea de schimbare, ceea ce subminează abilitatea lor de a se implica în tratament. Scăderea motivației are același efect. Deficitul de concentrare constituie o problemă, deoarece duce la limitarea capacității pacienților de a reține informații. Identificarea și gestionarea depresiilor clinice la pacienții cu tulburări de comportament alimentar sunt analizate în Capitolul 16. După ce s-a tratat depresia, puteți începe TCC-O.

- *Abuzul îndelungat de substanțe.* Prezența intoxicației în timpul tratamentului face practic inutil demersul terapeutic, iar intoxicația persistentă în afara ședințelor de terapie diminuează capacitatea pacientului de a urma tratamentul. Gestionarea problemelor legate de abuzul de substanțe coexistent tulburării de comportament alimentar este abordată în Capitolul 16. După ce s-a tratat afecțiunea legată de abuzul de substanțe, se poate începe TCC-O.

- *Evenimente de viață sau crize majore.* Acestea distrag atenția pacientului și interferează cu terapia. Poate că tratamentul ar trebui amânat până când trece criza respectivă. Modul de gestionare a evenimentelor de viață care survin înaintea ori în timpul tratamentului este prezentat în Capitolul 16.

- *Imposibilitatea de a participa la ședința de terapie.* Așa cum am menționat anterior, o trăsătură caracteristică a TCC-O este reprezentată de stabilirea și menținerea dinamicii procesului terapeutic (a se vedea Capitolele 5 și 6). Pentru aceasta este nevoie ca întâlnirile să fie frecvente (mai cu seamă în primele etape ale tratamentului) și regulate. În opinia noastră, este esențial ca pacienții să participe în felul acesta, mai ales în timpul primelor 6 săptămâni de terapie. Le solicităm pacienților să ne garanteze că nu vor absenta de la ședințe pe parcursul acestor 6 săptămâni și că nu vor lipsi mai mult de 2 săptămâni consecutive în restul perioadei alocate tratamentului. Dacă acest lucru nu este posibil, de exemplu din cauza unei vacanțe rezervate anterior, atunci preferăm să amânăm tratamentul. În general, pacienții înțeleg și respectă această decizie, precum și argumentele clare ale acestei poziții ferme pe care o abordăm. Ei își dau seama că luăm în serios acest tratament și că nu dorim să ne asumăm riscul unui „start greșit”.

- Unii pacienți știu că angajamentele de zi cu zi i-ar putea împiedica să respecte cerințele tratamentului. În astfel de cazuri, noi examinăm împreună cu

**TABELUL 4.2. Principalele aspecte menționate atunci când terapeutul îi descrie pacientului TCC-O**

Terapia cognitiv-comportamentală sau TCC este cel mai eficient tratament fundamentat empiric pe care specialiștii îl recomandă adulților suferind de o tulburare de comportament alimentar.

Datele noastre indică faptul că aproximativ două treimi dintre persoanele care urmează un program complet de tratament răspund excelent la acesta<sup>1</sup>. Nu există niciun motiv pentru ca dumneavoastră să nu răspundeți la fel, câtă vreme vă veți dedica acestuia și îl veți considera o prioritate.

Tratamentul este de tipul unei conversații directe individuale cu terapeutul care se focalizează în primul rând asupra aspectelor care întregesc această problemă de alimentație. De aceea, terapia este orientată asupra prezentului și a viitorului. Ea abordează factorii aflați la originea problemei de alimentație, după cum este necesar.

Tratamentul va fi adaptat problemei dumneavoastră specifice de alimentație și nevoilor proprii. Împreună cu terapeutul, va trebui să deveniți expert în ceea ce privește problema dumneavoastră de alimentație și factorii care contribuie la menținerea sa.

*[Pentru pacienții cu un indice de masă corporală peste 17,5]* Tratamentul cuprinde 20 de ședințe pe durată de 20 de săptămâni, plus o ședință pentru evaluarea inițială. Primele opt ședințe sunt programate de două ori pe săptămână, următoarele 10 sunt săptămânale, iar ultimele trei se programează la intervale de 2 săptămâni.

*[Pentru pacienții cu un indice de masă corporală aflat între 15,0 și 17,5]* Tratamentul cuprinde 40 de ședințe de terapie desfășurate pe durată de 40 de săptămâni. Primele aproximativ 20 de ședințe vor avea loc de două ori pe săptămână, iar apoi se vor programa la intervale mai lungi.

Este important să existe cât mai puține întreruperi în tratament, deoarece dorim să stabilim o „dinamică” a terapiei de la o ședință la alta, pentru a reuși să aflăm cât mai multe detalii despre problema de comportament alimentar pe care o aveți. Întreruperile sunt deosebit de disruptive în terapie, deoarece se pierde continuitatea întregului proces terapeutic. Este extrem de important să nu existe deloc pauze în terapie în primele 6 săptămâni și să nu existe pauze mai lungi de două săptămâni după aceea. Trebuie să ținem cont de toate aceste lucruri atunci când vom stabili care este momentul cel mai favorabil pentru începerea tratamentului dumneavoastră.

Fiecare ședință de terapie durează puțin sub o oră, cu excepția ședinței inițiale de evaluare care va dura aproximativ o oră și jumătate.

Spre binele tuturor, este important ca ședințele să înceapă și să se încheie la timp. Terapeutul dumneavoastră va avea grijă să fie pregătit la timp și vă rugăm ca și dumneavoastră să faceți același lucru. Ar fi bine dacă ați reuși să ajungeți puțin mai devreme – să spunem cu 10-15 minute înainte de începerea ședinței. În felul acesta veți avea puțin timp să vă liniștiți și să vă adunați gândurile.

Dacă nu reușiți să ajungeți la o ședință, vă rugăm să ne anunțați cât mai devreme posibil, astfel încât să putem să vă reprogramăm și să oferim altui pacient intervalul rezervat anterior dumneavoastră.

Veți colabora cu terapeutul și veți lucra împreună, în echipă, pentru ca el să vă ajute să învingeți această tulburare de comportament alimentar.

Împreună cu terapeutul veți conveni asupra sarcinilor specifice (sau a „pașilor următori”) pe care trebuie să le îndepliniți între ședințele de terapie. Sarcinile sunt deosebit de importante și trebuie să le acordați prioritate. Activitățile dintre ședințele de terapie sunt cele care vor determina în mare măsură beneficiile obținute în urma tratamentului.

Deoarece tulburarea de comportament alimentar s-a instalat de multă vreme, este deosebit de important să profitați de această ocazie pentru a realiza o schimbare, altfel problema dumneavoastră va persista.

Tratamentul va însemna multă muncă, însă merită să faceți acest efort. Cu cât investiți mai mult în acest proces terapeutic, cu atât mai satisfăcătoare vor fi rezultatele pe care le veți obține.

<sup>1</sup> Acest lucru se aplică doar pacienților cu un IMC peste 17,5. Rezultatele sunt mai slabe în cazul pacienților cu un IMC mai scăzut. Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008 al Guilford Press. Tabelul acesta este accesibil online la [www.credo-oxford.com/6.2.html](http://www.credo-oxford.com/6.2.html).

ei posibilitatea ca ei să-și întrerupă serviciul timp de 6 luni sau de un an, pentru a se putea dedica tratării problemei de comportament alimentar. Aceasta este o decizie extrem de importantă, dar puțini pacienți o vor regreta.

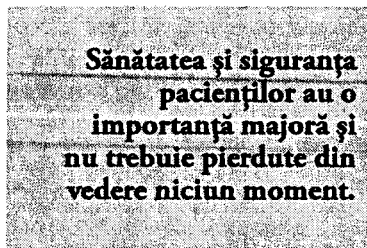
- *Absența terapeutului.* Inițierea și păstrarea dinamicii procesului terapeutic este o îndatorire la fel de importantă și pentru terapeut. Dacă acesta urmează să fie plecat în primele 6 săptămâni de tratament, este mai bine să amâne începerea terapiei. Mai târziu, pe parcursul tratamentului, absențele terapeutului sunt uneori inevitabile. În Capitolul 3 am discutat despre modalitățile prin care se poate reduce la minimum impactul acestora asupra pacientului.

## MANAGEMENTUL MEDICAL

Marea diversitate a anomaliilor de natură fizică prezente la pacienții cu tulburări de comportament alimentar pot deruta terapeutul în demersul său de stabilire a diagnosticului și a tratamentului. Această situație este cu atât mai complicată, cu cât majoritatea literaturii dedicate tulburărilor de comportament alimentar este scrisă de clinicieni care lucrează în centre strict specializate. Prin urmare, multe dintre recomandările lor sunt influențate de dificultățile pe care le întâmpină cu pacienții aflați în stare gravă și a căror sănătate este foarte precară. Problema este că acești terapeuți nu ar trebui să generalizeze atunci când abordează situația pacienților suferind de tulburări de comportament alimentar. Să nu uităm faptul că majoritatea persoanelor suferind de o tulburare de comportament alimentar nu sunt subponderale și că, de asemenea, sănătatea majorității nu este grav afectată.

Prezentarea următoare referitoare la managementul medical al pacienților cu tulburări de comportament alimentar a fost realizată având în minte terapeutul fără o specializare în medicină și este focalizată asupra tipurilor de pacienți care se întâlnesc în mod obișnuit în cabinetele care asigură tratament ambulatoriu. Pentru claritate, textul este realizat schematic. Însă, înainte de toate, trebuie să subliniem câteva aspecte cu caracter general:

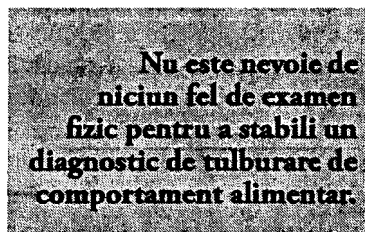
- Sănătatea și siguranța pacienților au o importanță majoră și nu trebuie pierdute din vedere niciun moment.
- Spre deosebire de alte tulburări psihiatrice, tulburările de comportament alimentar se asociază cu complicații de natură fizică. Fiecare persoană care poartă o responsabilitate clinică pentru pacienții suferind de tulburări de comportament alimentar trebuie să aibă mereu în vedere aceste complicații.
- Terapeuții fără o specializare în medicină trebuie să colaboreze cu un medic care să îi poată sfătui în privința gestionării problemelor medicale ale pacienților.



- Terapeuții trebuie să se asigure de faptul că fiecare pacient are medicul personal care își va asuma responsabilitatea privind supravegherea stării sale de sănătate. Terapeutul trebuie să dețină toate datele de contact ale medicului personal al fiecărui pacient.
- Anomaliile de natură fizică observate la pacienții cu tulburări de comportament alimentar sunt secundare obiceiurilor lor alimentare perturbate (de exemplu, subalimentarea, autoinducerea vărsăturilor, folosirea abuzivă a laxativelor sau a diureticelor) și oricăror anomalii privind greutatea corporală (fie prea scăzută, fie prea ridicată).
- Marea majoritate a acestor anomalii de natură fizică sunt reversibile și pacienții se refac după ce revin la obiceiuri alimentare sănătoase și la un IMC adecvat. Fac excepție distrugerea dentiției ca rezultat al autoinducerii vărsăturilor și posibil osteoporoza, în cazul pacienților care au avut o greutate mult sub cea normală.

### Examenul fizic și diagnosticul

- Nu este nevoie de niciun fel de examen fizic pentru a stabili un diagnostic de tulburare de comportament alimentar. Diagnosticul se întemeiază pe detectarea trăsăturilor comportamentale și atitudinale caracteristice (a se vedea Capitolul 2).



### Caracteristici care impun supravegherea medicală

- Dacă una dintre caracteristicile de mai jos se evidențiază în evaluarea dumneavoastră, trebuie să vă asigurați că pacientul va fi supus și unui control realizat de către medicul personal, chiar dacă este puțin probabil să fie nevoie de tratament medicamentos. Acest lucru este valabil și pentru cazurile în care trăsăturile de mai jos se dezvoltă ori se agravează în timpul terapiei.

*Caracteristicile tulburărilor de comportament alimentar* (dacă aceste caracteristici sunt prezente în combinație, nivelul de alertă este ridicat):

- Subnutriție severă (de exemplu, lipsa alimentației pe parcursul întregii zile) sau hidratarea insuficientă,
- Autoinducerea frecventă a vărsăturilor (două sau mai multe episoade pe zi),
- Folosirea frecventă și abuzivă a laxativelor sau a diureticelor (două sau mai multe episoade pe zi, cu doze mici sau doze mai mari la intervale mai lungi),
- Exercițiile fizice practicate în exces în cazul persoanelor subponderale,

- Pierderea rapidă în greutate ( $\geq 1$  kg pe săptămână timp de mai multe săptămâni succesive),
- Greutate scăzută (IMC de 17,5 sau mai mic).

*Simptome sau semne fizice* (dacă aceste trăsături apar în combinație, atunci nivelul de alertă este ridicat):

- Episoade în care pacientul are senzație de leșin sau se prăbușește,
- Episoade de dezorientare, confuzie ori pierdere a memoriei,
- Percepția modificării ritmului cardiac ori dureri precordiale,
- Fasciculații ori spasme musculare neobișnuite,
- Dificultăți de respirație,
- Umflarea gleznelor, brațelor sau a feței,
- Stare de slăbiciune și de epuizare,
- Dificultate manifestată la urcarea scărilor ori imposibilitatea de a se ridica de pe scaun fără ajutorul brațelor,
- Vărsături cu sânge.

### **Investigații clinice pe care le puteți recomanda**

*Observație:* Terapeuții fără o specializare în medicină nu trebuie să interpreteze niciodată rezultatele investigațiilor clinice, în afara cazului în care au calificarea necesară.

- *Analize de sânge.* Se poate realiza o gamă largă de analize ale sângelui. Testele de rutină recomandate variază de la o țară la alta. Unul dintre ele are o importanță mai însemnată: determinarea nivelurilor electroliților din sânge (mai ales al potasiului). Acesta poate fi anormal dacă pacientul vomează ori dacă folosește în mod abuziv laxative sau diuretice. Nivelurile semnificativ modificate ale electroliților indică sporirea riscului apariției unor aritmii cardiace grave.
- *EKG (electrocardiograma).* Se realizează în cazul în care există îngrijorări în privința funcției cardiace a pacientului.
- *Determinarea densității țesutului osos.* Se realizează în cazul în care există suspiciuni legate de starea oaselor pacientului (în general, este vorba despre pacienți cu un istoric de greutate scăzută severă).

### **Tratamente farmacologice care pot fi recomandate**

- *Potasiu.* Se poate recomanda administrarea suplimentelor de potasiu pe cale orală, dacă nivelul de potasiu seric al pacientului este foarte scăzut (din cauza purgațiilor frecvente). Oricum, în general, trebuie să ne intensificăm eforturile în scopul de a-i ajuta pe pacienți să renunțe la purgații. Dacă aceștia primesc suplimente cu potasiu, ei vor avea nevoie de testarea periodică a sângelui, pentru a li se monitoriza nivelul potasiului.

- **Vitamine.** Se poate recomanda o doză zilnică de multivitamine în cazul pacienților care s-au subalimentat o perioadă lungă de timp ori care sunt subponderali.
- **Calciu.** Suplimentele cu calciu se pot recomanda pacienților care suferă de osteoporoză ori de osteopenie.

## **OBSERVAȚII REFERITOARE LA LISTELE DE AȘTEPTARE**

În unele țări se întâmplă în mod frecvent ca pacienții să fie nevoiți să aștepte o perioadă destul de îndelungată până când pot începe tratamentul. Totuși, de obicei ei sunt programați destul de rapid pentru o ședință de examinare în care este evaluată cu atenție problema lor de alimentație, li se recomandă tratamentul și apoi li se comunică faptul că vor putea începe terapia după mai multe luni (6-12). Procesul acesta poate să aibă efecte adverse. Pacienții se mobilizează pentru examinare, se implică în procesul de evaluare și apoi sunt demoralizați de așteptarea îndelungată, pe durata căreia se poate întâmpla să nu li se ofere nimic. Această scădere a încrederii pacienților poate îngreuna și mai mult procesul de implicare a lor în tratamentul care va urma. Este (aproape) de la sine înțeles faptul că serviciile clinice trebuie să se străduiască să reducă la minimum timpul de așteptare pentru pacienți, deoarece prin aceasta nu numai că vor scurta perioada în care aceștia sunt afectați de tulburarea de comportament alimentar, ci vor facilita în același timp și obținerea unui rezultat mai bun în terapie.

Dacă există un interval mare între evaluarea inițială și începerea TCC-O, noi recomandăm o reevaluare a pacientului, deoarece tulburările de comportament alimentar evoluează (a se vedea Capitolul 2), asemenea situațiilor de viață și comorbidității psihiatrice. Trebuie să se determine dacă au apărut obstacole noi pentru terapie (de exemplu, am întâlnit dezvoltarea unor noi episoade de depresie clinică), caz în care se va lua o nouă decizie în ceea ce privește momentul ideal pentru începerea terapiei.

Putem face ceva pentru a-i ajuta pe pacienți în perioada în care așteaptă începerea terapiei? Acest lucru este posibil în cazul tulburării de tip binge eating și, eventual, în acela al bulimiei nervoase. Există tot mai multe dovezi, deși slab susținute, ale faptului că autoeducația „dirijată” folosind un program cognitiv-comportamental autoadministrat poate ajuta pacienții să învingă tulburarea de comportament alimentar, iar acest lucru nu strică în niciun fel. (Autoeducația dirijată presupune, în general, respectarea unui program de autoeducație cu sprijinul și încurajarea unui „facilitator”.) Cercetările cele mai concludente s-au realizat în cazul tulburării de tip binge eating, pentru care rezultatele indică faptul că autoeducația dirijată este relativ eficientă. Studiile sunt mai puțin precise în privința bulimiei nervoase. În concluzie, considerăm că este rezonabil să li se ofere pacienților acest tip de terapie de intensitate redusă, în perioada în care se află în așteptarea tratamentului.

De asemenea, există dovezi clare ale faptului că medicația antidepresivă are un efect „antibulimic” (adică reduce frecvența episoadelor de binge eating) în cazul pacienților suferind de bulimia nervoasă și de tulburarea de tip binge

eating, însoțite sau nu de depresia clinică. Efectele se văd rapid (în aproximativ 2 săptămâni), deși deseori ele nu sunt durabile, însă aceasta este o altă intervenție pe care o puteți încerca în perioada în care pacientul așteaptă TCC-O. Din experiența noastră, vă putem împărtăși faptul că medicația antidepresivă reprezintă rareori soluția completă pentru tulburarea de comportament alimentar. Se observă mai degrabă o reducere a episoadelor de binge eating, urmată de unele beneficii secundare. Supraevaluarea siluetei și a greutateii corporale tinde să persiste fără modificări importante și la fel se întâmplă în privința comportamentului de control al greutateii. De aceea, TCC-O rămâne varianta indicată.

## BIBLIOGRAFIA RECOMANDATĂ

### Managementul medical

- Crow, S., & Swigart, S. (2005). Medical assessment. In J.E. Mitchell & C.B. Peterson (Eds.), *Assessment of eating disorders* (pp. 120-128). New York: Guilford Press.
- Miller, K.K., Crinspoon, S.K., Ciampa, J., Hier, J., Herzog, D., & Klibanski, A. (2005). Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Archives of Internal Medicine*, 165, 561-566.
- Mitchell, J.E., & Crow, S. (2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 438-443.
- Mitchell, J.E., Pomeroy, C., & Adson, D.E. (1997). Managing medical complications. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 383-393). New York: Guilford Press.

### Autoeducație pentru bulimia nervoasă și pentru tulburarea de tip binge eating

- Grilo, C.M. (2007). Guided self-help for binge eating disorder. In J.D. Latner & G.T. Wilson (Eds.), *Self-help approaches for obesity and eating disorders* (pp. 73-91). New York: Guilford Press.
- Sysko, R., & Walsh, B.T. (2007). Guided self-help for bulimia nervosa. In J.D. Latner & G.T. Wilson (Eds.), *Self-help approaches for obesity and eating disorders* (pp. 92-117). New York: Guilford Press.

### Alte articole relevante pentru capitolul 4

- Bohn, K., & Fairburn, C.G. (2008). Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA 3.0). In C.G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 315-317). New York: Guilford Press.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The Eating Disorder Examination: A semistructured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8.
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1994). The assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.

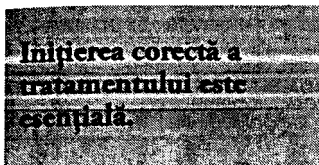
- Fairburn, C.G. & Beglin, S.J. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In C.G Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309-313). New York: Guilford Press.
- Franko, D. L., & Keel, P.K. (2006). Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 26, 769-782.
- Godart, N.T., Perdereau, E., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jeammet, P., et al. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders: Critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 97, 37-49.
- Milos, G., Spindler, A., Hepp, U., & Schnyder, U. (2004). Suicide attempts and suicidal ideation: Links with psychiatric co morbidity in eating disorder subjects. *General Hospital Psychiatry*, 26, 129-135.
- Peterson, C. (2005). Conducting the diagnostic interview. In J.E. Mitchell & C.B. Peterson (Eds.), *Assessment of eating disorders* (pp. 32-58). New York: Guilford Press.



# TERAPIA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ OPTIMIZATĂ PENTRU TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT ALIMENTAR: PROTOCOLUL DE BAZĂ

CHRISTOPHER G. FAIRBURN, ZAFRA COOPER,  
ROZ SHAFRAN, KRISTIN BOHN, DEBORAH M. HAWKER,  
REBECCA MURPHY ȘI SUZANNE STRAEBLER

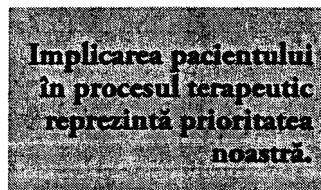
## INIȚIEREA CORECTĂ A TERAPIEI



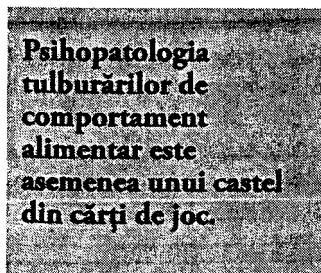
Terapeuții neexperimentați se simt uneori copleșiți atunci când au un pacient cu o tulburare de comportament alimentar. Acest lucru se întâmplă în general din cauza complexității trăsăturilor clinice, a deteriorării psihosociale accentuate (și, probabil, și a deteriorării fizice), din cauza istoricului îndelungat al afecțiunii, a nehotărârii pacientului și probabil din cauza unor încercări nereușite de tratament. De unde să începem?

### DE UNDE TREBUIE SĂ ÎNCEPEM

Fără îndoială că implicarea pacientului în procesul terapeutic reprezintă prioritatea noastră. Dacă nu reușim să realizăm acest lucru, tratamentul nu are nicio șansă ori foarte puține șanse de reușită. De aceea, terapeuții trebuie să dobândească abilitatea de a-i stimula pe pacienți să participe atât la tratament, cât și la întregul proces de schimbare impus de terapie. TCC-O este concepută în acest scop, iar acest lucru este important mai ales în cazul pacienților subponderali, deoarece aceștia sunt cei mai refractari la schimbare (a se vedea Capitolul 11).



Presupunând că pacientul se implică activ în procesul terapeutic, întrebarea care se impune este „care va fi pasul următor?”. Care dintre numeroasele trăsături clinice trebuie abordată întâi? Din fericire, nu este nevoie să le abordăm pe toate (căci dacă ar fi așa, tratamentul ar dura ani de zile). Pentru a explica situația de față vom recurge la o analogie. Psihopatologia tulburărilor de comportament alimentar este asemenea unui castel din cărți de joc. Dacă dorim să-l doborâm, trebuie să găsim cărțile de la bază, cele care susțin întregul eșafodaj. Ele trebuie îndepărtate și atunci întregul castel se va năruie. La fel se întâmplă și în cazul psihopatologiei tulburării de comportament alimentar.



Terapeutul nu trebuie să intervină pentru fiecare trăsătură clinică în parte. Multe dintre ele se află la al doilea sau al treilea nivel al „castelului” și se vor rezolva de la sine, atunci când sunt abordate trăsăturile clinice esențiale. Astfel de exemple sunt preocuparea privind gândurile legate de alimente, de alimentație, de siluetă și de greutatea corporală, comportamentul compensator de provocare a vărsăturilor și folosirea abuzivă a laxativelor, numărul caloriilor și, în numeroase cazuri, exercițiile fizice practicate în exces. Terapeuții trebuie să identifice trăsăturile clinice răspunzătoare pentru menținerea (sau „întreținerea”) tulburării de comportament alimentar de care suferă pacientul și să-și concentreze eforturile pentru îndepărtarea acestora. Abordarea acesta este posibilă acum, deoarece de-a lungul ultimilor 30 de ani s-au descoperit numeroase elemente specifice psihopatologiei tulburării de comportament alimentar (a se vedea Capitolul 2) și s-au aflat multe detalii privind modificarea proceselor care o mențin.

Practic vorbind, este esențial ca terapia să înceapă bine. Așa cum am menționat în capitolele anterioare, pentru o paletă mai largă de tulburări este valabilă afirmația conform căreia modificările obținute în primele săptămâni de tratament sunt un predictor puternic al rezultatului terapiei, iar acest lucru este valabil și pentru bulimia nervoasă și tulburarea de tip binge eating. De aceea, este important ca primele săptămâni să fie deosebit de fructuoase. Pacientul trebuie să fie pregătit să înceapă terapia, iar terapeutul de asemenea. Și, așa cum a descris în capitolul precedent, obstacolele evidente trebuie îndepărtate în prealabil, dacă acest lucru este posibil. „Starturile greșite” trebuie evitate, deoarece teritoriul pierdut este greu de recuperat. Capitolul acesta este dedicat primelor două ședințe de TCC-O, acestea reprezentând fundamentul pe care se întemeiază restul procesului terapeutic.

## ȘEDINȚA ÎNIIȚIALĂ (ȘEDINȚA 0)

În funcție de contextul în care activează fiecare, persoana care administrează interviul sau interviurile inițiale cu pacientul (a se vedea Capitolul 4) va rămâne sau nu terapeutul acestuia. În clinica noastră, se întâmplă deseori ca terapeutul să nu fie prima persoană care a consultat pacientul, astfel că prima sa întâlnire cu acesta va avea loc cu ocazia ședinței inițiale. Aceasta înseamnă că va fi nevoie de o a doua evaluare, pentru ca terapeutul să audă direct de la pacient care este natura problemelor sale de sănătate. În mod inevitabil, această evaluare se suprapune într-o oarecare măsură cu cea realizată anterior. După părerea noastră, beneficiile aduse de această a doua evaluare în privința implicării pacientului în procesul terapeutic depășesc cu mult în importanță eventualul dezavantaj pe care l-ar reprezenta faptul că îi rugăm pe pacienți să repete detaliile legate de istoricul bolii și de situația curentă.

Ședința inițială este atipică din mai multe puncte de vedere. Este mai lungă decât toate celelalte ședințe, deseori durează aproximativ o oră și jumătate, iar conținutul său este unul relativ fix. Ședința are șapte componente de bază:

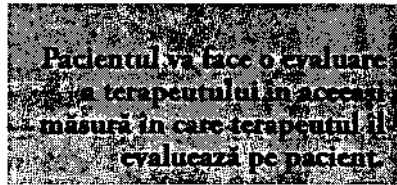
1. Implicarea pacientului în terapie și în procesul de schimbare
2. Evaluarea naturii și a severității psihopatologiei prezente

3. Alcătuirea de către terapeut împreună cu pacientul a unei formulări a proceselor care mențin problema de comportament alimentar
4. Explicarea conținutului programului de tratament
5. Instituirea automonitorizării în timp real
6. Confirmarea temelor de casă
7. Rezumatul ședinței și fixarea întâlnirii următoare

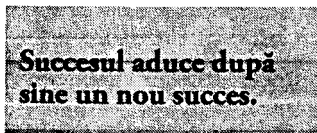
### **Implicarea pacientului în terapie și în procesul de schimbare**

Un element de dificultate specific terapiei cu acești pacienți este reprezentat de implicarea lor în tratament. Pot exista numeroase aspecte ale tulburării pe care ar dori să le schimbe (de exemplu, episoadele de binge eating), dar, în general, există alte elemente pe care ei le prețuiesc și cu care se pot chiar identifica (de exemplu, menținerea unui control strict al alimentației, pierderea în greutate). Mulți dintre pacienți au mari îndoieli când se prezintă la terapie și sunt mai mult sau mai puțin reticenți. Este important ca terapeutul să dovedească receptivitate și înțelegere față de nesiguranța acestor pacienți.

Din acest punct de vedere, ședința inițială de terapie are o importanță aparte. Pacientul va face o evaluare a terapeutului, în aceeași măsură în care terapeutul îl evaluează pe pacient. Comportamentul terapeutului și atitudinile sale, cuvintele pe care le folosește, totul va fi studiat de către pacient. De aceea, este bine să acordăm atenția necesară tuturor acestor aspecte.



S-a scris mult în legătură cu modul în care putem să-i determinăm pe pacienți să se implice în procesul terapeutic. Cu toate că există specialiști care au sugerat că ar fi nevoie de o perioadă de pregătire psihoterapeutică, noi nu suntem de acord cu acest lucru. Noi pregătim pacienții pentru terapie așa cum am descris în Capitolul 4 și nu considerăm că este nevoie de altceva. TCC-O administrată în mod competent este motivantă în sine și mai motivant decât orice este faptul că pacientul devine conștient de avantajul pe care îl reprezintă înțelegerea problemei cu care se confruntă și inițierea schimbării – un lucru pe care TCC-O se străduiește să-l realizeze încă de la început. De asemenea, să nu uităm faptul că succesul aduce după sine un nou succes. Reducerea la minimum a intervalului dintre ședința de evaluare inițială și începerea tratamentului (adică a perioadei de așteptare) este un element la fel de important.



Terapeuții pot intensifica de timpuriu implicarea pacientului în terapie, dacă urmează aceste instrucțiuni:

- Fiți empatici și receptivi în comportament.
- Întrebați pacientul care este numele pe care dorește să-l folosiți în conversațiile cu el și spuneți-i numele dumneavoastră. Nu trebuie să presupuneți că toți pacienții preferă ca terapeutul să li se adreseze folosindu-le prenumele.

- Comportați-vă în mod profesionist, dar fără să-i intimidați. Transmiteți faptul că înțelegeți problemele pe care le creează tulburările de comportament alimentar și că sunteți în măsură să le evaluați și să le tratați.
- Implicați pacientul în mod activ în procesul de evaluare și în crearea formulării personalizate.
- Insuflați-i încredere.
- Evitați atitudinea autoritară sau paternalistă.
- Îndemnați-l în mod repetat să vă adreseze întrebări și verificați mereu dacă pacientul vă urmărește.
- Rugați-l să vă comunice problemele care îl preocupă sau îl îngrijorează.

Puteți folosi și unele strategii și proceduri specifice. Dat fiind faptul că ele sunt cel mai adesea necesare pentru pacienții subponderali, noi le-am descris în Capitolul 11, deși considerăm că ele ar trebui folosite și cu alți pacienți, în cazul în care realizarea ori menținerea implicării acestora în procesului terapeutic se dovedește a fi dificilă.

### **Evaluarea naturii și a severității psihopatologiei prezente**

Cea de-a doua evaluare este focalizată mai degrabă asupra tratamentului decât asupra diagnosticului, așadar se deosebește într-o oarecare măsură de cea administrată inițial, atunci când pacientul s-a prezentat la consult (a se vedea Capitolul 4, pag. 57). În cadrul acestei evaluări, se va aborda o gamă largă de subiecte, pe care le găsiți în tabelul 5.1. În cazul în care timpul nu vă permite să le discutați pe toate, puteți amâna o parte dintre ele pentru ședința următoare. În primul rând, trebuie să vă concentrați atenția asupra stării actuale a pacientului și a factorilor care contribuie la menținerea acesteia, motiv pentru care va fi nevoie să creați împreună o formulare personalizată (a se vedea mai jos). Terapeutul trebuie să adopte stilul de interviu tipic strănerii informațiilor, ținând seama în același timp de sensibilitatea pacientului față de anumite subiecte specifice (de exemplu, binge eating, autoinducerea vărsăturilor).

### **Elaborarea formulării împreună cu pacientul**

Pasul următor este alcătuirea „formulării”, adică a unei reprezentări vizuale personalizate (o diagramă) a proceselor care par să întrețină tulburarea de comportament alimentar a pacientului. Aceasta se realizează în ședința inițială, dacă pacientul nu este sever subponderal (a se vedea Capitolul 11) sau dacă tulburarea de care suferă nu prezintă un tablou clinic neobișnuit și este greu de înțeles. În cazurile acestea este mai bine să se amâne completarea formulării până la ședința următoare, pentru ca terapeutul să aibă timp suficient să se gândească la formatul probabil al acesteia.

Alcătuirea formulării servește mai multor obiective:

- Facilitează angajarea pacientului în tratament.

**TABELUL 5.1. Aspecte care trebuie discutate atunci când se evaluează tulburarea de comportament alimentar****Starea curentă a tulburării de comportament alimentar (pe parcursul ultimelor 4 săptămâni și al ultimelor 3 luni)**

- Relatarea pacientului despre tulburarea de comportament alimentar și despre ceea ce ar dori să schimbe în legătură cu aceasta
- Obiceiurile alimentare într-o zi obișnuită (și, dacă este cazul, acelea dintr-o zi „bună” și dintr-o zi „proastă”)
- Reducerea consumului alimentar (natura încercărilor de a reduce consumul alimentelor): reguli de conduită alimentară, reacția în urma încălcării vreuneia dintre aceste reguli, numărul caloriilor, limitarea caloriilor, hrănirea amânată (adică amânarea cât mai mult posibil a consumului de alimente)
- Restricțiile alimentare (subalimentarea în fapt)
- Alte comportamente de control al greutății (de exemplu, autoinducerea vărsăturilor, folosirea abuzivă a laxativelor sau a diureticelor, exercițiile fizice practicate în mod excesiv): frecvența, relația cu supraalimentarea percepută
- Episoade de supraalimentare (cantitatea ingerată și contextul respectiv, dacă a existat sau nu sentimentul pierderii controlului în momentul respectiv): frecvența, factorii declanșatori
- Alte obiceiuri alimentare (ciugulitul, mestecatul și scuipatul, ruminația, mâncatul ritualizat)
- Obiceiuri privind consumul de băuturi și fumatul (consumul de apă, cafea, ceai, băuturi carbogazoase și alcoolice și obiceiurile privind fumatul – precum și legătura lor [dacă există vreuna] cu problema de comportament alimentar)
- Mâncatul în societate: abilitatea de a mânca împreună cu alte persoane, de a mânca în oraș
- Preocupări legate de siluetă și de greutatea corporală
- Opiniile privind silueta și greutatea corporală
- Importanța acordată siluetei și greutății corporale în autoevaluare
- Controlul siluetei (cântărirea, folosirea oglinzii, alte forme de control), evitarea situațiilor de expunere corporală
- Comparațiile cu ceilalți
- Sentimentul că este gras(ă)
- Impactul tulburării de comportament alimentar asupra funcționării psihologice și sociale
- Efectele asupra dispoziției afective și asupra concentrării
- Efectele sale asupra muncii
- Efectele asupra altor persoane (partener, familie, prieteni, cunoștințe)
- Efectele asupra activităților și asupra intereselor
- Alte efecte

**Dezvoltarea tulburării de comportament alimentar**

- Detalii privind debutul și factorii declanșatori probabili
- Înlănțuirea ulterioară a evenimentelor (când au debutat formele esențiale ale comportamentului unele față de celelalte): evoluția tulburării – primele 6 luni
- Istoricul greutății (înainte și din momentul când a debutat tulburarea de comportament alimentar; obezitatea reală în copilărie): greutatea cea mai scăzută de când s-a atins înălțimea actuală; greutatea cea mai mare de când s-a atins înălțimea actuală
- Tratamente anterioare (pentru o problemă legată de alimentație ori de greutate): încercările de a găsi un tratament, tratamentele oferite, experiențele de tratament și atitudinea față de acesta, complianța la tratamente și răspunsul la acestea

**Istoricul personal și al familiei**

- Locul nașterii și locul unde a crescut și a fost educat
- Situația familiei în timpul copilăriei (părinți, frați, atmosferă, perturbări și/sau probleme familiale) și legătura cu familia în prezent
- Școala, facultatea și experiența profesională
- Istoricul relațiilor interpersonale – funcționarea relațiilor interpersonale în copilărie/ adolescență/ perioada adultă
- Istoricul psihiatric al familiei (în special depresia și abuzul de alcool)
- Istoricul familiei în privința tulburărilor de comportament alimentar și a obezității
- Evenimente negative (inclusiv abuzul fizic și sexual, pierderea unor persoane iubite, accidente, agresiunile fizice și verbale)

- Istoricul psihiatric personal (în special tulburările de anxietate, depresia, perfecționismul, stima de sine scăzută, automutilarea, abuzul de substanțe): declanșarea acestora în relație cu debutul tulburării de comportament alimentar, interacțiuni

#### Situația prezentă și funcționarea în momentul de față

- Condițiile de locuit
- Ocupația
- Starea civilă, copii
- Relația cu familia
- Funcționarea în cadrul relațiilor interpersonale (partener, familie, confidenți, prieteni, caracter sociabil)
- Funcționarea în cadrul relațiilor interpersonale în trecut (și de când a debutat tulburarea de comportament alimentar)
- Interese și aptitudini
- Interese și aptitudini în trecut (și de când a debutat tulburarea de comportament alimentar)

#### Psihopatologia coexistentă

- Comorbiditatea psihiatrică în prezent (depresie, tulburări de anxietate, folosirea abuzivă a unor substanțe, automutilare, comportament suicidal, altele)
- Tratatment psihiatric curent (psihologic, farmacologic)

#### Sănătatea fizică

- Sănătatea fizică în prezent (inclusiv ciclul menstrual)
- Istoricul medical general (inclusiv relația dintre pubertate și apariția tulburării de comportament alimentar)
- Medicația curentă (inclusiv pastilele contraceptive)

#### Atitudinea față de tulburarea de comportament alimentar și de tratamentul acesteia

- Opinii privind factorii care mențin tulburarea de comportament alimentar
- Atitudinea privind începerea tratamentului
- Preocupări legate de terapie și de perspectiva unei schimbări
- Obiective

#### Alte observații?

„Doriți să-mi mai spuneți ceva ori credeți că mai există ceva ce ar trebui să știu?”

---

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008 al Guilford Press. Tabelul este disponibil online la <http://ascres.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.

- Procesul de alcătuire a formulării îi permite pacientului să se distanțeze de propriile probleme. În loc ca doar să știe că are o problemă de comportament alimentar, pacientul este încurajat acum să facă un pas înapoi și să încerce să o înțeleagă și să înțeleagă motivele pentru care aceasta persistă. Adoptarea acestei posturi „detașate” este esențială pentru a-i ajuta pe pacienți să se schimbe, dar în această etapă dorim deocamdată doar să-i ajutăm pe pacienți să devină interesați și să-și pună întrebări în legătură cu tulburarea lor de comportament alimentar.

**Dorim să-i ajutăm pe pacienți să devină interesați și să-și pună întrebări în legătură cu tulburarea lor de comportament alimentar.**

- Formularea întărește ideea că problemele de comportament alimentar pot fi înțelese și că ele sunt menținute de o diversitate de mecanisme interactive care se autoperpetuează. Când discută despre acest lucru, terapeutul poate evidenția (dacă situația o cere) faptul că nu este neobișnuit ca pacientul să întâmpine dificultăți în încercarea sa de a se schimba.

- Evidențiind mecanismele principale care mențin tulburarea de comportament alimentar de care suferă pacientul, formularea oferă indicații cu privire la elementele care trebuie ținute în cursul tratamentului (adică identifică acele „cărți de joc” pe care va trebui să le îndepărtăm). Este important să subliniem faptul că formularea realizată împreună cu pacientul nu este o relatare a motivelor care au condus la apariția problemei de sănătate. Dacă pacienții sunt contrariați de faptul că tratamentul nu pare să țină seama de originile tulburării de comportament alimentar, trebuie să le explicăm că, în general, lucrul acesta nu este necesar. Factorii care au cauzat apariția problemei de sănătate cu mulți ani în urmă s-ar putea să nu mai fie relevanți acum, dar dacă mai sunt, ei vor fi abordați în cadrul terapiei.<sup>3</sup> Este important să adăugați că mai târziu, pe parcursul terapiei, veți discuta cu pacientul despre originile problemei de comportament alimentar (pag. 160).

În Figura 5.1 este prezentată o formulare TCC-O transdiagnostică combinată. Aceasta ar trebui folosită de terapeuți ca model pe baza căruia pot crea formulări personalizate corespunzătoare tulburării de comportament alimentar a fiecărui pacient. Cu cât se obișnuiește mai mult cu acest model de formulare, cu atât mai ușor îi va fi terapeutului să creeze unul adecvat pentru pacientul respectiv. Noi nu am întâlnit pacienți ale căror probleme de comportament alimentar să nu poată fi formulate în felul acesta. Figura 5.2 reprezintă formularea realizată pentru un pacient cu o tulburare de comportament alimentar FAS, în care s-au folosit chiar termenii pacientului.

Alcătuirea formulării – care mai bine spus este o *diagramă* sau o *schemă* – este o deprindere care merită exersată, deoarece este important să o executați corect. Această formulare trebuie realizată pas cu pas, fără grabă, sub coordonarea terapeutului, dar cu participarea activă a pacientului. Este recomandabil să începeți cu o situație pe care pacientul dorește să o schimbe. De exemplu, episoadele de binge eating sau senzația de frig și somnul deficitar (ambele efecte secundare ale subponderalității, a se vedea Capitolul 11). Trebuie să evitați folosirea termenilor tehnici ori de câte ori este posibil și să folosiți cuvintele pacientului. Formularea se va focaliza asupra principalelor mecanisme care par să mențină tulburarea de comportament alimentar, altfel există riscul ca aceasta să conțină prea multe detalii și să-l deruteze pe pacient. Dat fiind faptul că aceasta se bazează pe informații proaspăt obținute, trebuie să-l asigurați pe pacient că formularea comună pe care o alcătuiți este provizorie și va fi modificată, la nevoie, pe parcursul tratamentului.

Este important ca pacienții să accepte formularea ca pe o explicație credibilă pentru autoperpetuarea tulburării de comportament alimentar și pentru rezistența acesteia la schimbare. Majoritatea dintre ei și-o vor asuma. În cazurile rare în care pacienții nu sunt convinși ori în care ei continuă să susțină existența

---

<sup>3</sup> În medie, pacienții noștri suferă de tulburarea de comportament alimentar de aproximativ 8 ani și au o vârstă cuprinsă între 25 și 30 de ani. De aceea, este explicabil faptul că factorii și procesele care au condus la dezvoltarea tulburării de care suferă nu ar mai fi relevanți. Acest lucru nu este însă valabil pentru pacienții adolescenți care au un istoric mult mai scurt al tulburării (vezi Capitolul 14).



unei alte explicații (de exemplu, una bazată pe o interpretare psihodinamică ori pe existența unui comportament adictiv), terapeutul va trebui să-i încurajeze să mediteze mai mult asupra utilității și a validității perspectivei lor curente (fără să-i determine să devină defensivi), prezentându-le prin contrast perspectiva cognitiv-comportamentală actuală temeinic documentată. De asemenea, este important să li se explice faptul că abordarea adecvată și eficientă a proceselor care mențin problema de comportament alimentar prezintă multe beneficii secundare: de exemplu, ea facilitează creșterea stimei de sine și a încrederii personale și ameliorează funcționarea în cadrul relațiilor interpersonale.

După ce s-a alcătuit formularea personalizată, terapeutul va trebui să discute cu pacientul despre implicațiile acesteia. Ideea de bază care se cere evidențiată este aceea că pentru a combate problema de comportament alimentar, pacienții trebuie să intervină nu numai asupra lucrurilor pe care doresc să le schimbe (de exemplu, pierderea controlului asupra alimentației), ci și asupra mecanismelor responsabile pentru menținerea acestora („cercurile vicioase”). Astfel, de exemplu, în cazul pacienților cu binge eating, tratamentul trebuie să se focalizeze asupra mai multor aspecte, nu doar asupra încetării episoadelor de binge eating. Ei trebuie să întreprindă unele schimbări privind regimul lor alimentar, privind capacitatea lor de a face față situațiilor și emoțiilor negative fără a recurge la supraalimentare și, de asemenea, unele schimbări privind preocupările lor legate de siluetă și de greutate. Dacă nu se intervine asupra acestor procese care favorizează menținerea tulburării, probabilitatea unei recidive este foarte mare. Terapeutul poate recurge la o formulare de felul acesta: *„Diagrama indică factorii principali care întrețin tulburarea de comportament alimentar. Dacă vom schimba acești factori – pe toți – atunci vă veți simți mai bine. Dar este nevoie să-i abordăm pe toți în cadrul terapiei, altfel există riscul unei recidive.”* În continuare, terapeutul va trebui să coreleze planul de tratament cu formularea personalizată, eventual spunând: *„Eu sugerez să începem prin a ne concentra atenția asupra obiceiurilor dumneavoastră alimentare și apoi să trecem la celelalte elemente din diagramă – de exemplu, la felul în care vă percepeți silueta și greutatea.”*

La sfârșitul ședinței inițiale de terapie, pacienții vor primi o copie a diagramei personale pe care vor fi rugați să o studieze înainte de întâlnirea următoare și să-i aducă modificările pe care ei le consideră necesare.

## **Explicarea conținutului programului de tratament**

Este important să-i explicați pacientului în ce va consta tratamentul. Prezentarea dumneavoastră trebuie să vizeze câteva elemente specifice:

1. *Natura și stilul tratamentului.* În mod evident, pacienții trebuie să afle care este numele, natura și stilul tratamentului. În general, se pot repeta multe dintre informațiile oferite în contextul evaluării inițiale (a se vedea tabelul 4.2, pag. 63). Trebuie subliniat faptul că încheierea terapiei este la fel de importantă ca debutul acesteia, deoarece în această etapă sunt implementate măsurile care vor asigura reducerea la minimum a riscului recidivei în viitor (a se vedea Capitolul 12). De aceea, parcurgerea întregului tratament este de maximă importanță.

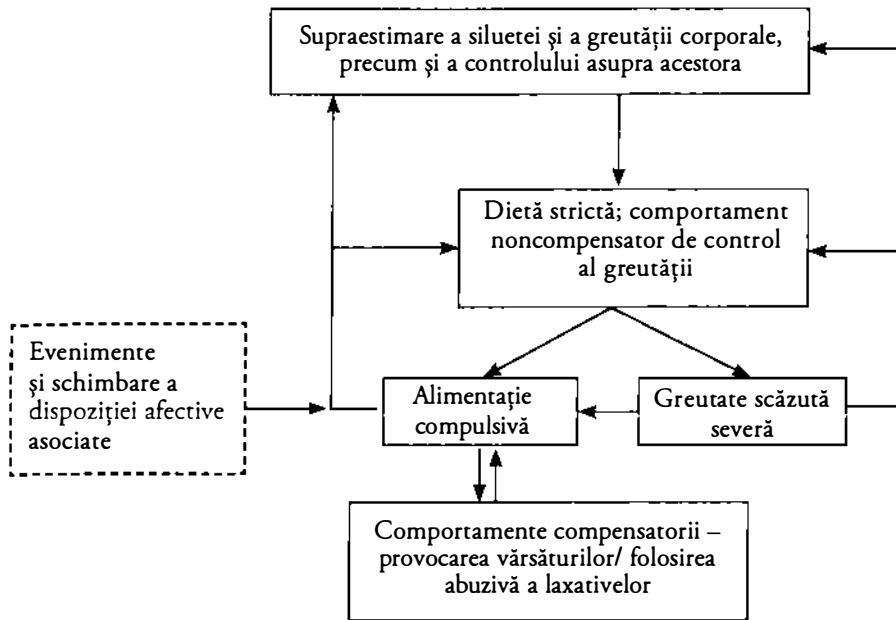


FIGURA 5.1. Formularea transdiagnostică combinată

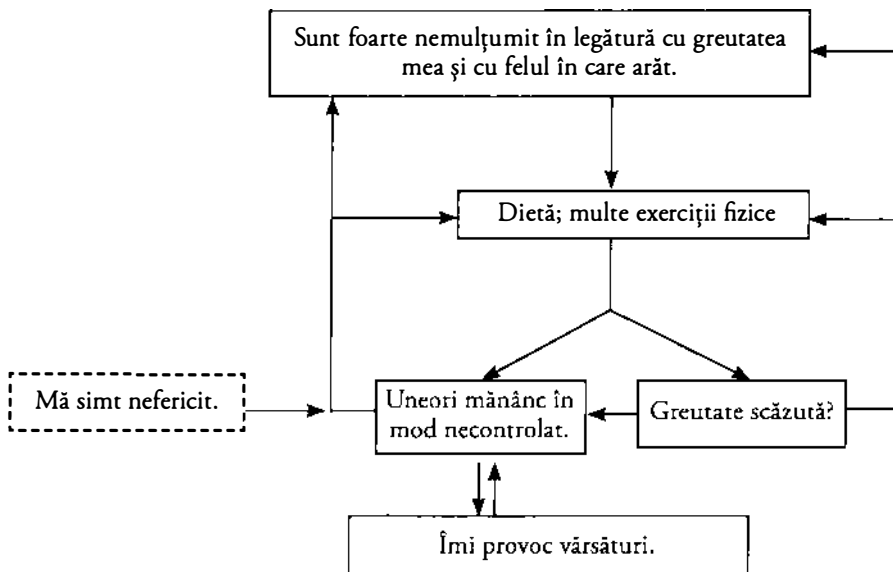


FIGURA 5.2. Formularea unui caz de tulburare de comportament alimentar FAS (folosind cuvintele pacientului)

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008 al Guilford Press. Figurile acestea sunt disponibile online la <http://ascresd.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.

2. *Detalii de natură practică.* Pacienții trebuie să fie informați în legătură cu numărul, durata și frecvența ședințelor de terapie. Ar fi util să conveniți asupra perioadei din zi în care se vor desfășura acestea. Noi ne străduim să ținem seama de angajamentele pacienților, de dificultățile legate de deplasare și, în unele cazuri, de dorința lor de a ține secret faptul că urmează un tratament. Le oferim numărul de telefon al clinicii pentru cazul în care vor dori să ia legătura cu noi, iar noi notăm numărul lor de telefon (preferabil acela de telefon mobil) și adresa de e-mail, pentru cazul în care va fi nevoie să luăm legătura cu ei.

**Încheierea terapiei este la fel de importantă ca debutul acesteia.**

3. *Ședințele de terapie.* Este util să le descrieți pacienților modul în care se vor desfășura ședințele. Puteți explica în felul acesta: „*Vom începe fiecare ședință cu o trecere în revistă a evenimentelor din săptămâna care a trecut și apoi vom stabili programul ședinței la care vom contribui amândoi.*”

4. *Cântărirea în cadrul ședinței de terapie.* În general, noi avertizăm pacienții în legătură cu faptul că, începând cu următoarea ședință, cântărirea va deveni un ingredient esențial al tratamentului.

Suntem întrebați în mod frecvent dacă se întâmplă ca pacienții să refuze cântărirea. Răspundem că, uneori, pacientul este foarte reticent, dar în contextul unei ședințe inițiale „angajante” și după ce i s-a explicat în mod clar motivația acestui demers (a se vedea pagina 91), refuzul din partea pacientului nu mai constituie o problemă. Cu toate acestea, se întâmplă câteodată să fim nevoiți să insistăm foarte mult. Experiența ne-a demonstrat faptul că dacă terapeutul acceptă temerile pacienților legate de cântărirea în cadrul ședinței de terapie, rareori – sau mai degrabă niciodată – se întâmplă ca aceasta să mai poată fi introdusă mai târziu. Acesta este un lucru regretabil, deoarece, după părerea noastră, cântărirea în timpul ședinței de terapie este unul dintre elementele cele mai valoroase ale TCC-O. Pacienții noștri împărtășesc această opinie, mulți dintre ei relatând la încheierea tratamentului că practica regulată de cântărire în timpul ședințelor i-a ajutat foarte mult. Pacienților care sunt deosebit de reticenți în legătură cu cântărirea le puteți spune următoarele: „*Să încerci să învingi această problemă de comportament alimentar fără să-ți cunoști greutatea este ca și cum ai avea mâinile legate la spate. Este puțin probabil să reușești să-ți revii complet fără să te confrunți în mod direct cu îngrijorările tale legate de greutate și de siluetă, iar pentru aceasta este nevoie să-ți cunoști greutatea.*”

5. *Insuflarea sentimentului de siguranță asupra faptului că ei sunt „beneficiarii tratamentului”, a sentimentelor de entuziasm și de speranță.* Pacientul trebuie să fie încredințat asupra faptului că tratamentul este al său, nu al terapeutului. Pe toată durata terapiei, pacienții trebuie să știe cu certitudine tot ceea ce se petrece și să cunoască motivația fiecărui demers. Trebuie să-i îndemnați de la început să vă întrebe de fiecare dată când nu înțeleg ceva. De asemenea, să vă comunice dacă se întâmplă să nu fie de acord cu ceva.

Cum numeroși pacienți sunt foarte dornici să învingă tulburarea de care suferă (inclusiv, conform experienței noastre, mulți dintre cei subponderali) și sunt nerăbdători să înceapă terapia, este important să le amplificăm aceste

sentimente de entuziasm și de speranță. La aceasta contribuie și siguranța pe care o transmiteți lăsându-i să înțeleagă faptul că sunteți bine documentat în privința tulburărilor de comportament alimentar în general și în privința tipului de tulburare de care suferă pacientul respectiv în particular. Ni se întâmplă în mod frecvent să întâlnim pacienți cărora li s-a spus că nu se vor vindeca niciodată, dar rareori am avut sentimentul că o afirmație de felul acesta a fost îndreptățită. Din păcate, un asemenea verdict ajunge să funcționeze în ultimă instanță ca o profeție auto-împlinită, deoarece subminează orice speranță de recuperare pe care se poate să o fi nutrit pacientul. Cercetările nu au fost concludente în privința existenței unor predictorii siguri ai rezultatului terapiei, iar experiența noastră clinică de-a lungul anilor ne-a demonstrat că nici noi nu i-am găsit! Suntem în continuare surprinși (de obicei în mod plăcut) de răspunsul pacienților noștri la tratament.

6. *Înteruperea terapiei.* Este recomandabil să abordați și subiectul întreruperii terapiei. De exemplu, ați putea spune: „Unii pacienți renunță la tratament înainte de încheierea lui și lucrul acesta este întotdeauna regretabil. Se întâmplă din diverse motive. De exemplu, unii nu mai vin pentru că se gândesc că nu reușesc să progreseze destul. Din câte vă cunoașteți, credeți că ați fi tentat să renunțați?”

Pacienții trebuie încurajați în mod susținut să participe la fiecare ședință și trebuie să li se spună că ultimele trei întâlniri sunt probabil cele mai importante, întrucât acestea îi vor ajuta să prevină recidivele în viitor. Terapeutul ar putea adăuga: „Dacă lucrurile nu merg bine și simțiți că nu aveți chef să veniți la o ședință de terapie, nu uitați că atunci este cel mai important să veniți. Putem învăța multe lucruri din situațiile dificile. Majoritatea pacienților care se gândesc să lipsească de la o ședință și apoi se răzgândesc spun că le-a fost de mare ajutor faptul că au discutat despre problemele cu care se confruntă și că au învățat multe lucruri în urma acestei discuții.”

7. *Întrebările și preocupările pacienților.* După cum am menționat mai sus, pacienții trebuie încurajați pe parcursul tratamentului să pună întrebări și să-și exprime preocupările sau îngrijorările. Mai jos, vă oferim câteva exemple cu întrebările cele mai frecvente în această etapă a terapiei:

ÎNTREBARE: „Problema mea de alimentație este atât de gravă încât să merite să urmez un tratament?”

– Terapeutul ar trebui să răspundă cam în felul acesta:

„Suferiți de o tulburare de comportament alimentar care vă perturbă existența și care persistă de mult timp. Vi s-a făcut o evaluare foarte amănunțită, iar Dr. \_\_\_\_\_, care a consultat multe persoane cu tulburări de comportament alimentar consideră că ați beneficia de pe urma tratamentului. Nu uitați, noi suntem specialiști și credem că problema dumneavoastră merită tratată.”

ÎNTREBARE: „Ce se va întâmpla dacă nu mă voi simți mai bine la sfârșitul terapiei?”

– Terapeutul ar trebui să răspundă explicându-i că majoritatea pacienților se simt mult mai bine la sfârșitul terapiei și nu simt nevoia să continue tratamentul. De asemenea, este important să menționați faptul că de obicei starea pacienților

continuă să se amelioreze și după încheierea tratamentului. Cu toate acestea, noi îl asigurăm pe pacient că, dacă vom considera că va fi nevoie să continue tratamentul, ne vom îngriji de acest lucru. În sfârșit, se mai poate adăuga faptul că îngrijirile neîntemeiate în privința rezultatului tratamentului vor sta în calea progresului tratamentului și că este mai bine ca pacientul să se focalizeze asupra pașilor care trebuie făcuți pentru a învinge această problemă.

ÎNTREBARE: „*Credeți că o să fiu mai bine?*”

– Terapeutul ar trebui să răspundă explicând faptul că majoritatea pacienților se simt mult mai bine la sfârșitul tratamentului și că nu există niciun motiv pentru care lucrul acesta să nu se întâmple și în cazul lor. De exemplu, terapeutul poate să spună: „*Bazându-mă pe ceea ce știu despre dumneavoastră și despre tulburarea de comportament alimentar de care suferiți, nu văd niciun motiv pentru care dumneavoastră să nu beneficiați de pe urma acestui tratament. Cel mai bun lucru este să vă angajați fără rezerve în acest proces terapeutic și să-i acordați prioritate, deoarece «Cu cât investești mai mult, cu atât câștigi mai mult.»*”

ÎNTREBARE: „*Mă voi îngrășa?*”

– În cazul pacienților care sunt în mod clar subponderali (a se vedea Capitolul 11), câștigul în greutate va fi un obiectiv explicit al tratamentului, așadar nu vor adresa întrebarea aceasta. În ceea ce-i privește pe ceilalți pacienți, terapeutul va trebui să le explice faptul că, din moment ce obiceiurile lor alimentare se vor schimba pe parcursul tratamentului, s-ar putea să apară și niște modificări de greutate, dar, în medie, acestea vor fi minore. Terapeutul trebuie să evidențieze faptul că obiectivul tratamentului este acela ca pacientul să-și învingă problemele legate de alimentație și, ca urmare, să dobândească controlul asupra comportamentului alimentar și implicit asupra propriei greutăți (cel puțin în măsura în care fiecare deține acest control).

ÎNTREBARE: „*Cine voi mai fi eu fără problema de comportament alimentar? Ea a devenit într-o măsură atât de mare o parte din mine. Nu voi mai avea nicio scuză pentru nimic niciodată.*”

– Astfel de preocupări sunt destul de des exprimate de către pacienții care suferă de multă vreme de tulburări de comportament alimentar. Ceea ce dumneavoastră va trebui să subliniați în răspunsul pe care îl dați este faptul că problema de comportament alimentar interferează cu toate aspectele funcționării pacientului și că, în lipsa acesteia, el va fi mult mai capabil și mai eficient decât își închipuie. În mod obișnuit, se observă o ameliorare importantă la nivelul dispoziției afective, al funcționării interpersonale și al stimei de sine. Pacientul nu va mai avea nevoie de „scuze”. Cât despre pacienții care au îndoeli privind pierderea propriei identități, dacă nu vor avea tulburarea de comportament alimentar, îngrijorarea lor poate fi întemeiată, deoarece este posibil ca adevărata lor personalitate să fi fost mascată de problema de alimentație. Când pacientul își exprimă această îngrijorare, noi o reformulăm într-o manieră pozitivă, spunând cât de interesant și de palpitant va fi să descopere care este adevărata lor personalitate și că ar trebui să fie nerăbdători să o descopere. Subiectul acesta

este discutat mult mai detaliat în capitolul referitor la pacienții subponderali (a se vedea Capitolul 11).

## Instituirea automonitorizării în timp real

Automonitorizarea în timp real este înregistrarea „pe loc” a comportamentului, a gândurilor, a emoțiilor și a evenimentelor relevante. Ea trebuie inițiată la începutul terapiei și va fi ajustată în ședința de terapie 1. Ea continuă pe toată durata tratamentului și are un rol esențial. Aceasta se va explica în felul următor:

*„Automonitorizarea are un rol central în terapie. Ea este la fel de importantă ca prezența la ședințele noastre. Ea este instrumentul care vă ajută să deveniți un expert în ceea ce privește propria tulburare de comportament alimentar și să o învingeți. Ea are două obiective principale:*

**„Automonitorizarea are un rol central în terapie. Ea este la fel de importantă ca prezența la ședințele noastre.”**

*1. Vă va ajuta să identificați în mod precis ceea ce se întâmplă clipă de clipă și zi de zi. Noi trebuie să știm cu exactitate ce faceți, ce gândiți și ce simțiți exact în momentul în care faceți, gândiți sau simțiți lucrul respectiv. Trebuie să cunoaștem toate detaliile și atunci vom reuși să înțelegem cum puteți să faceți schimbările necesare și astfel să puneți capăt problemei de alimentație. Așadar, va trebui să începeți să observați și să notați lucrurile relevante. Automonitorizarea este concepută pentru a vă ajuta să faceți acest lucru.*

*2. În al doilea rând, automonitorizarea vă va ajuta să vă schimbați. Dacă sunteți atent la ceea ce faceți, gândiți și simțiți chiar în momentul în care se întâmplă acest lucru, veți înțelege că aveți posibilitatea de a alege și că anumite lucruri care credeți că se petrec în mod automat și sunt imposibil de controlat (ori de conștientizat) pot fi schimbate, prin investiția dumneavoastră de atenție, efort și practică. Dar acest lucru se poate realiza numai dacă vă automonitorizați cu precizie în timp real. Nu va fi de niciun folos dacă notați după câteva ore ceea ce vă amintiți.*

*Trebuie să vă previn asupra faptului că automonitorizarea va avea un efect negativ pe termen scurt. Aceasta vă va determina să fiți și mai preocupat de alimentație, dar efectul acesta va dura doar în jur de o săptămână și vă asigur că merită să așteptați.”*

Vă rugăm să remarcați că explicația aceasta subliniază faptul că înregistrarea este a gândurilor, a emoțiilor și a comportamentului și că scopul său este acela de a-i ajuta pe pacienți să se schimbe. Uneori, jurnalele de automonitorizare sunt numite „jurnale alimentare”. Vă recomandăm să evitați acest termen, deoarece transmite o impresie greșită privind obiectivul și utilitatea lor.

Jurnalul de monitorizare pe care noi îl folosim este simplu și ușor de utilizat (a se vedea figura 5.3). (Veți găsi un model de jurnal de monitorizare la <http://>

| Ziua . . . . . Joi |                                                                  | Data . . . . . 19 martie |   |     |                                                                                                                 |
|--------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ora                | Alimentele și băutura consumate                                  | Locul                    | * | V/L | Context și comentarii                                                                                           |
| 7:30               | Un pahar cu apă                                                  | Bucătărie                |   |     | Sete după ziua de ieri                                                                                          |
| 8:10               | O jumătate de banană<br>Cafea neagră                             | Cafenea                  |   |     | Trebuie să fiu cuminte și să nu mănânc necontrolat azi!                                                         |
| 11:45              | Sandviș cu curcan afumat<br>Maioneză dietetică<br>Cola dietetică | Bu fet                   |   |     | Prânzul obișnuit                                                                                                |
| 18:40              | O felie de plăcintă cu mere                                      | Bucătărie                | * |     | Ajutor - nu mă pot opri din mâncat.<br>Mi-am pierdut complet controlul. Mă urâsc.                               |
| 19:30              | 1,5 kg de înghețată                                              |                          | * |     |                                                                                                                 |
|                    | 4 felii de pâine prăjită cu unt de arahide                       |                          | * |     |                                                                                                                 |
|                    | Cola dietetică                                                   |                          | * | V   | Sunt dezgustătoare. De ce fac acest lucru? Am început să mănânc imediat după ce am intrat. Am mai stricat o zi. |
|                    | Covrig cu stafide                                                |                          | * |     |                                                                                                                 |
|                    | 2 felii de pâine prăjită cu unt de arahide                       |                          | * |     |                                                                                                                 |
|                    | Cola dietetică                                                   |                          | * |     |                                                                                                                 |
|                    | Unt de arahide din borcan                                        |                          | * |     |                                                                                                                 |
|                    | Covrig cu stafide                                                |                          | * |     |                                                                                                                 |
|                    | Baton „Snickers”                                                 |                          | * |     |                                                                                                                 |
|                    | Cola dietetică mare                                              |                          |   | V   | Sunt foarte singură. Mă simt grasă și urâtă. Simt că renunț.                                                    |
| 9:30               | Prăjitură din orez cu brânză degresată<br>Cola dietetică         | Bucătărie                |   |     |                                                                                                                 |

**FIGURA 5.3.** Un jurnal de automonitorizare (pacientul A; ședința 2). V = vărsături, L = folosirea abuzivă a laxativelor. Vezi tabelul 5.2 pentru o descriere completă a automonitorizării și abreviațiile folosite.

Formularul pentru jurnalul de automonitorizare este disponibil online la <http://ascred.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.

[ascred.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf](http://ascred.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf)). Dificultatea ar putea fi reprezentată de faptul că înregistrarea trebuie făcută în timp real, dar tocmai acesta este aspectul cel mai valoros, întrucât procedura îi ajută pe pacienți să-și observe, să-și pună sub semnul întrebării și să-și modifice gândirea și comportamentul chiar atunci când au loc. Pe parcursul tratamentului, conținutul însemnărilor se schimbă și, la nevoie, pentru unii pacienți se adaugă coloane suplimentare (de exemplu, pentru a nota observații legate de exercițiile fizice ori de consumul de alcool). La început, interesul terapeutului se va focaliza cu precădere asupra obiceiurilor alimentare ale pacientului. Atunci când descriem cum trebuie să decurgă procesul de automonitorizare, noi folosim un exemplu (creat anume în acest scop) care este oarecum similar obiceiurilor alimentare ale pacientului respectiv și apoi subliniem următoarele aspecte:

- Coloanele și rolul lor
- Cum trebuie să noteze alimentele și băuturile consumate folosind descrieri simple
- Cum să folosească asteriscul, parantezele, inițialele V (vărsături), L (laxative) (a se vedea tabelul 5.2)
- Cum se folosește coloana 6. În etapa aceasta, este folosită ca un simplu jurnal în care sunt notate evenimentele care au influențat comportamentul alimentar al pacienților și preocupările lor legate de alimentație, de siluetă și de greutate. De fiecare dată când se cântăresc, pacienții trebuie să noteze acest lucru în coloana 6, iar alături să-și treacă greutatea.
- Cât de detaliate trebuie să fie descrierile. Toate alimentele și băuturile consumate trebuie să fie însoțite de o descriere simplă și de cantitatea consumată. Pacienții nu trebuie să-și cântărească alimentele și nici să prezinte aportul caloric al acestora.
- Nu este nevoie ca înregistrările să fie deosebit deordonate și pacienții nu trebuie să-și facă probleme în legătură cu greșelile de ortografie.

Va trebui să mai discutăm cu pacientul despre modul de înregistrare în jurnal, explicându-i cum poate să facă acest lucru la serviciu, acasă și atunci când socializează. Noi nu am întâlnit încă nicio situație în care să nu fie posibilă înregistrarea în timp real. Este recomandabil ca terapeuții să încerce să realizeze ei înșiși o astfel de automonitorizare timp de o săptămână, pentru a vedea care sunt dificultățile pe care le întâmpină pacienții și pentru a le împărtăși acestora sugestii privind modul în care le-ar putea depăși. Întotdeauna discutăm posibilitatea ca pacientul să fie tentat să omită să noteze anumite lucruri în jurnal (de obicei, episoade de alimentație compulsivă percepută), fiindcă îi este rușine sau jenă de cele întâmplate. Trebuie subliniat faptul că pentru reușita tratamentului este esențial ca pacientul și terapeutul să fie conștienți de dimensiunile reale ale tulburării de comportament alimentar, să nu ia în discuție o versiune cenzurată a acesteia.

Trebuie să-i întrebăm pe pacienți ce părere au despre perspectiva de a face aceste înregistrări și să-i îndemnăm să vă comunice orice îngrijorări sau întrebări privind procedura respectivă. Găsiți mai jos câteva dintre întrebările cele mai frecvente și răspunsurile pe care noi le sugerăm.

**ÎNTREBARE:** „*Am mai făcut lucrul acesta înainte. Atunci nu mi-a fost de niciun folos. De ce m-ar ajuta acum?*”

– Experiența ne-a demonstrat că este aproape imposibil ca pacientul să fi realizat monitorizarea exact în același fel și să fi discutat în mod detaliat despre însemnările sale cu terapeutul. Se poate să fi existat un fel de evidență privind alimentația, dar înregistrarea în timp real a comportamentelor, gândurilor și a sentimentelor este specifică TCC și mai cu seamă acestui tip de TCC. Acest lucru trebuie explicat, în vreme ce îi reamintim pacientului cele două aspecte legate de scopul monitorizării menționate mai devreme.



ÎNTREBARE: „*Monitorizarea mă va determina să fiu și mai preocupat de alimentație decât sunt acum*”.

– Este adevărat că inițierea acestei monitorizări vă va spori preocuparea pentru gândurile legate de mâncare, dar aceasta este o preocupare deopotrivă constructivă și instructivă. Ea îi ajută pe pacienți să-și cunoască mai bine comportamentul, precum și gândurile și emoțiile care îl însoțesc. Astfel, încep să devină experți în tulburarea de comportament alimentar de care suferă și să o cunoască în profunzime. Iar preocuparea amintită se va estompa după câteva săptămâni.

ÎNTREBARE: „*Trebuie să port cu mine mereu acest jurnal?*”

– Pe scurt, răspunsul este „da”. S-ar putea dovedi dificil în anumite situații, dar ar trebui să se poată. Jurnalul unei zile începe în buzunar sau în portmoneu, de exemplu. Nu ni s-a întâmplat să întâlnim o situație în care monitorizarea să fie cu adevărat imposibilă.

ÎNTREBARE: „*N-aș putea folosi un carnețel în locul acestor formulare?*”

– Nu este recomandabil. Experiența noastră de ani întregi ne indică faptul că formularele acestea de monitorizare funcționează foarte bine. Sunt suficient de mari pentru a permite înregistrarea amănunțită a comportamentelor, a gândurilor și a emoțiilor și pot fi folosite în mod flexibil. Carnețelele și alte caiete pentru însemnări restricționează cantitatea și calitatea informațiilor obținute.

ÎNTREBARE: „*Ce fac dacă sunt în compania altor persoane... să zicem la restaurant ori la serviciu?*”

– Terapeutul trebuie să-l roage pe pacient să ofere el câteva sugestii. În multe situații de felul acesta se poate intra din când în când în toaleta localului respectiv și se pot nota acolo observațiile. Pacientul trebuie să le înregistreze imediat după ce a mâncat, dacă acest lucru nu este posibil chiar în timp ce mănâncă.

ÎNTREBARE: „*Să las pe altcineva să-mi vadă jurnalele?*”

– Noi insistăm ca pacienții să nu arate altor persoane jurnalele lor, deoarece lucrul acesta ar afecta ceea ce își notează. Ele trebuie privite mai degrabă ca niște documente personale (asemenea unui jurnal personal) și trebuie ținute departe de ochii altora.

ÎNTREBARE: „*Voi fi tentat să omit unele lucruri. Va fi prea jenant, nu-i așa?*”

– Aceasta este o tentație obișnuită (mai ales în rândul pacienților care mănâncă excesiv), iar dacă pacienții nu aduc în discuție această posibilitate, terapeuții trebuie să o facă. Răspunsul va fi că obiectivul tratamentului este acela de a-l ajuta pe pacient să-și învingă (complet) tulburarea de comportament alimentar și pentru a reuși acest lucru este nevoie să se examineze toate manifestările sale, nu doar o parte dintre ele. Terapeutul poate adăuga (dacă situația este adecvată) că a văzut nenumărate jurnale de automonitorizare, așa că nimic nu-l va surprinde ori uimi din ceea ce va găsi în relatările pacientului. El poate spune următoarele:

*„Nimic din ceea ce veți scrie nu mă va șoca ori surprinde. Oricum, rolul meu nu este acela de a vă judeca. Eu trebuie să vă ajut, dar nu pot face aceasta decât dacă sunteți absolut deschis și onest în legătură cu tot ceea ce se întâmplă. Dacă nu notați totul cu exactitate, nu voi reuși să vă ajut. Așadar, este esențial să notați totul cu precizie și să nu omiteți nimic.”*

La sfârșit, îi oferim pacientului aproximativ 20 de formulare, împreună cu instrucțiunile scrise pentru completare (a se vedea tabelul 5.2). În general, este preferabil ca pacientul să înceapă să noteze chiar de atunci ori începând din dimineața următoare.

Pentru inițierea și menținerea unor înregistrări exacte în timp real, este bine să le verificați cu atenție la fiecare întâlnire, în special în prima ședință, atunci când pacientul le aduce completate pentru prima oară. Noi păstrăm formularele completate într-un dosar cu inele, unde le așezăm în ordine cronologică, pentru a putea consulta cu ușurință primele formulare dacă este nevoie. De exemplu, în cazul pacienților care întâmpină dificultăți atunci când trebuie să estimeze progresul pe care l-au înregistrat în terapie, puteți răsfoi jurnalele din trecut pentru a evidenția schimbările care au survenit, iar atunci când examinați evenimente intermitente (de exemplu, episoadele de binge eating de tip rezidual – a se vedea Capitolul 10), este bine să faceți referință la situații similare din trecut.

### **Confirmarea temelor de casă**

„Tema de casă” este parte integrantă a TCC-O, iar implementarea acesteia de către pacient constituie un factor determinant în procesul de schimbare. (Poate părea o prețiozitate, dar noi nu folosim termenul „temă de casă” din cauza conotațiilor sale. În locul său, folosim expresia „pașii următori” și avem o fișă numită „Pașii următori” pe care pacienții notează temele convenite). În etapa aceasta există două elemente componente ale temei de casă:

1. Începerea automonitorizării în timp real. Așa cum am menționat anterior, aceasta este bine să fie inițiată imediat ori la începutul zilei următoare.
2. Trecerea în revistă a formulării. Pentru aceasta, pacientul trebuie să petreacă aproximativ 15 minute înainte de ședința următoare analizând formularea scrisă, pentru a decide ce este mai relevant, ce ar trebui adăugat și la ce se poate renunța.

Este recomandabil să vă asigurați că pacienții notează pe fișa „Pașii următori” conținutul exact al temei pe care au consimțit să o efectueze.

### **Rezumatul ședinței și stabilirea întâlnirii următoare**

Așa cum se va întâmpla în toate ședințele următoare, terapeutul va trebui să încheie această întâlnire inițială cu un rezumat al conținutului, cu repetarea temei stabilite pentru acasă și cu programarea întâlnirii următoare. Deși de multe ori se consideră că este util să le dăm întâietate pacienților în formularea rezumatului ședințelor, lucrul acesta poate fi nerealist și nepotrivit, riscând să le

**TABELUL 5.2. Instrucțiuni pentru automonitorizare****Instrucțiuni pentru automonitorizare**

În timpul tratamentului, este important să notați *tot* ceea ce mâncați sau beți și ceea ce se petrece în momentul respectiv. Noi numim aceasta „automonitorizare”. Prin aceasta se realizează două obiective: întâi, se obține o imagine detaliată a alimentației, evidențiind pentru dumneavoastră și pentru terapeut natura exactă a tulburării de comportament alimentar și, în al doilea rând, permițându-vă să deveniți mai conștient de ceea ce faceți chiar în momentul respectiv, automonitorizarea vă ajută să schimbați un comportament care anterior părea automat și imposibil de controlat. Automonitorizarea precisă în timp real este esențială în terapie. Ea vă va ajuta să vă schimbați.

La început, s-ar putea să vi se pară enervant și obositor să notați totul, dar curând aceasta va deveni pentru dumneavoastră o a doua natură și ulterior își va dovedi eficacitatea. Nu am întâlnit încă persoane al căror stil de viață să fie imposibil de automonitorizat. Priviți-o ca pe o provocare.

Studiați fișa oferită ca exemplu pentru monitorizare, pentru a vedea cum se realizează aceasta. În fiecare zi trebuie completată una nouă (unele noi).

- În prima coloană se notează ora la care mâncați sau beți ceva, iar în cea de-a doua ceea ce ați consumat. Nu este nevoie să treceți conținutul caloric. În schimb, trebuie să notați o descriere simplă (fără termeni tehnici) a ceea ce ați mâncat ori ați băut. Fiecare produs trebuie notat imediat ce a fost consumat. Nu vă este de niciun folos să vă amintiți după câteva ore ce ați mâncat ori ce ați băut, deoarece lucrul acesta nu vă ajută să vă schimbați comportamentul din momentul respectiv. În mod evident, dacă vreți să faceți o automonitorizare corectă, trebuie să aveți mereu la dumneavoastră fișele respective. Nu contează dacă sunt dezordonate ori dacă nu ați scris corect. Este important să notați *tot* ceea ce mâncați sau beți cât de repede posibil.
- Episoadele de alimentație pe care le considerați mese ale zilei trebuie marcate prin paranteze. Gustările și alte episoade de alimentație nu trebuie trecute între paranteze.
- În cea de-a treia coloană trebuie să specificați locul unde ați consumat alimentul sau băutura. Dacă s-a întâmplat acasă, trebuie să specificați încăperea.
- Asteriscurile se trec în coloana a patra, în dreptul episoadelor în care ați simțit (la momentul respectiv) că ați mâncat ori ați băut în mod excesiv. Este vorba despre opinia dumneavoastră, indiferent de ceea ce ar putea să creadă altcineva. Este esențial să notați *tot* ceea ce mâncați în timpul episoadelor de „alimentație excesivă”.
- În cea de-a cincea coloană veți nota atunci când vomăți (scrieți „V”) sau când luați laxative (scrieți „L”) ori diuretice (pentru eliminarea apei) (scrieți „D” și numărul tabletelor).
- Ultima coloană va fi folosită în diverse scopuri în timpul terapiei. Deocamdată, ea trebuie folosită doar pentru înregistrarea evenimentelor și a emoțiilor care v-au influențat comportamentul alimentar. De exemplu, dacă o ceartă v-a determinat să mâncați excesiv ori să nu mâncați, notați acest lucru. Încercați să scrieți un scurt comentariu de fiecare dată când mâncați, notându-vă gândurile și emoțiile legate de ceea ce ați mâncat. Puteți să notați și alte evenimente ori situații importante în această coloană, chiar dacă ele nu au avut niciun efect asupra comportamentului dumneavoastră alimentar. Ultima coloană va fi folosită și pentru notarea greutății (și a gândurilor dumneavoastră în legătură cu aceasta) de fiecare dată când vă cântăriți.

Fiecare ședință de terapie va cuprinde o analiză amănunțită a ultimelor fișe de monitorizare. De aceea nu trebuie să uitați să le aduceți cu dumneavoastră.

inducă un sentiment de neliniște în legătură cu faptul că vor „greși” ori că nu vor reuși să-și amintească. După părerea noastră, rezumatul ședinței se realizează cel mai bine în colaborare cu terapeutul, deoarece în felul acesta pacienții nu se vor simți puși într-o situație dificilă. Obiectivul acestui rezumat este acela de a-l ajuta pe pacient să-și amintească subiectele discutate și să le plaseze în contextul formulării personalizate și al tratamentului general. De obicei, este mai bine dacă încheiați ședința cu programarea mai multor întâlniri. Următoarea va trebui să aibă loc după 3-4 zile.

## ȘEDINȚA 1

Pentru întâlnirea a doua, ca și pentru cea dintâi, obiectivul primordial este implicarea pacienților în procesul terapeutic. Terapeuții trebuie să se străduiască să le cultive entuziasmul, speranța și dorința de a acționa, îndepărtându-le în același timp grijile, îndoilele și pesimismul. Mai există încă patru priorități, aceleași pentru toate formele tulburării de comportament alimentar:

- Inițierea cântăririi în cadrul ședinței de terapie
- Analiza fișelor de automonitorizare
- Trecerea în revistă a formulării
- Educarea pacientului în legătură cu controlul greutății (cântărirea) și cu greutatea

Întâlnirea aceasta durează aproximativ 50 de minute, la fel cu cele care vor urma, dar structura sa este una specială, deoarece este nevoie să se verifice foarte amănunțit fișele de automonitorizare, în scopul stabilirii și al asigurării unei monitorizări de calitate. De aceea, ședința are următorul format (cu durata *aproximativă* între paranteze):

1. Inițierea cântăririi în cadrul ședinței de terapie (5 minute)
2. Analiza fișelor de automonitorizare (10-15 minute)
3. Stabilirea agendei (3 minute)
4. Realizarea activităților cuprinse în agendă (20-25 de minute)
  - Atitudinea față de tratament
  - Formularea și implicațiile sale
  - Educarea pacientului în legătură cu controlul greutății și cu greutatea
  - Alte aspecte
5. Confirmarea temei de casă, rezumatul ședinței și programarea întâlnirii următoare (3 minute)

În continuare, vom descrie pe rând fiecare dintre aceste componente.

## Inițierea cântăririi în cadrul ședinței de terapie

Procedura de cântărire în cadrul ședinței de terapie se realizează în mai multe scopuri. Întâi, ea reprezintă o ocazie potrivită pentru a-i informa pe pacienți despre greutatea lor și despre greutatea corporală în general. În al doilea rând, pe măsură ce pacienții își schimbă obiceiurile alimentare în decursul tratamentului, ei vor deveni nerăbdători să afle despre orice schimbare în greutate. În al treilea rând, cântărirea regulată în cadrul ședințelor de terapie îi oferă terapeutului ocazia de a-i ajuta pe pacienți să interpreteze cifra de pe cântar, pe care, altfel, sunt predispuși să o interpreteze în mod greșit. În al patrulea rând, cântărirea în cadrul ședinței abordează o formă a verificării siluetei și anume verificarea greutății. Mulți pacienți cu tulburări de comportament alimentar se cântăresc foarte frecvent, chiar de mai multe ori pe zi. Rezultatul este că devin preocupați de fluctuațiile de greutate înregistrate de la o zi la alta, care altminteri ar trece neobservate. Alți pacienți evită în mod activ să-și afle greutatea, rămânând însă profund preocupați în legătură cu aceasta. În general, acești pacienți obișnuiau să se cântărească foarte des în trecut, dar au început să evite acest lucru deoarece verificarea greutății a devenit pentru ei prea aversivă. În orice caz, evitarea cântăririi este la fel de problematică precum este cântărirea prea frecventă, deoarece în ultimă instanță pacienții nu au niciun fel de informații care să le confirme ori să le infirme temerile legate de greutate.

Cântărirea în cadrul ședinței începe cu ceea ce numim „cântărirea colaborativă”. Aceasta înseamnă că pacientul își verifică greutatea împreună cu terapeutul<sup>4</sup> (pacientul poartă doar îmbrăcăminte de interior și nu poartă pantofi). Aceasta se repetă o dată pe săptămână, cu excepția cazurilor în care pacienții sunt subponderali, aceștia trebuind să-și verifice greutatea în fiecare ședință (a se vedea Capitolul 11). Verificarea greutății trebuie să fie cât mai colaborativă, iar terapeutul va aborda o atitudine calmă și naturală. Cei doi vor conveni asupra valorii obținute, care se va rosti cu voce clară și va fi exprimată într-o unitate de măsură cunoscută pacientului, excluzându-se în felul acesta posibilitatea ca el să evite aflarea greutății. Terapeutul împreună cu pacientul va trece acest număr într-un grafic pregătit anterior pentru pacientul respectiv. Figurile 5.4a, 5.4b și 5.4c înfățișează formatul graficelor pe care le folosim. Observați faptul că ele se deosebesc în funcție de situația pacientului – un tip de grafic este pentru pacienții subponderali (figura 5.4a), altul pentru pacienții cu greutate aflată în limite normale (figura 5.4b) și alt grafic pentru pacienții supraponderali (figura 5.4c). În întâlnirile ulterioare, tot la începutul fiecărei ședințe, terapeutul împreună cu pacientul vor interpreta informațiile obținute în urma cântăririi. În mod evident, acest lucru nu este posibil în ședința 1, deoarece există o singură informație disponibilă.

Interpretarea graficelor reprezentând greutatea pacienților este mult mai complexă decât s-ar părea. Abia după ce trec câteva săptămâni vom reuși să înțelegem ceea ce se întâmplă, deoarece informațiile sunt insuficiente.

<sup>4</sup> Noi preferăm folosirea cântarului medical mecanic, deoarece este mai robust și este suficient de exact. Recomandăm evitarea cântarelor digitale, deoarece precizia afișajului contribuie la sporirea preocupărilor pacientului legate de variații neînsemnate ale greutății.

Obiectivul nostru este acela de a-i ajuta pe pacienți să înțeleagă faptul că fiecare citire a greutateii poate induce în eroare, mai ales din pricina variațiilor stării de hidratare, și că ei trebuie să se concentreze asupra schimbărilor de pe parcursul *ultimelor 4 săptămâni* pentru a-și afla greutatea reală în momentul respectiv și pentru a înțelege ce se întâmplă cu ea, în loc să-și focalizeze atenția asupra ultimei citiri, așa cum fac în mod obișnuit. Într-adevăr, citirile individuale sunt aproape imposibil de interpretat din pricina incertitudinii legate de factorii situaționali. De aceea, terapeuții trebuie să le amintească în mod repetat pacienților că „*Nu se poate interpreta o singură citire a greutateii.*”<sup>5</sup> Pentru a-i ajuta pe pacienți să înțeleagă modul în care evoluează greutatea lor, terapeuții trebuie să folosească o riglă transparentă prin care să se poată observa parcursul și direcția în care se îndreaptă cifrele reprezentând nivelul greutateii.

**Nu se poate interpreta o singură citire a greutateii.**

Figurile 5.5a și 5.5b reprezintă două grafice schematice pentru greutate, iar linia dreaptă care le intersectează este semnul de demarcație în funcție de care se identifică direcția de bază (adică linia indică locul în care trebuie plasată rigla transparentă). Se poate observa faptul că linia de demarcație nu se intersectează neapărat cu ultima citire a greutateii. În contextul acesta, merită să luați în considerare două sugestii. Întâi, dacă întoarceți graficul greutateii cu 90 de grade și îl priviți din nou, se pot evidenția tendințe care nu s-au evidențiat atunci când ați privit graficul din unghiul obișnuit. În al doilea rând, dacă pacienții se străduiesc să fie obiectivi în ceea ce privește interpretarea graficului, îndemnați-i să-și imagineze că este graficul unei situații lipsite de semnificație personală (de exemplu, un grafic reprezentând căderile de ploaie din ultimele săptămâni) și acest lucru le va fi de ajutor.

Un element important în privința intervenției bazate pe cântărirea în cadrul ședinței de terapie este acela că pacienților li se va cere să nu se cântărească deloc în afara acestor verificări săptămânale, dar dacă vor face totuși acest lucru, vor trebui să noteze pe fișa de automonitorizare. Dacă au acasă un cântar, ar fi bine să-l pună într-un loc puțin accesibil (și evident, să nu fie la vedere).

<sup>5</sup> Și clinicienii trebuie să aibă în vedere faptul că „*Nu se poate interpreta o singură citire a greutateii.*” Uneori, întâlnim situații clinice în care s-au luat decizii medicale majore în funcție de o singură verificare a greutateii. Aceasta era o practică obișnuită în programele comportamentale de restabilire a greutateii folosite în trecut. Aceleași considerații sunt valabile pentru experimentele comportamentale în care modificările în greutate reprezintă principalul rezultat vizat.

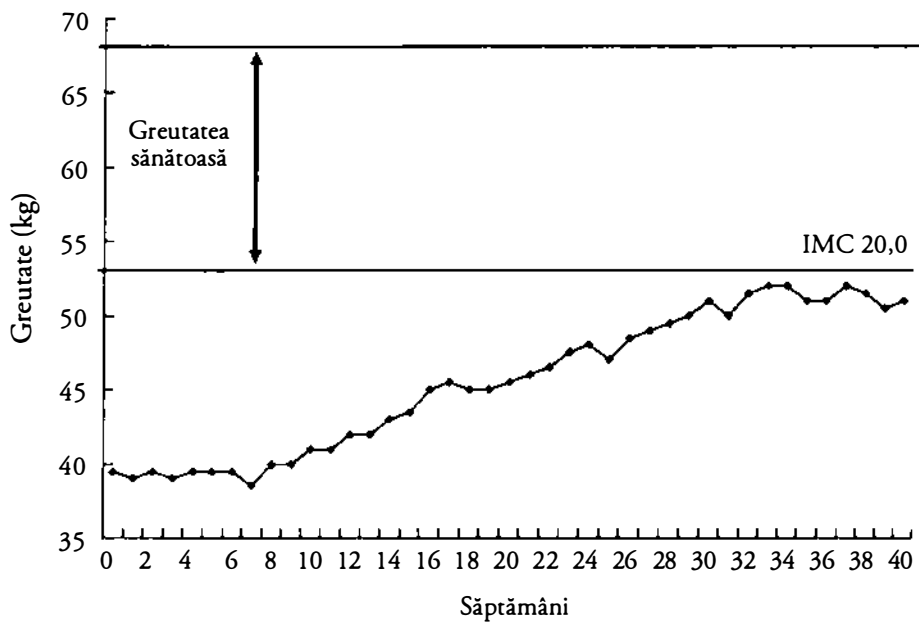


**FIGURA 5.4a.** Grafic al greutateii pentru un pacient subponderal

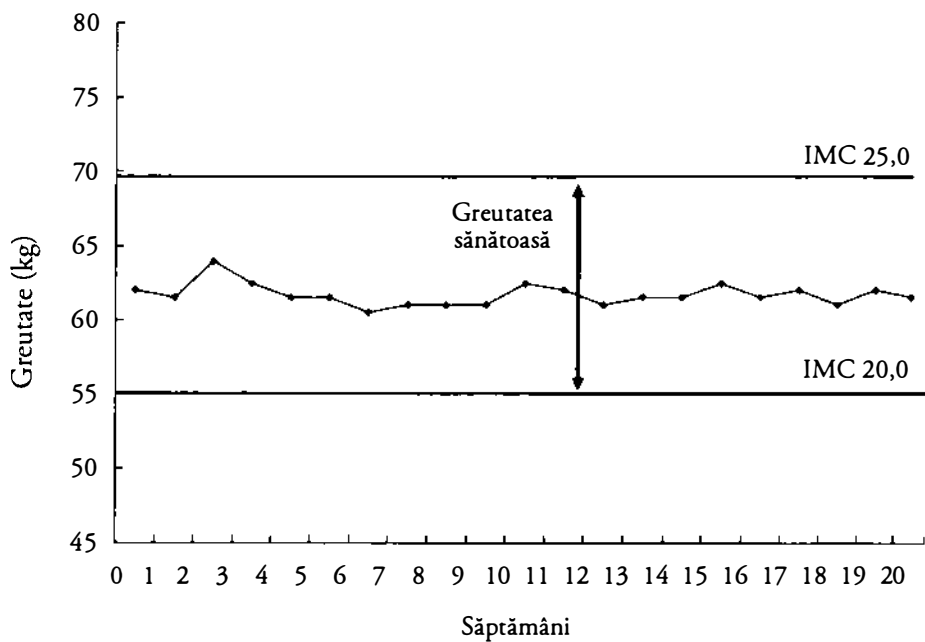


**FIGURA 5.4b.** Grafic al greutateii pentru un pacient cu greutatea în limite normale

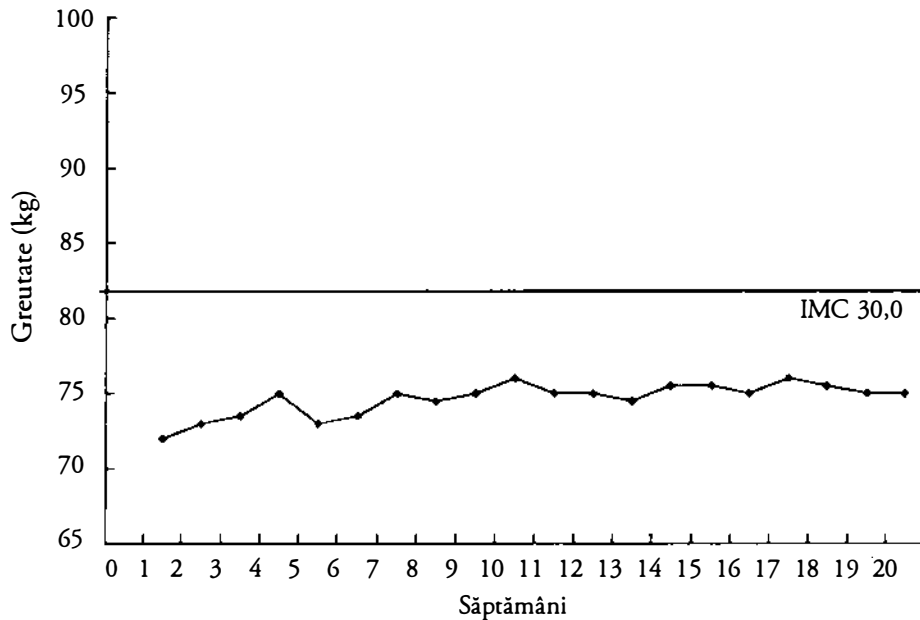


**FIGURA 5.4c.** Grafic al greutății pentru un pacient supraponderal

### Analiza fișelor de automonitorizare

După cum am menționat anterior, unul dintre obiectivele principale din prima ședință de terapie este acela de a stabili și de a încuraja automonitorizarea corectă în timp real. Pentru aceasta, este nevoie să se realizeze o analiză detaliată a fișelor pacientului, acesta prezentându-i terapeutului pe rând formularele completate pentru fiecare zi. Doar analiza fișelor pentru 3 zile poate să dureze 15 minute.

Analiza fișelor de monitorizare în Ședința 1 va trebui să cuprindă următoarele două aspecte importante:

1. *Evaluarea calității monitorizării.* Aceasta presupune focalizarea asupra procesului de notare, iar terapeutul va urmări:

- Cum s-a desfășurat automonitorizarea din perspectiva pacientului;
- Atitudinea pacientului în privința monitorizării (a se vedea vinieta de mai jos);
- Cât de aproape s-a realizat notarea față de momentul în care pacientul a consumat alimente sau băuturi;
- Dacă mesele zilei au fost încadrate între paranteze și dacă s-au folosit corect asteriscurile;
- Dacă s-au omis ori dacă au fost prezentate în mod exagerat unele episoade în care pacientul a consumat alimente sau băuturi;
- Dacă pacientul a întâmpinat anumite dificultăți.



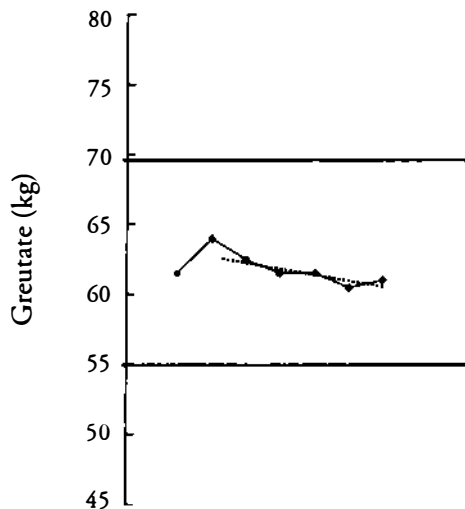


FIGURA 5.5a. Identificarea tendințelor greutateii

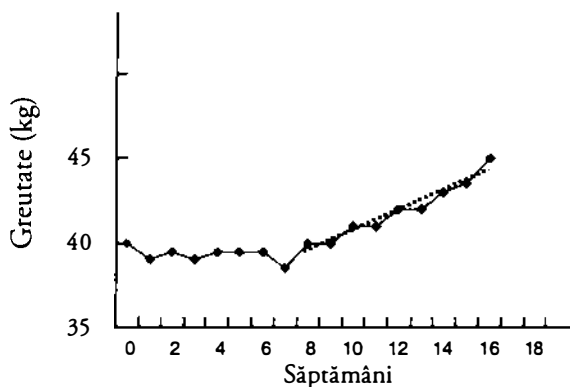


FIGURA 5.5b. Identificarea tendințelor greutateii

### Vinietă

„Am început monitorizarea în seara aceasta și am folosit o fișă întreagă pentru o singură seară. Cred că nu pot continua în felul acesta. Îmi amintesc că m-am îngrozit atunci când ați pomenit prima dată despre faptul că va trebui să notez cu precizie tot ceea ce am mâncat (menționând orele și locul), dar acum cred că mă voi putea obișnui cu acest lucru. La început nu mi-am dat seama că va trebui să notez și ceea ce am băut, dar s-ar putea să fie interesant. Eu beau foarte multe băuturi calde.”

„Înțeleg cât este de important să notez aceste lucruri imediat, deoarece după scurt timp nu m-aș mai fi deranjat să scriu acele gânduri, ori poate nici n-aș fi observat că mi-au trecut prin minte. Sunt puțin jenat de toate acestea – dacă aș avea mai mult timp să meditez asupra lor, poate că le-aș reformula ori aș evita să le aștern pe hârtie.”

Este extrem de important să-i lăudați pe pacienți pentru eforturile pe care le-au făcut automonitorizându-se, chiar dacă fișele lor nu sunt completate așa cum ar trebui. De exemplu, terapeutul poate spune următoarele: *„Este un început excelent. Vom afla o mulțime de lucruri în legătură cu problema dumneavoastră de alimentație și cu factorii care o întrețin. Tot ceea ce ne rămâne de făcut este să perfecționăm această monitorizare pentru a profita cât mai mult de informațiile pe care le obținem. În acest scop, aș dori să vă sugerez...”*

Se întâmplă uneori, nu foarte des, ca pacientul să se prezinte la prima ședință de terapie fără să fi notat nimic pe fișa de monitorizare. În cazul acesta, noi ne exprimăm uimirea și încercăm să aflăm care sunt motivele care au determinat acest comportament. Este recomandabil ca terapeutul să-și asume o parte din responsabilitate, spunând *„Cred că nu v-am explicat suficient de clar motivele*

**Monitorizarea este parte integrantă a terapiei. Fără ea, tratamentul nu are șanse de reușită.**

*pentru care monitorizarea dumneavoastră este atât de importantă”* sau *„Poate că ar fi trebuit să ne gândim împreună cu mai multă atenție la aspectele practice ale acestui proces. Haideți să facem acest lucru împreună.”* Apoi, terapeutul trebuie să abordeze problemele apărute. În tot acest timp, el va trebui să sublinieze faptul că

monitorizarea este parte integrantă a terapiei și că fără ea tratamentul nu are șanse de reușită. Noi nu am întâlnit pacienți care să nu fi început acest proces după ce li s-au prezentat explicațiile de mai sus. Aceasta nu înseamnă că nu există probleme cu care ne confruntăm în ceea ce privește automonitorizarea și nici că după ce aceasta a fost inițiată ea poate fi ignorată. În niciun caz. Terapeuții trebuie să aibă mereu în vedere procesul de automonitorizare, exactitatea însemnărilor și trebuie să se asigure că s-a respectat cerința de completare a fișelor în timp real.

2. *Evaluarea informațiilor obținute în legătură cu obiceiurile alimentare ale pacientului.* Terapeutul trebuie să afle dacă zilele în care s-a realizat monitorizarea au fost zile obișnuite sau atipice (și dacă este așa, în ce privință). De asemenea, este important ca terapeutul să-l roage pe pacient să-i relateze dacă au existat unele elemente frapante. În figura 5.6 există un model de fișă de monitorizare, iar în tabelul 5.3 găsiți câteva dintre întrebările pe care terapeutul le poate adresa în legătură cu aceasta.

În ședințele următoare, analiza fișelor se focalizează mai ales asupra elementelor înregistrate, cu toate că terapeutul trebuie să-i solicite din când în când pacientului informații în legătură cu procesul de monitorizare și cu precizia însemnărilor din fișe. În aceste ședințe, analiza fișelor nu ar trebui să dureze mai mult de 10 minute. Terapeuții trebuie să se abțină și să nu încerce să abordeze niciuna dintre problemele pe care le identifică în timpul acestui proces, rezumându-se la notarea și la includerea lor pe agenda ședinței.

## Stabilirea agendei

În această ședință și în toate întâlnirile care vor urma, terapeutul stabilește agenda pentru secțiunea principală a ședinței, după ce analizează fișele și în urma

consultării cu pacientul. În principiu, agenda fiecărei ședințe (cu excepția celei finale) cuprinde elemente din următoarele patru surse:

1. *Temele de casă stabilite în ședința anterioară.* Ar trebui să fie de la sine înțeles faptul că niciodată nu se stabilește o temă fără a urmări în ședința următoare modul în care a fost realizată. Analiza aceasta se poate face în contextul verificării fișelor de automonitorizare, dacă se poate realiza în mod direct; altfel, ea trebuie trecută în agendă.

2. *Aspecte semnificative identificate în timpul analizei fișelor de automonitorizare.* Analiza fișelor aduce aproape întotdeauna în lumină probleme care se cer abordate în secțiunea principală a ședinței.

3. *Aspecte pe care dorește să le discute pacientul.* Pacienții trebuie invitați întotdeauna să completeze agenda. În majoritatea cazurilor, aspectele aduse de ei în discuție sunt relevante și merită discutate. Uneori, ele nu sunt relevante (de exemplu, unde să meargă în vacanță) și atunci terapeutul trebuie să explice acest lucru fără să-i jignească.

4. *Subiecte noi, impuse de etapa în care se află tratamentul.* Acestea sunt introduse de către terapeut și sunt impuse de progresul pacientului și de nivelul atins în tratament. De exemplu, poate că terapeutul consideră că este momentul să abordeze aspectele legate de verificarea siluetei și prin urmare va introduce subiectul acesta pe agendă.

Ziua ... Joi ...

Data 18 iunie

| Ora   | Alimente și băuturi consumate                  | Loc      | * | V/L | Context și comentarii                                                                               |
|-------|------------------------------------------------|----------|---|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6:30  | Cafea simplă <b>A</b>                          | Dormitor |   |     | Nu am dormit azi-noapte. Mă supără stomacul. <b>B</b>                                               |
| 11:45 | Cafea simplă                                   | La birou |   |     |                                                                                                     |
| 14:15 | ½ cutie cola dietetică<br>un biscuit Oreo      | Dormitor | S |     | Am scuiptat biscuitul – bravo! <b>C</b>                                                             |
| 18:15 | 1 bol cu legume<br>1 roșie<br>1 măr<br>1 prună | Dormitor |   |     |                                                                                                     |
| 20:00 | Ceai de mușeșel                                | Dormitor |   |     | Mă simt bine, nu am mâncat mult.                                                                    |
| 21:30 | 4 biscuiți Oreo<br>1 lingură de unt de arahide | Dormitor | * | V   | Sunt ATÂT de dezgustată de mine!<br>De ce am făcut asta? Am simțit că nu mă puteam abține. <b>D</b> |
| 22:00 |                                                |          |   |     | 500 abdomene – trebuie să ard<br>caloriile din biscuiții ăia!                                       |
| 22:30 |                                                |          |   | L   | 7 Dulcolax – aveam nevoie, burta<br>mea e atât de mare.                                             |

FIGURA 5.6. Fișă de automonitorizare (pacientul B; ședința 2)

**TABELUL 5.3. Unele întrebări pe care le poate adresa terapeutul în legătură cu fișa prezentată în figura 5.6****Punctul A**

- Nu ați mâncat micul dejun – este adevărat?
- Nu mâncați niciodată micul dejun? De ce?

**Punctul B**

- Ce înseamnă „Mă supără stomacul?”

**Punctul C**

- De ce ați mâncat un biscuit Oreo la 2:15 P.M.?
- Ați știut că îl veți scuipa?
- L-ați fi mâncat dacă nu aveți de gând să-l scuipați?

**Punctul D**

- De ce credeți că ați mâncat biscuiții Oreo cu unt de arahide? A existat un factor declanșator?
- Când v-ați dat seama că vă provoca voma?
- Câți biscuiți Oreo ar fi fost o porție acceptabilă pentru dumneavoastră?

---

Dacă există prea multe aspecte care se cer analizate, terapeutul trebuie să stabilească prioritățile și să le abordeze pe cele rămase în ședința următoare.

**Realizarea punctelor din agendă*****Atitudinea față de tratament***

Pacienții au atitudini diverse față de tratament. Unii au o atitudine pozitivă încă de la început și o păstrează pe tot parcursul terapiei; alții sunt refractari sau ezitanți și devin cooperanți pe parcurs; alții rămân nehotărâți sau reticenți; iar alții încep cu un entuziasm care cu timpul dispare. Schimbările acestea sunt importante, întrucât ele pot influența rezultatul tratamentului. Pacienții entuziaști se angajează cu elan în tratament și în rezolvarea temelor de casă și drept urmare obțin rezultate bune, în vreme ce pacienții care au îndoieli acceptă mai greu să-și facă temele și schimbările vizate în terapie sunt mai puțin satisfăcătoare. De asemenea, ei prezintă un risc mai ridicat de întrerupere a terapiei. Din aceste motive, atitudinea pacientului față de tratament trebuie să constituie întotdeauna o prioritate pentru terapeut și, din când în când, ea trebuie evaluată. Prima ședință de terapie este una dintre aceste ocazii.

Astfel, terapeuții trebuie să-i ceară pacientului părerea în legătură cu terapia. Vă sugerăm să adresați întrebări de felul acesta:

*„Cum vă simțiți în legătură cu începerea terapiei?”*

*„Aveți unele griji ori preocupări legate de terapie, pe care ați dori să le discutăm?”*

De asemenea, este important să le adresați întrebări despre chestiuni practice, cum ar fi cât durează drumul la și de la cabinet, care ar fi perioada

optimă a zilei pentru stabilirea întâlnirilor, dacă întâmpină dificultăți legate de îngrijirea copilului etc. Acordând atenție acestor probleme foarte reale, terapeuții pot demonstra faptul că sunt preocupați de starea generală de bine a pacientului, nu numai de situația tulburării de comportament alimentar. Abordarea aceasta mai amplă este utilă pentru angajarea pacienților. De asemenea, îi permite terapeutului să se informeze în legătură cu unele dificultăți care l-ar putea determina pe pacient să renunțe la terapie.

### ***Revizuirea formulării pacientului***

Un element important al acestei ședințe este trecerea în revistă a formulării pacientului. Trebuie să aflați care sunt opiniile pacientului în legătură cu diagrama realizată (de exemplu, Figura 5.2) și să clarificați toate neînțelegerile. Uneori, pacienții doresc să evidențieze procese pe care le consideră relevante (de exemplu, episoadele de binge eating declanșate de nerespectarea regulilor de dietă), iar alteleori trebuie adăugate trăsături ori procese clinice noi. De aceea, este bine să-i amintiți mereu pacientului faptul că diagrama este o reprezentare temporară: *„Imaginea aceasta reprezintă ceea ce știm în momentul acesta în legătură cu elementele care întrețin problema de alimentație de care suferiți. S-ar putea să fie nevoie să o schimbăm ori să o înfrumusețăm, pe măsură ce vom afla mai multe ori dacă observăm unele modificări.”* Terapeutul trebuie să-i reamintească pacientului și care sunt implicațiile practice ale formulării, și anume faptul că ea evidențiază aspectele asupra cărora va trebui ținut tratamentul.

### ***Educarea pacientului în legătură cu controlul greutății***

Pacienții trebuie să învețe cum să interpreteze cifrele obținute atunci când se cântăresc ei înșiși. Ei trebuie să știe că *„cifra de pe cântar”* fluctuează pe parcursul unei zile și de la o zi la alta, în funcție de starea lor de hidratare, de funcționarea intestinelor și a vezicii urinare, de intervalul curent în ciclul menstrual, precum și de alți factori. Cântărirea frecventă are ca rezultat o preocupare nejustificată pentru fluctuațiile nesemnificative de greutate, iar acestea sunt deseori greșit interpretate – ceea ce îi determină pe mulți pacienți să-și restricționeze consumul alimentar indiferent de ceea ce indică cifrele afișate de cântar. Dacă acestea indică faptul că greutatea „a crescut” ori este „aceeași”, ei vor încerca să-și restricționeze regimul și mai mult, iar dacă indică faptul că greutatea „a scăzut”, aceasta se interpretează ca o încurajare pentru a-și impune un regim mai sever. Procesul descris mai sus poate fi ilustrat printr-o linie șerpuită trasată pe o hârtie cu linii verticale care reprezintă fiecare episod de cântărire (a se vedea Figura 5.7). Terapeutul va alege un segment din linia șerpuită (aflat între două linii verticale) care aparent reprezintă o creștere în greutate și va proiecta linia în sus (Linia 1), explicând faptul că pacienții interpretează în general orice creștere a numărului de pe cântar ca pe o dovadă a faptului că se îngrașă și că trebuie să țină un regim și mai strict. Terapeutul va alege apoi un segment orizontal din linia șerpuită, care sugerează că nu s-a înregistrat nicio modificare a greutății și va explica faptul că, în mod tipic, atunci când nu apare niciun semn de schimbare a greutății (Linia 2) pacienții se

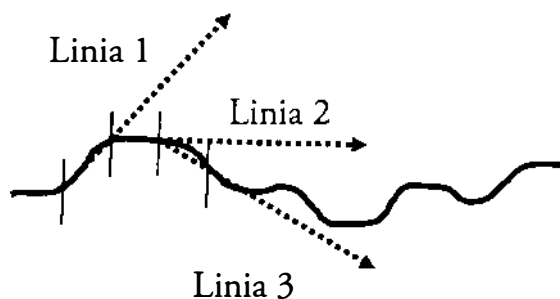


FIGURA 5.7. Interpretarea fluctuațiilor în greutate

gândesc că trebuie să țină un regim și mai strict dacă doresc să slăbească. În sfârșit, terapeutul alege un segment sugestiv pentru pierderea în greutate și prelungeste linia în jos (Linia 3), evidențiind faptul că de fiecare dată când cântarul indică o aparentă pierdere în greutate, pacienții se gândesc că trebuie să-și mențină dieta, din moment ce a început să aibă rezultate. Ideea generală este aceea că, indiferent care este modificarea aparentă indicată de cântar, concluzia pacienților va fi că trebuie să-și continue regimul alimentar. Acest proces important de menținere a comportamentului alimentar este întrerupt folosindu-se cântărirea din cadrul sesiunii de terapie.

***Educarea pacienților în legătură cu greutatea, cu obiectivele privind greutatea corporală și cu modificarea greutății în cadrul terapiei***

Pacienții trebuie informați în legătură cu greutatea corporală și cu indicele lor de masă corporală (IMC). Iată care sunt ideile principale care se cer subliniate:

- Greutatea corporală are o componentă fiziologică dominantă și prin urmare este greu de influențat pe termen lung.
- IMC este o modalitate adecvată de reprezentare a greutății în raport cu înălțimea. Ea se obține prin împărțirea cifrei greutății (în kg) la cea reprezentând pătratul înălțimii (în m) (adică  $G/I^2$ ).

Am notat mai jos pragurile IMC-ului recomandate pentru persoanele cu o tulburare de comportament alimentar ori având un istoric de felul acesta. (Pentru informații suplimentare despre aceste praguri specifice, consultați tabelul 2.3.) Le recomandăm terapeuților să adapteze termenii folosiți pentru etichetarea acestor categorii, astfel încât să se potrivească situației fiecărui pacient în parte.

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| Sever subponderal | 17,5 sau mai mic  |
| Subponderal       | 17,6 până la 18,9 |
| Greutate scăzută  | 19,0 până la 19,9 |

|                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| Greutate optimă                 | 20,0 până la 24,9 |
| Ușor supraponderal              | 25,0 până la 29,9 |
| Obezitate (sever supraponderal) | 30,0 sau mai mare |

Pragurile acestea se aplică adulților de ambele sexe cu vârste cuprinse între 18 și 60 de ani și se bazează pe nivelurile IMC-ului cunoscute ca fiind asociate efectelor nocive asupra sănătății. Este recomandabil să le comunicați pacienților având un IMC sub 20,0 faptul că greutatea medie a persoanelor de aceeași vârstă și același sex este mult mai ridicată decât a lor.

În loc să-și propună să aibă exact greutatea dorită, pacienții trebuie sfătuiți să accepte o marjă de aproximativ 3 kg între limitele căreia să fie permise fluctuațiile naturale în greutate. Acest lucru se poate formula astfel:

*„A dori să aveți o greutate exactă nu este o chestiune realizabilă, întrucât este imposibil ca valorile de pe cântar să rămână absolut neschimbate. Este ca și cum v-ați propune să aveți mereu același puls. Suntem organisme vii și, așa cum pulsul nostru fluctuează în mod natural în funcție de diverse situații – de exemplu, după ce am urcat un etaj, la fel se întâmplă și cu greutatea. Paralela cu pulsul poate fi extinsă. Persoanele care își verifică mereu pulsul ajung să se îngrijoreze pentru unele schimbări complet lipsite de importanță. Acest lucru este valabil și pentru cântărirea frecventă – atrage atenția asupra schimbărilor nesemnificative și lipsite de importanță. În același timp, dorința de a vă păstra greutatea absolut stabilă favorizează în mod inevitabil sentimente de nereușită. Este imposibil să avem o greutate perfect stabilă.”*

Aproape toți pacienții sunt neliniștiți în privința efectelor pe care le va avea tratamentul asupra greutateii lor. Pacienții cu bulimie nervoasă ori cu o tulburare de comportament alimentar FAS (exceptându-i pe cei subponderali), în general, nu-și schimbă mult greutatea. Totuși, există pacienți care se îngrașă și alții care slăbesc și este imposibil de prevăzut cu exactitate ceea ce se va întâmpla cu fiecare pacient. Pacienții trebuie informați că unul dintre obiectivele tratamentului este acela de a dobândi controlul asupra propriului comportament alimentar și că în felul acesta ei vor putea să-și controleze greutatea cât se poate de bine. Cel mai bine este ca pacienții să amâne alegerea unor limite specifice ale greutateii dorite până la sfârșitul tratamentului, atunci când obiceiurile lor alimentare s-au stabilizat. Mai târziu, pe parcursul tratamentului, pacienții sunt de asemenea sfătuiți să nu-și propună menținerea unei greutatei ideale (sau aflate între niște limite considerate ideale) care să solicite din partea lor mai mult decât o reducere ușoară a consumului alimentar, deoarece restrângerea consumului menține preocuparea pentru alimente și pentru alimentație, sporind riscul apariției episoadelor de binge eating (a se vedea Capitolul 10).

## Confirmarea temei de casă, rezumatul ședinței și stabilirea întâlnirii următoare

La sfârșitul primei ședințe, pacientul primește, de obicei, o temă de casă cu două cerințe:

1. Să îmbunătățească procesul de monitorizare
2. Să reziste tentației de a se cântări acasă.

Terapeutul încheie ședința rezumând conținutul acesteia, repetă cerințele pentru tema de casă și stabilește data ședinței următoare. Vă oferim mai jos un exemplu de rezumat al ședinței.

*„Haideți să vedem acum pe scurt ceea ce am realizat în această ședință. Am început cu cântărirea și apoi am făcut o analiză amănunțită a fișelor de monitorizare. Ați început foarte bine monitorizarea consumului alimentar. Apoi am discutat pe larg despre impresiile dumneavoastră legate de acest proces de automonitorizare. Mi-ați spus că v-a fost greu la început, dar că începeți să vă obișnuiți cu el. Așa este? Ce altceva am mai făcut azi?... (Pacientul răspunde.) Da, am discutat despre cât de mulțumit sunteți că ați început acest tratament și cât de utilă a fost diagrama și apoi despre faptul că ați putut observa unele dintre acele cercuri vicioase în fișele de automonitorizare completate.”*

*Am vorbit despre greutatea dumneavoastră și despre care ar fi greutatea optimă, apoi v-am calculat indicele de masă corporală. Ne-am gândit că unul dintre factorii care contribuie la menținerea problemei de comportament alimentar poate fi modul în care v-ați cântărit și faptul că acordați mare importanță fiecărei valori afișate de cântar, în ciuda fluctuațiilor de greutate explicabile din diverse motive. Ne-am gândit că ar fi util să vă rezumați la o cântărire pe săptămână, pe care o vom face oricum aici.”*

*„În sfârșit, am convenit asupra continuării procesului de monitorizare a alimentelor și băuturilor consumate, precum și asupra încercării de a rezista tentației de a vă cântări acasă.”*

## BIBLIOGRAFIA RECOMANDATĂ

Bibliografia recomandată pentru capitolele 5-12 se găsește la sfârșitul Capitolului 12.



# CAPITOLUL 6

## CUM SĂ OBȚINEM RAPID O SCHIMBARE

Primele săptămâni de tratament sunt decisive, deoarece ele au o mare influență asupra rezultatului tratamentului. Implicarea pacientului are o importanță specială, dar aceasta nu este un scop în sine, ci doar o condiție pentru realizarea schimbării dorite. În capitolul acesta și în majoritatea capitolelor care urmează, ne vom concentra atenția asupra procedurilor și strategiilor specifice necesare pentru a realiza această schimbare, presupunând că pacientul este angajat în procesul terapeutic. (Strategia generală folosită pentru a realiza implicarea pacienților a fost descrisă în capitolul anterior. În Capitolul 11 vom discuta în mod detaliat despre modul în care vom reuși să-i implicăm pe pacienții deosebit de reticenți.)

### IMPLEMENTAREA CELORLALTE OBIECTIVE ALE PRIMEI ETAPE A TERAPIEI

După încheierea primelor două ședințe din Etapa întâi, așa cum am descris în capitolul anterior, pacienții ar trebui:

- să fie suficient de implicați în procesul terapeutic și în programul conceput pentru schimbare;
- să înțeleagă și să accepte formularea provizorie;
- să ajungă să stăpânească procedura de automonitorizare în timp real;
- să accepte cântărirea săptămânală și tot ceea ce implică aceasta.

În capitolul de față, descriem desfășurarea ședințelor rămase în Etapa întâi a terapiei – adică următoarele 6 ședințe programate de două ori pe săptămână (ședințele 2-7).

Începând cu ședința a doua, ședințele vor avea o structură standard. Fiecare durează câte 50 de minute și cuprinde următoarele elemente (intervalele temporale necesare estimate de noi *cu aproximație* sunt notate între paranteze):

1. Cântărirea în timpul ședinței: cântărire colaborativă, actualizarea și interpretarea graficului reprezentând dinamica greutateii (până la 5 minute). Aceasta are loc o dată pe săptămână (adică într-una dintre ședințele bisăptămânale).

2. Trecerea în revistă a ultimelor fișe de automonitorizare și a temelor de casă (până la 10 minute, nu mai mult).
3. Stabilirea colaborativă a agendei pentru ședință (3 minute)
4. Realizarea obiectivelor stabilite în agendă și stabilirea de comun acord a temelor de casă (până la 30 de minute).
5. Rezumatul ședinței, confirmarea temelor pentru acasă și programarea ședinței următoare (3 minute).

Recomandăm ca terapeuții să-și însușească această structură, fiindcă în cazul în care nu vor face acest lucru, vor realiza mult mai puține lucruri decât și-au propus. De asemenea, ea este utilă pentru că ne ajută să ne încadrăm în timpul alocat terapiei. Structura trebuie abandonată doar în cazul în care respectarea sa este fie imposibil de realizat, fie nepotrivită pentru situația curentă a pacientului (de exemplu, pacientul se confruntă cu o criză gravă; a se vedea Capitolul 16, pentru modalitatea în care se abordează crizele în cadrul TCC-O). Rețineți faptul că, la începutul fiecărei ședințe, trebuie să i se comunice pacientului care este numărul ședinței și câte ședințe au rămas, pentru a ne asigura că acesta (împreună cu terapeutul) rămâne pe deplin conștient de natura limitată a tratamentului.

Terapeuții care nu sunt obișnuiți să lucreze în felul acesta vor avea poate impresia că TCC-O este rigidă și stereotipă. Această concluzie ar însemna o înțelegere greșită a terapiei și a implementării sale. Noi urmărim de fapt realizarea optimă a structurării ședințelor pentru ca ele să fie cât mai eficiente și mai eficace, precum și coordonarea temporală a celor două trăsături centrale ale TCC-O: cântărirea în cadrul ședinței și analiza fișelor pacientului. Conținutul secțiunii principale a ședinței variază de la pacient la pacient și este dictat de psihopatologia acestuia, de strategiile și procedurile introduse până în momentul respectiv și de progresul înregistrat de pacient până la acea dată.

Ultimele ședințe din Etapa întâi urmăresc trei obiective noi:

1. Educarea pacientului în privința tulburărilor de comportament alimentar (folosind o procedură pe care o numim „lectură dirijată”)
2. Stabilirea unui pattern pentru un consum alimentar regulat (stilul de alimentație, vărsăturile, senzația de sațietate, greutatea scăzută și exercițiile fizice practicate în mod excesiv sunt aspecte care pot fi abordate în acest context)
3. Implicarea persoanelor semnificative din anturaj, dacă se consideră că ar fi utilă și dacă pacientul dorește acest lucru

În general, atât intervențiile pentru lectura dirijată, cât și acelea pentru „consumul alimentar regulat” sunt introduse în ședința 2, împreună cu alte intervenții implementate mai târziu în Etapa întâi, dacă va fi nevoie. De obicei, persoanele semnificative din anturaj sunt implicate în procesul terapeutic abia spre sfârșitul Etapei întâi.

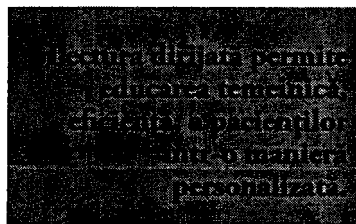
## EDUCAREA PACIENTULUI ÎN PRIVINȚA TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT ALIMENTAR

Există o sumedenie de mituri legate de alimentație și de controlul greutateii. Pacienții cu tulburări de comportament alimentar citesc cu aviditate articole, cărți și site-uri cunoscute dedicate dietelor și regimului alimentar, asimilând în felul acesta un volum impresionant de cunoștințe lipsite de un fundament științific. În mod tipic, ei nu sunt bine informați în legătură cu câteva subiecte; de exemplu, în legătură cu efectele inducerii vomei și ale folosirii abuzive a laxativelor asupra absorbției caloriilor.

Pentru a ne asigura că pacienții apelează la o sursă avizată, noi le recomandăm una dintre cărțile de referință în domeniul tulburărilor de comportament alimentar care a fost scrisă pentru cititorul obișnuit. De obicei, noi recomandăm *Cum putem să învingem alimentația compulsivă* (Fairburn, 1995), deoarece oferă toate informațiile necesare (în această etapă a tratamentului) pacienților care nu sunt subponderali. De asemenea, cartea amintită este îndrăgită de pacienții noștri. (Christopher G. Fairburn își asumă acest conflict evident de interese). Volumul mai prezintă avantajul că are o orientare cognitiv-comportamentală, prin urmare în concordanță cu TCC-O. Prima parte este exclusiv educativă. Pacienților cărora le place să citească puteți să le recomandați lectura integrală a acestei prime părți. Pentru pacienții mai puțin familiarizați cu lectura, puteți alege câteva capitole (în special Capitolele 1, 4 și 5) și să le recomandați să citească doar câte unul pe săptămână. Trebuie menționat faptul că volumul *Cum putem să învingem alimentația compulsivă* este relevant pentru toți pacienții cu o tulburare de comportament alimentar, indiferent dacă aceasta este sau nu este însoțită de binge eating, deoarece acesta abordează psihopatologia tulburării de comportament alimentar în general, nu se rezumă la alimentația compulsivă. Dacă pacienții sunt neîncredători în utilitatea sa, motivând că ei nu au avut episoade de binge eating, trebuie să le explicați faptul că Partea I tratează problemele legate de alimentație în general și că, în orice caz, majoritatea persoanelor cu tulburări de comportament alimentar prezintă riscul dezvoltării unei alimentații compulsive, iar cartea aceasta explică de ce se întâmplă acest lucru.

Tabelul 6.1 cuprinde principalele subiecte care se cer abordate atunci când educăm pacienții. Vă rugăm să observați faptul că o parte dintre aceste informații vor fi relevante doar pentru anumite grupe de pacienți. Informațiile suplimentare de care aveți nevoie pentru pacienții subponderali se găsesc în Capitolul 11.

Noi obișnuim să le oferim pacienților un exemplar al cărții, pentru a ne asigura că o vor citi în etapa cea mai propice pentru terapie (în general, în săptămâna 2, deși uneori mai devreme). Noi îi rugăm să facă unele adnotări pe exemplarul respectiv, să bifeze secțiunile care corespund cel mai bine situației lor, să taie secțiunile care nu corespund și să marcheze cu semnul întrebării acele secțiuni pe care nu le înțeleg ori despre care ar dori să discute.



Pacienții sunt rugați să aducă volumul cu ei la ședința următoare, pentru ca terapeutul (în secțiunea principală a ședinței) să vadă ce secțiuni au fost bifate, tăiate sau au semne de întrebare. În felul acesta, el va obține informații suplimentare utile în legătură cu psihopatologia pacientului și va putea răspunde oricăror întrebări și preocupări exprimate de către pacient. Astfel, lectura dirijată permite educarea temeinică, eficientă, a pacienților într-o manieră personalizată. În cadrul acestui demers, este util să coroborați informațiile dobândite cu formularea pacientului și, dacă este cazul, să o faceți mai atractivă.

## INSTITUIREA UNUI REGIM ALIMENTAR CU „MESE REGULATE”

Intervenția prin care se urmărește instituirea „meselor regulate” este fundamentală pentru succesul tratamentului, indiferent de forma tulburării de comportament alimentar. Ea constituie fundamentul pe baza căruia se vor întemeia toate celelalte schimbări. În cazul pacienților cu binge eating, intervenția este urmată de o scădere rapidă a frecvenței acestor episoade, rămânând doar ceea ce s-ar putea numi „episoade reziduale”, asupra cărora se poate interveni în Etapa III (a se vedea Capitolul 10).

**Intervenția prin care se urmărește instituirea „meselor regulate” este fundamentală pentru succesul tratamentului, indiferent de forma tulburării de comportament alimentar.**

Diminuarea frecvenței episoadelor de binge eating este extrem de încurajatoare pentru pacienți și este însoțită în general de o ameliorare accentuată a dispoziției lor afective. (Dacă nu este însoțită de ameliorarea dispoziției afective, terapeuții trebuie să ia în considerare posibilitatea manifestării unei depresii clinice coexistente. A se vedea paginile 318-323 pentru descrierea modului în care se pot detecta și trata aceste depresii în contextul TCC-O). Procesul datorită căruia se înregistrează o scădere a frecvenței episoadelor de binge eating nu este, deocamdată, clarificat în întregime. Este posibil ca acesta să fie facilitat de mecanisme diverse. Pacienților care au obiceiuri alimentare nestructurate și oarecum haotice (de exemplu, au tendința de a ciuguli încontinuu, în locul meselor sau al gustărilor bine definite), regimul alimentar cu mese regulate le oferă structură și control. În cazul pacienților cu restricții dietetice severe, regimul alimentar cu mese regulate se adresează altui tip de dietă, acela al alimentației la intervale lungi ori amânate – cu alte cuvinte, pacientul mănâncă rar sau amână cât mai mult momentul servirii mesei. Iar pentru pacienții subponderali, intervenția introduce mesele și gustările regulate care, ulterior, pot crește cantitativ. Mesele regulate par să faciliteze și o ameliorare în cazul golirii gastrice întârziate întâlnite la pacienții subponderali, reducându-le în felul acesta senzația de sațietate (a se vedea Capitolul 11). Pentru toți pacienții, intervenția aceasta prezintă avantajul de a evidenția gânduri, convingeri și valori care probabil contribuie la menținerea tulburării de comportament alimentar.

**TABELUL 6.1. Principalele subiecte care trebuie discutate în cadrul procesului de educare a pacienților în legătură cu tulburările de comportament alimentar**

Tulburarea de comportament alimentar de care suferă pacientul și tratamentul acesteia

- Diagnosticul tulburării de comportament alimentar de care suferă pacientul
- Prevalența acesteia și principalele sale caracteristici
- Riscuri asociate privind sănătatea fizică
- Evoluția tulburării și prognosticul în lipsa unui tratament
- Opțiunile de tratament și efectele lor probabile

Trăsături clinice ale tulburărilor de comportament alimentar

1. *Preocupările tipice extrem de intense legate de siluetă și de greutatea corporală*
  - Estimarea valorii personale în mare măsură sau în mod exclusiv în funcție de siluetă, de greutate și de controlul personal asupra acestora
  - Diverse „manifestări” secundare care întrețin nivelul extrem al acestor preocupări
    - verificarea repetată a greutății și a siluetei (inclusiv comparații defavorabile cu alții)
    - evitarea expunerii corporale
    - sentimentul că este gras(ă)
    - marginalizarea altor aspecte ale vieții
  - Inducerea unor comportamente extreme de control al greutății (dieta, provocarea vărsăturilor etc.; a se vedea mai jos)
  - Caracterul intens debilitant (de exemplu, provoacă stres, preocupare și gânduri legate de siluetă și de greutatea corporală, sensibilitate socială, dificultăți în relațiile sexuale)
2. *O formă caracteristică de regim alimentar*
  - Obiective dietetice extrem de dificile cu numeroase reguli rigide
  - Sporește mult riscul de alimentație compulsivă
  - Poate sau nu să conducă la subalimentare și la o greutate foarte scăzută
  - Foarte debilitantă (de exemplu, dificultăți legate de mâncatul în public sau în compania altor persoane, preocupări legate de alimente și de alimentație)
3. *Binge eating*
  - Un episod de supraalimentare necontrolată (Clinicienii tind să limiteze folosirea termenului pentru episoadele de hiperfagie, în care se consumă o cantitate neobișnuit de mare de mâncare ținând cont de circumstanțele respective, dar, pentru multe persoane, în episoadele de tipul acesta nu este vorba despre consumarea unor cantități atât de mari.)
  - De obicei, episoadele sunt percepute în ansamblu ca fiind deosebit de aversive
  - În mod tipic, ele sunt declanșate de încălcarea unei reguli dietetice sau de un eveniment negativ ori de o emoție negativă.
  - Sunt foarte debilitante (de exemplu, sunt urmate de sentimente de rușine și de culpabilitate, determină pacientul să se ascundă și să recurgă la diverse subterfugii, sunt costisitoare).
4. *Autoinducerea vărsăturilor*
  - Fie ca un comportament compensator pentru un episod real ori perceput de supraalimentare, fie ca un comportament de rutină pentru controlul greutății.
  - Relativ inefficientă. Aproximativ o jumătate din cantitatea de alimente ingerate nu poate fi eliminată.
  - Dacă are o natură compensatorie, convingerea în privința eficacității sale întreține alimentația compulsivă, deoarece este subminat un inhibitor de natură psihologică care ar putea împiedica supraalimentarea ulterioară.
  - Efecte fizice adverse, mai cu seamă dezechilibru electrolitic (acesta poate fi periculos și poate conduce la aritmie cardiacă), mărirea volumului glandelor salivare și erodarea smalțului dentar pe suprafața internă a incisivilor.
  - Foarte debilitantă (de exemplu, este urmată de sentimente de rușine și de culpabilitate, determină pacientul să se ascundă și să recurgă la diverse subterfugii).
5. *Folosirea abuzivă a laxativelor și a diureticilor*
  - Fie pentru a compensa în urma unui episod de supraalimentare reală ori percepută, fie ca o formă obișnuită de control al greutății

- Ineficientă: laxativele au un efect foarte redus asupra absorbției alimentelor, iar diureticele nu au niciun efect.
- Dacă este un comportament compensator, convingerea în legătură cu eficacitatea sa întreține alimentația compulsivă, deoarece este subminat un inhibitor de natură psihologică care ar putea împiedica supraalimentarea ulterioară.
- Ambele au un efect de scurtă durată asupra greutății, cauzând deshidratarea (prin pierderea de fluide sub forma diareei sau a urinei).
- Efecte fizice adverse, în special dezechilibru electrolitic
- Foarte debilitante (de exemplu, urmate de sentimente de rușine și de culpabilitate, determină pacientul să se ascundă și să recurgă la diverse subterfugii; este costisitoare).

#### 6. Exercițiile fizice practicate în mod excesiv

- Fie urmează unui episod de supraalimentare reală ori percepută, fie constituie o formă obișnuită de control al greutății.
- Relativ ineficiente ca modalitate de control al greutății
- Pot fi „autoimpuse”, iar în cazul acesta există o compulsiie interioară de a le practica, iar exercițiile fizice ajung să aibă prioritate față de alte activități.
- Sunt periculoase din punct de vedere fizic, dacă pacientul este subponderal sau dacă suferă de osteoporoză ori de un dezechilibru electrolitic.
- Sunt debilitante dacă sunt „autoimpuse” (de exemplu, ocupă exagerat de mult timp, sunt disruptive din perspectiva relațiilor sociale).

#### 7. A fi subponderal – a se vedea Capitolul 11 (în special tabelul 11.2).

---

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press. Tabelul acesta este disponibil online la <http://ascresd.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.

Intervenția este introdusă în ședința a doua sau a treia și este pentru prima dată când pacienții sunt îndemnați să-și schimbe comportamentul alimentar. Este dificil de găsit un argument standard simplu în favoarea acestei intervenții. În schimb, considerăm că un argument pragmatic funcționează foarte bine; de exemplu, terapeutul poate rosti următoarele:

*„Este momentul să începeți să faceți acum unele schimbări în ceea ce privește comportamentul dumneavoastră alimentar. Prima vizează doar orele la care mâncați, nu și ceea ce mâncați. Este dovedit faptul că mesele la intervale regulate pe toată durata zilei îi ajută cu adevărat pe pacienții cu probleme de comportament alimentar. Este foarte important să faceți acest lucru și să-l faceți în mod corect. Acesta constituie fundamentul tuturor celorlalte schimbări pe care urmează să le realizăm.”*

Intervenția are două componente:

1. *Pacienții trebuie să mănânce trei mese programate în fiecare zi, plus două sau trei gustări programate.* Un tipar tipic de alimentație este în felul următor:

- Mic dejun
- Prânz
- Gustarea de după-amiază
- Masa de seară
- Gustarea de seară

Dacă este nevoie de o a treia gustare (de exemplu, în cazul pacienților subponderali, a se vedea Capitolul 11), aceasta trebuie programată între micul dejun și prânz.

*2. Pacienții nu trebuie să mănânce deloc în afara meselor și a gustărilor planificate.*

Dat fiind faptul că stabilirea unui tipar pentru mesele regulate este atât de importantă, vă oferim mai jos instrucțiunile detaliate pentru realizarea acestuia:

- *Pacienții trebuie să aleagă ce vor mânca în timpul meselor și al gustărilor planificate.* Singura condiție va fi ca acestea să nu fie urmate de inducerea vomiei, de scuipat, de folosirea abuzivă a laxativelor ori de altă formă de comportament compensator. Mesele sau gustările urmate de purgații nu sunt „luate în considerare”. În această etapă a tratamentului, pacientul nu va fi supus presiunii de a schimba alimentele pe care le consumă în mod obișnuit, deoarece acest lucru îl poate împiedica să adopte tiparul meselor regulate. Dacă vă solicita sfatul în privința alimentelor, trebuie să le spuneți că este prioritar tiparul meselor regulate și nu alimentele consumate, dar dacă dorec o sugestie, ar fi preferabil să adopte o dietă variată, cu un număr minim de alimente evitate. Pacienții trebuie convinși să renunțe la numărul caloriilor, mai ales la păstrarea unei evidențe a totalului caloriilor.

- *Definiția pacienților pentru ceea ce constituie o „masă” ori o „gustare” trebuie acceptată, câtă vreme nu este absurdă.* Este nevoie doar de o judecată de bun simț (de exemplu, băuturile nu sunt considerate „alimente”, dar supa este).

- *În general nu trebuie să treacă mai mult de 4 ore între mesele și gustările planificate, iar pacienții nu trebuie să sară peste niciuna dintre ele.* Dacă se sare peste o masă sau o gustare, acest lucru trebuie menționat, iar terapeutul va evidenția care sunt consecințele acestui comportament (de exemplu, creșterea riscului de supraalimentare ori de a avea mai târziu un episod de binge eating, preocuparea mai accentuată pentru mâncare și pentru alimentație, perpetuarea tendinței de a se simți sătul).

- *Noul tipar de alimentație va trebui să fie prioritar față de alte activități și va trebui adoptat indiferent de situațiile în care se găsește pacientul sau de pofta lui de mâncare.* Pe de altă parte, trebuie adaptat la obligațiile zilnice ale pacientului. De obicei, tiparul pentru zilele de lucru va fi diferit de acela pentru zilele libere.

- *Pacienții trebuie să-și planifice meniul din timp.* Ei trebuie să știe întotdeauna când va fi masa ori gustarea următoare și din ce va fi alcătuită. Pentru a sublinia importanța acestui lucru, noi spunem uneori „Dacă v-aș suna pe neașteptate, ar trebui să știți să-mi spuneți când și ce urmează să mâncați”, dar vom adăuga în continuare că așa ceva nu se va întâmpla! În fiecare dimineață (sau cu o seară înainte) pacienții trebuie să noteze planul pentru ziua respectivă în partea de sus a fișei de automonitorizare. Dacă îi așteaptă o zi mai imprevizibilă, ei trebuie să-și conceapă această planificare până unde este posibil și să găsească un moment în care vor putea face o estimare și apoi planificarea pentru restul zilei. Pacienții trebuie să știe că o planificare atentă îi va ajuta să exercite un control sporit asupra comportamentului lor alimentar și să fie mai puțin preocupați de mâncare în restul timpului. Uneori, planurile pacienților se vor schimba din

pricina unor evenimente neprevăzute. În astfel de situații, ei trebuie să creeze și să implementeze un plan revizuit (preferabil în formă scrisă).

- *Pacienții vor ține seama de orele la care mănâncă ceilalți și de comportamentele alimentare ale acestora pentru a alege orele de masă, mai degrabă decât de senzațiile de foame ori de sațietate*, deoarece aceste senzații sunt aproape invariabil perturbate, ca rezultat al comportamentului lor alimentar anterior. După ce vor urma un regim alimentar regulat timp de câteva luni (fără episoade de purgație), vor reveni la senzațiile de foame și de sațietate normale, percepute la ore adecvate. Dar nici măcar atunci nu este recomandabil să se ghideze după aceste senzații pentru alegerea momentelor în care să mănânce. Majoritatea occidentalilor mănâncă pentru că atunci au timp să mănânce (de exemplu, este pauza de masă) sau pentru că atunci mănâncă și alții, indiferent dacă le este foame sau nu.

- *Senzația de foame și de sațietate a pacientului nu trebuie să determine alegerea alimentelor*. În schimb, pacienții nu vor consuma porții mai mari decât cele medii. Mărimea unei porții medii se poate stabili observând obiceiurile alimentare ale prietenilor sau ale rudelor, rețetele culinare și instrucțiunile de pe ambalajul alimentelor.

- *Unele mese în societate trebuie planificate cu multă grijă*. De exemplu, dacă opțiunile lor vor fi limitate (cum se întâmplă în cazul unei cine) ori dacă vor merge la o petrecere unde vor fi expuse numeroase feluri de mâncare (de tip bufet), pacienții trebuie sfătuiți să evalueze situația și apoi să-și acorde „o pauză” (eventual să meargă la toaletă) și să-și planifice cum și ce să mănânce, obiectivul fiind acela de a respecta tiparul de alimentație regulată. Dacă se află în locuri unde servirea este de tip bufet, pacienții trebuie să îndepărteze farfuria (farfuriile) și tacâmurile de îndată ce au mâncat. Merită să-i preveniți pe pacienți și asupra faptului că în general, prin consumul de alcool se favorizează subminarea planurilor de alimentație, chiar și a celor perfect formulate.

- *Pentru a-i ajuta pe pacienți să reziste tentației de a mânca între mesele și gustările planificate, se pot folosi două strategii destul de diferite*. Cea de-a doua este dificil de urmat pentru majoritatea pacienților, mai cu seamă la începutul tratamentului. Cel mai bine este să o lăsați pentru mai târziu, atunci când impulsurile de a mânca între mesele și gustările planificate sunt intermitente și mai puțin copleșitoare.

1. *Angajarea în activități incompatibile cu mâncatul sau care diminuează șansele de a mânca*. Această strategie se aplică cel mult pentru 3 sau 4 ore, până când impulsul de a mânca se va fi diminuat și când, oricum, pacientul urmează să mănânce. Activitățile recomandabile sunt o convorbire telefonică ori o vizită la prieteni, o plimbare, niște exerciții fizice, trimiterea unor mesaje prin e-mail, navigarea pe Internet, o baie ori un duș. Pacienții care trebuie să rămână acasă (poate pentru că au copii mici) vor observa că dacă încearcă să asculte anumite tipuri de muzică rezistă mai ușor impulsului de a mânca. Se pare că o anumită muzică reușește să creeze o „atmosferă” aproape incompatibilă cu alimentația compulsivă, probabil pentru că afectează dispoziția afectivă a pacientului și îi provoacă o schimbare a tiparului mental (a se vedea Capitolul 8 pentru o discuție



legată de tipare mentale și de felul în care acestea pot fi manipulate). Muzica prezintă și avantajul că pătrunde în întregul spațiu vital.

Alcătuirea în avans a unei liste cu activitățile care pot fi incompatibile este deosebit de folositoare, pentru că pacienții vor avea la îndemână o diversitate de strategii adecvate, atunci când simt un impuls puternic să mănânce. Lista poate cuprinde și activități la care participă alte persoane, cum ar fi un prieten apropiat ori partenerul de viață. Și în cazul acesta, pacienții trebuie să planifice din timp, încercând să prevadă unele dificultăți și să aleagă modalitățile de a le rezolva.

2. *Focalizarea asupra impulsului de a mânca și admiterea faptului că este doar un fenomen temporar, căruia nu trebuie să-i cedeze.* În felul acesta, pacienții învață să se detașeze de impulsul respectiv și să-l observe, în loc să încerce să-l elimine. La fel ca în cazul senzației de sațietate (pagina 120), ei își vor da seama că intensitatea impulsului scade după câteva ore. „Detașarea” de impulsurile de a mânca și descoperirea faptului că ele se diminuează în timp este numită uneori „urge surfing”<sup>6</sup>.

• *S-ar putea să fie nevoie ca pacienții cu comportamente alimentare haotice și aceia ale căror comportamente alimentare sunt deosebit de restrictive să introducă regimul meselor regulate în mod treptat.* Întâi, ei sunt îndrumați să se concentreze asupra acelei părți a zilei în care alimentația nu este atât de problematică, de obicei dimineața, și, după ce reușesc să stăpânească această parte a zilei, el poate fi extins treptat, până când cuprinde întreaga zi. S-ar putea ca aceasta să dureze mai multe săptămâni.

Când îi ajutăm pe pacienți să adopte acest tipar de alimentație, pot apărea șase dificultăți întâlnite în mod frecvent:

1. *Ca reacție la eșecul perceput privind controlul asupra dietei, pacienții abandonează programul pentru restul zilei.* Chiar și cele mai mici scăpări pot fi considerate „eșecuri”, iar în astfel de cazuri pacientul va considera că întreaga zi a fost compromisă. Reacția aceasta este un exemplu tipic de gândire dihotomică (în alb și negru), însemnând faptul că orice rezultat care nu reprezintă o reușită de 100% este considerat un eșec. Pentru a contracara aceasta, terapeutul trebuie să evidențieze fenomenul și să-l educe pe pacient în sensul înțelegerii faptului că există multe niveluri de complianță la intervenția privind regimul alimentar cu mese regulate. Pentru a demonstra acest lucru, terapeutul poate improviza împreună cu pacientul o scală (de exemplu, între 0 și 5) care să reprezinte gradul de complianță al pacientului, dovedit zi de zi, în funcție de fișele sale de automonitorizare.

2. *Se poate întâmpla ca pacienții să susțină că nu au mâncat niciodată în felul acesta și că nici familia ori prietenii lor nu mănâncă după un astfel de tipar.* Terapeuții trebuie să răspundă că, în ciuda acestui fapt, adoptarea acestui tip de alimentație regulată îi va ajuta să-și învingă problema de

<sup>6</sup> Metaforă referitoare la surf: „plutire” deasupra impulsului care crește în intensitate și care, până la urmă, se estompează, evitând în felul acesta confruntarea directă - tehnică mentală folosită în tratamentul comportamentelor adictive (n.tr).

alimentație și va constitui temelia celorlalte schimbări importante vizate în tratament. După ce vor reuși să-și învingă problema de comportament alimentar, vor putea decide singuri cum mănâncă, dar până atunci este în interesul lor să mănânce în acest fel. De asemenea, acesta este un regim sănătos și din punct de vedere fiziologic. Unii dintre pacienți evită mai cu seamă micul dejun, temându-se că dacă încep să mănânce de dimineață, nu se vor mai putea opri toată ziua. Intervenția pentru instituirea unui regim alimentar cu mese regulate constituie ocazia de a testa și de a infirma această convingere. Alți pacienți sunt reticenți în ceea ce privește gustarea de seară, crezând că mâncatul seara îngrașă. Și în cazul acesta, pacienții trebuie educați: pentru reglarea greutateii este relevant aportul energetic total de pe parcursul întregii zile și nu momentul în care acesta a fost ingerat. Din nou, intervenția pentru implementarea regimului alimentar cu mese regulate oferă posibilitatea de a verifica această convingere.

3. *Unii pacienți sunt reticenți în privința meselor și a gustărilor, deoarece consideră că dacă urmează un regim de felul acesta se vor îngrașa.* Puteți să-i liniștiți spunându-le că lucrul acesta se întâmplă rareori, deoarece nu li s-a cerut să schimbe cantitatea de alimente ori alimentele în sine. De asemenea, pentru pacienții care au episoade de binge eating, terapeutul trebuie să sublinieze faptul că regimul alimentar cu mese regulate va avea

**Folosim termenul „energie” în loc de calorii, deoarece are o conotație emoțională mai scăzută pentru acești pacienți.**

ca rezultat o scădere a frecvenței acestor episoade și, prin urmare, o diminuare semnificativă a aportului energetic total (chiar dacă vomeează, ei absorb o cantitate semnificativă de energie de fiecare dată când se supraalimentează; vezi mai jos). (Observați faptul că folosim termenul „energie” în loc de „calorii”, deoarece are o conotație emoțională mai scăzută pentru acești pacienți.) În ciuda asigurărilor, pacienții aleg în mod obișnuit mâncarea și gustările având un aport energetic scăzut. Nu este nevoie să obiectați, deoarece în această etapă trebuie să ne focalizăm asupra *orelor* la care mănâncă pacientul și nu asupra *conținutului* meselor și gustărilor.

4. *O problemă frecventă este aceea că unii pacienți se simt sătui după ce au mâncat relativ puțin și că senzația de sațietate îi determină să-și inducă voma ori să ia laxative după aceea.* Senzația de sațietate apare mai ales la pacienții subponderali și ea poate fi atribuită golirii gastrice întârziate, care este o consecință a subalimentării. Vă recomandăm să-i liniștiți pe pacienți spunându-le că senzația de sațietate se diminuează în aproximativ o oră și că tendința de a se simți sătul va scădea treptat, odată cu adoptarea modelului regimului alimentar cu mese regulate. Senzația de sațietate este analizată în detaliu mai târziu în acest capitol.

5. *Unii pacienți se opun din principiu ideii de planificare.* Ei prețuiesc spontaneitatea și imprevizibilul. Din păcate, un astfel de stil de viață împiedică evoluția procesului terapeutic în cazul tulburărilor de comportament alimentar. Acest lucru trebuie explicat. Este bine

să le spunem că pentru următoarele 20 de săptămâni (adică pe durata tratamentului) este în interesul lor de lungă durată să imprime regularitate și predictibilitate propriilor obiceiuri, altminteri șansele de a învinge tulburarea de comportament alimentar vor fi foarte reduse. Ei vor putea reveni la stilul de viață preferat mai târziu.

6. *Există pacienți care nu sunt de acord să recurgă la unele activități care să-i distragă* de la repetarea comportamentelor neadecvate. Ei cred că distragerea nu face decât să amâne episodul inevitabil de binge eating. Nu este adevărat. În cazurile acestea, terapeuții trebuie să le explice faptul că ei învață să reziste impulsurilor de a mânca (între mesele și gustările planificate) și că de fiecare dată când fac aceasta trebuie să o considere o realizare. Ei fac „urge surfing”. Merită menționat și faptul că, dacă în aceeași zi vor simți din nou impulsul de a mânca, acesta nu anulează faptul că au trecut cu succes peste cel de mai devreme. Trebuie să lucreze oră de oră, de la o masă (sau gustare) la altă masă (ori gustare), deoarece în felul acesta își pot însuși un tipar statornic de regim alimentar.

Implementarea intervenției pentru regimul alimentar cu mese regulate este o abilitate pe care trebuie să și-o însușească toți terapeuții specializați în TCC-O. Ea impune prezentarea clară a motivației, putere de convingere, îndepărtarea obiecțiilor și a obstacolelor și încurajarea tuturor semnelor de progres. În tabelul 6.2 vă prezentăm o fișă cuprinzând tiparul de regim alimentar cu mese regulate. Unii dintre pacienți reușesc să adopte imediat întregul tipar, în vreme ce alții au nevoie de 3 sau mai multe săptămâni. Este greu să se realizeze progrese în cadrul tratamentului înainte ca pacientul să adopte cu mai mult sau mai puțin succes acest tipar de regim alimentar.

De aceea, ședințele din Etapa 1 a terapiei și uneori și acelea din cadrul celei de-a doua etape vor avea ca punct important pe agendă instituirea „regimului alimentar cu mese regulate”. Dacă pacientul nu a reușit încă să adopte acest tipar de alimentație, deși se află în Etapa 2 a terapiei, și dacă este o persoană care are episoade de binge eating, adăugarea „analizei episodului de binge eating” se va dovedi utilă, deoarece ea întărește și extinde intervenția menită să implementeze regimul alimentar cu mese regulate.

## **CUM SĂ ABORDĂM STILUL DE ALIMENTAȚIE AL PACIENTULUI**

Nu este nevoie să intervenim asupra „stilului de alimentație” al pacienților – cu alte cuvinte, asupra modului în care mănâncă – decât în cazul în care există probleme evidente. Totuși, pacienții care prezintă o tendință de supraalimentare reprezintă o excepție, deoarece stilul lor de alimentație contribuie deseori la supraalimentare. Găsiți mai jos câteva aspecte care merită evidențiate. În Cooper, Fairburn și Hawker (2003) se găsesc informații mai detaliate.

**TABELUL 6.2. Fișa cu modelul regimului alimentar cu mese regulate****Regimul alimentar cu mese regulate****Tipar de regim alimentar cu mese regulate**

- Mic dejun
- (Gustare înainte de prânz)
- Prânz
- Gustare de după-amiază
- Masa de seară
- Gustarea de seară

**Observații**

- Mâncați toate aceste mese și gustări, dar nu mâncați între ele.
- Nu săriți nicio masă și nicio gustare.
- Nu lăsați sa treacă mai mult de 4 ore fără să mâncați.
- Mâncați orice doriți la mesele principale și la gustări, câtă vreme nu vă induceți voma sau nu folosiți în mod abuziv laxative pentru a compensa.
- Să știți întotdeauna când și (în linii mari) ce urmează să mâncați.

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008 the Guilford Press. Tabelul se găsește online la <http://ascred.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.

• *Cel mai bine este ca fiecare masă să se desfășoare conform unei structuri.* Trebuie marcate în mod limpede începutul și sfârșitul mesei, iar atunci când sunt acasă, pacienții trebuie să mănânce doar când sunt așezați într-un loc desemnat anterior.

• *Trebuie să evite mâncatul din pachet ori din cratiță.* În schimb, este bine să scoată porția pe care urmează să o mănânce și, înainte de a începe să mănânce, să pună vasul cu restul mâncării la loc. De asemenea, este bine să se limiteze proviziile de alimente tentante din casă.

• *Mâncatul nu trebuie combinat cu alte activități* (de exemplu, cu vizionarea unui program de televiziune ori cu lectura), deoarece acest lucru poate conduce, în mod involuntar, la un consum excesiv de alimente. În schimb, este recomandabil ca pacientul să savureze ceea ce mănâncă, deoarece în felul acesta va resimți satisfacție, reducându-se astfel riscul unui episod de supraalimentare.

• *„Ciugulitură” trebuie evitat.* Unii pacienți ciugulesc între mese ori gustări sau atunci când găsesc. O modalitate prin care reușesc să scape de acest obicei este aceea de a mesteca gumă în perioadele în care sunt mai expuși acestui risc. Pacienții subponderali preferă să ciugulească (ori să ciugulească uneori din mâncarea altora) în loc să mănânce o porție întreagă. Se pare că în felul acesta pot pretinde față de ei înșiși că nu au mâncat. Dacă este un obicei pregnant, acesta trebuie schimbat, întrucât pacienții trebuie să învețe să mănânce normal și să accepte ideea că mănâncă mâncarea pregătită pentru mesele principale și pentru gustări.

• *S-ar putea să fie nevoie să interveniți dacă există anomalii în privința vitezei cu care mănâncă pacientul.* Nu este vorba despre mâncatul rapid care apare în mod obișnuit în timpul episoadelor de binge eating, deoarece, în cazul

acesta, obiectivul urmărit este eliminarea acestor episoade, nu a formei pe care o ia aceasta. Totuși, există pacienți care mănâncă repede în afara episoadelor de binge eating, iar aceasta poate conduce la supraalimentare. Acești pacienți ajung să-și dea seama că atunci când încetinesc ritmul, reușesc să controleze mai bine cât mănâncă. Ei trebuie încurajați să-și cronometreze mesele și să încerce să petreacă cel puțin 15 minute pentru fiecare. Lucrul acesta se poate realiza așezând tacâmurile pe masă la fiecare înghițitură, sorbind puțină apă, conversând cu ceilalți ori mâncând în mod deliberat în același ritm cu cei de la masă.

Trebuie să intervenim și în cazul mâncatului neobișnuit de încet și ritualizat, distinctiv pentru unii pacienți subponderali, dacă acesta împiedică progresul tratamentului. În caz contrar, acesta poate fi ignorat, deoarece va reveni la normal pe măsură ce pacienții câștigă din nou în greutate. Dacă trebuie totuși să interveniți, cel mai ușor va fi alegând locuri în care comportamentul alimentar al pacientului poate fi studiat (a se vedea Capitolul 15), dar aceasta se poate realiza prin exerciții în afara cabinetului, dacă pacientul admite că se confruntă cu această problemă (de exemplu, conveniți asupra timpului alocat fiecărei mese).

## CUM SĂ ABORDĂM PURGAȚIILE

Autoinducerea vărsăturilor și folosirea abuzivă a laxativelor sau a diureticelor („purgațiile”) pot avea diverse funcții. După cum am explicat în Capitolul 2, din perspectiva controlului asupra greutății, purgațiile pot fi „compensatorii” sau „non-compensatorii”:

- *Purgația compensatorie* – se petrece atunci când ea este folosită pentru a compensa episoade specifice de supraalimentare reală ori percepută, iar în cazul acesta ea succedă aceste episoade și intervine doar împreună cu ele. Dacă purgația pacientului este exclusiv de natură compensatorie, în general nu este nevoie să o abordați în cadrul tratamentului, deoarece ea se va diminua pe măsură ce pacientul dobândește controlul asupra alimentației.
- *Purgația non-compensatorie* – se petrece atunci când ea ia forma unui comportament de „rutină” pentru controlul greutății, similar dietei, iar în cazul acesta legătura sa cu episoadele de supraalimentare nu este atât de apropiată. Purgația de tipul acesta constituie o problemă care trebuie tratată în cadrul terapiei.

Indiferent dacă este vorba despre purgații compensatorii ori non-compensatorii, toți pacienții trebuie informați în legătură cu acestea și cu efectele lor. Aspectele principale care se cer evidențiate sunt prezentate în tabelul 6.1, iar informațiile detaliate (pentru pacient) se găsesc în *Cum putem să învingem alimentația compulsivă*. Aceste aspecte trebuie evidențiate atunci când se analizează lecturile pacientului. Este deosebit de important să subliniați „ineficiența” purgațiilor în ceea ce privește controlul asupra greutății (și asupra siluetei). Chiar și prin autoinducerea vărsăturilor se elimină doar o parte dintre alimentele ingerate. În contextul acesta, s-ar putea dovedi util pentru pacienții cu

binge eating să calculeze conținutul caloric într-un astfel de episod tipic și numărul probabil de calorii pe care îl vor absorbi cu fiecare ocazie. În general, rezultatul îi determină să renunțe la ideea că autoinducerea vomei ar fi o modalitate eficientă de a compensa supraalimentarea.

Pacienții care se angajează în purgații non-compensatorii (inclusiv scuipat, cu sau fără mestecare) trebuie îndemnați în mod insistent să înceteze acest lucru, deoarece continuarea acestui comportament subminează posibilitatea de a stabili și de a menține comportamente alimentare sănătoase. Terapeuții trebuie să încerce să-i ajute pe pacienți să ia această decizie și să o păstreze. Acest lucru este important mai cu seamă pentru pacienții care se angajează în purgații non-compensatorii spre sfârșitul tratamentului (purgații reziduale). Dacă purgația ia forma folosirii abuzive a laxativelor ori a diureticelor, pacienții care și le administrează în mod intermitent ar trebui să reușească să întrerupă dintr-o dată consumul lor. Cei care le folosesc în mod frecvent ar trebui sfătuiți să urmeze un program organizat de abținere, prin care să renunțe la medicamente în mod treptat (de exemplu, în fiecare săptămână se va înjumătăți numărul de tablete luate la fiecare episod ori într-o zi). Unii dintre pacienți vor observa o creștere în greutate, aproximativ pe parcursul unei săptămâni, ca urmare a retenției compensatorii a fluidelor. Este important să-i preveniți pe pacienți în legătură cu această posibilitate, pentru a-i ajuta să treacă peste neplăcerile provocate de eventuale edeme asociate și, desigur, de creșterea în greutate pe care le-o arată cântarul. De bună seamă, pacienții trebuie să-și arunce toate rezervele de laxative sau diuretice. Pentru a-i ajuta să reziste tentației de a recurge la purgații, puteți apela la unele dintre strategiile pentru „regimul alimentar cu mese regulate” care se folosesc de obicei pentru a-i ajuta pe pacienți să se abțină și să nu mănânce între mese și între gustări.

Purgațiile îndeplinesc funcții suplimentare pentru unii dintre pacienți, iar în cazul acesta schimbarea comportamentului se va dovedi mai dificilă. În general, lucrul acesta se va observa în Etapa a doua și va fi nevoie de un tratament ținut asupra purgației (și asupra mecanismelor subiacente) în Etapa a treia. Principalele funcții suplimentare sunt:

- *Evitarea senzației de sațietate.* Unii pacienți vomită pentru a nu se simți plini (vom discuta în detaliu în secțiunea următoare).

- *Golirea stomacului ori pentru a avea abdomenul plat.* Unii pacienți varsă pentru că doresc să aibă stomacul complet gol. Desigur, în această privință ei se înșală, întrucât vărsăturile nu golesc complet stomacul. Unii dintre cei care iau laxative fac acest lucru pe de-o parte pentru a-și goli intestinalele, iar pe de altă parte pentru a avea abdomenul supt (atunci când stau întinși). Pentru aceasta, de obicei, trebuie să-și provoace o diaree puternică. Este important ca pacienții aceștia să înțeleagă faptul că folosirea abuzivă a laxativelor are un efect neînsemnat ori absolut niciun efect asupra absorbției caloriilor și prin urmare niciun efect real asupra siluetei. Cu alte cuvinte, trebuie să stabiliți distincția dintre golirea temporară a intestinelor, obținându-se în felul acesta un abdomen supt, și posibilitatea de a influența silueta ori „grăsimea” cuiva.

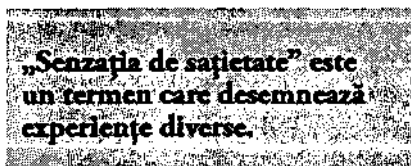
- *Reglarea emoțiilor.* Unii pacienți observă că provocarea vărsăturilor îi ajută să-și reducă tensiunea emoțională și în felul acesta reușesc să facă față emoțiilor intense. (Episoadele de binge eating pot avea un efect similar). Unii dintre acești

pacienți suferă de ceea ce se poate numi „intoleranță la emoții”. Strategiile folosite pentru a-i ajuta pe acești pacienți sunt descrise în Capitolul 10.

• *Ca o formă de autopedepsire.* Unii pacienți își provoacă diaree pentru a se autopedepsi. În general, ei au o stimă de sine foarte scăzută, iar unii suferă de depresie clinică. Este foarte important ca evaluarea acestor pacienți să fie realizată cu mare atenție și, dacă există, să se abordeze în mod direct stima de sine scăzută (a se vedea Capitolul 13) ori depresia clinică (a se vedea Capitolul 16) și tulburarea de comportament alimentar.

## CUM SĂ ABORDĂM SENZAȚIA DE SAȚIETATE

Pentru numeroși pacienți care suferă de o tulburare de comportament alimentar, senzația de sațietate este neplăcută și ei o consideră ca pe o dovadă a faptului că au mâncat prea mult ori că sunt grași. Prin urmare, aceștia își reduc consumul alimentar pentru a evita senzația de sațietate ori varsă după ce au



mâncat. Dacă senzația de sațietate ori reacția pacienților față de această senzație se dovedește a fi un obstacol în tratament, va trebui să le abordezi.

„Senzația de sațietate” este un termen care desemnează experiențe diverse, printre care se numără:

1. Senzația fizică internă de a fi plin (senzația că a mâncat ori a băut mult; senzația că există o cantitate mare de alimente ori de lichid în stomac)
2. Convingerea că a mâncat prea mult
3. Percepția potrivit căreia burta iese prea mult în evidență
4. Senzația că hainele sunt prea strâmte
5. Senzația că este gras(ă)

Deseori mai multe dintre aceste percepții coexistă.

Terapeutul trebuie să le explice pacienților că „sătul” este un termen folosit pentru a desemna experiențe diverse și de aceea este esențial să știm cu precizie ce simt atunci când spun că sunt „sătui”. Este recomandabil ca întrebările terapeutului privind acest subiect să fie completate cu înregistrarea în timp real a momentelor în care pacientul resimte senzația de sațietate, precum și a situațiilor și a senzațiilor asociate. În acest scop se poate folosi coloana din dreapta a fișei de automonitorizare.

După ce a identificat natura experienței, terapeutul trebuie să o abordeze în mod direct în felul următor:

• *Senzația fizică de sațietate.* Aceasta este o senzație fizică obișnuită și nu poate indica faptul că ați mâncat prea mult ori că v-ați îngrășat. Pacienții care sunt sau au fost recent subponderali sunt în mod special predispuși să resimtă această senzație ca rezultat al golirii gastrice întârziate (a se vedea Capitolul 11). După

cum am menționat anterior, nu trebuie să folosim nici senzația de sațietate, nici senzația de foame ca indicator pentru coordonarea regimului alimentar, deoarece ambele sunt perturbate în cazul persoanelor cu tulburări de comportament alimentar. Deseori, este nevoie de câteva luni de alimentație regulată și sănătoasă înainte ca aceste senzații să înceapă să se normalizeze. Între timp, pacienții trebuie să urmeze indicațiile privind „regimul alimentar cu mese regulate” și să nu ia în seamă nicio senzație trecătoare de sațietate care poate să apară.

- *Convingerea că a mâncat prea mult.* Acesta este un fenomen cognitiv guvernat de perspectiva pe care o au pacienții asupra cantității recomandate de alimente care trebuie consumate. Puteți obține un indiciu grăitor asupra severității standardelor pe care și le impun pacienții în ceea ce privește propria alimentație urmărind felul în care folosesc asteriscul în fișele de automonitorizare. Deseori este nevoie să-i educăm pe pacienți în legătură cu aportul energetic necesar zilnic. Întâlnim în mod frecvent pacienți care cred că vor crește în greutate și se vor îngrășa dacă se întâmplă să consume alimente însumând mai mult de 1200-1500 kcal pe zi.

- *Percepția potrivit căreia burta iese prea mult în evidență.* Această percepție este comună, mai ales în rândul pacienților subponderali, și este mult exagerată de examinarea severă a propriului corp. (Este un exemplu excelent de situație în care pacienții sunt extrem de critici în privința propriei înfățișări, dar nu au privit niciodată corpul altcuiva din aceeași perspectivă; a se vedea pag. 153 și 236.) Aparenta protuberanță a abdomenului este exagerată de unele haine, de consumul alimentelor bogate în fibre sau de consumul unor băuturi carbogazoase și poate fi și mai accentuată înaintea ciclului menstrual. Discuțiile legate de acest fenomen trebuie îndreptate pentru a ajuta pacienții să evite echivalarea situațiilor de felul acesta cu faptul că ar fi mâncat prea mult ori că sunt grași. Există măsuri practice pentru a reduce dimensiunile abdomenului, printre acestea numărându-se alegerea alimentelor cu o densitate energetică mare în locul celor cu un conținut ridicat de fibre, limitarea consumului de băuturi carbogazoase, controlul asupra examinării severe a propriului corp și alegerea îmbrăcăminte care nu scoate în evidență abdomenul pacientului. Poate fi util să întrebați pacienții dacă remarcă o diferență în privința înfățișării altor persoane (cu alte cuvinte, abdomenul acestora) după ce aceștia au mâncat (de exemplu, la serviciu, atunci când se întorc după pauza de prânz). Pacienții își închipuie deseori că toată lumea le vede burta ieșită în afară după ce au mâncat, în vreme ce în realitate aceasta este aproape imposibil de observat.

În cadrul acestei strategii, aspectele legate de educația și de dieta pacientului trebuie combinate cu intervenția pentru instituirea regimului alimentar cu mese regulate. Aspectele legate de siluetă trebuie amânate până în Etapa a treia a terapiei, atunci când preocupările privind silueta devin principala țintă a tratamentului (a se vedea Capitolul 8).

- *Senzația că îmbrăcăminte este nefresc de strâmtă.* Abordarea acestui aspect al senzației de sațietate impune educarea pacientului în legătură cu schimbarea naturală a siluetei în urma consumului de alimente și cu faptul că este o schimbare trecătoare care nu indică supraalimentarea ori faptul că pacientul ar fi „gras”. De asemenea, se impune educarea pacientului în legătură cu efectul



pe care îl are preocuparea exagerată pentru senzații care în mod normal trec neobservate și în legătură cu avantajele potențiale pe care le-ar putea reprezenta evitarea hainelor strâmte, atunci când se introduc unele schimbări în alimentație care pot fi percepute ca o creștere a consumului alimentar (adică introducerea modelului regimului alimentar cu mese regulate în Etapa întâi și abordarea altor aspecte legate de dietă în Etapa a treia). În unele cazuri, mai ales când este vorba despre pacienți care recâștigă în greutate, îmbrăcăminte acestora este posibil să fie prea mică.

- *Percepția potrivit căreia pacientul ar fi prea gras.* Percepția aceasta și modul în care poate fi abordată se analizează în Capitolul 8. Este recomandabil ca acest subiect să fie lăsat pentru Etapa a treia, deși se pot face și acum unele observații de natură educațională referitoare la faptul că a te simți gras nu este echivalent cu a fi gras.

## **CUM SĂ INTERVENIM ÎN CAZUL PACIENȚILOR SUBPONDERALI**

Majoritatea pacienților cu un IMC între 15,0 și 18,9 urmează o dietă restrictivă pentru a-și menține greutatea (adică greutatea respectivă este prea scăzută pentru ei). Făcând acest lucru, tulburarea lor de comportament alimentar persistă, iar ei trebuie încurajați în mod ferm să câștige în greutate. În Capitolul 11 discutăm în detaliu despre modalitățile prin care îi putem ajuta pe acești pacienți să rezolve problemele legate de subnutriție și să câștige în greutate. În general, este nevoie ca tratamentul să fie prelungit.

## **CUM SĂ ABORDĂM EXERCIȚIILE FIZICE PRACTICATE ÎN MOD EXCESIV**

Așa cum am menționat în Capitolul 2, exercițiile fizice practicate în mod excesiv sunt frecvente în cazul pacienților suferind de o tulburare de comportament alimentar. Cel mai des le întâlnim la pacienții subponderali și ele constituie o problemă deosebită cu care ne confruntăm în instituțiile medicale unde spațiul și condițiile pentru mișcarea fizică sunt limitate.

Exercițiile fizice excesive iau forme diverse:

- Se aleg activități zilnice istovitoare (de exemplu, pacienții preferă să stea în picioare în loc să stea jos, merg exagerat de mult pe jos).
- Practică exerciții fizice obișnuite, dar pentru perioade extrem de îndelungate (de exemplu, merg la sală de trei ori pe zi).
- Exercițiile fizice sunt efectuate într-o manieră anormală (de exemplu, fac un număr exagerat de flotări ori de abdomene).

„Exercițiile fizice autoimpuse” reprezintă un tip specific de mișcare fizică în exces. Iată care sunt caracteristicile sale:

- Percepția subiectivă a pacientului că ar avea „obligția” sau „nu se poate abține” să facă aceste exerciții
- Se acordă întâietate exercițiilor fizice în detrimentul altor activități (de exemplu, al socializării).
- Pacientul își continuă exercițiile chiar și atunci când s-ar putea vătăma (de exemplu, după ce s-a rănit, atunci când există riscul unei fracturi în cazul pacienților sever subponderali).

Asemenea purgațiilor, exercițiile fizice excesive se pot clasifica din perspectiva funcției pe care o au:

- *Exerciții fizice compensatorii* – Aceasta înseamnă că exercițiile sunt folosite pentru a compensa episoade specifice de supraalimentare reală ori percepută. În general, nu este nevoie să intervenim în cadrul tratamentului când identificăm acest comportament, deoarece el va dispărea pe măsură ce pacientul dobândește controlul asupra alimentației. Unii pacienți își adaptează exercițiile fizice comportamentului alimentar din ziua respectivă, astfel încât dacă vor considera că au mâncat prea mult, vor încerca să „ardă” calorii în exces. Alții fac invers, încercând să ardă calorii înainte de a mânca, pentru a-și putea permite acest lucru – își acordă un „credit”. Acest tip de comportament se numește „îndatorare”. O versiune mai puțin radicală a acestei perspective este aceea potrivit căreia pacientul consideră că este permis să mănânce doar dacă și-a făcut înainte exercițiile fizice.

- *Exercițiile fizice non-compensatorii* – Aceasta înseamnă că exercițiile sunt mai degrabă o altă modalitate „de rutină” de a controla greutatea (de exemplu, dieta), iar în cazul acesta legătura cu comportamentul alimentar nu este atât de apropiată. Pe de altă parte, exercițiile fizice pot avea o cu totul altă funcție – de exemplu, ele pot fi folosite pentru a regla emoțiile negative (a se vedea Capitolul 10).

---

### Vinieta

*Una dintre pacientele noastre a fost invitată la o cină cu colegii de serviciu. Ea și-ar fi dorit să meargă, dar era îngrijorată că va trebui să mănânce prea mult. De aceea, ea a calculat conținutul caloric probabil al mesei respective și și-a luat 3 zile libere înainte de întâlnire pentru a avea timp să „consume” cantitatea de energie calculată.*

---

Dacă pacientul pare să exagereze în privința exercițiilor fizice, atunci forma și durata acestora trebuie monitorizate folosindu-se coloana din dreapta a fișei obișnuite de automonitorizare. Apoi, dacă este nevoie, pacientul trebuie informat în legătură cu potențialele efecte adverse ale exercițiilor fizice excesive. Trebuie subliniat faptul că exercițiile fizice excesive durează un timp îndelungat, care ar putea fi folosit altfel, într-un mod mai constructiv (de exemplu, în activități de socializare); un alt efect advers este acela că ar încuraja supraalimentarea, deoarece poate fi considerat un mijloc eficace de a controla greutatea (când de

fapt este relativ ineficient); în sfârșit, aceste exerciții excesive pot avea ca rezultat producerea accidentelor datorate uzurii fizice. Pacienții subponderali trebuie să fie și mai atenți atunci când fac exerciții fizice, deoarece ei riscă să sufere fracturi și evenimente cardiace adverse. În plus, exercițiile fizice pot să-i împiedice să recâștige în greutate (a se vedea Capitolul 11).

Dacă exercițiile fizice au ca unic scop păstrarea controlului asupra greutății, ele se vor reduce în timpul TCC-O, pe măsură ce pacienții devin mai puțin preocupați de alimentație, de siluetă și de greutate. O excepție importantă este atunci când exercițiile sunt folosite în scopul reglării emoțiilor, mai cu seamă a celor generatoare de tensiune și de furie. Unii pacienți ajung să apeleze la exerciții fizice pentru că astfel reușesc să facă față emoțiilor, așa cum se recurge la purgării pentru atenuarea suferinței psihologice. Strategiile specifice pentru a-i ajuta pe acești pacienți sunt descrise în Capitolul 10.

**Obiectivul de a-l menține pe pacient „în formă”, atât din punct de vedere psihologic, cât și din punct de vedere fizic, este parte integrantă a TCC-O.**

Trebuie menționat faptul că TCC-O nu descurajează nicicum mișcarea fizică, recomandând-o chiar și pacienților subponderali. Obiectivul de a-l menține pe pacient „în formă”, atât din punct de vedere psihologic, cât și din punct de vedere fizic, este parte integrantă a TCC-O, dar este posibil ca pacienții să aibă nevoie de îndrumare pentru a învăța să facă mișcare fizică altfel, într-un mod mai puțin intens. De exemplu, ei pot fi încurajați să încerce un sport de echipă ori să se antreneze împreună cu prietenii. Exercițiile desfășurate în compania altor persoane sunt benefice și datorită faptului că îi încurajează pe pacienți să socializeze mai mult, deoarece, uneori, socializarea poate constitui o problemă pentru ei. În plus, oferă ocazia expunerii corporale.

De asemenea este important să se întrerupă orice conexiune între alimentație și exercițiile fizice. Este mai greu să-i ajutăm pe pacienții care practică sporturi extrem de competitive, deoarece continuarea exercițiilor la aceeași intensitate contribuie la menținerea tulburării de comportament alimentar. Uneori, trebuie sfătuiți să întrerupă practicarea sportului respectiv dacă doresc să învingă tulburarea de comportament alimentar.

## IMPLICAREA PERSOANELOR SEMNIFICATIVE DIN ANTURAJ

TCC-O este un tratament individual pentru adulți și, de aceea, în mod obișnuit nu implică alte persoane în procesul terapeutic. În ciuda acestui fapt, noi încercăm să întâlnim „persoanele semnificative” din anturajul pacientului dacă ajungem la concluzia că acest lucru va facilita tratamentul și dacă pacientul este de acord. Noi invităm aceste persoane cu scopul de a crea mediul optim pentru ca pacientul să reușească să se schimbe. Implicarea persoanelor din anturaj este justificată în două situații specifice:

1. dacă acestea îi pot fi de ajutor pacientului în realizarea schimbărilor dorite;
2. dacă aceste persoane îngreunează procesul de schimbare; de exemplu, dacă fac comentarii negative referitoare la înfățișarea pacientului ori la comportamentul său alimentar.

Mai poate exista un beneficiu. Acesta este reprezentat de faptul că se renunță la secrete. Mulți dintre pacienții cu tulburări de comportament alimentar reușesc să păstreze secrete aceste probleme ani de zile, iar acest lucru i-a ajutat să continue să se angajeze într-un anumit comportament (de exemplu, provocarea vărsăturilor). Pentru asemenea pacienți, „dezvăluirea” aceasta este decisivă, întrucât din acest moment ei nu-și vor mai putea relua comportamentul respectiv. În cele din urmă, beneficiul constă în faptul că familia și prietenii îi sprijină și îi încurajează, nu îi critică, iar decizia de a le mărturisi problemele cu care se confruntă dovedește angajamentul pacientului în procesul de schimbare, precum și dorința sa de a o „lua de la început”.

În mod obișnuit, ședințele la care participă persoanele semnificative din anturajul pacientului durează aproximativ 45 de minute și se desfășoară imediat după o ședință individuală de rutină (adică, în total, întâlnirea durează aproximativ 95 de minute, primele 50 fiind petrecute doar între terapeut și pacient, după care în a doua parte a întâlnirii li se alătură persoana/persoanele semnificative din anturaj). Este important să pregătiți această întâlnire în avans, să discutați cu pacientul despre obiectivul și despre formatul ședinței și să decideți ce va face fiecare dintre cei prezenți. În general, întâlnirea cuprinde următoarele:

- Terapeutul formulează o introducere și prezintă obiectivele ședinței.
- Pacientul explică unele aspecte legate de tratament și de necesitatea acestuia și descrie ceea ce încearcă să realizeze în etapa respectivă.
- Se ascultă punctele de vedere ale celor invitați, se răspunde la întrebările acestora și se oferă soluții pentru situațiile problematice enunțate. De exemplu, diverse aspecte ale psihopatologiei tulburărilor de comportament alimentar sunt extrem de stresante pentru cei care locuiesc împreună cu pacientul. Este vorba despre subalimentație, despre mâncatul prea încet, despre preferința sa de a mânca singur sau despre reticența ori refuzul de a mânca în oraș. Este dificil pentru partenerii unora dintre pacienți și faptul că acestora nu le place ca trupul să le fie văzut ori atins. Toate aceste probleme sunt abordate în mod direct în cadrul terapiei. O altă nemulțumire deseori exprimată de persoanele semnificative din anturaj este faptul că pacienții simt mereu nevoia de a fi asigurați (în privința comportamentului alimentar ori în privința propriei înfățișări). Acest lucru poate fi extrem de enervant și poate duce la conflicte. Cea mai bună strategie în astfel de cazuri este aceea folosită în tratamentul tulburării obsesiv-compulsive. Trebuie să-i explicați pacientului și persoanei semnificative din anturaj că acest tip de asigurări nu-i servește pacientului, deoarece, în cel mai bun caz, îl va liniști doar temporar. În schimb, este mai bine să nu-i ofere deloc asigurări ori să facă acest lucru o singură dată. Deși va fi dificil la început pentru pacient, treptat nevoia sa de asigurare se va diminua și acest lucru va fi resimțit în scurt timp ca o autentică ușurare.

- Se discută despre modul în care persoana/persoanele semnificative din anturaj îl pot ajuta în mod practic pe pacient. De exemplu:
  - răspunzând solicitărilor sale de ajutor, cum ar fi în cazul în care pacientul rezistă cu greu impulsurilor de a mânca între mesele ori gustările planificate;
  - ajutând pacienții subponderali să aleagă ceea ce mănâncă și să decidă cât mănâncă, iar mai târziu, lăsându-i să ia singuri aceste decizii.

Noi organizăm până la trei ședințe cu participarea persoanelor semnificative din anturaj pentru aproximativ trei sferturi dintre pacienții noștri. Uneori, este nevoie de mai multe asemenea ședințe cu pacienții subponderali (a se vedea Capitolul 11). În general, nu se abordează alte subiecte în afara celor legate de tulburarea de comportament alimentar. Dacă pacienții sunt adolescenți, este nevoie de o implicare mult mai mare a celorlalți (a se vedea Capitolele 14 și 15).

## **TRECERE LA ETAPA A DOUA**

La sfârșitul ședinței 7 trebuie să li se amintească pacienților că ședințele se vor desfășura de acum încolo săptămânal și că o parte din ședința următoare va fi dedicată unui bilanț, având ca obiectiv evaluarea detaliată a progreselor înregistrate.

## **BIBLIOGRAFIA RECOMANDATĂ**

Bibliografia recomandată pentru Capitolele 5-12 se găsește la sfârșitul Capitolului 12.

# REALIZAREA UNEI EVALUĂRI A PROGRESSELOR ȘI PLANIFICAREA RESTULUI TRATAMENTULUI

În acest capitol vom discuta despre etapa a doua a tratamentului. Aceasta este o etapă de tranziție și cuprinde una sau două ședințe. Ea are cinci obiective:

1. Realizarea împreună cu pacientul a unei evaluări a progresului înregistrat în prima etapă
2. Identificarea obstacolelor care apar în calea schimbării
3. Revizuirea formulării
4. Decizia de utilizare a formei extinse a TCC-O
5. Planificarea Etapei 3

În același timp, terapeutul continuă să implementeze procedurile introduse în Etapa întâi. Ședințele se desfășoară acum o dată pe săptămână.

## REALIZAREA UNEI ANALIZE COMUNE A PROGRESSELOR PACIENTULUI

După cum am menționat anterior, există dovezi concludente valabile pentru o mare diversitate de tulburări psihiatrice, inclusiv bulimia nervoasă și tulburarea de tip binge eating, indicând faptul că amplasarea schimbărilor observate pe parcursul primelor câteva săptămâni de tratament este un predictor puternic al rezultatului tratamentului. De aceea, este esențial ca etapele inițiale ale tratamentului să fie implementate corect. Observația anterioară sugerează de asemenea faptul că, dacă progresul este redus, acest lucru trebuie identificat din timp, la fel cum trebuie găsită explicația, cu scopul de a putea ajusta tratamentul, astfel încât să poată fi depășite orice obstacole care ar putea sta în calea schimbării. Vom reuși să atingem acest obiectiv dacă facem o analiză judicioasă a progreselor înregistrate devreme în terapie.

**Dacă progresul este redus, acest lucru trebuie identificat din timp, la fel cum trebuie găsită explicația, cu scopul de a putea ajusta tratamentul.**

Este preferabil ca această trecere în revistă să fie realizată în mod sistematic și în colaborare cu pacientul. Ar fi o idee bună să-l rugați pe pacient să completeze din nou EDE-Q, CIA și instrumentul de evaluare a trăsăturilor psihiatrice generale folosite la începutul terapiei. În felul acesta, pacientul și terapeutul pot evalua în mod obiectiv natura și dimensiunile progresului.

În general, perspectiva pacienților în legătură cu propriul progres are un caracter negativ excesiv. De aceea, este important ca terapeutul să-l ajute pe pacient să ajungă să realizeze o evaluare echilibrată a aspectelor care s-au schimbat și a celor care nu s-au schimbat. În mod obișnuit, se observă o ameliorare în privința tiparului de alimentație și o scădere a frecvenței episoadelor de binge eating și de purgații compensatorii, în vreme ce preocupările legate de siluetă nu se modifică (în mare parte datorită faptului că acestea nu au fost abordate încă în cadrul terapiei). Analiza urmărește identificarea aspectelor problematice rămase și asupra cărora este nevoie să se intervină în viitor, precum și a schimbărilor care au avut loc deja. Este util să discutați cu pacienții despre ceea ce cred ei că i-a ajutat până acum. În felul acesta sunt întărite procedurile terapeutice folosite deja și, în plus, este o ocazie de a lăuda pacienții și de a le acorda întregul credit pentru schimbarea realizată.

**Un motiv important, uneori scăpat din vedere, pentru care progresul este sub așteptări este prezența unei depresii clinice.**

Un motiv important, uneori scăpat din vedere, pentru care progresul este sub așteptări este prezența unei depresii clinice. În mod ideal, asemenea depresii ar trebui detectate și tratate înainte de începerea terapiei, dar, inevitabil, unele ne scapă, iar altele se dezvoltă din nou. Trăsăturile care sugerează prezența unei depresii clinice sunt descrise în Capitolul 16 (pagina 318). Semnele revelatoare în contextul tratamentului sunt o schimbare în conduita pacientului, caracterizată în mod tipic prin intensificarea atitudinii autocritice, prin scăderea entuziasmului și a dorinței de schimbare și prin complianța scăzută la efectuarea temelor de casă (de exemplu, deteriorarea calității automonitorizării).

Dacă ajungem la concluzia că ne confruntăm cu o depresie clinică coexistentă, o tratăm cu antidepressive (conform indicațiilor de la pagina 320) și deseori întrerupem TCC-O până când pacientul răspunde la tratament, administrând între timp terapia suportivă pentru depresie. După ce depresia a trecut, reîncepem TCC-O cu o ședință inițială în care marcăm revenirea la programul terapeutic curent, pentru a-l reorienta pe pacient. În plus, putem prelungi tratamentul pentru a compensa efectul disruptiv al depresiei.

## **IDENTIFICAREA OBSTACOLELOR CARE STAU ÎN CALEA SCHIMBĂRII**

Cel de-al doilea aspect urmărit în Etapa a doua este identificarea obstacolelor care stau în calea schimbării. Aceasta presupune evaluarea atitudinii pacientului față de tratament și a utilității diverselor proceduri folosite în terapie. Aceasta

TABELUL 7.1. Elemente ale Etapei întâi

| Elemente ale terapiei                                              | Cum se desfășoară tratamentul |                  |            |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------|------------|
|                                                                    | Nu merge bine                 | Merge mulțumitor | Merge bine |
| Prezența la ședințe                                                |                               |                  |            |
| Sosirea la timp la terapie                                         |                               |                  |            |
| Automonitorizarea                                                  |                               |                  |            |
| Renunțarea la cântăritul acasă                                     |                               |                  |            |
| Lectura cărții <i>Cum putem să învingem alimentația compulsivă</i> |                               |                  |            |
| Păstrarea regimului regulat al meselor și al gustărilor            |                               |                  |            |
| Renunțarea la consumul alimentelor între mese și gustări           |                               |                  |            |
| Acordarea unei importanțe prioritare tratamentului                 |                               |                  |            |
| Alte elemente                                                      |                               |                  |            |

trebuie să aibă un caracter deschis, iar terapeutul va prezenta tema ședinței în felul următor:

*„Cred că acesta este un moment potrivit pentru a analiza împreună progresele pe care le-ați realizat până în acest punct al terapiei, precum și sentimentele dumneavoastră față de tratament. Sunteți bucuros pentru ceea ce realizați aici și pentru felul în care progresați? Există unele lucruri care vă preocupă și pe care ați dori să mi le împărtășiți?”*

*„Ar trebui să analizăm și în ce măsură ați reușit să vă folosiți de tratament în realizarea schimbărilor convenite împreună. Am un tabel care cuprinde elementele folosite până acum în cadrul tratamentului. Haideți să analizăm împreună acest tabel și să vedem cum ați progresat.”*

Terapeutul analizează apoi fiecare element al tabelului împreună cu pacientul (a se vedea tabelul 7.1)

Dacă se identifică probleme legate de implicarea pacientului ori de folosirea unor proceduri specifice, terapeutul trebuie să afle originea acestora. Există două surse: tulburarea de comportament alimentar în sine și alți factori cu caracter mai general. În ceea ce privește prima sursă, mecanismele care mențin tulburarea de comportament alimentar pot fi atât de puternice, încât îi împiedică pe pacienți să realizeze schimbările planificate, în ciuda tuturor eforturilor depuse de aceștia. De exemplu, mulți pacienți continuă episoadele de binge eating în vreme ce urmează regimul alimentar cu mese și cu gustări regulate. În general, aceasta o putem pune pe seama restricției alimentare care nu a fost abordată încă formal în terapie și parțial pe seama evenimentelor externe ori a schimbărilor de dispoziție afectivă. De asemenea, unii pacienți continuă să se cântărească acasă, de teamă că se vor îngrașa, iar pacienții subponderali se poate să nu se fi decis încă să recâștige în



greutate (a se vedea Capitolul 11). Este bine ca analiza acestor obstacole care stau în calea schimbării să se facă având ca punct de referință formularea pacientului.

Printre obstacolele care au un caracter mai general se numără:

1. *Teama de schimbare* (de exemplu, se datorează preocupării legate de faptul că pacientul consideră că de acum înainte nu va mai avea nicio scuză dacă nu reușește ori de faptul că nu va mai fi o persoană „specială”)

- Intervenția adecvată în cazul în care pacientul se confruntă cu aceste temeri este prezentată în Capitolele 5 (pagina 84) și 11 (pagina 219). Capitolul 11 este deosebit de relevant în acest sens, deoarece analizează în mod amănunțit unele mijloace prin care se poate spori motivația pacienților subponderali, un grup recunoscut pentru reticența sa în privința terapiei. Strategiile și procedurile descrise acolo pot fi folosite și cu alți pacienți care se dovedesc ezitanți.

2. *Rezistența la schimbare în general (rigiditatea)*

- În cazurile de felul acesta este necesar să investigăm care este originea rezistenței pacientului. Este oare teama de consecințele schimbării ori este o rezistență mai generală, la orice formă de schimbare? În primul caz, trebuie să analizăm această teamă și să intervenim asupra ei în terapie. În cel de-al doilea caz, rezistența pacientului poate fi atribuită efectelor psihologice ale faptului că acesta este subponderal (a se vedea Capitolul 11) ori influenței perfecționismului clinic (a se vedea Capitolul 13).

3. *Angajamente conflictuale (de exemplu, tensiune la serviciu, solicitări din partea copiilor)*

- În cazurile acestea, trebuie subliniată importanța pe care pacienții trebuie să o acorde tratamentului, acesta rămânând prioritar. Este utilă o evaluare formală a argumentelor pro și contra schimbării, adoptând două intervale temporale distincte (a se vedea Capitolul 11).

4. *Evenimente externe și dificultăți în relațiile interpersonale*

- Evenimentele majore de viață întrerup invariabil progresul. Modul în care pacientul poate gestiona crizele majore care intervin în viața sa în timp ce urmează terapia este discutat în Capitolul 16. Versiunea extinsă a TCC-O cuprinde intervenții adresate pacienților care se confruntă cu dificultăți în relațiile interpersonale și de aceea ar putea fi potrivită în astfel de cazuri (a se vedea Capitolul 13).

5. *Planificare deficitară*

- Dacă aceasta este un obstacol în calea progresului, trebuie evidențiată din nou importanța planificării (a se vedea Capitolul 6), iar terapeutul trebuie să ajute pacientul să devină mai organizat.

#### 6. *Depresie clinică*

- Așa cum am menționat anterior, pacienții cu depresie clinică asociată progresează insuficient din cauza optimismului și a motivației scăzute. Dacă se suspectează o depresie clinică, pacientul trebuie supus unei evaluări complete și, dacă este nevoie, el va fi tratat pentru depresie (a se vedea Capitolul 16).

#### 7. *Stimă de sine scăzută ca trăsătură fundamentală*

- Pacienții cu stimă de sine scăzută severă nu cred că sunt capabili să schimbe ceva și nici că ar merita să fie tratați. (Trăsăturile acestea se pot vedea și la pacienții suferind de depresie clinică.) Versiunea extinsă a TCC-O cuprinde intervenții pentru pacienții cu stimă de sine scăzută ca trăsătură fundamentală (a se vedea Capitolul 13).

#### 8. *Perfecționism clinic*

- Pacienții diagnosticați cu perfecționism clinic aplică propriile standarde extreme tuturor aspectelor de viață pe care le prețuiesc. Dacă au o tulburare de comportament alimentar, ei aplică propriile standarde extreme regimului alimentar, greutateii și înfățișării lor. Din această cauză, schimbările urmărite în terapie sunt foarte greu de realizat. Pacienții aplică aceste standarde tratamentului însuși, iar aceasta complică lucrurile și încetinește progresul. Versiunea extinsă a TCC-O cuprinde intervenții pentru perfecționismul clinic (a se vedea Capitolul 13).

#### 9. *Folosire abuzivă a unor substanțe*

- După cum am menționat anterior (Capitolul 4), folosirea abuzivă persistentă de substanțe subminează capacitatea pacientului de a folosi tratamentul. Dacă aceasta se dovedește a fi un obstacol în calea schimbării, ea trebuie abordată printr-un tratament țintit, iar TCC-O va fi întreruptă sau abandonată în acest răstimp. În cazul folosirii abuzive intermitente de substanțe, putem interveni direct în contextul TCC-O.

#### 10. *Aversiune față de TCC*

- Experiența ne spune că acesta este un obstacol rar întâlnit. Uneori, pacienții care au urmat anterior alte forme de terapie pe perioade îndelungate (de exemplu, psihoterapie psihodinamică ori o terapie bazată pe un model de tratament al dependenței) vor întâmpina dificultăți în încercarea de a se adapta unei noi modalități de tratament și argumentații diferite). Așa cum am menționat în Capitolul 4, în situații de felul acesta, rugăm pacienții să renunțe pentru o vreme la scepticism și să accepte pur și simplu faptul că acest tratament care are un suport empiric solid poate să-i ajute dacă se angajează să îl urmeze.

### 11. *Implementare deficitară a tratamentului de către terapeut*

- Dacă este posibil, această situație trebuie evitată. Noi avem întâlniri de supervizare și de consultare săptămânală între specialiști, sub forma unui grup „restrâns” (la care participă doar psihoterapeuții noștri). Acestea sunt organizate pentru a ne oferi un cadru în care putem discuta liber și pe larg despre activitatea noastră clinică. În plus, putem asculta înregistrări selectate din ședințele de terapie ale fiecăruia. În felul acesta, încercăm să păstrăm un standard ridicat al implementării tratamentului. Așa cum menționăm în Capitolul 1, le recomandăm tuturor terapeuților specializați în TCC-O să caute să se perfecționeze și să solicite în permanență supervizarea colegilor.

## REVIZUIREA FORMULĂRII

Este important să se revizuiască formularea ținând seama de informațiile obținute pe parcursul Etapei 1 și de acelea apărute cu ocazia analizei progresului și a obstacolelor care stau în calea schimbării. Se întâmplă deseori să nu fie nevoie de nicio modificare, dar câteodată identificăm probleme și procese care nu s-au evidențiat la evaluarea inițială, atunci când s-a realizat pentru prima dată formularea. De exemplu, poate am aflat că purgațiile non-compensatorii constituie o problemă mult mai gravă decât crezusem. Dacă este așa, formularea trebuie revizuită.

## DECIZIA CU PRIVIRE LA FOLOSIREA VERSIUNII EXTINSE A TCC-O

Decizia de a folosi sau nu versiunea extinsă a TCC-O are o importanță majoră, deoarece ea marchează forma și conținutul tratamentului de aici înainte. De asemenea, ea va avea probabil un impact asupra evoluției pacientului, influențându-l în mod pozitiv ori negativ. În Capitolul 13 descriem în mod amănunțit criteriile pe care trebuie să se întemeieze această decizie. Amintim acum doar faptul că forma TCC-O pentru care optăm din start este versiunea focalizată. Cu majoritatea pacienților ea este mai eficientă decât versiunea extinsă și este mai ușor de implementat. Următoarele cinci capitole (Capitolele 8-12) descriu modul de implementare a versiunii focalizate. Capitolul 13 descrie despre cum și când trebuie folosită versiunea extinsă.

## PLANIFICAREA ETAPEI A TREIA

Etapa a treia reprezintă conținutul de bază al tratamentului, cu intervențiile terapeutului asupra mecanismelor principale care mențin tulburarea de comportament alimentar a pacientului, continuându-se între timp implementarea strategiilor și a procedurilor introduse în Etapa întâi. Astfel, revenind la analogia

cu castelul din cărți de joc (a se vedea pagina 73), aceasta este etapa în care sunt identificate și îndepărtate cărțile esențiale aflate la baza întregii structuri, acelea care susțin tulburarea de comportament alimentar. Modul în care se realizează acest lucru depinde de fiecare pacient în parte.

### **Cele șase mecanisme principale care întrețin tulburarea de comportament alimentar**

Există o diversitate de mecanisme care contribuie la menținerea majorității tulburărilor de comportament alimentar. Ele pot fi împărțite în șase categorii:

1. Supraevaluarea siluetei și a greutateii
2. Supraevaluarea controlului asupra alimentației
3. Restrângerea consumului alimentar
4. Restricțiile alimentare
5. Greutatea scăzută
6. Modificări ale comportamentului alimentar declanșate de evenimente externe ori de stări emoționale

Contribuția relativă a acestor mecanisme variază de la un individ la altul. În cazul unor pacienți, operează destul de puține mecanisme de susținere, așa cum se întâmplă în multe cazuri de tulburare de tip binge eating, iar pentru alții se întâmplă invers – spre exemplu, la pacienții având anorexie nervoasă cu binge eating/ purgație.

### ***Supraestimarea siluetei și a greutateii***

Majoritatea adulților suferind de o tulburare de comportament alimentar prezintă supraestimarea caracteristică a siluetei și a greutateii, așa-numita „psihopatologie de bază” (a se vedea Capitolele 2 și 8). Aceasta va fi identificată încă din ședința inițială și va ocupa o poziție centrală în formularea pacientului. Este probabil ca ea să fi constituit un obstacol pentru schimbare, identificat ca atare în Etapa întâi.

### ***Supraestimarea controlului asupra alimentației***

La un subgrup de pacienți este prezentă supraestimarea controlului asupra alimentației în sine, mai degrabă decât dorința de a controla alimentația pentru a influența silueta și greutatea (a se vedea Capitolul 9), deși cele două aspecte pot coexista. Pacienții de tipul acesta sunt preocupați mai ales de anumite detalii legate de alimentația lor (de exemplu, de aportul caloric exact, de alegerea alimentelor și de orele la care mănâncă) și manifestă mai puțin tendința de a-și controla silueta, de a evita expunerea corporală ori aceea de a se considera prea grași. Tipul acesta de manifestare este mai comun în rândul pacienților tineri, mai ales aceia cu un istoric scurt al tulburării. De asemenea, este întâlnit în zonele care nu aparțin culturii occidentale.

### ***Restrângerea consumului alimentar***

„Restrângerea consumului alimentar” se referă la încercările de a reduce consumul de alimente. După cum am menționat în Capitolul 2, aceasta nu are neapărat ca rezultat subalimentarea în sens fiziologic (restricția alimentară). Majoritatea pacienților cu o tulburare de comportament alimentar prezintă o formă deosebit de rigidă de restrângere a consumului alimentar, cu numeroase reguli extreme de alimentație. Deși restrângerea consumului alimentar este aproape întotdeauna menținută de supraestimarea siluetei și a greutateii sau de supraestimarea controlului în sine, în general, ea trebuie abordată separat în terapie.

### ***Restricția alimentară***

Restricția alimentară se referă la subalimentare reală în sens fiziologic. Ea are ca rezultat pierderea în greutate sau menținerea unei greutatei excesiv de scăzute. Dacă oricare dintre acestea este prezentă, restricția alimentară trebuie tratată (a se vedea Capitolul 11).

### ***Greutatea scăzută***

Nu există un prag unic al IMC-ului care să definească în mod satisfăcător greutatea scăzută în toate cazurile, dar pragurile menționate anterior au semnificație clinică și funcționează bine în practică. Ele sunt:

|                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| Sever subponderal | IMC 17,5 sau mai mic |
| Subponderal       | IMC 17,6 - 18,9      |
| Greutate scăzută  | IMC 19,0 - 19,9      |

Cu un IMC sub 19,0, majoritatea oamenilor resimt efecte adverse la nivel fizic și psihosocial ale subponderalității și puține persoane din societățile occidentale (altele decât cele de origine asiatică) pot menține un IMC la nivelul acesta fără să restricționeze în mod activ ceea ce mănâncă. La un IMC de 17,5 sau mai scăzut, oamenii se confruntă cu efecte adverse severe de natură fizică și psihosocială (a se vedea Capitolul 11).

### ***Modificări ale comportamentului alimentar declanșate de evenimente externe ori de stări emoționale***

La unii pacienți, tulburarea de comportament alimentar pare autonomă și mai mult sau mai puțin influențată de evenimente și de circumstanțe. Cel mai des însă, întâlnim cazuri în care evenimentele, circumstanțele și stările emoționale influențează comportamentul alimentar al pacientului.

Dacă tulburarea este deosebit de reactivă, în sensul că starea sa pare extrem de sensibilă la evenimente exterioare ori la emoții, este posibil ca anumite trăsături ale ei să aibă menirea de a-l ajuta pe pacient să facă față gândurilor și emoțiilor

negative. Episoadele de binge eating și provocarea vărsăturilor au în mod frecvent această funcție și uneori acest lucru este valabil și pentru exercițiile fizice excesive.

***Alegerea mecanismelor asupra cărora trebuie să se intervină în terapie și a ordinii în care vor fi abordate***

Pentru planificarea Etapei a treia, terapeutul trebuie să aibă în vedere contribuțiile relative ale acestor procese care mențin tulburarea de comportament alimentar. Apoi, trebuie să decidă care este ordinea în care le va aborda. Iată câteva sugestii care îi pot ajuta pe terapeuți să ia această decizie.

- Dacă pacientul este subponderal, aceasta este problema prioritară, deoarece greutatea scăzută este dăunătoare și consecințele psihosociale ale înfometării mențin în mod evident tulburarea de comportament alimentar. Tratamentul pentru pacienții subponderali este descris în Capitolul 11.
- Dacă pacientul prezintă supraestimarea siluetei ori a greutateii sau a controlului asupra alimentației, este recomandabil să începeți Etapa a treia cu aceasta, deoarece reprezintă unul dintre mecanismele cele mai persistente și mai dificil de îndepărtat (a se vedea Capitolele 8 și 9).
- În cazul în care pacienții nu sunt subponderali, puteți aborda simultan restrângerea consumului alimentar și restricția alimentară (a se vedea Capitolul 9 și, respectiv, 11). Cel mai bine este să faceți acest lucru după o săptămână sau două de la abordarea mecanismelor „supraestimării”. Pentru pacienții subponderali, este preferabil ca restricția alimentară să fie abordată împreună cu problemele legate de greutatea scăzută.
- În cazul pacienților a căror tulburare de comportament alimentar este în mod clar sensibilă la evenimente exterioare și la emoții, această problemă trebuie abordată la o săptămână sau două după restricția alimentară, dacă aceasta este prezentă. Pe de altă parte, dacă fenomenul este deosebit de pregnant (de exemplu, dacă există episoade frecvente de binge eating declanșate de evenimente sau de emoții) este recomandabil ca ordinea recomandată mai sus să fie inversată.

În concluzie, planificarea Etapei a treia se bazează pe formularea realizată împreună cu pacientul și pe instrucțiunile de mai sus. Cu toate acestea, planul nu trebuie să fie inflexibil. Este posibil ca el să aibă nevoie de unele ajustări, în funcție de situațiile și de modificările intervenite în ceea ce privește forma tulburării de comportament alimentar. Pe tot parcursul tratamentului, terapeuții trebuie să încerce să mențină elanul terapeutic instalat în Etapa întâi.

## **BIBLIOGRAFIA RECOMANDATĂ**

Bibliografia recomandată pentru Capitolele 5-12 se găsește la sfârșitul Capitolului 12.

# CAPITOLUL 8

## PREOCUPĂRI PRIVIND SILUETA, VERIFICAREA SILUETEI, SENZAȚIA DE A FI GRAS ȘI TIPARE MENTALE

La baza majorității tulburărilor de comportament alimentar se află „psihopatologia fundamentală” distinctă, supraevaluarea siluetei, a greutateii și a

**Majoritatea trăsăturilor tulburărilor de comportament alimentar se manifestă ca efecte secundare ale psihopatologiei de bază.**

controlului asupra acestora; cu alte cuvinte, judecarea valorii personale în mare măsură sau în mod exclusiv în funcție de siluetă, de greutate și de abilitatea de a le controla. După cum am descris în Capitolul 2, majoritatea celorlalte trăsături ale acestor tulburări se manifestă ca fiind secundare acestei patologii și consecințelor sale (de

exemplu, subalimentația care duce la greutate corporală scăzută, restricții alimentare extreme și rigide care conduc la episoade de binge eating). Din acest motiv, psihopatologia amintită ocupă un loc central în majoritatea formulărilor pacienților și este principala țintă a tratamentului. Experiența clinică și dovezile oferite de studiile de specialitate indică faptul că dacă nu se intervine cu succes în privința acestei psihopatologii, pacienții prezintă un risc ridicat de recidivă.

În capitolul de față descriem strategii și proceduri adecvate intervenției terapeutice în cazul pacienților prezentând preocupări exagerate legate de siluetă și de greutate. Este nevoie de un timp îndelungat pentru administrarea acestui tratament, iar schimbările se produc treptat. De aceea, atunci când planificăm Etapa a treia, este bine ca pregătirea să înceapă din timp. Ea cuprinde șase elemente principale:

1. Identificarea supraevaluării și a consecințelor sale
2. Întărirea importanței altor domenii relevante pentru estimarea valorii personale
3. Abordarea problemelor legate de controlul siluetei și de evitarea expunerii corporale. Verificarea greutateii și evitarea cunoașterii acesteia au fost abordate încă din Etapa întâi
4. Abordarea percepției pacientului conform căreia ar fi „gras”
5. Investigarea originilor supraestimării
6. Învățarea modalităților de a controla tiparele mentale tipice tulburărilor de comportament alimentar

În general, primele patru elemente sunt introduse în această ordine și foarte timpuriu în terapie, deoarece este nevoie de mult timp pentru implementarea lor și pentru a observa efectele așteptate. Ultimele două elemente ar trebui lăsate pentru partea de finală a Etapei a treia. Odată începută intervenția în privința psihopatologiei de bază, ea trebuie să rămână un subiect permanent pe agenda tuturor ședințelor.

## IDENTIFICAREA SUPRAEVALUĂRII ȘI A CONSECINȚELOR SALE

Se începe cu informarea pacientului în legătură cu acest subiect complex și destul de abstract – autoevaluarea. Terapeutul trebuie să-l ajute apoi pe pacient să-și identifice schema specifică pe baza căreia își formulează convingerile privind valoarea personală. La sfârșit, se vor analiza implicațiile pe care le are această schemă și se va stabili un plan de intervenție în privința supraevaluării aspectelor legate de propria înfățișare.

Datorită faptului că terapeuții sunt uneori nesiguri în privința modului adecvat de abordare a subiectului autoevaluării, vă oferim mai jos un dialog ilustrativ:

**TERAPEUTUL:** *Am decis să discutăm astăzi despre preocupările dumneavoastră legate de siluetă și de propria înfățișare. Să revenim puțin asupra motivului acestei discuții. Dacă privim diagrama care indică elementele pe care le-ați identificat ca factori determinanți ai tulburării de comportament alimentar [terapeutul face referire la formularea pacientului], vedem că preocupările legate de siluetă și de greutate ocupă un loc central. Este clar că, pe lângă alimentație, trebuie să le abordăm și pe acestea, întrucât se pare că ele joacă un rol important în menținerea tulburării de comportament alimentar și că ele vă provoacă o îngrijorare reală.*

**PACIENTA:** *Da, silueta este cea care mă îngrijorează cel mai mult. Și într-adevăr mă deranjează... faptul că sunt mereu preocupată de siluetă... și faptul că arată atât de îngrozitor. O urăsc.*

**TERAPEUTUL:** *Ei bine, pentru început, să vorbim despre felul în care cu toții ne evaluăm ori ne judecăm propria persoană – un lucru la care majoritatea dintre noi nici măcar nu ne gândim. Fiecare avem un sistem ori o modalitate de a ne raporta la anumite standarde. Dacă atingem propriile standarde în acele domenii ale existenței pe care le prețuim, suntem destul de mulțumiți de propria persoană; dar dacă nu, suntem nemulțumiți. În mod obișnuit, oamenii se autoevaluează în funcție de lucruri destul de diverse; de exemplu, relațiile cu ceilalți sunt importante pentru multe persoane... să spunem, relațiile cu părinții (și cu copiii, dacă este cazul) și*



*relațiile cu prietenii. Alte aspecte considerate importante sunt performanța profesională și performanțele în activități importante întreprinse în timpul liber... cum ar fi sportul, muzica, gătitul sau orice altceva. Și înfățișarea este importantă. Dacă lucrurile merg bine în domeniile acestea ale existenței noastre, ne simțim bine. Dar dacă nu, ne simțim rău. Într-adevăr, senzația de insatisfacție este indiciul cel mai relevant cu privire la importanța pe care o acordăm unui domeniu al vieții personale. Dacă suntem deosebit de nemulțumiți în cazul în care un aspect al vieții noastre este nesatisfăcător, înseamnă că aspectul acesta este foarte important în evaluarea pe care o facem propriei persoane. Vi se pare logic?*

**PACIENTA:** *Da, cred că da. Felul în care arăt, de exemplu, mă face să mă simt foarte rău. Sunt zile în care nu-mi vine să ies din casă.*

**TERAPEUTUL:** *Exact. Așadar, lucrul acesta indică faptul că silueta sau înfățișarea sunt foarte importante pentru modul în care vă priviți ori vă evaluați. Toate acestea se pot reprezenta ușor printr-un grafic circular, fiecare sector de cerc reprezentând diverse aspecte de viață importante pentru modul în care vă judecați valoarea personală; cu cât este mai mare arcul de cerc, cu atât mai important este criteriul respectiv. Aș dori să încercăm să desenăm acum graficul dumneavoastră. Întâi, trebuie să notăm lucrurile care sunt importante pentru modul în care vă autoevaluați. Care ar fi acelea?*

Terapeutul o ajută apoi pe pacientă să alcătuiască lista cu domeniile vieții personale pe care le consideră relevante pentru propria evaluare. Uneori este necesar să-i ajutăm pe pacienți să facă distincția între lucrurile pe care le consideră importante „în general” (fiindcă ele sunt importante în accepțiunea generală – de exemplu, serviciul), dar care nu sunt relevante pentru imaginea lor de sine, și lucrurile care au un impact autentic asupra autoevaluării. Dacă pacientul nu reușește să alcătuiască o listă, terapeutul trebuie să-i ofere niște exemple, adresându-i-se în felul acesta: „Unii oameni se autoevaluează în funcție de calitatea relațiilor cu partenerul de viață, de rezultatele profesionale, de reușitele în domeniul muzical, de propria înfățișare etc.” În marea majoritate a cazurilor, lista va cuprinde silueta (adică, înfățișarea) și greutatea, precum și abilitatea de a le controla. Dar în unele cazuri, puține la număr, se observă o supraestimare a controlului asupra alimentației doar de dragul controlului, nu pentru a controla silueta ori greutatea. Dacă pacientul nu menționează silueta, greutatea ori controlul asupra alimentației, terapeutul va trebui să le aducă în discuție în felul următor: „Ce părere aveți în legătură cu înfățișarea, cu silueta și cu greutatea, cu controlul asupra alimentației? Credeți că sunt importante? Să le trecem pe lista noastră?”

După alcătuirea listei, terapeutul va încerca să afle împreună cu pacientul care este importanța acordată fiecăruia dintre domeniile identificate în cadrul autoevaluării. Cel mai bun indiciu privind importanța lor este amplexarea (în termenii intensității și ai duratei) reacției pacientului în cazul în care lucrurile

merg prost în domeniul respectiv. În felul acesta se pot ierarhiza domeniile. Terapeuții trebuie să se asigure că vor afla cum se autoevaluează pacienții în mod real și nu cum cred că ar trebui să se autoevalueze. Dacă pacientul este ezitant, terapeutul poate adăuga: *„Majoritatea persoanelor cu tulburări de comportament alimentar sunt nemulțumite în privința modului lor de autoevaluare, dar este important ca noi să reușim să-l caracterizăm cât mai precis, pentru a-i înțelege efectele.”* La sfârșit, terapeutul și pacientul desenează o variantă de diagramă în care fiecare sector de cerc reprezintă importanța relativă a unui domeniu al existenței în schema de autoevaluare a pacientului. În Figura 8.1 prezentăm un model ilustrativ de diagramă, cele realizate de pacienții suferind de o tulburare de comportament alimentar fiind dominate în mod tipic de un sector mare reprezentând supraestimarea siluetei, a greutateii și a controlului exercitat asupra lor. Modelul acesta este complet diferit de acela realizat de tineri sănătoși care nu suferă de o tulburare de comportament alimentar (ilustrat în Figura 8.2). În încheiere, terapeutul va ruga pacientul să-și spună părerea în legătură cu diagrama realizată. Mulți dintre pacienți se simt stânjeniți și chiar rușinați în legătură cu importanța pe care o atribuie siluetei și greutateii proprii. Trebuie să-i liniștiți, spunându-le că această supraestimare este tipică în cazul persoanelor suferind de

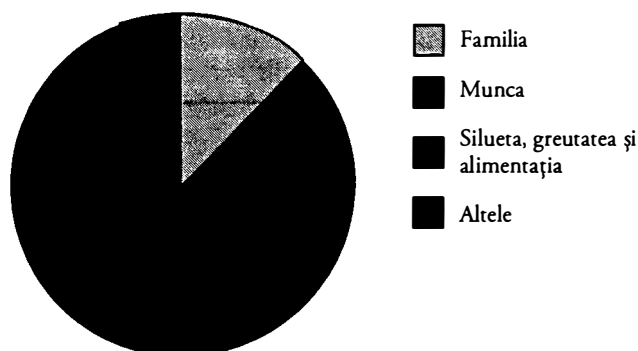


FIGURA 8.1. Diagrama pacientului A

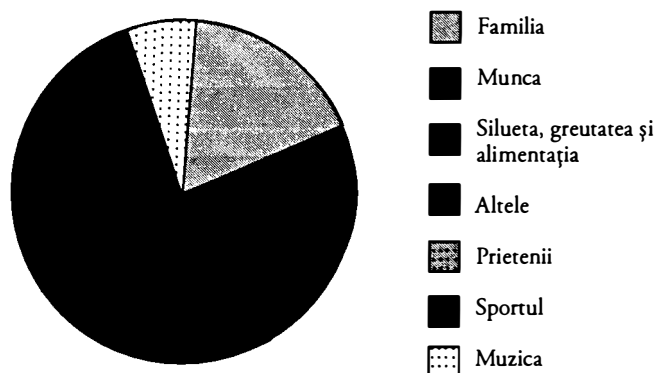


FIGURA 8.2. Diagrama realizată de o tânără fără o tulburare de comportament alimentar

o tulburare de comportament alimentar și că stă în puterea lor să schimbe acest lucru.

Ca temă de casă, pacienții vor fi rugați să analizeze din nou diagrama și să se gândească dacă acesta reprezintă în mod exact starea reală de fapt, judecând după atitudinile și comportamentele lor de zi cu zi. În acest scop, poate fi util pentru ei să refacă diagrama la anumite intervale (pe spatele fișei cu automonitorizarea din ziua respectivă). În ședința următoare, se va analiza din nou diagrama și, dacă este necesar, se va ajusta dimensiunea sectoarelor de cerc. În general, la fiecare intervenție, se mărește sectorul reprezentând importanța acordată siluetei și greutateii.

Apoi, pacientul va fi îndemnat să se gândească la implicațiile propriei scheme de autoevaluare (așa cum este reprezentată în diagramă) și să decidă dacă ea indică existența unor probleme. Discuția trebuie să conducă la identificarea principalelor consecințe negative ale supraevaluării siluetei, a greutateii și a controlului asupra lor:

1. *O diagramă cu un astfel de sector dominant reprezintă o situație „riscantă”.* În contextul acesta, terapeutul poate observa:

*„Este ca și cum ai pune toate ouăle într-un singur coș. Este în regulă, câtă vreme lucrurile merg bine în acest domeniu, dar dacă nu merg, atunci ne găsim într-un mare impas. Se poate face o analogie cu situația unui sportiv care are un astfel de sector dominant în graficul său, un sector legat de performanțele sale sportive. Dacă, pe neașteptate, el ajunge să nu mai poată concura, să zicem din pricina unei accidentări ori a unei boli, el se va confrunta cu mari dificultăți atunci când va încerca să se adapteze acestei schimbări în existența sa, deoarece toate „ouăle” reprezentative pentru evaluarea valorii personale se află într-un singur coș.”*

2. *O diagramă cu un sector de cerc dominant limitează existența personală și se autoperpetuează.* El are ca rezultat marginalizarea altor aspecte ale vieții. Aproape nimic nu mai contează, iar viața ajunge să fie privită doar din această perspectivă. Drept urmare, sunt ignorate diverse interese, aptitudini și relații, iar viața se va reduce la controlul asupra siluetei, greutateii și asupra alimentației. În acest context, este bine să-i rugați pe pacienți să se gândească la consecințele pe care le are un astfel de interes dominant pe termen lung în viața lor. De pildă, puteți să-i întrebați ce și-ar dori să realizeze până la bătrânețe. Poate că nu-și doresc să ajungă să aibă un abdomen plat, în detrimentul altor aspecte ale existenței lor (vezi vinieta următoare).

---

### **Vinieta**

O pacientă a cărei mărturie am inclus-o în volumul *Cum putem să învingem alimentația compulsivă* (Fairburn, 1995) a scris:

*„Pe măsură ce mă apropii de jumătatea vieții, îmi dau seama cu tristețe câtă energie am investit în încercările mele de a-mi controla greutatea*

*și alimentația și realizez câtă suferință îmi provoacă episoadele regulate de binge eating care le urmează întotdeauna. Aș putea să fac ceva productiv cu această energie – să încerc să construiesc relații cu alte persoane, să citesc, să scriu. Nu știu ce aș putea să fac, dar nu vreau ca epitaful meu să fie „Jane și-a dorit să fie slabă.” (pag. 132)*

---

3. Evaluarea propriei persoane în funcție de înfățișare și de greutate, precum și de propria capacitate de a le controla constituie o problemă în sine. Terapeutul poate să formuleze o observație de felul acesta:

*„În cazul dumneavoastră, problema nu constă numai în faptul că ați pus aproape toate ouăle în același coș, ci și în însăși natura coșului. Nu este coșul potrivit. Motivul este faptul că în acest domeniu al existenței succesul este greu de atins, iar eșecul este mereu prezent. Există mai multe motive pe care le vom discuta în detaliu mai târziu, dar, pe scurt, este problematic dacă ne bazăm autoevaluarea pe înfățișare și pe greutate, deoarece:*

- 1. Silueta, greutatea și alimentația unei persoane nu pot fi controlate în întregime de către aceasta. Noi avem doar o capacitate limitată de ne controla alimentația (și implicit silueta și greutatea), deoarece aceasta este puternic determinată de controlul fiziologic. Ea poate fi manipulată pe termen scurt, dar pentru a realiza acest lucru pe termen lung este nevoie de un efort puternic și susținut care prezintă mari dezavantaje [vezi mai jos]. La fel, silueta sau înfățișarea fizică în ansamblu pot fi influențate doar parțial. Este vorba despre ceva pe care trebuie să îl acceptăm pur și simplu.*
- 2. Întotdeauna se vor găsi o mulțime de oameni care par mai atrăgători (adică, în ochii dumneavoastră, să aibă mai mult succes) decât dumneavoastră. În parte, aceasta se datorează modului în care persoanele cu o tulburare de comportament alimentar își judecă înfățișarea, acesta imprimându-le tendința de a se vedea lipsite de atractivitate, și în parte modului în care se compară cu ceilalți, acesta din urmă având același efect negativ. Vom analiza mai târziu ambele situații. Rezultatul acestor două procese este acela că persoanele suferind de o tulburare de comportament alimentar vor avea mereu sentimentul că au eșuat.*
- 3. Dacă vă judecați în felul acesta, veți ajunge să faceți anumite lucruri care vă provoacă suferință, cum ar fi... [terapeutul enumeră exemplele relevante pentru pacient, cum ar fi subalimentarea, alimentația compulsivă, provocarea vărsăturilor, folosirea abuzivă a laxativelor etc.], iar aceasta va contribui la menținerea tulburării de comportament alimentar. În același timp, acțiunile enumerate mai sus diminuează calitatea vieții dumneavoastră de zi cu zi.” [Terapeutul poate evidenția principalele surse de disfuncții detectate cu ajutorul chestionarului CIA completat în Etapa a doua.]*

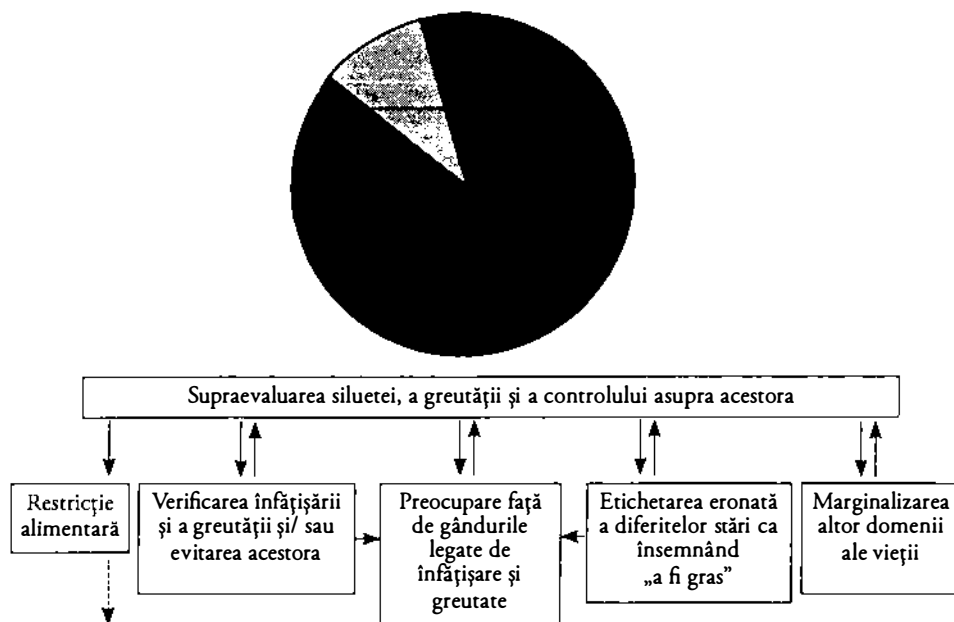


**FIGURA 8.3** Supraevaluarea controlului asupra siluetei și greutății: o „formulare extinsă”.

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press. Figura aceasta este disponibilă online la <http://ascred.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.

Discuția aceasta conduce în mod natural la ultimul pas al analizei autoevaluării, și anume acela al creării unei „formulări extinse” care cuprinde și consecințele supraevaluării. Terapeutul începe acest proces întrebând pacientul ce face ori ce simte ca rezultat al importanței pe care o acordă siluetei, greutății și înfățișării. Obiectivul nostru este acela de a realiza o diagramă asemănătoare celei reprezentate în Figura 8.3, terapeutul insistând asupra săgeților reprezentând elementele de feedback cu următoarele observații:

*„Lucrurile pe care le faceți ori sentimentele pe care le aveți ca urmare a preocupărilor privind silueta și greutatea, precum și dorința dumneavoastră de a le controla vor contribui cel mai probabil la menținerea acestor preocupări. De exemplu, controlul repetat al înfățișării va duce la intensificarea nemulțumirii legate de siluetă. În mod similar, dacă evitați să vă priviți unele părți ale corpului sau dacă evitați să vă cântăriți, veți rămâne cu aceste temeri și aceste preocupări la care nu aveți răspuns. Nu am discutat încă despre „a te simți gras”, dar această percepție tinde să fie echivalată cu „a fi gras”, iar în felul acesta individul rămâne mereu nemulțumit de propria înfățișare. Prin urmare, trebuie să evidențiez faptul că este esențial să intervenim în privința consecințelor acestor preocupări, deoarece ele vă mențin nemulțumirile legate*

*de siluetă și de greutate. După cum vedeți, există un întreg set de cercuri vicioase aici, iar abordarea tuturor acestor aspecte este cea mai bună modalitate de a le întrerupe.”*

La sfârșit, terapeutul realizează în colaborare cu pacientul un plan de intervenție în privința preocupărilor legate de siluetă, de greutate și de controlul asupra acestora. Planul presupune folosirea a două strategii complementare, ambele importante:

1. *Sporirea importanței acordate altor domenii în cadrul procesului de autoevaluare* (adică sporirea dimensiunilor și a numărului celorlalte sectoare din diagrama pacientului)

2. *Diminuarea importanței acordate siluetei, greutateii și controlului lor* (adică micșorarea sectorului de cerc reprezentând în diagramă silueta și greutatea). Modalitatea cea mai eficace de a realiza acest lucru este intervenind direct asupra manifestărilor supraevaluării. În ceea ce privește silueta, ele sunt reprezentate de controlul siluetei, evitarea controlului siluetei și sentimentul pacientului că este gras. În ceea ce privește greutatea, ele sunt reprezentate prin cântărirea frecventă și evitarea aflării propriei greutatei, ambele abordate în Etapa 1. În ceea ce privește controlul asupra alimentației, este vorba despre restrângerea consumului alimentar și despre restricțiile alimentare (a se vedea Capitolele 9 și, respectiv, 11).

## SPORIREA IMPORTANȚEI ACORDATE ALTOR DOMENII PENTRU REALIZAREA PROCESULUI DE AUTOEVALUARE

Supraevaluarea siluetei și a greutateii are ca rezultat marginalizarea unor domenii ale existenței care ar putea contribui în mod pozitiv la autoevaluarea pacientului. Marginalizarea este prezentă în două forme. Întâi, celelalte aspecte luate în considerare în autoevaluare sunt puține la număr (există doar câteva sectoare de cerc în graficul circular al pacientului). În al doilea rând, ele au o importanță redusă (adică sectoarele de cerc sunt de dimensiuni mici). De aceea, obiectivul urmărit este acela de a-i determina pe pacienți să înceapă să se angajeze în alte domenii ale vieții, iar acestea să devină mai importante pentru demersul lor de autoevaluare.

**Supraevaluarea siluetei și a greutateii are ca rezultat marginalizarea unor domenii ale existenței care ar putea contribui în mod pozitiv la autoevaluarea pacientului.**

Sporirea importanței altor domenii prezintă un beneficiu în plus. Tulburările de comportament alimentar debutează în general pe la mijlocul și sfârșitul perioadei de adolescență. Cazurile care persistă și în perioada adultă au fost în general prezente timp de mai mulți ani. În acest răstimp, viața pacientului a fost dominată de tulburarea de comportament alimentar, iar alte interese, activități și aptitudini au fost neglijate. În vreme ce viața pacientului a fost acaparată de diete, exerciții fizice și de preocupări privind silueta și greutatea,

tinerii de vârstă sa au trăit toate experiențele firești pentru anii lor. În felul acesta, pacienții cu tulburări de comportament alimentar ratează experiențele formatoare

**Pacienții cu tulburări de comportament alimentar ratează experiențele formatoare importante specifice vârstei lor și de aceea dezvoltă deficite secundare în domeniul relațiilor interpersonale.**

importante specifice vârstei lor și dezvoltă deficite secundare în domeniul relațiilor interpersonale. Sprijinirea lor în demersul de a dezvolta domenii ale autoevaluării care au fost marginalizate anterior aduce cu sine în mod frecvent și beneficiul reprezentat de faptul că îi ajutăm să-i ajungă din urmă pe tinerii de vârstă lor, din perspectiva dezvoltării personale.

Pentru a ajuta pacienții să se angajeze în alte aspecte ale existenței pe care să înceapă să le prețuiască, recomandăm o procedură alcătuită din cinci pași:

1. *Explicați justificarea acestui demers.* De exemplu, terapeutul poate spune următoarele:

*„Ați spus că sunteți nemulțumit în legătură cu modul în care arată diagrama dumneavoastră actuală. În mod special, ați menționat faptul că ați dori ca sectoarele de cerc reprezentând alimentația, silueta și greutatea să fie mai mici. O modalitate prin care se poate realiza lucrul acesta este prin implicarea dumneavoastră în alte domenii ale vieții, care au fost marginalizate. Dacă le veți consacra mai mult timp, domeniile respective vor deveni mai importante și mai relevante pentru modul în care vă evaluați valoarea personală.”*

2. *Identificați noi activități în care pacientul s-ar putea implica.* Activitățile preferate sau interesele pacientului din perioada anterioară dezvoltării tulburării de comportament alimentar vă pot oferi un indiciu. Poate pacientului i-a plăcut să joace tenis, să picteze, să facă drumeții ori să joace în piese de teatru. Nu contează tipul de activitate și nici cât de competent a fost pacientul în domeniul respectiv, este pur și simplu util să aveți în vedere interesele și activitățile sale anterioare. Pentru a afla acest lucru, cea mai bună este o abordare de tipul „brainstorming”, în care sunt enumerate toate posibilitățile, chiar dacă pacientului i se par absurde ori intimidante. Unii pacienți sunt ezitanți și de aceea exclud posibilități care sunt destul de promițătoare, iar mulți dintre ei nu reușesc să se gândească la alte activități, deoarece au petrecut atât de mult timp preocupăți doar de regimul alimentar, de siluetă și de greutatea lor corporală. Unele idei pot fi inspirate de observațiile pacienților privind activitățile recreative ale prietenilor sau ale colegilor lor de serviciu.

3. *Alegeți împreună una sau două activități pe care să le încerce pacientul.* Trebuie doar să fie fezabile și să nu aibă un caracter izolat. Este preferabil să participe și alte persoane, deoarece în felul acesta există mai multe șanse ca activitatea să ajungă să se autoperpetueze. În plus, contactul cu ceilalți îi ajută pe pacienți să „recupereze” din experiența pe care nu au reușit să o acumuleze în domeniul relațiilor interpersonale.

4. *Încredințați-vă de faptul că pacientul se implică cu adevărat în activitatea identificată.* Terapeutul trebuie să roage pacientul să-și înregistreze activitatea în ultima coloană din fișa de automonitorizare, iar apoi trebuie analizate obstacolele care împiedică realizarea activității și găsite soluțiile adecvate. Deseori, abordarea cea mai eficientă este cea a rezolvării de probleme. (Unii pacienți au învățat-o deja în contextul intervenției vizând modificările de comportament alimentar declanșate de evenimente exterioare [a se vedea Capitolul 10]. Pentru alții, metoda va trebui introdusă în această etapă a terapiei.) Terapeutii trebuie să fie activi și să-i ajute pe pacienții ezitanți să înceapă. De exemplu, dacă pacientul se gândește să înceapă un curs de dans, terapeutul îl poate ajuta să găsească grupul care i se potrivește și să realizeze pașii necesari pentru a se înscrie, deoarece determinarea pacientului de a începe o activitate nouă este prioritară în terapie. Apoi, terapeutul trebuie să se retragă.

5. *Analizați săptămânal progresul înregistrat de către pacient* (activitate aflată permanent pe agenda ședinței). Terapeutul trebuie să încurajeze și să sprijine pacienții. Pacienții trebuie ajutați să se folosească de rezolvarea de probleme pentru a învinge orice dificultate cu care se confruntă. Pe parcursul tratamentului se pot identifica și adopta activități noi, iar la altele poate se va renunța. Spre sfârșitul tratamentului, pacienții vor fi rugați să deseneze din nou diagrama, pentru că acest lucru ne oferă ocazia de a le analiza progresele și de a-i lăuda pentru schimbările realizate. În general, se observă faptul că „felii” reprezentând silueta și greutatea s-a micșorat și că au apărut unele „felii” noi.

## CUM SĂ ABORDĂM CONTROLUL SILUETEI ȘI EVITAREA VERIFICĂRII SILUETEI

Odată cu sporirea importanței acordate altor domenii ale autoevaluării, terapeutul trebuie să țină seama și supraevaluarea siluetei și a greutății. Deseori, este preferabil să începeți cu controlul siluetei, deoarece acesta are o influență deosebită în menținerea stării de nemulțumire legată de siluetă. Înainte de a face acest lucru, este recomandabil să-i amintiți pacientului că o formă a controlului siluetei a fost abordată deja – este vorba despre controlul greutății, în Etapa 1, în contextul „cântăririi în cadrul ședinței de terapie” (pagina 91). Aproape invariabil, pacienții au considerat utilă cântărirea în cadrul ședinței de terapie, deoarece (după câteva săptămâni) nivelul preocupării lor pentru greutate (adică pentru valoarea indicată de cântar) a scăzut. Trebuie să le spuneți că intervenția vizând controlul siluetei va conduce la beneficii similare.

Importanța intervenției directe asupra controlului greutății și asupra evitării verificării siluetei a ajuns să fie apreciată abia recent. Motivul este cât se poate de simplu: puțini clinicieni au observat aceste fenomene. Acest lucru s-a datorat, pe de o parte, atitudinii pacienților care nu dezvăluiau nimic în legătură cu existența acestui comportament dacă nu erau întrebați în mod direct; este adevărat că mulți pacienți nici măcar nu sunt conștienți că fac acest lucru. În mod ciudat, comportamentul a fost mereu sub nasul nostru, am putea spune, deoarece pacienții își verifică deseori silueta în timpul ședințelor de terapie. (Lucrul acesta



se observă dacă vă uitați cu atenție la mișcările mâinilor lor. Unii își ating mereu brațele, umerii sau clavicula pentru a verifica dacă își pot simți oasele și mulți dintre ei fac acest lucru fără să-și dea seama.)

## **INFORMAREA PACIENȚILOR ÎN LEGĂTURĂ CU CONTROLUL SILUETEI ȘI CU EVITAREA ACESTEIA**

Primul pas este acela de a educa pacientul în legătură cu controlul siluetei și cu evitarea verificării acesteia și în legătură cu efectele celor două comportamente, subliniind patru aspecte generale:

1. Fiecare om își controlează corpul într-o anumită măsură, dar multe persoane cu o tulburare de comportament alimentar fac acest lucru în mod frecvent și într-o manieră neobișnuită. Această verificare poate deveni cu adevărat „o a doua natură”, astfel încât ei probabil nici nu mai sunt cu totul conștienți că fac acest lucru; de exemplu, atunci când fac un duș, unele persoane își verifică și silueta. În cazul persoanelor suferind de o tulburare de comportament alimentar, asemenea control al siluetei trebuie abordat în terapie, deoarece el tinde să le mențină insatisfacția privind corpul și înfățișarea lor.

2. Există persoane cu tulburări de comportament alimentar care evită să-și privească trupul și căroră, în același timp, le displace ca alții să-l vadă. Deseori, aceste persoane s-au angajat într-un comportament de control al siluetei în trecut, dar l-au înlocuit cu unul de evitare, deoarece controlul a devenit prea stresant. Evitarea corporală ia forma evitării privitului în oglindă, a refuzului de a purta haine strâmte, a acoperirii abdomenului (de exemplu, cu brațele) și a refuzului de a se uita la fotografii. Comportamentul acesta este problematic, deoarece facilitează persistența preocupărilor și a temerilor legate de siluetă și de înfățișare, în absența cunoașterii autentice a propriei înfățișări. De aceea, și acest comportament trebuie abordat în terapie.

3. Controlul siluetei și evitarea verificării acesteia pot coexista. Unii pacienți își verifică mereu unele părți ale corpului și le evită pe altele sau trec de la control la evitare și viceversa.

4. Compararea cu ceilalți este o formă specială de control al siluetei. Persoanele cu tulburări de comportament alimentar fac lucrul acesta în mod repetat și într-o manieră în care comparația îi defavorizează, determinându-i să se simtă urâți comparativ cu alți oameni. Și comportamentul acesta trebuie abordat în terapie.

## **EVALUAREA COMPORTAMENTULUI DE CONTROL AL SILUETEI**

În continuare, terapeutul trebuie să evalueze trăsăturile comportamentului de control al siluetei în cazul pacientului respectiv. Deși există diverse chestionare standard pentru evaluarea controlului siluetei (a se vedea Bibliografia

recomandată), noi considerăm că este mai util să-i rugăm pe pacienți să noteze de fiecare dată când își controlează silueta (folosind o adaptare a jurnalului obișnuit de automonitorizare; a se vedea Figura 8.4), deoarece aceasta are o relevanță clinică mai mare și, de asemenea, datorită faptului că pentru acești pacienți controlul înfățișării devine un comportament atât de comun, încât nici nu-și mai dau seama când recurg la el. Din acest motiv, considerăm că scorurile obținute la chestionare pot fi înșelătoare. Din cauza faptului că monitorizarea controlului siluetei poate fi foarte stresantă, este bine să-i rugați pe pacienți să o realizeze doar în două perioade, fiecare de câte 24 de ore; o perioadă (dacă pacientul lucrează) fiind o zi de lucru și cealaltă o zi liberă. Terapeutul poate justifica solicitarea sa în felul acesta:

*„Pentru a afla ce fel de comportament de control al siluetei aveți, vă rog să notați de fiecare dată când vă verificați înfățișarea ori o comparați cu a altcuiva. Cel mai bine este să alegeți o zi de lucru și o zi în care nu lucrați, deoarece comportamentele pot să fie diferite. Vă ofer aici o variantă adaptată a jurnalului nostru obișnuit, pentru a face această monitorizare. Probabil vi se va părea că aveți prea mult de scris. Nu vă îngrijorați. Uneori poate veți găsi această sarcină de-a dreptul supărătoare: într-adevăr, veți fi tentat să omiteți unele lucruri. Încercați să notați absolut totul, deoarece trebuie să știm exact ceea ce faceți.”*

Pentru a ajuta pacienții să monitorizeze controlul siluetei, este bine să le explicați înainte care sunt tipurile de comportament pe care trebuie să le noteze. Este vorba despre verificarea în oglindă (ori pe suprafețele care reflectă imaginea) a unor anumite părți ale corpului, despre măsurarea acestora cu un metru de croitorie ori cu mâinile, despre ciupirea ori atingerea părților corpului, verificarea îmbrăcăminteii care pare prea strâmtă (de exemplu, verificarea centurii la pantaloni) și a accesoriilor (de exemplu, ceasuri sau inele) și privirea de sus asupra întregului corp (de exemplu, verificarea coapselor ori a abdomenului atunci când pacientul este așezat). Unii pacienți fac aceste verificări în moduri destul de neobișnuite, de aceea este important să solicitați detalii – ce fac, cum fac acest lucru (de exemplu, se privesc în oglindă din profil) și pentru cât timp. Pacienții trebuie să-și noteze gândurile și sentimentele resimțite în timpul și după controlul siluetei. Pe cât posibil, acestea trebuie notate în timp real. Pacienții bărbați sunt preocupați mai degrabă de constituția fizică și de masa musculară și mai puțin de greutate.

În ședința următoare, terapeutul va analiza în mod amănunțit însemnările pacientului și îl va întreba dacă zilele selectate au fost zile tipice, pentru a se asigura că au fost identificate majoritatea formelor de control al siluetei. În general, pacienții sunt șocați să vadă cât de des își controlează silueta.

| Ora   | Mâncarea și băutura consumate                          | Locul                   | * | V/L | Controlul (ce anume am făcut, cât timp a durat)                                                                                                         | Locul                         | Contextul și comentarii                                                                                                         |
|-------|--------------------------------------------------------|-------------------------|---|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6:30  | <i>Pahar cu apă</i>                                    | <i>Bucătărie</i>        | * |     | <i>Mi-am privit imaginea reflectată în oglindă (2 min.).</i>                                                                                            | <i>Bucătărie</i>              | <i>Fața mea arată grasă de-a binelea.</i>                                                                                       |
| 7:00  |                                                        |                         |   |     | <i>M-am privit în oglindă în timp ce mă îmbrăcam;<br/>- m-am privit din profil (2 min.).<br/>Mi-am strâns cu degetele colăceii de grăsime (5 min.).</i> | <i>Dormitor</i>               | <i>Uf, burta mea e dezgustătoare.</i>                                                                                           |
| 7:10  |                                                        |                         |   |     |                                                                                                                                                         |                               | <i>Minunar!</i>                                                                                                                 |
| 8:30  | <i>Banană, bol cu fulgi de cereale</i>                 | <i>Bucătărie</i>        | * |     | <i>Am verificat dacă par grasă privită din spate în fusta aceasta (5 min.).</i>                                                                         | <i>Toaleta de la serviciu</i> | <i>Cum pot arăta atât de grasă deja? Am mâncat doar micul dejun!</i>                                                            |
| 10:00 | <i>Baton cu cereale</i>                                | <i>La birou</i>         |   |     | <i>Mi-am privit burta în timp ce mâncam gustarea (2 min.).</i>                                                                                          | <i>La masa de lucru</i>       | <i>Nu-mi vine să cred că am o burtă atât de mare – mi-e silă și să mă uit – de ce nu pot și eu să fiu slabă?</i>                |
| 13:15 | <i>Pâine neagră cu unt de arahide și gem (2 felii)</i> | <i>În parc</i>          |   |     | <i>Am privit oameni supli care alergau în parc (15 min.).</i>                                                                                           | <i>Parc</i>                   | <i>N-ar fi trebuit să mănânc unt de arahide, îngrășă. AR TREBUI să alerg în pauza de prânz, așa cum fac toți oamenii aceia!</i> |
| 15:00 | <i>Măr</i>                                             | <i>La masa de lucru</i> |   |     |                                                                                                                                                         |                               | <i>Măcar am reușit să mănânc doar un măr și să nu mă ating de prăjitura din bucătăria de la serviciu.</i>                       |
| 18:30 | <i>Legume (farfurie mare) și ton</i>                   | <i>Bucătărie</i>        |   |     |                                                                                                                                                         | <i>Camera de zi</i>           | <i>O cină bună – simt că dețin controlul.</i>                                                                                   |
| 19:30 |                                                        |                         |   |     | <i>Am citit în US Weeekly despre cea mai nouă dietă folosită de vedete (15 min.).</i>                                                                   |                               | <i>Le invidiez pe femeile acelea – dacă aș avea și eu un antrenor personal și mai multă voință!</i>                             |
| 21:00 | <i>Un iaurt mic</i>                                    | <i>Camera de zi</i>     |   |     | <i>Mi-am privit șoldurile ca să văd cât de mult se lăfesc atunci când stau jos (1 min.).</i>                                                            | <i>Camera de zi</i>           | <i>M-am săturat de-a binelea! Nu mă mai suport.</i>                                                                             |

FIGURA 8.4. Fișă de automonitorizare a controlului siluetei (pacientul A)

## Investigarea controlului siluetei

După ce s-au identificat diversele forme de control al siluetei, va trebui să întrebați pacienții de ce cred ei că se controlează în felul acesta și care sunt consecințele acestui comportament.

**ÎNTREBAREA 1:** „*Ce încercați să aflați atunci când vă verificați înfățișarea? Credeți că în felul acesta veți reuși să aflați?*”

– Majoritatea pacienților nu s-au gândit ce încearcă de fapt să afle atunci când își controlează silueta, dar pot oferi câteva explicații. Ei spun „*Ca să văd cum arăt.*” Dacă este așa, va trebui să le explicați că examinarea aceasta tinde să le amplifice defectele aparente (pagina 148). De aceea, este puțin probabil ca ei să descopere mai multe despre înfățișarea lor reală, privindu-și trupul în mod repetat. Va fi nevoie de îndrumarea dumneavoastră și în privința unor aspecte ale siluetei care sunt normale (de exemplu, un abdomen ușor bombat), în cazul în care pacienții sunt influențați de imaginile false oferite de media.

Alți pacienți susțin că își controlează silueta „*Ca să verific dacă m-am schimbat.*” (sau „*Ca să văd dacă m-am îngrășat*”). În cazul acesta, este util să le explicați faptul că majoritatea formelor de control al siluetei nu oferă suficiente informații sigure pentru a ne ajuta să detectăm o schimbare. Ele ne oferă doar o impresie privind silueta. Verificarea siluetei în oglindă este un exemplu grăitor. Nu putem compara cu precizie „imaginea” de dimineață, pe care o aveam de îndată ce ne-am trezit, cu „imaginea” din orele următoare, deoarece nu avem o asemenea memorie fotografică încât să ne permită să comparăm prima imagine cu cea de-a doua.

**ÎNTREBAREA 2:** „*De ce vă controlați silueta atât de des? Nu credeți că s-ar putea să o verificați prea des?*”

– De obicei pacienții nu pot să răspundă la întrebarea aceasta și până la urmă dau o explicație de felul acesta „*Pentru a vedea dacă nu s-a schimbat*”. Terapeutul va trebui să întrebe atunci dacă pacientul își închipuie că silueta i se poate schimba atât de repede încât să fie nevoie să o controleze atât de frecvent (deseori fără să existe nicio modificare a greutateii), ceea ce, evident, nu este cazul. În felul acesta, pacienții sunt ajutați să ajungă la concluzia că nu are niciun rost să-și verifice silueta atât de frecvent. Uneori, ei susțin că sunt îngrijorați de faptul că abdomenul își schimbă forma pe parcursul zilei. Va trebui să le explicați că acesta este un exemplu de fluctuație normală a siluetei care *nu* indică o creștere în greutate și nici nu este perceptibilă pentru ceilalți. Pentru a ilustra lucrul acesta, puteți să-i întrebați pe pacienți dacă li s-a întâmplat vreodată ca atunci când s-au întâlnit cu un prieten să observe dacă acesta tocmai a mâncat o masă copioasă. Pacienții trebuie să înțeleagă faptul că singura modalitate de a determina dacă există semne că se îngrașă este prin verificarea schimbării greutateii pe parcursul timpului. (la pagina 92 găsiți îndrumări pentru interpretarea informațiilor privind greutatea.)

### ÎNTREBAREA 3: „*Vă priviți vreodată părți ale corpului de care sunteți mulțumit?*”

Aproape întotdeauna răspunsul este „Nu”. Aceasta duce în mod natural la următoarea întrebare, și anume dacă acest control al siluetei îi ajută să se simtă mai bine și mai mulțumiți de ei înșiși.

### ÎNTREBAREA 4: „*Vă simțiți mai bine după ce vă examinați silueta?*”

Din nou, aproape invariabil, răspunsul este „Nu”. Uneori pacienții (de obicei aceia subponderali) spun că această examinare este liniștitoare, întrucât le reamintește cât de „slabi” sunt. Chiar și în cazul acesta, ei vor recunoaște că nu le este de folos, întrucât îi menține preocupăți în privința siluetei.

### ÎNTREBAREA 5: „*Credeți că examinarea propriei siluete are efecte adverse?*”

Când analizează răspunsul dat de pacient la această întrebare, terapeutul trebuie să evidențieze următoarele aspecte:

- Examinarea siluetei în cazul persoanelor cu o tulburare de comportament alimentar înseamnă de obicei studierea acelor aspecte ale înfățișării care îi nemulțumesc. Astfel, se menține insatisfacția privind propria înfățișare, deoarece aceasta implică o estimare subiectivă negativă a siluetei, păstrând mereu vie în mintea pacientului preocuparea legată de înfățișare (în detrimentul gândurilor vizând alte aspecte ale existenței sale). Puțini dintre pacienți se simt mai mulțumiți după ce își examinează înfățișarea.
- Așa cum se întâmplă cu toate formele de control al siluetei, ceea ce descoperă individul depinde în mare măsură de felul în care privește. Dacă se studiază în mod amănunțit anumite aspecte ale înfățișării, așa-zise „defecte” care în mod normal ar trece neobservate vor deveni pregnante și, odată observate, ele sunt greu de uitat ori de trecut cu vederea. Până și persoana cea mai fermecătoare și-ar găsi defecte dacă le-ar căuta.
- Examinarea amănunțită tinde să amplifice defecte aparente. De exemplu, persoanele cu fobie de păianjeni îi consideră în general mai mari decât sunt în realitate. Aceasta se întâmplă deoarece atunci când îi privesc se concentrează asupra lor și asupra trăsăturilor lor dezagreabile, fără să privească mediul înconjurător. Drept rezultat, le lipsesc punctele de reper relevante pentru proporție ori pentru dimensiuni. Este exact ceea ce se întâmplă când privim fix o pată de pe piele. Cu cât o privim mai mult, cu atât mai proeminentă devine. La fel, examinarea amănunțită a unor aspecte ale înfățișării de care nu suntem mulțumiți le va face să pară mai „respingătoare”. Pe scurt, dacă vei căuta grăsime, o vei găsi.

**Examinarea amănunțită tinde să amplifice defectele aparente.**

**Dacă vei căuta grăsime, o vei găsi.**

## Cum să abordăm controlul siluetei

Terapeutul și pacientul trebuie să împartă formele de control identificate în două categorii: comportament care ar trebui stopat și comportament care trebuie ajustat. Strategiile folosite pentru atingerea acestor obiective sunt diferite. În plus, terapeutul va trebui să analizeze două forme specifice de control al siluetei: examinarea în oglindă și comparația cu ceilalți.

Printre exemplele de comportament care trebuie stopat se numără folosirea metrului de croitorie pentru măsurarea circumferinței coapselor, verificarea existenței unui spațiu între coapse atunci când pacientul stă în picioare cu genunchii apropiați și plasarea unei rigle deasupra creștelor iliace (oasele bazinului) atunci când pacientul stă culcat, pentru a verifica dacă abdomenul nu o atinge. Asemenea comportament prezintă tendința de a submina stima de sine a pacientului și, la câteva săptămâni după ce a eliminat acest comportament, pacientul va resimți o reală ușurare. De obicei, pacienții reușesc să obțină rezultatul dorit dacă argumentele terapeutului sunt bine explicate și dacă acesta le oferă sprijinul adecvat. În general, nu este nevoie să se elimine treptat comportamentul.

Există alte forme de comportament care merită eliminate, printre care se numără obiceiul de a prinde între degete părți ale corpului pentru a le estima „grăsimea”, atingerea repetată a abdomenului, a coapselor și a brațelor, pipăirea oaselor, verificarea repetată a inelelor și a curelei ceasului pentru a vedea dacă nu sunt prea strâmte, examinarea abdomenului atunci când stă jos pentru a vedea cât iese în afară peste centură sau a șoldurilor pentru a vedea cât de mult se lătesc. În general, aceste forme de comportament trebuie eliminate treptat. Pentru a reuși, pacienții trebuie să-și dea seama de ele în timp real și să învețe să se gândească la ele înainte de a le face, obiectivul urmărit fiind acela de a-i ajuta să dobândească controlul asupra comportamentului și să ajungă să interpreteze mai corect ceea ce descoperă. Așa cum se întâmplă în cazul reducerii frecvenței verificării greutatei în Etapa 1, modificarea adusă examinării habituale a siluetei are ca rezultat o sporire de scurtă durată a gândurilor reflectând preocuparea pentru siluetă, urmată însă de o diminuare semnificativă a acestor gânduri și a preocupărilor asociate lor. Unii pacienți sunt îngrijorați crezând că dacă își vor examina înfățișarea mai rar nu vor mai observa că „se îngrașă”, fiindcă nu vor mai fi cu ochii pe siluetă. Ei trebuie să înțeleagă faptul că examinările lor oricum nu le ofereau informații precise și că (așa cum am menționat anterior) singura modalitate de a identifica o posibilă schimbare a siluetei este aceea a cântăririi periodice.

Pentru numeroși pacienți, simpla înțelegere a faptului că examinarea siluetei nu le este de niciun ajutor poate fi de-ajuns pentru a-i determina să diminueze ori să elimine acest comportament. Însă există pacienți care întâmpină mari dificultăți în acest sens. Dacă vă confrunțați cu astfel de cazuri, vă recomandăm să-i rugați să identifice situațiile care îi predispun cel mai mult la verificarea corpului (de exemplu, atunci când se dezbracă, atunci când stau jos, după ce mănâncă, în timpul orei de gimnastică aerobică) și apoi să-i ajutați să identifice și să exerseze modalități prin care ar putea rezista impulsului respectiv (de exemplu, dezbrăcându-se departe de oglindă).

Pentru formele mai stricte de examinare a siluetei, cum ar fi privitul în oglindă, trebuie folosită altă strategie.

### **Cum să abordăm examinarea siluetei în oglindă**

Privitul în oglindă este o formă specifică de verificare a siluetei și poate oferi informații extrem de credibile, dar înșelătoare, în privința siluetei. Cu toții suntem tentați să credem ceea ce vedem în oglindă, dar propria evaluare în oglindă este o chestiune mult mai complexă decât credem. Pentru a ilustra acest lucru, gândiți-vă la imaginea dumneavoastră atunci când vă priviți într-o oglindă mare de perete. Înălțimea imaginii este aceeași cu înălțimea dumneavoastră reală? Dacă nu, ce înălțime are? (Pentru a afla răspunsul, rugați un prieten să însemneze limita de sus și cea de jos a imaginii reflectate așa cum o vedeți în oglindă [atunci când stați de la o distanță suficient de mare, încât să vă puteți vedea capul și picioarele] și să măsoare cât de departe sunt. Veți afla că imaginea din oglindă are toate dimensiunile dumneavoastră mai mici cu 50%, deși probabil nu ați observat acest lucru înainte.) Faptul că nu ați observat această discrepanță puternică ar trebui să vă convingă (și pe pacienții dumneavoastră de asemenea) că reflexiile din oglinzi nu sunt chiar ceea ce par și că „în spatele scenei” au loc numeroase procese mentale.

**Oglinzile pot oferi informații extrem de credibile, dar înșelătoare, în privința siluetei.**

Ceea ce „vedem” depinde în mare parte de felul în care privim. Putem ilustra foarte bine aceasta, rugându-i pe pacienți să-și amintească dacă li s-a întâmplat vreodată să-și zărească în treacăt silueta reflectată (de exemplu, într-o vitrină). Mulți dintre ei vor admite că la prima vedere și-au recunoscut silueta așa cum este în realitate și că abia după ce și-au dat seama cine era, s-au evaluat în mod negativ. În plus, numeroși pacienți vor admite faptul că starea emoțională din momentul respectiv pare să influențeze felul în care se văd în oglindă.

**Ceea ce vedem depinde de felul în care privim.**

Folosirea defectuoasă a oglinzii, în special pentru controlul siluetei, joacă un rol major în menținerea insatisfacției pacienților în legătură cu înfățișarea lor. De aceea, intervenția împotriva folosirii oglinzii este deosebit de importantă. La fel ca în toate celelalte cazuri, primul pas este acela de a încerca să aflăm cu exactitate ce fac pacienții. Iată care sunt întrebările care trebuie adresate:

- Cât de des vă priviți în oglindă?
- Cât timp durează?
- Ce faceți în mod precis?
- Ce încercați să aflați?
- Puteți afla în modul acesta?
- Câte oglinzi diferite folosiți?

Pacienții trebuie informați apoi în legătură cu oglinzile și cu modul în care trebuie să interpreteze ceea ce „văd”. Întrebările (și răspunsurile) esențiale sunt prezentate mai jos:

ÎNTREBARE: *„Care credeți că sunt motivele care pot justifica privitul în oglindă?”*

- Examinarea părului și a îmbrăcăminte.
- Femeile se privesc în oglindă și atunci când se machiază ori se demachiază, iar bărbații atunci când se bărbieresc.

ÎNTREBARE: *„Mai există vreun alt motiv bine întemeiat pentru privitul în oglindă?”*

- Nu, pentru persoanele care suferă de o tulburare de comportament alimentar nu există alte motive pentru a se privi în oglindă în afară de cele enumerate mai sus.

– Oglindile sunt obiecte care prezintă un „risc” pentru persoanele cu probleme de comportament alimentar. Trebuie folosite cu chibzuință.

ÎNTREBARE: *„De câte oglinzi este nevoie într-o locuință?”*

- Una pentru a vă privi chipul și una pentru a privi corpul în întregime.
- Ar fi bine să le îndepărtați pe celelalte, în afară de cazul în care sunt pur decorative. Este greu să evitați să folosiți oglinzile în mod excesiv, dacă aveți multe în casă.

ÎNTREBARE: *„Cum se poate evita „amplificarea” facilitată de examinarea amănunțită?”*

- Asigurați-vă că nu vă focalizați atenția asupra acelor părți ale corpului care vă nemulțumesc. Priviți și restul corpului, inclusiv zonele neutre (de exemplu, mâinile, picioarele, genunchii, părul). În plus, priviți și obiectele din jur, pentru că aceasta vă ajută să vă mențineți simțul proporțiilor.

ÎNTREBARE: *„Este nevoie vreodată să ne studiem trupul gol în oglindă?”*

- Nu neapărat, în afară de cazul în care dorim să ne admirăm!
- Este puțin probabil ca persoanele cu tulburări de comportament alimentar să dorească să-și admire corpul. Ele își concentrează mai degrabă atenția asupra acelor părți ale corpului care le nemulțumesc și pe care le examinează cu atenție.

Așa cum se recomandă în celelalte cazuri de control al siluetei, pacienții trebuie să devină conștienți de folosirea oglinzii în timp real și să încerce să-și explice comportamentul înainte de a-l iniția, obiectivul urmărit fiind acela de a-și modifica acest comportament și de a ajunge să interpreteze mai bine ceea ce văd. Aceasta nu înseamnă că recomandăm evitarea totală, ci mai degrabă că sfatul nostru este ca (pentru moment) folosirea oglinzilor să se limiteze la situațiile menționate mai sus.



Intervenția vizând folosirea oglinzii pentru verificarea siluetei durează cel puțin câteva ședințe. Ea poate avea efecte remarcabile, după cum ilustrează vinieta de mai jos.

---

### Vinieta

Citat din relatarea unei paciente care a folosit privitul în oglindă în mod excesiv:

*„Sunt mai mulțumită de înfățișarea mea în general. Pare ciudat, deoarece uneori mă privesc în oglindă și... este ca și cum m-aș recunoaște din nou. Cu toate că nu am slăbit și nici nu am încercat să slăbesc, mă simt mai mică. Nu mă simt ca o persoană mărunțică – pur și simplu cred că am scăpat de imaginea aceea din mintea mea... aceea a unei persoane supraponderale.”*

---

În contextul intervenției privind folosirea oglinzii, este recomandabil să-i întrebați pe pacienți dacă se decid greu ce îmbrăcăminte să aleagă atunci când ies în oraș. Unii petrec exagerat de mult timp făcând acest lucru și încearcă trei sau mai multe ținute în fața oglinzii. În mod obișnuit, situația aceasta este însoțită de indispoziție din ce în ce mai accentuată, de creșterea insatisfacției privind silueta și de scăderea încrederii personale (cu fiecare haină încercată). Uneori, ei abandonează totul și rămân acasă. În astfel de cazuri, vă recomandăm să-i sfătuiți pe pacienți să-și aleagă îmbrăcăminte înainte de a o încerca (de exemplu, așezând hainele pe pat) și să nu se mai răzgândească. De asemenea, este important să-i încurajați să nu se îmbrace în fața oglinzii.

### Cum să abordăm comparația cu alte persoane

O formă specifică de verificare a siluetei care menține în mod activ preocupările privind silueta este aceea a comparațiilor repetate cu alte persoane. Aceasta se observă mai ales la pacienții care au o greutate medie sau scăzută. În mod tipic, comparațiile lor se încheie cu concluzia potrivit căreia, spre deosebire de ceilalți, ei au un corp urât.

Observațiile generale formulate în privința examinării siluetei se aplică și în cazul comparațiilor, dar există câteva aspecte suplimentare care merită subliniate. Așa cum am menționat mai sus, evaluarea propriei siluete cuprinde examinarea și atenția selectivă orientate asupra părților corpului care îi displac pacientului. Examinarea poate determina o amplificare a defectelor percepute, iar atenția selectivă contribuie la sporirea insatisfacției pacientului în legătură cu silueta. Pe de altă parte, evaluarea pacienților vizând alte persoane este complet diferită. Ei tind să emită judecăți superficiale și deseori lipsite de simț critic în legătură cu aceste persoane. Mai mult decât atât, atunci când fac aceste comparații, ei aleg în defavoarea lor grupuri de referință compuse din persoane de același sex și de aceeași vârstă (ori mai tinere) care sunt suple și frumoase. Persoanele respective sunt selectate din grupul celor cu care se întâlnesc zi de zi sau dintre celebritățile

cunoscute din media (de exemplu, cei care apar în reviste, ziare, la televizor, în filme ori pe Internet). Când pacienții fac aceste comparații, ei nu iau în seamă persoane care nu sunt chiar așa de zvelte și de frumoase. Astfel, confruntarea este inegală, existând o defavorizare inerentă indusă de către pacient prin propria alegere și care se reflectă în modalitatea de evaluare a siluetei și în subiectul comparației.

Intervenția în cazul comparației cu alte persoane se face în opt etape:

1. *Explicați motivația acestei intervenții.* A se vedea mai sus.
2. *Identificați momentele alese și modul în care pacientul formulează aceste comparații.* În scopul acesta, puteți folosi fișele de automonitorizare. Veți avea nevoie de informații de tipul următor:
  - Cu cine s-a comparat pacientul? Cum au fost alese persoanele respective? Erau reprezentative pentru vârsta și genul pacientului ori a fost un subgrup special și atipic?
  - Cum a fost evaluată persoana respectivă? Care părți ale corpului au fost obiectul comparației și cum au fost evaluate?
3. *Ajutați pacientul să estimeze dacă a fost vorba despre o comparație în mod inerent părtinitoare atât în privința persoanei alese, cât și în privința modului de evaluare a siluetei acesteia.* În acest context, trebuie evidențiate două aspecte:
  - Compararea cu persoane care apar în media este problematică, deoarece ele aparțin unui grup atipic, iar imaginile lor se poate foarte bine să fi fost retușate.
  - Majoritatea modalităților de a evalua înfățișarea cuiva sunt idiosincratiche. Este dificil, dacă nu chiar imposibil, să obții aceeași perspectivă în privința înfățișării altcuiva. De exemplu, atunci când privim în jos la cât de mult se lătesc șoldurile când suntem așezați, obținem o imagine pe care doar noi o putem avea asupra noastră. Nu se pot vedea niciodată șoldurile altcuiva dintr-o perspectivă atât de avantajoasă. Același lucru se poate spune despre privitul în oglindă, examinarea prin atingerea abdomenului sau a oaselor ori prinzând carnea între degete. De asemenea, este imposibil să examinezi alte persoane la fel de amănunțit cum poți face aceasta cu propria persoană.
4. *Stabiliți teme pentru acasă prin care îi cereți pacientului să identifice orice biasare în comparațiile pe care le face.* De exemplu, puteți să-l rugați următoarele:
  - Demersul său să aibă un caracter mai științific atunci când alege persoana cu care se compară. În loc să aleagă persoane slabe, terapeutul poate să-l roage să aleagă tot a treia persoană din cele întâlnite (de același gen și de aceeași vârstă). Pacienții vor descoperi faptul că oamenii au trupuri extrem de diverse și că atractivitatea nu este direct proporțională cu suplețea.
  - Să examineze cu atenție corpul altor persoane. Obiectivul urmărit este acela de a demonstra observația conform căreia „*ceea ce vedem depinde (într-o oarecare măsură) de modul în care privim.*” Pentru

aceasta, pacientul poate intra într-un vestiar (de exemplu, la sala de sport ori la piscină), apoi să aleagă din preajma sa o persoană având aproximativ aceeași vârstă și o înfățișare destul de atrăgătoare, iar apoi (pe neobservate) să-i examineze corpul, focalizându-se în mod exclusiv asupra acelor părți în legătură cu care pacientul este cel mai sensibil. Cu cât examinarea este mai îndelungată, cu atât mai bine. Pacientul va descoperi că până și persoanele atractive au defecte, fie că este vorba despre „celulită” pe coapse ori pe fese, despre un abdomen proeminent sau despre zone cu țesut adipos, lipsit de fermitate.

5. *Analizați implicațiile judecăților biasate ale pacientului*, verificând validitatea perspectivelor asupra propriei înfățișări în relație cu ceilalți. Obiectivul urmărit este acela de a-i determina pe pacienți să înțeleagă în timp real faptul că modul în care abordează comparația este unul defectuos și că acesta generează informații înșelătoare despre înfățișarea altor persoane în raport cu propria înfățișare.

6. *Discutați despre faptul că pacienții se compară cu alte persoane limitându-se la un singur domeniu (al înfățișării)*, în loc să ia în considerare personalitatea, inteligența, abilitățile etc. Ar fi util să discutați cu pacientul și să încercați să aflați care sunt motivele pentru care neglijează aceste calități; puteți face acest lucru în cadrul analizei originilor supraevaluării (pagina 160). Recomandăm, de asemenea, clarificarea distincției dintre înfățișare și atractivitate (vezi pagina 222).

7. *Investigați care sunt consecințele demersului comparativ al pacientului*. De exemplu, consideră că este o modalitate utilă de a-și folosi timpul și că îl ajută în încercarea de a învinge tulburarea de comportament alimentară? De asemenea, trebuie evidențiat faptul că petrecerea unei perioade însemnate de timp examinând siluetele altora (fie pe viu, fie prin mijloacele de comunicare) va menține preocuparea pacientului legată de siluetă și de greutate. În plus, încurajează marginalizarea altor aspecte ale vieții. Unele forme ale acestui comportament ar trebui stopate cu totul (de exemplu, navigarea pe site-uri care încurajează anorexia) sau întrerupte deocamdată (de exemplu, achiziționarea revistelor de modă, vizionarea canalelor de televiziune cu prezentări de modă).

8. *Schimbarea comportamentului orientat către comparația cu ceilalți*. Obiectivul nostru este acela de a-i diminua frecvența, de a întări capacitatea pacientului de a recunoaște în timp real orice biasare inerentă și de a lărgi orizontul atenției pacientului, astfel încât, atunci când privește alte persoane, să nu-și focalizeze atenția exclusiv asupra siluetei acestora, ci să observe și trăsături neutre (de exemplu, părul și pantofii persoanei respective), precum și alte caracteristici (de exemplu, comportamentul, simțul umorului). Scopul următor este acela de a-l determina pe pacient să realizeze cât de mare este diversitatea siluetei celorlalți.

În general, intervenția în cazul comparațiilor cu ceilalți este una directă. Ne putem confrunta cu o complicație, în cazul în care pacienții își compară silueta cu cea a terapeutului. Lucrul acesta nu se întâmplă dacă pacientul este mai în vârstă ori de genul opus, dar se poate întâmpla atunci când pacientul și terapeutul sunt de același gen și au vârste apropiate. Comparația aceasta nu ne

este menționată în general, dar se poate observa după modul în care pacientul își privește terapeutul. Uneori aceștia ne spun în mod direct. De exemplu, o pacientă i-a spus uneia dintre kolegele noastre: „*Nu se cade să-mi spuneți mie să mă îngrăș, când chiar dumneavoastră sunteți subponderală.*” După ce a cumpănit cu atenție, terapeuta s-a decis să-i dezvăluie pacientei IMC-ul ei, care era aproximativ 22, în vreme ce pacienta crezuse că era sub 18 (a se vedea la pagina 48 - o discuție despre silueta terapeuților).

### **Cum să abordăm evitarea expunerii corporale**

Evitarea expunerii corporale poate constitui un deficit deosebit de important. La fel ca și în cazul menținerii insatisfacției legate de siluetă (pe baza presupunerilor neverificate), ea poate avea ca rezultat incapacitatea pacienților de a socializa ori de a întreține relații intime cu partenerul, de a merge la înot, de a folosi vestiarele comune ori de a-și cumpăra haine noi.

„Expunerea” în sens tehnic și literal este strategia necesară în acest caz. Pacienții trebuie să se obișnuiască cu imaginea și percepția propriului corp și să învețe să formuleze comparații corecte cu ceilalți. Trebuie să ajungă să se obișnuiască și cu expunerea propriului corp în fața altora. Trebuie să înceteze să se îmbrace și să se dezbrace pe întuneric, va trebui să poată folosi oglinda (conform îndrumărilor de mai sus) și trebuie să renunțe la hainele largi, lipsite de formă. Poate să fie utilă și participarea la activități care impun un anumit grad de expunere corporală, de exemplu, înotul. Sunt recomandabile și alte activități care impun percepția și acceptarea propriului corp, cum ar fi aplicarea unei loțiuni de corp (vezi vinieta următoare, o pacientă a denumit-o „atingere pozitivă”), o sedință de masaj sau de yoga.

---

### **Vinieta**

Una dintre pacientele noastre nu suporta să atingă ori să privească nici o parte a propriului corp. Comportamentul său de evitare era atât de extrem, încât nu putea nici măcar să se spele cum trebuie.

Terapeutul și pacienta au decis ca aceasta să inițieze o intervenție în mod treptat, începând cu spălarea unei zone a corpului pe care o simțea „suportabilă”. La început, a reușit să spele zona respectivă doar cu ajutorul unui burete. Treptat, a ajuns să-și spele întregul corp cu buretele. Apoi a fost încurajată să-și folosească mâinile. Atunci când a simțit că poate să-și spele tot corpul, a trecut la aplicarea unei loțiuni de corp „în mod conștient”, rostind cu voce tare numele fiecărei părți a corpului și privind-o. După câteva luni, pacienta a ajuns să se simtă mai confortabil atunci când își atinge sau își privea corpul. Până la urmă și-a dat seama că nu era deloc așa cum își imaginase.

---

În funcție de amploarea problemei, abordarea evitării corporale se poate desfășura pe parcursul mai multor ședințe succesive. Datorită faptului că există riscul ca pacienții să treacă la controlul repetat al siluetei, ei au nevoie de ajutor pentru a stabili unele limite și niveluri ale controlului siluetei.

## CUM SĂ ABORDĂM „SENZAȚIA DE A FI GRAS”

Această percepție este relatată de numeroase femei, dar intensitatea și frecvența sa este mult mai ridicată în rândul persoanelor cu tulburări de comportament alimentar. Faptul că pacientul „se simte gras” reprezintă o țință importantă pentru tratament, deoarece percepția tinde să fie echivalată cu „a fi gras”, indiferent de silueta ori de greutatea reală a acestuia. De aceea, percepția de sine ca fiind gras nu este doar expresia unei preocupări exagerate privind silueta și greutatea, ci și factorul care menține această preocupare. Este important să subliniem că unele persoane cu obezitate trăiesc această experiență, dar multe dintre ele nu, în ciuda faptului că sunt nemulțumite în legătură cu silueta lor (a se vedea Cooper, Fairburn și Hawker [2003] pentru informații detaliate privind intervențiile în cazul preocupărilor legate de siluetă pentru persoanele cu obezitate). Indiferent care este IMC-ul pacientului, trebuie să intervenim în cazul în care percepția potrivit căreia ar fi gras este o trăsătură pregnantă.

Există puține studii dedicate acestei percepții; într-adevăr, s-a scris extrem de puțin despre acest lucru. Este important de menționat faptul că experiența aceasta fluctuează în intensitate de la o zi la alta și chiar pe parcursul unei singure zile. Aceasta este o trăsătură mai rar întâlnită între elementele psihopatologiei de bază (inclusiv insatisfacția corporală), care în general sunt relativ stabile, cum este cazul greutății corporale și al „grăsimei” reale. Considerăm că în cazul pacienților cu tulburări de comportament alimentar, percepția că ar fi grași este deseori rezultatul etichetării greșite a unor emoții și a unor experiențe corporale.

În general, se recomandă ca intervenția în privința percepției pacientului că ar fi gras să înceapă după ce s-au inițiat intervențiile pentru controlul siluetei și pentru evitarea corporală, dar aceasta nu este în mod invariabil strategia corectă. Dacă pentru unii pacienți percepția

**Faptul că pacientul „se simte gras” reprezintă o țință importantă pentru tratament, deoarece percepția tinde să fie echivalată cu „a fi gras”.**

**În cazul pacienților cu tulburări de comportament alimentar, percepția că ar fi grași este deseori rezultatul etichetării greșite a unor emoții și a unor experiențe corporale.**

aceasta este deosebit de pregnantă ori de stresantă, terapeutul va trebui să inverseze ordinea și să o abordeze la început.

Intervenția se realizează în șase etape:

1. *Clarificați dacă pacienții se simt grași uneori* (explicând că nu este vorba despre faptul că ar fi convinși în mod obiectiv că *sunt* grași, ci dacă *se simt* grași) și întrebați-i dacă aceasta reprezintă pentru ei o problemă. În mod aproape invariabil, ei relatează că reprezintă o problemă. Explicați-le că ar fi util să aflați mai multe detalii referitoare la percepția că ar fi grași. Pentru a le stârni curiozitatea, puteți sublinia faptul că termenul folosit este „a se simți” gras, deși în mod evident „gras” nu este o emoție.

2. *Educați pacienții în legătură cu percepția că ar fi grași.* Trebuie evidențiat faptul că experiența aceasta poate masca alte sentimente ori senzații apărute simultan și că este important să nu echivaleze „a se simți gras” cu „a fi gras” (adică forma corpului individului), deoarece avem de-a face cu două lucruri complet diferite. Chiar și oamenii slabi se pot simți grași, în vreme ce numeroase persoane care sunt cu adevărat supraponderale nu se simt grase – deși se întâmplă să spună chiar ele că sunt „grase” și că sunt nemulțumite de propria greutate (adică, la acestea, senzația că ar fi grase nu este fluctuantă). Trebuie să întrebați pacienții dacă există situații specifice în care aceste sentimente sunt mai intense și altele când sunt mai puțin atenți la senzația că ar fi grași. Dacă este așa (și probabil că este), terapeutul va evidenția faptul că senzațiile acestea fluctuează de la o zi la alta și chiar pe parcursul unei singure zile, dar silueta nu se modifică aproape deloc într-un interval de timp atât de scurt. (Ar fi util să folosiți o diagramă simplă, pentru a ilustra această observație; a se vedea Figura 8.5). Prin urmare, trebuie să existe alți factori responsabili pentru fluctuațiile senzațiilor legate de grăsime.

3. *Rugați-i pe pacienți să monitorizeze când au cele mai puternice sentimente legate de faptul că ar fi grași.* Dacă îi rugați să monitorizeze fiecare situație în care se simt grași, nu veți obține rezultate relevante, deoarece sentimentul acesta este mereu prezent în fundal. Monitorizarea sentimentelor mai intense privind grăsimea se poate realiza ca parte a procesului normal de monitorizare și în acest scop se poate folosi coloana din dreapta a fișei de monitorizare. Atunci când pacienții notează că au senzația că sunt grași, ei vor trebui să se gândească și să noteze ce altceva simt în momentul respectiv. Îndemnați-i să-și adreseze întrebări de felul acesta: „Cum mă simt din punct de vedere mental și fizic? S-a întâmplat acum ceva ce ar fi putut să declanșeze acest sentiment?”

4. *În ședința următoare, analizați fiecare situație în care pacientul s-a simțit gras, observând contextul apariției sentimentului, precum și prezența posibilă a unor sentimente sau senzații mascate.* În săptămânile următoare, pacienții trebuie să noteze mai detaliat contextul în care apar senzațiile că ar fi grași, pentru a spori abilitatea lor de a identifica sentimentele mascate și factorii lor declanșatori.

Până la ședința următoare, trebuie să se știe cu precizie dacă ele sunt declanșate de:

- i. apariția unor stări emoționale negative sau
- ii. forme de comportament ori de senzații fizice care sporesc atenția asupra propriului corp.

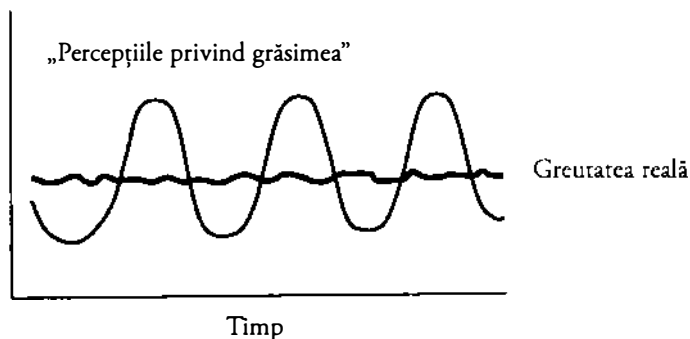


**FIGURA 8.5.** Diagramă schematică ilustrând „percepțiile privind grăsimea” fluctuante

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press. Figura aceasta este disponibilă online la <http://ascred.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.

Exemple de acest tip de stimuli pot fi:

- Pacientul se simte plictisit, deprimat, singur sau mahmur.
- Își controlează silueta și o compară cu a altor persoane.
- Se simte prea sătul, balonat, îi este cald ori transpiră; simte că burta i se revarsă peste pantaloni, că îi atârână carnea în exces ori că i se ating coapsele și se freacă una de cealaltă; are senzația că hainele sunt prea strâmte.

Observați faptul că acestea sunt senzații corporale normale care se amplifică în anumite situații.

5. *În consecință, pacienții trebuie să exerseze următoarele:*

- i. Să identifice momentele în care simt în mod intens că sunt grași.
- ii. Să-și pună întrebarea „*Ce simt cu adevărat în acest moment și de ce?*” În felul acesta, ei pot identifica factorii declanșatori obișnuiți și pot să-i noteze în fișa de automonitorizare.
- iii. Să intervină pentru contracararea factorilor declanșatori, folosind metoda rezolvării de probleme descrisă în Capitolul 10.

### **Vinieta**

O pacientă se simțea grasă dacă avea senzația de sațietate atunci când mânca în oraș cu prietenii. A reieșit că ea se gândea la faptul că, după masă, abdomenul îi era atât de umflat, încât era vizibil și pentru ceilalți. Terapeutul i-a sugerat să încerce să-și bombeze în mod intenționat abdomenul și apoi să-și întrebe prietenii dacă au observat ceva neobișnuit. S-a dovedit că nu au observat absolut nimic.

6. În ceea ce privește senzațiile corporale, terapeuții trebuie să-i ajute pe pacienți să înțeleagă faptul că problema cu care se confruntă rezidă în interpretarea negativă pe care ei înșiși o dau senzațiilor respective, mai degrabă decât în senzații ca atare. Vă recomandăm să-i rugați pe pacienți să înregistreze în timp real prezența acestor senzații și să încerce să le eticheteze în mod corect (a se vedea, de asemenea, „Senzația de sațietate”, pagina 119).

---

### Vinieta

O pacientă a relatat că s-a simțit grasă și profund dezgustată de sine în timpul unei călătorii cu metroul în Londra. Terapeutul și pacienta au ajuns la concluzia că aceasta s-a datorat fie faptului că și-a simțit corpul atârând lipsit de tonus în timpul mișcării, fie faptului că i-a fost foarte cald. Pacienta a fost rugată să monitorizeze în continuare senzațiile similare și circumstanțele în care apar. Până la urmă, a reieșit că acestea apăreau când pacientei îi era foarte cald. Când era vreme caldă, ea devenea și mai atentă la propriul corp și această atenție mai intensă o determina să se simtă grasă. S-a convenit că era important ca pacienta să identifice în mod corect factorii declanșatori ai senzației că este grasă și că nu trebuie să considere senzația respectivă ca fiind un indiciu al faptului că este grasă, ci mai degrabă al faptului că îi este prea cald. Această reinterpretare a experienței s-a dovedit hotărâtoare pentru progresul tratamentului.

Intervenția în cazurile în care pacienții „se simt grași” durează deseori mai multe săptămâni succesive și, odată începută, ea trebuie să revină mereu pe agenda ședințelor. În general, frecvența și intensitatea cu care pacienții „se simt grași” se diminuează în mod progresiv, iar „relația” pacienților cu această experiență se schimbă, astfel încât ea nu mai este echivalată cu convingerea că sunt într-adevăr grași. Modificarea aceasta este importantă, deoarece „percepția că ar fi gras” și-a pierdut semnificația pentru pacient și, drept rezultat, nu mai contribuie la menținerea preocupărilor sale privind silueta.

---

### Vinieta

Iată mai jos un citat din descrierea unei paciente privind schimbarea intervenită în „relația” sa cu faptul că se simțea grasă:

*„A fost ca și cum aș fi observat dintr-o dată absurditatea și ridicolul întregii situații. Gândurile nu au dispărut cu totul, dar acum pur și simplu nu le mai dau curs. Parcă am început să mă văd așa cum sunt cu adevărat; și nu sunt grasă. Este ca și cum grăsimea s-ar fi evaporat dintr-o dată, iar acum râd când apar momente în care mă simt grasă și nu mă mai simt așa. Ceva s-a schimbat cu adevărat.”*

---



## EFECTE ALE ACESTOR INTERVENȚII ȘI ALE ALTOR INTERVENȚII COGNITIV-COMPORTAMENTALE

Acest set complex de strategii și proceduri conexe și complementare urmărește erodarea progresivă a principalelor expresii ale supraevaluării siluetei (controlul siluetei, evitarea expunerii siluetei și senzația pacientului că ar fi gras) și a greutății (verificarea greutății și evitarea controlului greutății). Îndepărtarea efectului lor potențator asupra psihopatologiei de bază (căile de feedback reprezentate în figura 8.3) are la rândul său un impact gradual dar profund asupra psihopatologiei de bază, un efect care se perpetuează chiar și după încheierea tratamentului. Efectul acesta este amplificat de creșterea importanței acordate altor domenii ale vieții, de abordarea restricțiilor dietetice și a consumului alimentar restrâns (a se vedea Capitolele 9 și, respectiv, 11) și prin abordarea modificărilor de comportament alimentar generate de evenimente exterioare (a se vedea Capitolul 10).

Este foarte important ca terapeuții să ia în considerare faptul că este nevoie de o perioadă îndelungată pentru ca efectele acestor intervenții să se manifeste în întregime. În cadrul studiilor pe care le întreprindem, noi urmărim evoluția pacienților în timp și în felul acesta am observat că supraevaluarea siluetei și a greutății se diminuează încet dar progresiv pe parcursul a 6-9 luni după încheierea tratamentului, câtă vreme pacienții continuă „Să facă ceea ce trebuie”, adică să se comporte după coordonatele stabilite în timpul terapiei (și specificate în planul lor de menținere; a se vedea Capitolul 12). Este ca și cum mintea ar avea nevoie de un anumit timp pentru a prinde din urmă schimbarea de comportament a pacientului și pentru a se adapta la implicațiile acesteia. Terapeuții le pot spune pacienților *„Dacă veți continua să faceți ceea ce trebuie, gândirea dumneavoastră va ajunge încet-încet să urmeze același drum.”*

**Este foarte important ca terapeuții să ia în considerare faptul că este nevoie de o perioadă îndelungată pentru ca efectele acestor intervenții să se manifeste în întregime.**

Așa cum se obișnuiește în TCC-O, demersul nostru cuprinde și intervenții cognitive-comportamentale generice (cum ar fi abordarea biasărilor cognitive pregnante). Mai târziu, în Etapa a treia, sunt introduse alte două strategii suplimentare:

1. Investigarea originilor supraevaluării
2. Învățarea controlului asupra tiparului mental aflat la baza tulburării de comportament alimentar.

## INVESTIGAREA ORIGINILOR SUPRAEVALUĂRII

Este bine ca spre sfârșitul perioadei de tratament să încercați să investigați originile sensibilității pacientului față de siluetă, greutate și alimentație. În felul acesta veți putea înțelege cum s-a dezvoltat și cum a evoluat tulburarea de comportament alimentar. În plus, investigația poate să evidențieze modul în care

sensibilitatea respectivă se poate să fi avut la început o funcție utilă și faptul că acum nu se mai întâmplă acest lucru.

Pentru a ajuta pacienții să-și analizeze trecutul („analiza istoriei de viață” în TCC-O), trebuie să-i rugați să aibă în vedere patru perioade din viața lor:

1. înainte de instalarea tulburării de comportament alimentar (care poate fi definită ca fiind acea perioadă a vieții anterioară cu 12 luni declanșării încercărilor susținute de restricționare a alimentației ori a apariției episoadelor regulate de binge eating sau de purgații);
2. cele 12 luni imediat premergătoare debutului tulburării;
3. cele 12 luni ulterioare debutului tulburării;
4. perioada scursă de atunci.

Pentru fiecare perioadă menționată, pacienții trebuie să se gândească dacă au existat anumite momente ori situații care să-i determine să fie mai sensibili în ceea ce privește silueta, greutatea ori alimentația sau care să le fi întărit preocupările deja existente legate de acestea. Toate vor fi trecute apoi într-un tabel reprezentând aspectele de viață reprezentative pentru fiecare perioadă (a se vedea figura 8.6). În felul acesta se pot construi ipoteze privind motivele apariției tulburării de comportament alimentar și ale evoluției sale ulterioare. În mod obișnuit, evenimentele din prima perioadă sunt de tipul celor care pot spori importanța acordată siluetei, greutatei și alimentației, în vreme ce evenimentele din perioada a doua (cele 12 luni premergătoare debutului) sunt factori declanșatori potențiali fără o natură specifică. Deseori, pacientul a trecut prin experiențe nefericite ori a întâmpinat dificultăți în încercarea de a se adapta unei situații noi (de exemplu, mutarea în alt oraș, schimbarea școlii, separarea părinților ori moartea unui părinte). Cea de-a treia perioadă, dacă s-a caracterizat prin instituirea unui regim alimentar, este deseori descrisă în termeni pozitivi și pacientul o menționează în mod frecvent evidențiind faptul că atunci a simțit că „deține controlul.” Perioada a patra este în general perioada în care tulburarea de comportament alimentar a ajuns să se autoperpetueze, iar procesele conturate în formularea pacientului au început să funcționeze. Din acest punct, tulburarea de comportament alimentar a devenit mai mult sau mai puțin autonomă.

Foarte rar, se întâmplă să identificăm evenimente specifice care par să fi jucat un rol hotărâtor în sensibilizarea pacienților. De obicei, este vorba despre situații în care pacienții au fost umiliți în legătură cu înfățișarea lor. În aceste situații, terapeutul trebuie să ajute pacientul să reevalueze evenimentul critic din perspectiva momentului prezent.

Această analiză a trecutului trebuie realizată cu precizie și sub îndrumarea terapeutului. Este preferabil ca ea să se desfășoare în cadrul ședinței de terapie, reprezentând un aspect important pe agenda acesteia și trebuie să fie urmată de o analiză detaliată în ședința ulterioară. În intervalul dintre cele două ședințe, pacienții trebuie rugați să mediteze asupra celor discutate.

De bună seamă, ar fi naiv din partea noastră să presupunem că factorii și procesele identificate în analiza istoricului au operat exact așa cum s-a specificat ori că acestea ar oferi întreaga explicație pentru tulburarea de comportament

| Perioada                                                                                  | Evenimente și situații (care se poate să mă fi sensibilizat în privința siluetei, a greutateii și a alimentației mele)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Înainte de debutul tulburării de comportament alimentar (până la vârsta de 16 ani)</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mama a fost foarte îngrijorată în privința alimentației pe toată durata copilăriei mele.</li> <li>• Am fost puțin supraponderală în jurul vârstei de 9 ani.</li> <li>• Întotdeauna am fost mai înaltă de statură și puțin stângace (mă simțeam „prea mare”).</li> <li>• O prietenă a devenit anorectică; m-am simțit puțin invidioasă.</li> </ul>                                                                                                   |
| <i>Cele 12 luni dinainte de debutul tulburării (când aveam 16 ani)</i>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• M-am mutat în alt oraș și într-o altă casă.</li> <li>• Am schimbat școala.</li> <li>• Eram nefericită; nu aveam niciun prieten.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Cele 12 luni după debutul tulburării (când aveam 17 ani)</i>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Am început să-mi reduc consumul alimentar.</li> <li>• Mă simțeam bine, aveam sentimentul că dețin controlul.</li> <li>• Mă certam frecvent cu mama.</li> <li>• Am pierdut rapid din greutate pentru o vreme.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                             |
| <i>De atunci până în prezent (17-26)</i>                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Am început vărsăturile (18).</li> <li>• Au început episoadele de binge eating (18/19).</li> <li>• Am început facultatea (19).</li> <li>• M-am îngrășat din nou (19); am pierdut controlul asupra alimentației; groaznic.</li> <li>• Tulburarea de comportament alimentar exact așa cum este acum (de la 20 de ani până în prezent).</li> <li>• Am renunțat la facultate (23).</li> <li>• Merg la psihoterapie și iau antidepresive (24).</li> </ul> |

FIGURA 8.6. Tabel cu evenimente de viață (pacientul A)

alimentar. În orice caz, analiza evenimentelor din trecut este benefică pentru pacienți, mai cu seamă în stadiile avansate ale tratamentului, atunci când ei pot observa cum problema lor începe să dispară. Aceasta îi ajută să se detașeze de ea și mai mult, tinde să le sporească înțelegerea proceselor active încă la momentul respectiv și are o importantă funcție de „depatologizare”.

## CUM PUTEM ÎNVĂȚA PACIENȚII SĂ CONTROLEZE TIPARUL MENTAL RESPONSABIL PENTRU TULBURAREA DE COMPORTAMENT ALIMENTAR

Tratamentele psihologice au sarcina de a schimba „tiparul mental” care este declanșat în mod automat de anumite situații specifice și de a le oferi astfel indivizilor înșiși o capacitate mai mare de a controla declanșarea sau oprirea diferitelor gânduri. (Teasdale, 1997, pag. 91).

Psihopatologia de bază a tulburărilor de comportament alimentar poate fi privită ca un „set mental” ori un tipar mental care are efecte multiple. De exemplu:

- Determină pacienții să filtreze stimulii interni și externi într-un mod aparte (de exemplu, observând preferențial persoanele slabe,

interpretând faptul că hainele sunt strâmte ca fiind o dovadă a faptului că ar fi grași).

- Are ca rezultat formele caracteristice de comportament identificate în cazul persoanelor suferind de o tulburare de comportament alimentar (de exemplu, reducere strictă și rigidă a consumului alimentar, provocarea vărsăturilor, folosire abuzivă a laxativelor și a diureticelor, exerciții fizice autoimpuse).
- Are ca rezultat etichetarea greșită a diverselor experiențe fizice și emoționale prin „mă simt gras”.

**Psihopatologia de bază a tulburărilor de comportament alimentar poate fi privită ca un „set mental” ori un tipar mental.**

Aceste consecințe ale tiparului mental tipic tulburării de comportament alimentar tind să o întărească prin mecanismele descrise în formularea transdiagnostică cognitiv-comportamentală complexă (a se vedea figura 5.1, pagina 81) și în varianta sa extinsă (a se vedea figura 8.3, pagina 140). Drept urmare, tiparul mental ajunge să se fixeze. Se pare că în depresie se petrec procese similare:

În mod normal, tiparele mentale specifice se modifică de-a lungul timpului, cele vechi fiind înlocuite cu altele noi, în funcție de schimbările cu care se confruntă individul. În cazul tulburărilor de dispoziție afectivă, cum ar fi depresia, se întâmplă exact invers. Pacienții se blochează parcă într-un singur tipar mental, astfel încât gândirea lor pare să fie dominată de un număr limitat de teme recurente. (Teasdale, 1997, p. 101)

Strategiile cognitiv-comportamentale folosite în TCC-O sunt concepute cu scopul de a interveni asupra trăsăturilor fundamentale ale tulburării de comportament alimentar și asupra proceselor care le mențin. Drept rezultat, mecanismele care au păstrat neschimbat tiparul mental tipic tulburării de comportament alimentar încep să se erodeze în mod treptat. Aceasta are ca efect permiterea altor tipare mintale, mai sănătoase și mai adecvate din punct de vedere situațional, să apară în locul celor vechi. La început, aceasta se întâmplă doar în mod tranzitoriu, dar pe măsură ce mecanismele de menținere a tulburării se erodează tot mai mult, se va întâmpla din ce în ce mai frecvent. În cazul pacienților care progresează bine, asemenea modificări ale tiparelor mentale se pot observa în ultima treime a perioadei de tratament. Deseori pacienții ne relatează despre apariția primelor semne în mod spontan. De exemplu, pacienții descriu (uneori cu surprindere) faptul că într-o anumită zi nu au fost preocupați de mâncare și de alimentație, că au reușit să mănânce fără probleme, că au putut să vizioneze liniștiți un film fără să se mai îngrijoreze în legătură cu ceea ce au mâncat, ori că au ieșit în oraș fără să-și mai facă probleme legate de propria înfățișare. Relatările de felul acesta dovedesc faptul că vechiul tipar mental începe să fie îndepărtat.

În această etapă a terapiei pacienții trebuie să învețe despre tiparele mentale și despre modul în care acestea pot fi controlate. Am observat că atunci când introducem acest subiect în conversația cu pacientul este foarte utilă comparația pe care o facem între mintea umană și un DVD player:

*„Gândiți-vă că mintea dumneavoastră este asemenea unui DVD player care poate citi o multitudine de discuri. Ea poate citi „Muncă” și atunci când puneți discul respectiv, tiparul dumneavoastră mental va fi setat pentru muncă. Veți vedea lumea din acea perspectivă și vă veți gândi în primul rând la aspecte legate de muncă. Sigur, aveți și alte DVD-uri... cu toții avem. Aveți unul intitulat „Prietenii” pentru situațiile în care sunteți împreună cu prietenii și atunci mintea dumneavoastră va procesa informațiile cu totul altfel. Aveți și un DVD intitulat „Părinți”, care va fi folosit atunci când sunteți împreună cu părinții și care din nou vă va determina să gândiți și să vă comportați altfel. Cu toții avem o gamă întreagă de DVD-uri potrivite pentru diverse ocazii, iar lucrul acesta este absolut normal.*

*Problema cu care se confruntă persoanele cu o tulburare de comportament alimentar este aceea că ele au și un DVD cu „tulburarea de comportament alimentar” și că acesta, spre deosebire de celelalte, după ce s-a dezvoltat suficient, tinde să se blocheze, astfel încât el merge mereu și repetă același lucru, indiferent de circumstanțe. În consecință, oriunde vă aflați, vă trec prin minte gânduri legate de tulburarea de comportament alimentar și vă angajați într-un comportament tipic tulburării de comportament alimentar (de exemplu, controlul siluetei, evitarea consumului de alimente). Cu puțin efort, veți reuși să determinați tiparul mental corect (ori DVD-ul) să-și reia locul pentru a răspunde în mod adecvat situației respective (de exemplu, DVD-ul cu „Muncă” atunci când încercați să munciți), dar cel cu tulburarea de comportament alimentar va apărea din nou, încercând mereu să-l înlocuiască. Credeți că seamănă descrierea aceasta în vreun fel cu ceea ce vi se întâmplă dumneavoastră?”*

Majoritatea pacienților găsesc explicația aceasta extrem de grăitoare și adecvată experienței lor. Lucrul acesta se întâmplă în special în ultimele etape ale tratamentului, când tiparul mental specific tulburării de comportament și-a mai pierdut din fermitate și poate fi înlocuit în unele situații. Posibilitatea aceasta poate fi formulată în felul următor:

*„În etapele ulterioare ale terapiei, după ce elementele principale care au întreținut tulburarea de comportament alimentar au fost întrerupte, majoritatea pacienților observă că uneori nu mai „pornesc” DVD-ul tulburării de comportament alimentar..., că se pot concentra asupra altor lucruri, că nu mai au gândurile și preocupările specifice tulburării, că (pentru un răstimp) nici nu mai au acele comportamente tipice. Vi se întâmplă și dumneavoastră aceste lucruri?”*

O altă modalitate mai ușoară de a aborda acest subiect este aceea prin care vă folosiți de exemplul unei dificultăți cu care s-a confruntat recent pacientul. De exemplu, poate a avut un episod de binge eating după o pauză de câteva săptămâni fără evenimente de felul acesta. În mod tipic, episodul de binge eating a activat tiparul mental al tulburării de comportament alimentar, redându-i locul central. De fapt, este posibil ca DVD-ul să fi fost activat cu o zi sau două înainte de episodul respectiv (poate în urma unui eveniment negativ legat de silueta pacientului), pacientul reluându-și regimul alimentar restrictiv rigid și devenind în felul acesta vulnerabil la binge eating. Pacienții observă obstacolele de felul acesta și identifică diferențele între perioada anterioară confruntării cu ele, atunci când DVD-ul tulburării de comportament alimentar nu era pornit, și starea lor în momentul confruntării, pe care deseori o resimt ca pe o „întoarcere la locul de unde am plecat”. În momentele de felul acesta, DVD-ul lor va „merge” exact la fel ca înainte de începerea terapiei.

După ce a introdus subiectul tiparelor mentale, terapeutul trebuie să explice pacienților că, în momentul de față, tiparul mental al tulburării de comportament alimentar (DVD-ul) nu mai este blocat de mecanismele de menținere a tulburării, și că ei vor fi în stare să decidă dacă îl vor porni sau nu. Cu alte cuvinte, ei pot învăța:

1. Să identifice stimulii care pot reactiva tiparul mental (DVD-ul) al tulburării de comportament alimentar;
2. Să recunoască primele semne care arată faptul că tiparul tulburării lor de comportament alimentar revine (adică să recunoască prima „piesă” de pe DVD-ul tulburării de comportament alimentar);
3. Să înlocuiască tiparul mental (adică să apese butonul „eject”).

Pacienții nu pot face aceste lucruri la începutul tratamentului, deoarece în momentele acelea tiparul mental al tulburării de comportament alimentar este fixat cu fermitate și ei nu cunosc o altă stare cu care ar putea să-l compare.

### **Identificarea stimulilor care pun tiparul mental la locul cuvenit**

În primă fază, când pacienții abia au început să aibă perioade în care DVD-ul tulburării de comportament alimentar nu este „pus în funcțiune”, ei sunt vulnerabili la diverși stimuli care îl pot porni din nou. Stimulii pot fi:

- Evenimente legate de siluetă sau de greutate (mai cu seamă evenimentele negative)
  - de exemplu, creșterea sau scăderea în greutate; „îngrășarea” aparentă (de exemplu, o percepție datorată senzației că hainele ar fi prea strâmte ori ca urmare a verificării siluetei în oglindă); faptul că pacientul se simte gras; comentarii critice ale altora;
- Evenimente aversive legate de consumul alimentar
  - de exemplu, încălcarea unei reguli de conduită alimentară (de exemplu, consumarea unui aliment evitat, depășirea limitei

stabilite pentru calorii), episoade de binge eating, senzația de sațietate;

- Alte evenimente negative importante pentru propria persoană
  - evenimentele negative în general, mai ales acelea care amenință stima de sine;
- Stări afective negative persistente
  - acestea pot fi secundare situațiilor aversive ori pot fi expresia unei depresii clinice.

Această predispoziție a tiparului mental al tulburării de comportament alimentar de a se reactiva trebuie discutată împreună cu pacienții. Ei trebuie asigurați de faptul că tiparul lor mental va putea fi declanșat din ce în ce mai greu, pe măsură ce el este „activat” mai rar (adică, DVD-ul tulburării de comportament alimentar va coborî cu câteva nivele mai jos în raftul lor cu DVD-uri și va deveni mai puțin accesibil), dar deocamdată ei sunt expuși riscului. De aceea, le-ar prinde bine să învețe ce tipuri de stimuli pot servi ca factori declanșatori și să se ferească de ei în timp real. Această conștientizare clar direcționată poate fi suficientă pentru a-i feri de influența stimulilor vizați, deși pot primi și ajutorul dumneavoastră pentru a-i contracara (de exemplu, puteți ajuta pacienții să reinterpreteze senzația că se simt grași ori că simt că au mâncat prea mult).

## **Recunoașterea reinstalării tiparului mental**

Oricât de bine ar identifica pacientul potențialii declanșatori ai setului mental al tulburării sale de comportament alimentar, vor apărea în mod invariabil situații în care acesta va reveni. Când se întâmplă acest lucru, tulburarea de comportament alimentar se activează și pacientul începe să aibă senzații și gânduri tipice tulburării de comportament alimentar și începe să se angajeze în comportamente specifice tulburării. După o zi sau două, mecanismele de menținere a tulburării de comportament alimentar vor începe să fixeze din nou tiparul mental și cu timpul, pacientului fiindu-i din ce în ce mai greu să-l îndepărteze.

De aceea, pacienții trebuie să învețe să observe apariția tiparului mental al tulburării de comportament alimentar și, cu cât vor observa acest lucru mai devreme, cu atât mai ușor le va fi să îl înlocuiască. De fapt, ei trebuie să recunoască ceea ce apare pe „monitor” atunci când pornesc DVD-ul tulburării de comportament alimentar. În cazul unor tulburări cum ar fi depresia, acest lucru este dificil, deoarece schimbările inițiale nu se observă cu ușurință. Pentru tulburările de comportament alimentar, situația este complet diferită, deoarece comportamentul acestor pacienți se schimbă rapid și în modalități distincte, ușor de identificat.

Terapeutul este cel care trebuie să ajute pacienții să identifice aceste schimbări timpurii (așa-numita „semnătură a recidivei”) și să recunoască faptul că aceste schimbări sunt avertismente anunțând revenirea tiparelor mentale ale

tulburării de comportament alimentar. O modalitate eficientă de a realiza acest lucru este trecerea în revistă a detaliilor unei recidive recente.

---

### ***Vinietă***

O pacientă a relatat reapariția episoadelor de binge eating după o pauză de câteva săptămâni. Terapeutul a analizat în mod amănunțit contextul în care s-a petrecut acest lucru. În urma analizei a reieșit că, în dimineața anterioară recidivei, pacienta a avut o conversație îndelungată despre siluetă cu o prietenă mai veche. După conversație, ea a mâncat o porție foarte mică la prânz, a petrecut de două ori mai mult timp la sala de sport și s-a angajat în unele forme vechi de comportament de control al siluetei în vreme ce se afla încă acolo. Nu a mâncat gustarea de după-amiază, a mâncat alimente dietetice la cină și nu a mâncat nimic la ora gustării de seară. Drept rezultat, ea a fost predispusă la binge eating în ziua următoare.

Reluând cu atenție cursul acestor evenimente, terapeutul și pacienta au decis că viitoarele semne timpurii de avertisment ar putea fi o schimbare a alimentelor consumate, omiterea gustărilor, intensificarea exercițiilor fizice și reluarea vechilor forme de control al siluetei.

---

### **Îndepărtarea tiparului mental al tulburării de comportament alimentar**

După cum am menționat mai sus, îndepărtarea tiparului mental al tulburării de comportament alimentar se face în mod direct și se realizează de îndată ce acesta a fost activat, dar procesul acesta devine din ce în ce mai dificil, pe măsură ce mai multe mecanisme de menținere încep să opereze și să-l fixeze. În principiu, pacientul trebuie să facă două lucruri:

1. „*Să facă ceea ce este corect*” (în general, opusul comportamentului indus de tiparul mental al tulburării de comportament).
2. Să se angajeze în activități interpersonale care să-i distragă atenția.

„*Să facă ceea ce este corect*” se referă la respectarea celor învățate în terapie despre combaterea tulburării de comportament alimentar. În cazul pacientei descrise în vinietă, dacă ea ar fi recunoscut tiparul mental al tulburării de comportament alimentar în vreme ce se afla în sala de sport (la momentul acela ea schimbase deja alimentele consumate, revenise la comportamentele vechi de control al siluetei și își intensificase exercițiile fizice), ea ar fi fost mai atentă în următoarele câteva zile să mențină tiparul meselor regulate (adică să nu sară peste gustările de după amiază și de seară), să mănânce o cină care să nu fie compusă din alimente dietetice și să evite formele negative de control al siluetei. În felul acesta, ea ar fi împiedicat mecanismele de menținere a tulburării de comportament alimentar să înceapă să acționeze.



De asemenea, pacienții trebuie să găsească modalități prin care se pot angaja în activități care sunt atractive și care pot îndepărta tiparul mental al tulburării de comportament alimentar. Cele mai potrivite activități sunt acelea care au o natură interpersonală. Este vorba despre vizitarea unui prieten, participarea la o petrecere ori primirea unor cunoscuți în vizită. S-ar putea ca acest lucru să se dovedească dificil, deoarece ar putea fi în contradicție cu ceea ce și-ar dori să facă pacientul, dar este important pentru el, dacă se dorește îndepărtarea fermă a tiparului mental.

Exersarea identificării tiparului mental atunci când acesta revine și a intervenției eficace asupra acestuia este extrem de importantă: este mai puțin util dacă pacientul se gândește pur și simplu în mod abstract la toate aceste lucruri. De aceea, recăderile ocazionale cu care se confruntă pacientul mai târziu pe parcursul tratamentului sunt utile, ele oferindu-i ocazia de a folosi aceste strategii și proceduri și de a analiza ulterior împreună cu terapeutul rezultatele efortului depus.

## **BIBLIOGRAFIA RECOMANDATĂ**

Bibliografia recomandată pentru Capitolele 5-12 se găsește la sfârșitul Capitolului 12.

## **RESTRÂNGEREA CONSUMULUI ALIMENTAR, REGULI DE REGIM ALIMENTAR ȘI CONTROLUL ALIMENTAȚIEI**

Respectarea unei diete este una dintre cele mai pregnante caracteristici ale persoanelor cu tulburări de comportament alimentar. Cu excepția celor care suferă de tulburarea de tip binge eating, pacienții cu o tulburare de comportament alimentar se angajează într-o formă persistentă și foarte specifică de regim. În loc să adopte niște principii generale privind alimentația, ei își fixează numeroase reguli extrem de stricte și de exacte, obiectivul lor fiind acela de a reduce ceea ce mănâncă. Dieta este motivată fie de dorința de a slăbi ori de a preveni câștigul în greutate și acumularea de grăsime, fie de aceea de a menține un control strict asupra propriei alimentații. Regulile de conduită alimentară sunt de diverse tipuri, dar vizează de obicei preocupări ale pacienților: când trebuie să mănânce (de exemplu, să nu mănânce după ora 18:00), cât trebuie să mănânce (de exemplu, să consume mai puțin de 600 kcal pe zi) și, mai cu seamă, ce să mănânce – majoritatea pacienților încercând să evite un mare număr de alimente („comportamentul de evitare a alimentelor”). Drept rezultat, alimentația acestor pacienți devine stereotipă și inflexibilă.

**Regimul alimentar rigid și  
extrem conduce la deficite  
severe.**

După cum am menționat în Capitolul 2, instituirea unui regim alimentar rigid și extrem de acest tip poate conduce la deficite deosebit de grave. Poate transforma mâncatul zilnic într-o experiență care îi provoacă pacientului sentimente intense de anxietate și de culpabilitate. Până și alegerea unui sandvici pentru masa de prânz devine o corvoadă nesfârșită, iar pentru cei care locuiesc cu pacientul mesele zilnice pot fi un adevărat coșmar. Mâncatul în compania altor persoane este profund afectat, iar evenimentele care impun aceasta (de exemplu, ieșirile împreună cu prietenii la restaurant, vizitele la rude) pot ajunge să fie complet evitate. Din acest motiv, viața pacienților suferă o limitare foarte severă.

Așa cum am notat anterior, încercările de a restricționa consumul alimentar („restrângerea consumului alimentar”) pot să aibă ori să nu aibă succes. De aceea, este aproape imposibil ca aceste încercări să conducă la subalimentație reală, în termeni fiziologici („restricție alimentară”). În capitolul acesta ne vom focaliza asupra intervenției terapeutice în cazul restrângerii consumului alimentar,

al regulilor de conduită alimentară și al supraevaluării controlului asupra alimentației. Intervenția în cazul restricției alimentare este prezentată în capitolul referitor la pacienții subponderali (a se vedea Capitolul 11).

În ceea ce privește restrângerea consumului alimentar, strategia recomandată vizează două aspecte. Întâi, este vorba despre identificarea motivelor care o întrețin, mai cu seamă a preocupărilor legate de siluetă și de greutate (a se vedea Capitolul 8). Procesul acesta începe în majoritatea cazurilor la debutul Etapei 3. De obicei, după câteva ședințe (dacă s-a stabilit un regim alimentar cu mese regulate), tratamentul se concentrează asupra regulilor de conduită alimentară și, de regulă, se începe cu aceea referitoare la evitarea unor alimente. Însă, înainte de toate acestea, trebuie să-i ajutăm pe pacienți să înțeleagă faptul că regimul pe care și l-au impus constituie „o problemă”.

## INTERVENȚIA ÎN CAZUL RESTRÂNGERII CONSUMULUI ALIMENTAR

### Încercarea de a ajuta pacienții să înțeleagă faptul că regimul lor alimentar constituie o „problemă”

În ceea ce privește intervenția vizând regimul alimentar al acestor pacienți, obstacolul major cu care ne confruntăm este reprezentat de faptul că ei nu consideră că regimul lor ar fi o problemă. Iată care sunt motivele invocate:

- Unii dintre pacienți consideră că sunt competenți în privința menținerii unui regim alimentar. Ei văd acest lucru ca pe o măsură a forței și a voinței proprii și de aceea consideră că îi reprezintă. Îl consideră laudabil.
- Chiar dacă pacienții nu reușesc să urmeze regimul pe care și l-au impus, ei cred că eșecul se datorează faptului că ei sunt prea slabi, nicidecum rigidității și caracterului exagerat de strict al regulilor proprii (adică vor considera că ei sunt problema, nu regimul lor).
- Dieta le oferă un sentiment puternic de control.
- Dieta este principala lor metodă de a-și controla greutatea.
- Pentru aceia care au episoade de binge eating (episoade obiective sau subiective), dieta este, în general, unul dintre mijloacele principale de a compensa alimentația excesivă.
- Dieta este considerată potrivită de către pacienții care au fost ori sunt încă supraponderali. Acestor pacienți le este deosebit de greu să-și modereze consumul alimentar. (Intervenția în cazul pacienților care au o tulburare de comportament alimentar și obezitate comorbidă este discutată în Capitolul 16, pagina 327).

**Prima noastră sarcină este aceea de a ajuta pacientul să înțeleagă că regimul său alimentar constituie o problemă.**

Așadar, prima sarcină a terapeutului este aceea de a ajuta pacienții să înțeleagă faptul că propriul regim alimentar reprezintă într-adevăr o problemă pentru ei. Explicațiile trebuie să

vizeze două aspecte corelate. Întâi, tipul de regim alimentar ales joacă un rol central în întreținerea tulburării de comportament alimentar și de aceea el trebuie abordat în cadrul terapiei, dacă se dorește rezolvarea tulburării. În al doilea rând, regimul lor are efecte adverse majore, printre care:

- *Este o cauză principală a preocupării privind alimentele și alimentația.* Preocuparea aceasta împiedică pacienții să se concentreze și să participe la activitățile de zi cu zi (de exemplu, le este greu să citească, să urmărească o conversație, să urmărească acțiunea programelor de televiziune ori a filmelor; uneori ajung chiar să viseze despre alimentație). În general, această preocupare are o natură aversivă.

- *Provoacă anxietate.* Menținerea regimului alimentar pe care și l-au impus transformă mâncatul într-o experiență emoțională și aversivă, generând anxietate anticipatorie și stres. Fiecare episod în care se încalcă o regulă de conduită alimentară este urmat de sentimente puternice de regret (la care pacientul se referă în general ca fiind „vină”) și este considerat o dovadă a slăbiciunii și a lipsei de voință.

- *Restricționează modalitățile prin care pacientul poate să se alimenteze.* După cum am menționat mai sus, comportamentul alimentar al pacienților devine stereotip și inflexibil. Ei pot mânca o gamă restrânsă de alimente și uneori le este imposibil să consume alimente a căror compoziție nu este pe deplin cunoscută. Unii dintre pacienți nu suportă să stea față în față cu alte persoane, de teamă că regimul lor va fi interpretat ca un semn de slăbiciune ori de răsfăț. De aceea, mâncatul în societate devine deosebit de dificil, dacă nu de-a dreptul imposibil.

**În general, restrângerea consumului alimentar conduce la apariția episoadelor de binge eating prin intermediul mecanismelor cognitive, mai degrabă decât prin intermediul celor fiziologice.**

- *Este un factor important în declanșarea alimentației compulsive (obiectivă ori subiectivă).* Este esențial ca pacienții să înțeleagă acest lucru, deoarece mulți dintre ei consideră că restrângerea consumului alimentar este o reacție firească la episodul de binge eating și în același timp o modalitate de a preveni alte episoade. În general, restrângerea consumului alimentar duce la apariția episoadelor de binge eating prin intermediul mecanismelor cognitive, mai degrabă decât prin intermediul celor fiziologice (adică nu din pricina restricțiilor alimentare ori a subalimentării reale), deși există situații în care pot contribui ambele tipuri de mecanisme. La baza mecanismului cognitiv se află mai degrabă prezența regulilor rigide de conduită alimentară decât anumite principii generale mai flexibile, alături de o tendință de a reacționa într-o manieră negativă exagerată la o (aproape inevitabilă) încălcare ocazională a acestor reguli. Până și cea mai mică abatere de la conduita impusă este considerată o dovadă a nereușitei totale în privința menținerii controlului asupra alimentației și, drept urmare, reacția pacienților este aceea de a abandona în mod temporar dieta restrictivă și de a ceda impulsului de a mânca pe care chiar ea l-a generat. Perioada de alimentație necontrolată (adică de alimentație compulsivă obiectivă ori subiectivă) este urmată de reluarea regimului alimentar restrâns în cursul aceleiași zile ori în ziua

următoare. Majoritatea pacienților care suferă astfel de episoade recunosc această succesiune atunci când le este descrisă. Unii dintre ei au și denumiri speciale pentru anumite aspecte ale acesteia; alimentele evitate pot fi descrise ca „alimente declanșatoare” ori „alimente periculoase”, deoarece pacientul știe că atunci când consumă aceste alimente declanșează episoadele de binge eating (prin încălcarea regulilor de conduită alimentară). O pacientă a descris reacția sa cognitivă la încălcarea regulii ca fiind reacția personală de tipul „mai dă-o naibii”.

Este util de asemenea să ajutăm pacienții să înțeleagă faptul că un factor important care influențează ceea ce mănâncă atunci când se supraalimentează este reprezentat exact de alimentele pe care încearcă să le excludă din dieta lor. Ei sunt predispuși să aleagă alimentele pe care altminteri încearcă să nu le consume. Dacă reintroduc aceste alimente în dieta lor, vor reuși să-și diminueze pofta pentru ele care este declanșată prin încălcarea regulii de conduită alimentară.

Pacienții care nu au episoade de binge eating (mai ales aceia care sunt subponderali) ar putea exclude posibilitatea acestui efect advers potențial al regimului alimentar, considerând că ar fi nerelevant pentru ei. Ei trebuie să afle că nu este înțelept să facă acest lucru, deoarece ei sunt supuși de fapt unui risc major de a avea episoade de binge eating ca urmare a acțiunii aceluiași mecanism.

• *Reducerea consumului alimentar poate fi urmată de restricțiile alimentare care, la rândul lor, duc la pierderi în greutate ori la menținerea unei greutăți excesiv de scăzute.* Deși aceasta este exact ceea ce își doresc majoritatea pacienților, ea are numeroase efecte adverse grave (descrise în Capitolul 11).

---

### ***Vinieta***

Una dintre pacientele noastre nu și-a dat seama că regimul alimentar pe care și-l impusese avea un efect negativ asupra sa până când terapeutul a ajutat-o să înțeleagă modul în care dieta ajunsese să-i restricționeze viața. Cu luni de zile înainte de ziua ei de naștere, ea a început să se gândească cu groază la faptul că va trebui să mănânce o felie de tort împreună cu colegii de la serviciu. S-a gândit chiar că poate ar fi mai bine să nu meargă la serviciu în ziua aceea, pentru a evita acest lucru. Mesele în oraș împreună cu prietenii reprezentau o altă problemă. Ea trebuia să știe dinainte unde mergeau, ca să aibă timp să găsească meniul restaurantului pe Internet și să poată să decidă ce ar putea să mănânce. Știa că nu poate lua o asemenea decizie pe loc.

Evidențiind disfuncția provocată de regimul ei alimentar, terapeutul a reușit să ajute pacienta să înțeleagă faptul că acesta constituia o problemă reală care trebuia abordată în cadrul terapiei.

---

### **Educarea pacienților în legătură cu reducerea consumului alimentar și cu regulile de conduită alimentară**

Pacienții vor înțelege mai ușor faptul că reducerea consumului alimentar constituie o problemă pentru ei, dacă terapeutul îi informează în mod exact

în legătură cu regimul alimentar în general. Aspectele principale care se cer menționate sunt:

1. Reducerea consumului alimentar constituie o problemă pentru pacient în cazul în care are un caracter „rigid”, adică dacă regimul este dominat de reguli de conduită alimentară foarte specifice care se cer urmate cu strictețe pentru ca pacientul să poată spune că deține „controlul” asupra propriei alimentații. Tipul acesta de dietă încurajează alimentația compulsivă.

2. Reducerea consumului alimentar este dăunătoare și în cazul în care este „extremă” sub oricare dintre următoarele aspecte:

- Se impun prea multe reguli de conduită alimentară.
- Aceste reguli în sine sunt deosebit de stricte.

3. Tipul acesta de reducere severă a consumului alimentar are consecințe negative indiferent dacă pacienții au sau nu succes în ceea ce privește respectarea propriilor reguli:

- Dacă au succes, vor exista numeroase efecte adverse, mai cu seamă în privința funcționării psihosociale și a sănătății fizice.
- Dacă nu au succes, pacienții vor avea sentimentul că au suferit un eșec și ar putea extinde această percepție la percepția generală de sine, ajungând să-și piardă stima de sine. În același timp, vor fi expuși unui risc mai mare de a avea episoade de binge eating.

4. Succesul intervenției în cazul reducerii consumului alimentar este esențial pentru îndepărtarea multitudinii de consecințe negative pe care le generează aceasta și pentru învingerea tulburării de comportament alimentar cu care se confruntă pacientul.

## **Identificarea regulilor de conduită alimentară**

Pașul următor este reprezentat de identificarea regulilor de conduită alimentară ale pacientului. Acestea nu sunt relatate în mod spontan, deoarece unii dintre pacienți nu recunosc că își impun asemenea reguli ori pentru că regulile au devenit atât de firești pentru ei, încât nici nu-și mai dau seama de existența lor. Indiciile privind existența lor ne sunt oferite de folosirea asteriscului pe fișele de automonitorizare și de descrierile situațiilor în care „s-a încălcat” o regulă. Factorii declanșatori ai episoadelor de binge eating (indiferent de amploarea lor) sunt cei mai revelatori. Pacienții trebuie rugați să încerce să-și detecteze regulile în mod continuu. Aceasta se poate realiza în timp real, notând regulile pe spatele fișei de automonitorizare a zilei respective exact în momentul în care sunt observate.

Dacă se pare că nu există niciun fel de reguli de conduită alimentară, puteți să-i întrebați pe pacienți dacă sunt dispuși să meargă în oraș la un restaurant nou ori să mănânce acasă la cineva. În mod obișnuit, propunerile de felul acesta îi demască. I-ar îngrijora așa ceva? Dacă este adevărat, care este motivul?

Regulile de conduită alimentară sunt diverse în ceea ce privește conținutul lor. În general, ele se referă la:

- Ce pot să mănânce (sau mai degrabă ce nu pot să mănânce),
- Când să mănânce (sau mai degrabă când să nu mănânce),
- Cât să mănânce (sau mai degrabă, stabilirea unei limite în privința kaloriilor, a consumului de grăsimi, a dimensiunilor unei porții, a numărului de bucăți – de exemplu, numărul de prăjituri),
- Să nu mănânce... mai mult decât niciuna dintre persoanele prezente,
- Să nu mănânce... decât dacă a obținut acest drept (de exemplu, executând o serie de exerciții fizice ori o anumită activitate),
- Să nu mănânce... decât dacă le este foame,
- Să nu mănânce... decât dacă este „necesar”,
- Să nu mănânce... alimente cu o compoziție incertă (în privința conținutului caloric),
- Să nu „îrosească” calorii.

### **Intervenția în cazul regulilor de conduită alimentară**

Principiile pe care se întemeiază această intervenție sunt:

1. *Identificați o regulă specifică și elementele care o motivează.* Un indiciu al celor din urmă este oferit de preocupările care ar fi activate în cazul în care pacientul ar încălca regula respectivă. În general, regulile privind conduita alimentară sunt generate de dorința de a pierde în greutate ori de teama de a lua în greutate și de a se îngrașa, dar pacienții care au episoade de binge eating (obiective sau subiective) pot fi motivați și de teama că încălcarea regulii va fi urmată de un episod de binge eating.

2. *Identificați împreună cu pacientul posibilele consecințe ale încălcării regulii de conduită alimentară.* De exemplu, încălcarea majorității acestor reguli nu are în mod necesar ca rezultat câștigul în greutate, acumularea de grăsime sau blocarea procesului de slăbire. Aceasta depinde de cantitatea de alimente consumate. De asemenea, încălcarea unei reguli de conduită alimentară nu va avea în mod invariabil ca rezultat un episod de binge eating. Este posibil ca aceasta să se fi întâmplat în trecut, dar pacientul trebuie încurajat, spunându-i-se că lucrurile nu trebuie să se petreacă la fel și în viitor (a se vedea, mai jos, „Evitarea unor alimente”).

3. *Creați împreună cu pacientul un plan de acțiune pentru cazul în care ar încălca regula vizată, pentru a afla care ar fi consecințele cu care s-ar confrunța și apoi ajutați-l să facă acest lucru.*

4. *Analizați implicațiile încălcării programate a regulii de conduită alimentară, atât din perspectiva convingerilor pacientului în legătură cu ceea ce s-ar putea întâmpla, cât și din aceea a avantajelor pe care le-ar reprezenta eliberarea sa de constrângerile unor asemenea reguli.*

5. *Planificați și alte episoade de încălcare a aceluiași reguli și ajutați-l pe pacient să continue această practică până când încălcarea regulii nu mai are practic nicio semnificație pentru el.*

### ***Evitarea unor alimente***

Majoritatea pacienților cu tulburări de comportament alimentar încearcă să excludă din dieta proprie anumite alimente („evitarea unor alimente”). Aceasta este în general una dintre regulile care pot fi abordate cu succes la începutul terapiei, deoarece este simplă ca formă și destul de ușor de detectat. Strategia recomandată în intervenția privind evitarea unor alimente este următoarea:

- Pacienții care evită unele alimente cred că dacă mănâncă anumite alimente (de exemplu, ciocolată) vor acumula în greutate și se vor îngrășa și posibil vor avea apoi un episod de binge eating. Ultima convingere poate fi înfirmată rugându-i pe pacienți să introducă un aliment evitat în cadrul meselor ori gustărilor lor planificate, într-o zi în care simt că dețin controlul și că vor putea rezista tentației de a se supraalimenta. Ei trebuie să planifice din timp cât vor mânca și, dacă este cazul, ce vor face cu restul alimentului (de exemplu, cu cealaltă jumătate de ciocolată). Pacienții nu trebuie să consume mult din alimentul evitat, deoarece chiar și o cantitate mică va însemna încălcarea regulii impuse. Repetând acest proces, pacienții își dau seama că acea consecință de care s-au temut (episodul de binge eating) și care determinase instituirea acestei reguli de conduită alimentară nu este rezultatul inevitabil al încălcării ei. Este ca și cum consumarea repetată a acelui aliment l-ar „vacina” pe pacient împotriva efectului său de declanșator al episodului de binge eating.

- Nu putem infirma convingerea potrivit căreia încălcarea regulii de conduită alimentară va avea ca rezultat creșterea în greutate sau acumularea de grăsime (ori blocarea procesului de slăbire), deoarece acestea ar fi consecințe pe termen lung, dacă s-ar produce cu adevărat. În această situație, este suficient dacă educația nutrițională simplă se va focaliza doar asupra cantității de alimente consumate (în termeni calorici) în relație cu aportul caloric necesar zilnic. În acest context, trebuie subliniat faptul că *„Nu există alimente care îngrășă în sine. Totul depinde de cantitatea consumată de individ (în termenii aportului energetic ori caloric).”*

- Consumarea repetată a alimentelor evitate și analiza implicațiilor acesteia vor avea ca efect subminarea și erodarea treptată a principiilor care stau la baza evitării alimentului respectiv, permițând în felul acesta alimentației pacientului să devină din ce în ce mai variată.

Dat fiind faptul că evitarea unor alimente vizează o gamă largă de produse, primul pas al intervenției terapeutului este acela de a identifica toate felurile de alimente evitate. O modalitate simplă de a realiza acest lucru este de a ruga pacienții să viziteze un supermarket din vecinătate și să noteze pe o listă toate alimentele pe care evită să le consume deoarece se tem de efectul lor asupra siluetei ori greutateii lor sau deoarece se tem că le-ar putea provoca un episod de binge eating. După aceea, rugați-i să împartă alimentele (deseori în jur de 40 de produse sau mai multe) pe grupe, reprezentând produse pe care le consideră din ce în ce mai greu de mâncat; de obicei sunt suficiente patru sau cinci grupe (a se vedea figura 9.1). Apoi, în săptămânile următoare, pacienții trebuie să introducă



în dieta lor aceste alimente, începând cu grupul cel mai ușor și ajungând treptat la cel mai dificil. Ei trebuie să noteze ceea ce fac în fișele lor de monitorizare. Figura 9.2 prezintă o fișă de monitorizare care ilustrează intervenția în cazul evitării unor alimente (a se vedea „NOU” în coloana 2).

Terapeuții nu trebuie să se îngrijoreze dacă lista cu alimentele evitate este descurajant de lungă. Atunci când selectează alimentele pe care pacientul este rugat să le încerce, terapeutul trebuie să le identifice pe acelea care sunt reprezentative pentru o anumită clasă de alimente, deoarece consumarea acestora cu succes va fi reprezentativă pentru întreaga clasă, nu numai pentru produsul respectiv. După cum am menționat anterior, cantitatea consumată nu trebuie să fie mare, deși obiectivul nostru este acela de a-l ajuta pe pacient să ajungă să mănânce cantități normale fără nicio dificultate.

Introducerea sistematică a alimentelor evitate trebuie continuată până când pacienții nu se mai îngrijorează în legătură cu consumul acestora. Uneori, pacienții spun că nu doresc să se obișnuiască să consume aceste alimente, fiindcă sunt nesănătoase. Este important să subliniați faptul că obiectivul urmărit nu este acela de a-i încuraja să adopte un „regim nesănătos”, ci de a le îndepărta temerile legate de consumarea unor alimente, pentru ca apoi să poată alege în mod liber ceea ce mănâncă (lucru imposibil în prezent). Ei trebuie să ajungă să poată consuma oricare dintre alimentele de pe listă, fără să se simtă vinovați și fără să se teamă că se vor îngrașa ori că vor avea apoi un episod de binge eating.

Trebuie să acordați o atenție specială pacienților care urmează o dietă vegetariană ori vegană. Este important să identificați aspectele care se află la baza alegerii unei diete de acest tip, deoarece ambele pot fi expresii ale psihopatologiei tulburării de comportament alimentar, prezentându-se sub forma unor diete. Dacă este așa, va trebui să abordați psihopatologia de bază și dieta rezultată

|                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>Grupa 1 - Nu aș mânca niciodată</u></p> <p>Nuci</p> <p>Unt</p> <p>Frișcă</p> <p>Unt de arahide</p> <p>Batoane de ciocolată</p> <p>Cartofi prăjiți</p> <p>Plăcintă</p> <p>Sosuri</p> <p>Înghețată</p> <p>Gogoși</p> | <p><u>Grupa 2</u></p> <p>Chipsuri</p> <p>Produse de patiserie și cornuri</p> <p>Gem, miere</p> <p>Zahăr în cafea</p> <p>Tort</p> <p>Prăjituri</p> <p>Bomboane</p> <p>Pui fript</p> <p>Mâncare mexicană</p> |
| <p><u>Grupa 3</u></p> <p>Paste</p> <p>Tăieței</p> <p>Burgeri</p> <p>Cartofi</p> <p>Nucă de cocos</p> <p>Avocado</p>                                                                                                      | <p><u>Grupa 4 - Aș putea mânca, dar ar fi foarte greu</u></p> <p>Pâine din făină de grâu</p> <p>Covrigi</p> <p>Unele brânzeturi</p> <p>Iaurt grecesc</p> <p>Unele batoane cu cereale</p> <p>Sushi</p>      |

FIGURA 9.1. O listă cu alimente evitate (pacientul B)

Ziua... Luni.....

Data... 7 aprilie.....

| Ora   | Mâncarea și băutura consumate                                                                                       | Locul                  | * | V/L | Context și comentarii                                                                                                             |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6:30  | Un pahar cu apă                                                                                                     | Bucătărie              |   |     | M-am simțit bine, dar puțin îngrijorată în legătură cu introducerea alimentelor noi                                               |
| 7:10  | <div> <div>O banană</div> <div>Un bol de cereale</div> <div>Lapte degresat</div> <div>Cafea fără zahăr</div> </div> | Bufet                  |   |     | <p>Mic dejun obișnuit</p> <p>PROBLEMA! →</p>                                                                                      |
| 10:00 | <div>Un măr</div> <div>Un baton cu cereale</div>                                                                    | La birou               |   |     | Nu aș fi dorit să le mănânc, deoarece urma să mănânc un prânz consistent, dar am vrut să respect planul.                          |
| 13:00 | <div>Salată grecească cu brânză feta și cu sos (NOU!)</div> <div>Corn</div> <div>Apă</div>                          | Bufet                  |   |     | Am hotărât să mănânc înainte ¾ din salată. Am fost cam neliniștită tot timpul, dar am reușit să o mănânc și să-mi păstrez calmul! |
| 15:00 | Iaurt                                                                                                               | La birou               |   |     | M-am gândit să nu-l mănânc, dar n-am vrut să las un interval atât de lung până la cină.                                           |
| 18:30 | <div>Somon (bucată mică)</div> <div>Orez (1/2 cană)</div> <div>Spanac</div>                                         | Bucătărie              |   |     | Mi-am dat seama în cursul zilei că ar putea fi o problemă – PS a mers!                                                            |
| 21:30 | Un cornet de înghețată cu sos caramel fierbinte (NOU!)                                                              | Cofetărie cu prietenii |   |     | Mi-am propus să mănânc 2 cupe și a fost perfect! Mi-a făcut plăcere să mănânc cu prietenii, fiindcă de obicei nu merg cu ei.      |

Figura 9.2. O fișă de monitorizare ilustrând introducerea alimentelor evitate (pacientul A)

în modul cunoscut. Pe de altă parte, dacă vegetarianismul ori veganismul este rezultatul unei opțiuni de natură morală, terapeutul va trebui să aibă în vedere limitele impuse de aceasta. Niciuna dintre diete nu pune probleme deosebit de dificile dacă pacientul nu este subponderal. Dacă este subponderal, recâștigarea în greutate poate fi mult mai dificilă decât în mod obișnuit, mai ales în cazul pacienților cu o dietă vegană. În astfel de situații, terapeutul ar trebui să solicite ajutorul unui dietetician. De asemenea, este recomandat să roage pacienții să renunțe la dieta vegetariană sau vegană timp de câteva luni, pentru a-și spori șansele de a învinge tulburarea de comportament alimentar. Experiența noastră a demonstrat că numeroși pacienți sunt dispuși să facă acest lucru.

### ***Alte reguli de conduită alimentară***

Alte reguli de conduită alimentară trebuie abordate într-o manieră similară, concentrându-ne atât asupra convingerii care susține regula respectivă, cât și asupra exersării încălcării ei și analizei implicațiilor acestei încălcări. În tot acest timp, terapeutul trebuie să sublinieze cât este de eliberator să scapi de constrângerile impuse de regulile de conduită alimentară. Având în vedere acest lucru, este deosebit de important să abordezi regulile care interferează cu servirea mesei în compania altor persoane.

**În tot acest timp, terapeutul trebuie să sublinieze cât este de eliberator să scapi de constrângerile impuse de regulile de conduită alimentară.**

Deseori, este nevoie doar de o simplă discuție pentru a-i pregăti pe pacienți să încalce o regulă de conduită alimentară. Iată câteva elemente esențiale grupate în funcție de fiecare tip de reguli:

*Reguli referitoare la ceea ce trebuie să mănânce (sau mai degrabă la ceea ce nu trebuie să mănânce):*

- După cum am subliniat mai sus, nu există aliment care îngrașă prin natura sa. Totul depinde de cantitatea consumată.
- Evitarea consumului unor alimente a căror compoziție este nesigură va avea un impact asupra relațiilor interpersonale, întrucât ea împiedică aproape invariabil mâncatul în oraș. Cunoașterea exactă a tuturor detaliilor privind un aliment (de exemplu, conținutul de calorii sau grăsimi) nu este necesară pentru a reuși să ne controlăm greutatea.

*Reguli referitoare la orele potrivite pentru a mânca (sau mai degrabă acelea în care este interzis să mănânce):*

- Nu există o oră „corectă” sau „incorectă” pentru masă și nici o diferență semnificativă în ceea ce privește absorbția de energie pe parcursul unei zile.
- „Mâncatul amânat” – adică respectarea regulii care impune amânarea mesei cât mai mult timp posibil – poate fi asociat cu un tip de ascetism care însoțește uneori supraevaluarea controlului asupra alimentației. Acest sistem de valori trebuie discutat, întrucât abținerea de la mâncare nu reprezintă în sine o calitate.
- Mâncatul la intervale regulate este o strategie prin care se pot combate regulile de conduită alimentară vizând ora adecvată pentru servirea mesei (a se vedea Etapa 1, pagina 107)

*Reguli privind cantitatea de mâncare:*

- Cantitatea totală „corectă” și cantitatea recomandabilă din fiecare aliment este aceea care permite menținerea unei greutate stabile recomandate și corespunde coordonatelor nutriționale acceptate. O sursă de încredere pentru informații corecte este [www.health.gov](http://www.health.gov).

*Reguli legate de evitarea mâncatului în prezența altora:*

- Aceste reguli diminuează în mare măsură abilitatea pacientului de a funcționa în societate.
- Ele au în general la origine presupunerea conform căreia ceilalți vor observa modul în care mănâncă pacientul și îl vor considera o dovadă de „slăbiciune”, de „lipsă de voință” ori de „lăcomie”. Perspectiva aceasta este comună mai ales în rândul pacienților subponderali.
- După cum am notat în Capitolul 11 (a se vedea pagina 220) tipul acesta de regulă este generat de presupunerea că opiniile pacientului sunt împărțite de cei din jur. Este cât se poate de puțin probabil ca acest lucru să fie corect. Aproape cu siguranță celelalte persoane de la masă nu vor observa cum mănâncă pacientul și este greu de crezut că ar gândi în felul acesta.

*Reguli prin care pacientul își impune să nu mănânce mai mult decât niciuna dintre persoanele prezente:*

- Aceasta este o regulă bizară. Imaginați-vă cum ar fi dacă ne-am impune cu toții această regulă! Și este la fel de absurdă ca și aceea prin care ne-am impune să respirăm mai rar decât toți ceilalți!
- Regula nu ține cont de ceea ce au mâncat ceilalți mai devreme (sau vor mânca după aceea), nici de nevoia lor de energie corespunzătoare activității desfășurate recent și nici de greutatea ori de înălțimea lor.

*Reguli privind refuzul pacientului de a mânca dacă nu îi este foame ori dacă nu a câștigat acest drept:*

- La fel ca și mâncatul amânat, tipul acesta de regulă ar putea să pornească dintr-o formă de ascetism. Din nou este important să subliniați faptul că nu este nimic „meritoriu” în legătură cu refuzul în sine de a mânca.

---

**Vinieta**

O pacientă care era extrem de atentă la numărul de calorii consumate avea o regulă conform căreia trebuia să mănânce doar alimente al căror conținut caloric îi era cunoscut. De aceea, ea insista să-și prepare singură mâncarea, pentru a-i cunoaște compoziția exactă. Nu accepta ca mama să gătească pentru ea (nici dacă o urmărea chiar ea în timp ce gătea), deoarece se temea că mama nu va măsura cantitățile în mod corect.

Terapeutul a încurajat pacienta să exerseze încercând să mănânce în condiții cât mai diverse (de exemplu, în restaurante, la petreceri, la picnic) și consumând alimente cât mai variate. Pacienta a fost ajutată să privească aceasta ca pe un experiment prin care testa ceea ce se întâmplă cu anxietatea și cu preocuparea sa privind alimentația, dacă mânca în mod repetat alimente al căror conținut caloric îi era necunoscut. În câteva săptămâni, temerile sale și preocuparea legată de alimentație au scăzut. Curând după aceea, ea a reușit să mănânce împreună cu familia și chiar să mănânce în oraș.

---

### *Câteva sugestii și câteva probleme*

• În mod obișnuit, la câteva săptămâni după debutul Etapei a treia, începem să abordăm problema reducerii consumului alimentar. Cel mai bine este să așteptați până când se fixează tiparul regimului alimentar regulat și episoadele de binge eating devin intermitente. Explicarea motivației și a principiilor pe care se întemeiază încălcarea regulilor ocupă o mare parte a ședinței inițiale de terapie, dar după aceea ea poate să rămână doar un aspect de pe agenda ședinței.

• Terapeuții trebuie să comunice în mod foarte clar cerințele temei de casă. De exemplu, pacientul și terapeutul trebuie să cadă de acord în privința alimentelor care vor fi introduse în săptămâna următoare și în privința numărului de ocazii în care vor fi consumate.

• Dacă pacienții au o reacție neobișnuit de puternică atunci când le propuneți încălcarea unei reguli de conduită alimentară, trebuie să le spuneți că acesta este un semn care indică faptul că regula respectivă are o semnificație specială pentru ei.

• Trebuie să-i încurajați în permanență pe pacienți să mănânce în compania altor persoane. Obiectivul este acela de a-i ajuta să mănânce împreună cu alții și în situații cât mai diverse.

• Un număr mic de pacienți se confruntă cu dificultăți extrem de mari atunci când li se cere să-și încalce regulile de conduită alimentară. De exemplu, se poate ca ei să fie foarte reticenți în privința introducerii „alimentelor interzise”. În cazul pacienților de tipul acesta, ar fi util să încercați o formă de alimentație asistată de terapeut. Aceasta se poate realiza cel mai bine în spații clinice speciale (a se vedea Capitolul 15, paginile 306 și 313).

• Pentru pacienții subponderali (a se vedea Capitolul 11) este recomandabil să amânați abordarea regulilor de conduită alimentară până când greutatea lor se apropie de limita acceptabilă din punctul de vedere al sănătății fizice, deși recăștigarea în greutate va impune în mod invariabil încălcarea unor reguli.

• Tratamentul pacienților cu obezitate comorbidă este discutat în Capitolul 16 (vezi pagina 327). În general, tratamentul ar trebui focalizat mai mult asupra tulburării de comportament alimentar decât asupra problemei de greutate. Cu toate acestea, pacienții trebuie îndrumați și în sfera gestionării greutății, o parte importantă a acesteia vizând regimul alimentar. În acest context, pacienții trebuie să învețe despre „dieta de prevenire a alimentației compulsive”, un tip de dietă care nu predispune la hiperfagie. Ea se caracterizează prin fixarea unor obiective modeste, realizabile și prin încurajarea respectării unor principii generale privind alimentația, mai degrabă decât a unor reguli de conduită alimentară, diferența dintre ele constând în faptul că principiile generale sunt flexibile și pot fi adaptate, în vreme ce regulile sunt inflexibile și ajung să fie încălcate.

## **Intervenția în scopul contracarării reacției pacienților la încălcarea regulilor de conduită alimentară**

În cazul pacienților a căror reacție față de încălcarea regulilor se materializează în abandonul temporar al controlului asupra alimentației, este important să abordați mecanismele cognitive subiacente, pentru ca ei să nu fie predispuși unei reacții de felul acesta. În acest scop, se folosesc procedurile cognitiv-comportamentale standard. Așa cum am menționat mai sus, reacția pacientului este determinată mai degrabă de prezența regulilor rigide de conduită alimentară decât de respectarea unor îndrumări generale flexibile privind dieta, cele dintâi combinându-se cu tendința de a reacționa într-o manieră negativă extremă față de încălcarea lor. Problemele care apar în mod inevitabil atunci când există niște reguli de conduită alimentară în locul unor îndrumări cu caracter general au fost discutate cu pacientul în contextul abordării reducerii consumului alimentar, dar în etapa de față va trebui să subliniați natura dihotomică (alb-și-negru) a regulilor pacientului. Indiferent cât de neînsemnată este situația de încălcare a regulii (vezi vinieta următoare), pacienții interpretează acest lucru ca o dovadă a faptului că au pierdut controlul („*Mi-am distrus dieta*”) și că sunt lipsiți de voință („*Am eșuat*”). De aceea, trebuie să le explicați că există mai multe niveluri de control al alimentației și că până și persoanele care au foarte mare grijă în ceea ce privește alegerea alimentelor renunță din când în când la constrângerile dietei și adoptă un regim alimentar mai relaxat.

---

### **Vinieta**

O pacientă care își impusese niște reguli extrem de stricte de conduită alimentară și care prezenta o gândire dihotomică pronunțată își fixase o limită de cinci boabe de strugure la fiecare gustare. O dată a mâncat șase. Aceasta a fost de-ajuns pentru a declanșa un episod de binge eating.

---

În plus, trebuie să analizați reacția pacienților față de încălcarea regulilor de conduită alimentară, deoarece aceasta din urmă presupune renunțarea temporară la încercările de a-și controla alimentația, având ca rezultat apariția episoadelor de binge eating. Această renunțare la control (datorată gândirii „*Nu are niciun rost, mai bine renunț*”) este încă un exemplu de gândire dihotomică.

Terapeutul va urmări să-i ajute pe pacienți să observe tipul acesta de gândire atunci când ea survine în timp real, să o analizeze și să răspundă în mod adecvat, astfel încât să nu ajungă să-și adreseze observații critice și să recurgă la supraalimentare.

Uneori, este nevoie de strategii suplimentare focalizate asupra rigidității care însoțește alimentației. Mulți pacienți (mai ales dintre cei subponderali) întâmpină probleme atunci când trebuie să schimbe ceva în privința modului în care mănâncă, mai ales dacă situația implică și un anumit grad de imprevizibilitate (de exemplu, dacă nu este clar când și unde va avea loc masa următoare). Unii

nu pot tolera o asemenea incertitudine și atunci ori trebuie să păstreze ritualul propriu în privința mesei, ori renunță la mâncare cu totul. Terapeuții pot ajuta pacienții să exerseze acceptarea unui anumit grad de incertitudine, invitându-i să propună trei sau mai multe variante de cină pentru fiecare seară și lăsând zarurile să decidă care plan va fi urmat.

## **INTERVENȚIA ÎN CAZUL SUPRAESTIMĂRII CONTROLULUI ASUPRA ALIMENTAȚIEI**

După cum am arătat mai devreme, există un subgrup de pacienți la care putem detecta o supraevaluare a controlului asupra alimentației în sine, mai degrabă decât o dorință de a-și controla alimentația cu scopul de a influența silueta și greutatea. Acești pacienți au în general un consum alimentar extrem de restrâns și își impun numeroase reguli de conduită alimentară. Ei sunt preocupați mai cu seamă de verificarea detaliilor privind propria alimentație, deoarece aceasta este o modalitate de a-și evalua gradul de control asupra alimentației. Astfel, ei numără mereu calorii (adică păstrează o evidență a aportului caloric), monitorizează alte aspecte ale aportului nutrițional și, de asemenea, își cântăresc mâncarea. Unii încearcă să-și evalueze și consumul energetic. Am întâlnit recent o pacientă care avea un tabel detaliat cu aportul și consumul energetic notate pe parcursul mai multor ani. După cum am menționat anterior, unii dintre pacienți practică sistemul „îndatorării” – înainte de a-și îngădui să mănânce, ei trebuie să ardă echivalentul numărului de calorii prin exerciții fizice.

Pentru a interveni în cazul supraevaluării controlului asupra alimentației, terapeutul trebuie să urmeze indicațiile oferite mai sus, precum și cele notate în Capitolul 8. Succesiunea optimă a procedurilor este următoarea:

1. *Identificați supraevaluarea și consecințele sale.* Aceasta impune adoptarea strategiei folosite pentru intervenția în cazul supraevaluării siluetei și a greutateii (a se vedea Capitolul 8, pagina 135), dar adaptarea conținutului său pentru a corespunde problemelor legate de supraevaluarea controlului alimentației în sine. Formularea extinsă se deosebește de cea obișnuită, prin faptul că expresiile supraevaluării nu sunt verificarea siluetei ș.a., ci reprezintă exclusiv preocuparea legată de controlul regimului alimentar (a se vedea figura 9.3).

2. *Încurajați pacientul să acorde o importanță mai mare altor domenii ale autoevaluării.* În cazul acesta se folosesc strategiile și procedurile descrise în Capitolul 8. (pagina 141).

3. *Încurajați pacientul să diminueze importanța acordată controlului alimentației.* Modalitatea cea mai eficientă de a realiza acest lucru este prin intervenția asupra expresiilor supraevaluării controlului. Pentru aceasta puteți folosi indicațiile prezentate în capitolul de față. Trebuie descurajat comportamentul de control asupra alimentelor (de exemplu, verificarea pachetelor cu alimente, cântărirea alimentelor, număratul kaloriilor), deoarece acesta întreține preocuparea legată de mâncare, de alimentație și de calorii. De

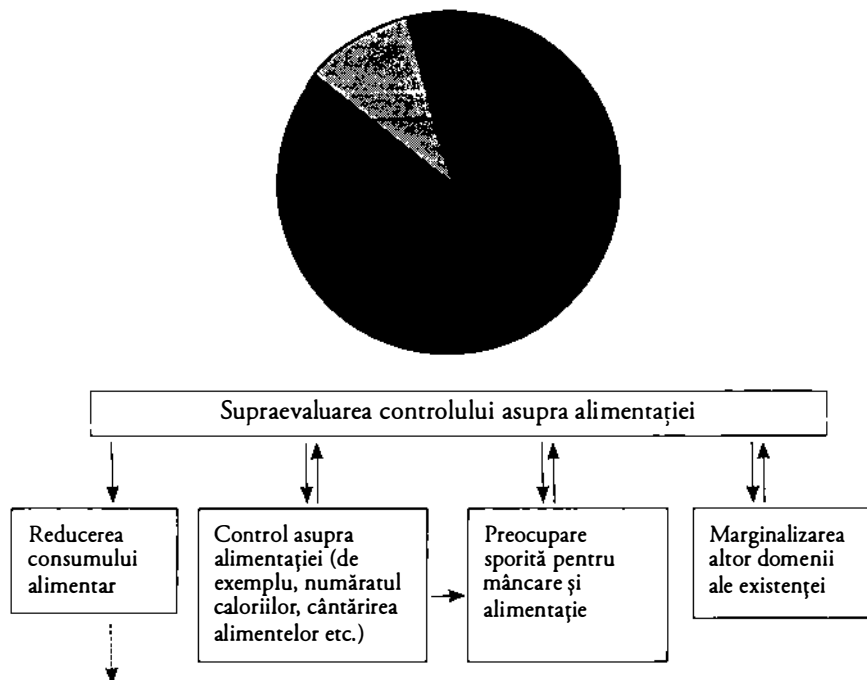


**FIGURA 9.3.** Supraevaluarea controlului asupra alimentației: o „formulare extinsă”

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press. Figura este disponibilă online la <http://ascred.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.

asemenea, pacienții trebuie determinați să nu mai citească rețete culinare și cărți de bucate, să nu viziteze site-uri dedicate mâncărilor și alimentației.

4. *Identificați originile supraevaluării controlului.* Conform descrierii din Capitolul 8 (vezi pagina 160).

5. *Învățați pacientul să-și modifice tiparul mental al tulburării de comportament alimentar.* Conform descrierii din Capitolul 8 (vezi pagina 162).

## BIBLIOGRAFIA RECOMANDATĂ

Bibliografia recomandată pentru Capitolele 5-12 se găsește la sfârșitul Capitolului 12).



## EVENIMENTE, DISPOZIȚIE AFECTIVĂ ȘI ALIMENTAȚIE

După cum era de așteptat, obiceiurile alimentare ale pacienților cu tulburări de comportament alimentar sunt receptive la evenimentele din exterior și la schimbările de dispoziție afectivă. Amploarea acestui proces este variabilă. Uneori poate fi elementul cel mai puțin pregnant în cazurile cele mai grave, unde tulburarea de comportament alimentar pare aproape autonomă, în vreme ce, în cazurile mai ușoare, el poate fi mai proeminent. În general, el se evidențiază pe măsură ce tratamentul progresează și mecanismele care au întreținut tulburarea de comportament alimentar încep să se destrame. Modificările de comportament alimentar pot apărea sub forma diminuării cantității de alimente ingerate, a refuzului total de a se alimenta, a supraalimentării sau a alimentației compulsive (subiective ori obiective) sau pot apărea schimbări în ceea ce privește frecvența purgațiilor ori a exercițiilor fizice excesive. Diverse mecanisme sunt responsabile, printre ele numărându-se:

- Pacientul mănâncă mai puțin pentru a dobândi sentimentul că deține controlul atunci când simte că evenimentele exterioare îi scapă de sub control. Acest mecanism este detectabil mai cu seamă în cazul pacienților subponderali. De exemplu, după o ceartă, pacienții nu mai mănâncă nimic.
- Pacientul mănâncă mai puțin pentru a influența alte persoane; de exemplu, pentru a-și manifesta supărarea, disprețul sau furia.
- Pacientul se supraalimentează pentru a se „recompensa”. Acest lucru este specific pacienților supraponderali.
- Pacientul recurge la binge eating ori la vărsături, sau la ambele, pentru a face față unor evenimente ori unor emoții negative. În privința aceasta, alimentația compulsivă are două proprietăți relevante: întâi, îi distrage atenția pacientului de la gândurile care îl neliniștesc și în al doilea rând, are un efect direct de reglare a emoțiilor, deoarece atenuează emoțiile intense. Această proprietate o au și vărsăturile și exercițiile fizice intense.

Dacă în Etapa a treia se observă faptul că emoțiile și evenimentele contribuie la întreținerea tulburării de comportament alimentar, conexiunea

aceasta trebuie evaluată și abordată în terapie, obiectivul urmărit fiind acela de a-i ajuta pe pacienți să facă față emoțiilor și evenimentelor negative în mod direct și eficient, fără a permite acestora să le influențeze alimentația.

Ca un pas preliminar, pacienții trebuie rugați să identifice exemple de modificări ale comportamentului alimentar care au fost provocate de unele evenimente exterioare și care au fost menționate în fișele anterioare de monitorizare. Apoi, terapeutul și pacientul le vor analiza în detaliu, urmărind identificarea principalelor procese care par să fi fost implicate. După aceea, în funcție de mecanismele active identificate, terapeutul va introduce prima sau ambele strategii descrise mai jos:

- Rezolvarea proactivă de probleme pentru a interveni în privința evenimentelor declanșatoare,
- Dezvoltarea unor metode funcționale de reglare a emoțiilor pentru a interveni în privința modificărilor de comportament alimentar datorate schimbărilor de dispoziție afectivă.

## INTERVENȚIA ÎN CAZUL MODIFICĂRILOR DE COMPORTAMENT ALIMENTAR DECLANȘATE DE EVENIMENTE EXTERNE

Pentru a-i ajuta pe pacienți în confruntarea cu evenimentele care declanșează modificarea comportamentului alimentar, intervențiile cognitiv-comportamentale pentru tulburările de comportament alimentar folosesc de multă vreme exersarea rezolvării de probleme. Deși ca tehnică aceasta poate părea oarecum prozaică, ea este deosebit de eficace în majoritatea cazurilor și pacienții o folosesc cu plăcere. Cu toate acestea, pentru a avea eficacitatea dorită, exersarea tehnicii trebuie să fie foarte temeinică. Ea se realizează în șapte etape.

**Rezolvarea de probleme este o tehnică deosebit de eficace în majoritatea cazurilor și pacienții o folosesc cu plăcere.**

*1. Terapeutul va identifica un exemplu recent de situație în care comportamentul alimentar a fost modificat ca urmare a unui eveniment extern.*

- Dacă nu există un exemplu recent, el trebuie să identifice o situație similară din trecut care a fost descrisă de către pacient în fișele sale de automonitorizare. În cazul în care nici aici nu găsește un exemplu, terapeutul poate apela la o problemă cotidiană recentă cu care s-a confruntat pacientul (de exemplu, o neînțelegere cu un prieten, un conflict la serviciu) și care poate fi folosită pentru Etapa a patra de mai jos.

*2. Terapeutul trebuie să recreeze cronologia evenimentelor care au condus la modificarea comportamentului alimentar.*

- Pentru aceasta este nevoie de reconstituirea amănunțită, cuprinzând evenimentul declanșator și sentimentele, gândurile și comportamentele

care i-au urmat. Factorii declanșatori cel mai des întâlniți sunt situațiile tensionate de la serviciu, o altercație, lipsa de ocupație timp de o zi întreagă sau întoarcerea acasă într-un apartament gol.

3. *Terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să înțeleagă faptul că această înlănțuire de situații ar fi putut fi întreruptă.*

- Obiectivul urmărit este acela de a-l familiariza cu ideea că asemenea modificări ale comportamentului alimentar pot fi evitate. De exemplu, succesiunea evenimentelor ar fi fost întreruptă dacă cineva l-ar fi sunat să-l invite în oraș să vadă un film.

4. *Pacientul trebuie învățat să folosească tehnica de „rezolvare proactivă a problemelor” în cazul evenimentelor de tipul celor care declanșează modificări ale comportamentului alimentar.* Pacientul trebuie să înțeleagă foarte bine faptul că rezolvarea de probleme este folosită aici pentru a-l ajuta să intervină atunci când se confruntă cu situații care declanșează modificările de comportament alimentar. Unii dintre pacienți au tendința de a considera că „problema lor” este modificarea de comportament alimentar (de exemplu, alimentația compulsivă), când de fapt „problematic” este modul în care ei reacționează față de problemă.

- Rezolvarea de probleme se poate învăța folosind ca text de referință secțiunea referitoare la rezolvarea de probleme din volumul *Cum să învingem alimentația compulsivă - Overcoming Binge Eating* (pagina 235). Terapeutul va trebui să-i explice pacientului că, deși unele probleme par copleșitoare la prima vedere, dacă sunt abordate în mod sistematic, se va dovedi că ele se pot gestiona ori pot fi chiar prevenite. Astfel, învățând să rezolve în mod eficient problemele, pacienții vor fi în stare să facă față evenimentelor care altminteri le-ar perturba comportamentul alimentar. Pentru a folosi tehnica rezolvării de probleme în mod eficient, trebuie să respectați următorii pași:

- *Pasul 1: Se identifică problema cât mai devreme posibil.* Identificarea timpurie a problemelor are mare importanță. Aproape invariabil problemele sunt mai ușor de abordat dacă le observăm din timp. De exemplu, dacă există posibilitatea de a ne confrunța cu o problemă în timpul serii (de exemplu, să nu avem nimic de făcut), este aproape întotdeauna mai ușor să o rezolvăm mai devreme, în timpul zilei, decât în ultimul moment.
- *Pasul 2: Se identifică în mod precis natura problemei.* Aflarea naturii problemei este esențială, dacă dorim să găsim soluția cea mai bună. Se poate ca până la urmă să ne dăm seama că avem de-a face cu două sau mai multe probleme coexistente și în cazul acesta fiecare dintre ele trebuie abordată individual. Reformularea problemei poate fi utilă în acest caz.
- *Pasul 3: Luați în considerare cât mai multe soluții posibil.* Trebuie să aveți în vedere toate modalitățile prin care puteți interveni. Pacientul trebuie să genereze cât mai multe soluții potențiale

(„brainstorming”). Unele dintre ele pot să pară absurde sau nerealizabile. Chiar și așa, ele trebuie trecute pe listă. Cu cât sunt generate mai multe soluții, cu atât sunt mai mari șansele de a se ivi una adecvată. Dacă pacienții nu reușesc să genereze soluții, le-ar putea fi de folos să-și imagineze ce le-ar sugera unor prieteni care s-ar afla într-o situație similară.

- *Pasul 4: Cântăriți avantajele și dezavantajele fiecărei soluții.* Luați în considerare care ar putea fi nivelul de eficiență și șansele de realizare pentru fiecare dintre soluțiile identificate.
- *Pasul 5: Alegeți soluția sau combinația cea mai bună de soluții.* Este interesant de observat faptul că dacă Pasul 4 s-a desfășurat în mod corect, alegerea celei mai bune soluții (sau combinații de soluții) se face de obicei în mod spontan.
- *Pasul 6: Acționați în conformitate cu soluția aleasă.*
- *Pasul 7: Evaluați procesul rezolvării problemei.* Pacienții trebuie să-și analizeze rezolvarea problemei în ziua următoare. Atunci când fac acest lucru, ei trebuie să se concentreze asupra procedurii rezolvării de probleme și nu asupra succesului sau insuccesului în rezolvarea celei analizate. Cu alte cuvinte, ei trebuie să se concentreze asupra perfecționării abilităților lor de rezolvare a problemelor.

*5. Terapeutul împreună cu pacientul trebuie să abordeze problema identificată (folosind primii șase pași ai procedurii) ca și cum aceasta ar fi fost reperată mai devreme.*

- Procesul acesta este esențial și ar trebui să aibă un caracter colaborativ, terapeutul încurajându-l pe pacient să preia conducerea de fiecare dată când este posibil. Dacă mai este timp, se poate alege încă un exemplu recent care să fie abordat în aceeași manieră.

*6. Ca temă de casă, pacienții vor trebui să-și exerseze abilitățile pentru rezolvarea de probleme.*

- În următoarele 7 zile, pacienții vor fi îndemnați să caute evenimente de tipul celor care ar putea să declanșeze modificări ale comportamentului lor alimentar și să le abordeze folosind procedura rezolvării de probleme. Mai exact, după ce pacienții identifică problema, ei trebuie să scrie „Problemă” în coloana din dreapta a fișei de monitorizare din ziua respectivă, apoi trebuie să întoarcă fișa și să noteze pe verso pașii urmați pentru rezolvarea acesteia (a se vedea figura 10.1). Trebuie să-i sfătuiți pe pacienți să nu rezolve problemele în minte, deoarece această modalitate este mult mai puțin eficientă.

*7. Această temă de casă trebuie analizată în ședința următoare și pacientul trebuie încurajat să continue să exerseze.*

- Terapeutul trebuie să urmărească în primul rând să-i ajute pe pacienți să dobândească abilitatea de a aborda ori de a anticipa evenimentele care ar putea să declanșeze modificări ale comportamentului lor alimentar.

Deoarece este extrem de important ca problemele să fie identificate din timp, pacienții trebuie îndemnați ca, de fiecare dată când iau masa ori o gustare, să treacă în revistă restul programului zilei respective pentru a verifica dacă s-ar putea ivi unele probleme. În felul acesta rezolvarea de probleme devine „proactivă”.

- Dacă pacienții revin la ședință fără să fi exersat rezolvarea niciunei probleme, terapeutul trebuie să afle care este cauza. Uneori pacienții spun că nu au avut probleme de rezolvat. În cazul acesta, terapeutul trebuie să evidențieze faptul că noi toți ne confruntăm cu probleme aproape zi de zi. De obicei, putem găsi exemple de felul acesta dacă trecem pur și simplu în revistă ultimele șapte zile din viața pacientului, folosind fișele sale de automonitorizare. Apoi, pacienții trebuie încurajați să exerseze rezolvarea de probleme abordând aspecte mai puțin dificile, astfel încât să fie mai bine pregătiți atunci când apar problemele majore.

Așa cum am menționat anterior, rezolvarea proactivă de probleme este introdusă în general în Etapa a treia. Cu o singură excepție. Aceasta îi vizează pe pacienții ale căror episoade de binge eating sunt aproape în mod exclusiv o reacție la evenimente și la emoții negative și nu rezultatul unui regim alimentar deosebit de restrictiv. Mulți dintre pacienții cu tulburare de tip binge eating fac parte din această categorie. La fel ca în cazul altor pacienți, obiectivul inițial al terapiei este stabilirea unui model de alimentație cu mese regulate (a se vedea Capitolul 6).

***Problemă dificilă!***

***Pasul 1:*** Am o întâlnire diseară!

***Pasul 2:*** Mă tem că nu-i va plăcea de mine și o să creadă că sunt grasă!

***Pășii 3 și 4:*** Lucruri pe care le-aș putea face și avantajele și dezavantajele pe care le prezintă:

- |                                                     |                                                                                           |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) Să contramandez întâlnirea în ultimul moment...  | +Nu va fi nevoie să merg și nici să-mi fac griji.<br>- Îmi place tare mult de tipul ăsta! |
| b) Să rog o prietenă să mă ajute să mă pregătesc... | +Mă va ajuta să mă simt mai bine.<br>- Poate nu reușește să vină.                         |
| c) Să o sun pe mama ca să mă încurajeze...          | +Mă voi mai liniști.<br>- Vreau să mă descurc singură.                                    |
| d) Să-mi aleg o ținută confortabilă...              | +Mă voi simți în largul meu.<br>- Niciunul.                                               |

***Pasul 5:*** Opțiunile B și D sunt cele mai bune.

***Pasul 6:*** Voi recurge la amândouă în seara aceasta.

***Pasul 7:*** A mers foarte bine seara trecută. Acum îmi dau seama că am reușit să prevăd o problemă cu mult timp în avans, să mă gândesc la mai multe posibilități de rezolvare și să aleg două lucruri care mi-au folosit. În ansamblu cred că m-am descurcat destul de bine. Și cred că lui îi place de mine!

**FIGURA 10.1.** Prima încercare a unui pacient de a folosi rezolvarea de probleme (pacientul A)

După ce s-a realizat acest lucru (pentru care în general este nevoie de câteva săptămâni), este recomandabil să se treacă la procedurile descrise în acest capitol, chiar dacă pacientul se află încă în Etapa întâi a tratamentului.

## INTERVENȚIA ÎN CAZUL EPISOADELOR REZIDUALE DE BINGE EATING

Alimentația compulsivă este frecvent întâlnită în rândul pacienților cu o tulburare de comportament alimentar și ea răspunde bine și rapid la intervenția prin care se introduc „mesele regulate” din Etapa întâi (a se vedea Capitolul 6 pagina 107). La unii dintre pacienți aceasta dispare complet, dar la alții episoadele de binge eating persistă până în Etapa a treia, însă prezintă o frecvență redusă. În mod obișnuit aceste „episoade reziduale de binge eating” sunt intermitente și sunt declanșate de evenimente ori de emoții negative. Pentru abordarea lor este recomandată o versiune a procedurii rezolvării de probleme. Noi o numim „analiza episodului de binge eating”.

### Analiza episodului de binge eating

Analiza episodului de binge eating este o strategie prin care îi ajutăm pe pacienți să elimine episoadele reziduale de binge eating (obiective sau subiective). Întâi, trebuie să le explicăm pacienților că aceste episoade nu apar din senin, că ele sunt produsul unuia sau mai multor procese dintr-un număr de patru bine definite. Acestea sunt:

1. *Încălcarea unei reguli de conduită alimentară* urmată de reacția cunoscută de renunțare temporară la controlul asupra alimentației;
2. *Dezinhibiția provocată de alcool ori de alți agenți psihoactivi* (de exemplu, marijuana) care a determinat pierderea controlului asupra alimentației;
3. *Subalimentarea* – pacienții care se subalimentează constant ori cu intermitențe (de exemplu, se angajează în comportamente alimentare restrictive, inclusiv de tipul mâncatului amânat) suferă o presiune psihologică puternică de a mânca.
4. *Eveniment exterior sau emoții negative declanșatoare.*

După ce le explică aceste procese, terapeutul trebuie să încurajeze pacienții să considere fiecare episod ulterior de binge eating ca fiind „un fenomen interesant” de pe urma căruia au de câștigat. Mai precis, după ce și-au recăpătat controlul în urma unui episod de binge eating, pacienții trebuie să încerce să afle care dintre cele patru mecanisme a contribuit la declanșarea sa – și deseori realizează că au operat mai multe – și ce pot învăța în urma acestei situații. Diagrama din figura 10.2 le poate fi de folos în acest sens. Analiza separată a fiecărui episod de binge eating prezintă două avantaje. Întâi, diminuează tendința pacienților de a se simți copleșiți și demoralizați din cauza faptului că au continuat să se alimenteze compulsiv, o reacție care i-ar putea expune riscului de a recidiva. În

loc de aceasta, episoadele de binge eating devin un comportament care urmează a fi analizat în mod obiectiv și înțeles (vezi vinieta de la pagina 191). Cu alte cuvinte, obiectivul nostru este acela de a-i determina pe pacienți să reacționeze față de aceste episoade reziduale suflecându-și mânecele și fiind decizi să le înfrunte și nicidecum frângându-și mâinile. Cel de-al doilea avantaj este acela că analiza episodului de binge eating evidențiază și consolidează acele proceduri specifice care au mai multe șanse de a elimina episoadele reziduale. Ele sunt prezentate mai jos.

**Obiectivul nostru este acela de a-i determina pe pacienți să reacționeze față de aceste episoade reziduale „suflecându-și mânecele” și fiind decizi să le înfrunte și nicidecum frângându-și mâinile.**

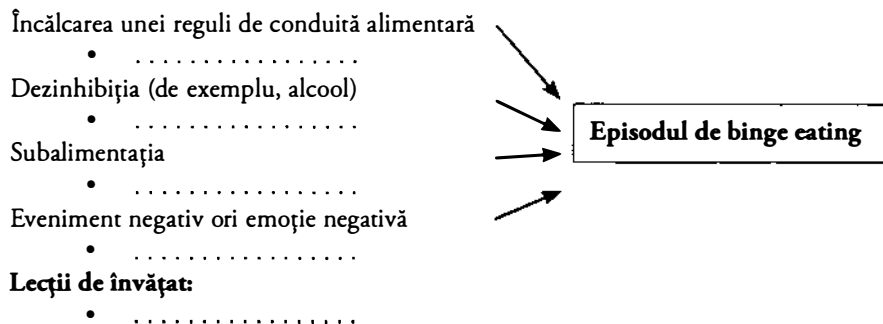


**FIGURA 10.2.** Analiza episodului de binge eating

Din Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press. Figura este disponibilă online la <http://ascresd.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.

1. *Încălcarea unei reguli de conduită alimentară*
  - Intervenția urmărește erodarea regulilor de conduită alimentară ale pacienților și abordarea reacției lor față de încălcarea regulilor (a se vedea Capitolul 9).
2. *Dezinhibiția provocată de alcool sau de alți agenți psihoactivi*
  - Intervenția impune psihoeducație și sprijin de specialitate.
3. *Subalimentare* (restricții alimentare)
  - Intervenția presupune psihoeducație și schimbări treptate ale comportamentului (a se vedea Capitolul 11), precum și focalizarea asupra proceselor care încurajează această schimbare de comportament (a se vedea Capitolele 8 și 9).
4. *Eveniment exterior sau dispoziție afectivă negativă*
  - Intervenția introduce rezolvarea proactivă de probleme, combinată uneori cu dezvoltarea unor metode funcționale de reglare a emoțiilor (vezi secțiunea următoare).

Unora dintre pacienți le fac cu adevărat plăcere unele aspecte ale alimentației compulsive și din acest motiv nu doresc să se oprească. Acești pacienți sunt greu de tratat. În cazul lor, este recomandabil să investigați cu atenție care sunt avantajele alimentației compulsive din perspectiva lor (de exemplu, plăcerea imediată resimțită atunci când mănâncă, relaxarea de care se bucură în urma unei constrângeri) și care sunt dezavantajele (de exemplu, posibilă creștere în greutate, cheltuieli mai mari, tendința de a se ascunde și de a minți, autocritica și perpetuarea tulburării de comportament alimentar pe termen lung). Abordarea evaluării avantajelor și a dezavantajelor folosită cu pacienții subponderali (a se vedea Capitolul 11, pagina 215) poate fi utilă în această situație. După ce pacienții realizează cât de ridicat este nivelul costurilor perpetuării alimentației compulsive pe termen lung, pacienții devin mai dispuși să încerce să se oprească.

---

### Vinieta

O pacientă a relatat că a avut un episod de binge eating într-o seară de vineri. Ulterior, a încercat să afle care dintre cele patru mecanisme a contribuit la acesta. Nu era subponderală și mâncase suficient în ziua respectivă, așadar nu era vorba despre subalimentație, nici nu consumase alcool. Era în mod clar un factor declanșator de natură socială și, de îndată ce a început să mănânce, ea a consumat trei alimente „declanșatoare”, încălcând rapid trei reguli de conduită alimentară. Așadar, unul dintre mecanisme a fost încălcarea regulii, o problemă pe care ea deja o avea în vedere. Atunci a decis să afle mai multe în legătură cu celălalt mecanism, acela de natură interpersonală.

Cu puțin înainte de a începe să se supraalimenteze, ea a scris în fișa de automonitorizare: „*Toți prietenii mei au ieșit în oraș. Eu sunt singură. Nimănui nu-i place de mine.*” Terapeutul a întrebat-o ce dovezi susțineau acest gând al său, iar pacienta a menționat faptul că prietenii ei au plecat fără ea. Atunci când a fost întrebată dacă exista vreo dovadă care să infirme opinia sa, pacienta a recunoscut faptul că au existat nenumărate situații în care prietenii au căutat-o, au dorit să o întâlnească și au invitat-o să participe la întâlnirile lor. Pacienta a fost întrebată dacă ar putea găsi alte explicații pentru cele întâmplate în seara de vineri, dar ea nu a reușit.

Ca temă de casă a fost rugată să discute cu prietenii ei despre seara respectivă. În ședința următoare ea a relatat că a aflat că prietenii îl sunaseră pe iubitul ei, dar cum el nu a răspuns, și-au închipuit că ei doi ieșiseră deja în oraș, deoarece își petreceau de obicei împreună serile de vineri. Nu s-au gândit să o sune direct pe ea, deoarece nu știau că prietenul ei era plecat din oraș în acel weekend.

Pacienta a relatat că s-a simțit mult mai bine după ce a auzit această explicație și că nu ar fi mâncat peste măsură dacă nu s-ar fi grăbit să ajungă la o concluzie greșită. Terapeutul și pacienta au concluzionat că episodul de binge eating fusese „util”, în măsura în care evidențiasse o problemă generală cu care se confrunta pacienta (sensibilitate față de relațiile interpersonale și tendința de a favoriza concluziile negative) care ar fi putut fi abordate în momentul respectiv prin metoda rezolvării de probleme.

---



## INTERVENȚIA ÎN CAZUL MODIFICĂRII COMPORTAMENTULUI ALIMENTAR CA URMARE A SCHIMBĂRILOR DE DISPOZIȚIE AFECTIVĂ

Această componentă a TCC-O este concepută pentru pacienții al căror comportament alimentar este influențat în mod semnificativ de propria stare emoțională. Comportamentul alimentar al tuturor pacienților este afectat într-o oarecare măsură de starea emoțională, iar acest lucru este absolut firesc, și astfel fie nu este nevoie de intervenția noastră în acest domeniu, fie problema poate fi rezolvată dacă reușim să-i ajutăm să răspundă mai bine evenimentelor care le declanșează în mod obișnuit schimbările de dispoziție afectivă (prin rezolvarea proactivă de probleme). Totuși, există pacienți care fie sunt extrem de sensibili la anumite emoții și le tolerează cu dificultate, fie trăiesc emoții deosebit de intense; pentru unii dintre ei sunt valabile ambele situații. Condiția aceasta poate fi denumită „intoleranță la emoții”. În general, este vorba despre emoții negative, dar acest lucru nu este valabil întotdeauna. Pacienții pot fi sensibili la orice stare emoțională intensă ori puternică, inclusiv, de exemplu, la bucurie. Această sensibilitate îi determină să se angajeze în forme de comportament („comportament de reglare emoțională”) care îi ajută să facă față acestor emoții, fie diminuând atenția pe care le-o acordă, fie neutralizându-le. Alimentația compulsivă este un exemplu, provocarea vărsăturilor și exercițiile fizice în exces sunt alte exemple. Astfel, în cazul acestor pacienți, aspecte ale tulburării de comportament alimentar îi ajută să facă față emoțiilor și, prin urmare, sunt menținute de mecanisme „externe” tulburării fundamentale de comportament alimentar. Din acest motiv, nu este suficient să concentrăm intervenția terapeutică doar asupra mecanismelor obișnuite de menținere a tulburării (așa cum este specificat în formularea pacientului), dacă dorim să îndepărtăm aceste forme de comportament pentru totdeauna. Tratamentul va trebui să abordeze în mod direct mecanismul suplimentar de menținere a tulburării, și anume intoleranța la emoții.

**Pe pacienții cu intoleranță la emoții unele aspecte ale tulburării de comportament alimentar îi ajută să-și regleze emoțiile.**

Astfel, acest aspect al tratamentului este conceput pentru un subgrup de pacienți. Este relevant mai cu seamă, dar nu în mod exclusiv, pentru pacienții predispuși unui diagnostic de tulburare de personalitate de tip borderline (ori descriși ca fiind „multi-impulsivi”). La început, el a fost doar un element aparținând variantei „extinse” a TCC-O (a se vedea Capitolul 13), dar experiența ulterioară ne-a demonstrat că el poate fi încorporat în mod absolut justificat în versiunea principală a tratamentului „focalizat”. Abordarea are elemente în comun cu terapia comportamentală dialectică (Linehan, 1993).

### Identificarea pacienților cu intoleranță la emoții

Pacienții pentru care aceste strategii și proceduri sunt cele mai adecvate se identifică mai ușor în Etapa a doua, la trecerea în revistă a progresului înregistrat

în tratament (a se vedea Capitolul 7) sau la începutul Etapei a treia. Până atunci se va ști dacă o parte a comportamentului lor alimentar este menținut de dificultățile de reglare emoțională. Un indiciu ne este oferit de persistența anumitor trăsături ale tulburării de comportament alimentar în ciuda încercărilor repetate de a le îndepărta. De exemplu, episoadele de binge eating continuă chiar dacă pacientul respectă „mesele regulate” (a se vedea Capitolul 6) ori pacientul se mai angajează în comportamente intermitente de autoinducere a vomei sau de practicare excesivă a exercițiilor fizice. Mai multe dovezi directe se obțin în urma analizei amănunțite a modificărilor survenite recent în comportamentul alimentar și în urma detectării unor schimbări incipiente de dispoziție afectivă pe care pacientul a încercat să le neutralizeze. Această procedură este dificilă, deoarece pacienții care sunt deosebit de sensibili la emoții reacționează atât de rapid la apariția acestora, încât s-ar putea să nici nu perceapă debutul acestui proces. Un alt indiciu este oferit de istoricul altor forme de comportament dezadaptativ de reglare emoțională, deoarece acesta semnaleză deseori existența unui anumit grad de intoleranță emoțională. Există două tipuri de comportament relevant în acest sens:

- *Automutilarea* (de exemplu, arsuri or tăieturi pe piele, lovire). Aceasta neutralizează aproape instantaneu emoțiile intense și de aceea este puternic consolidată.
- *Automedicația cu substanțe psihoactive* (de exemplu, alcool, marijuana etc.) – Aceasta este o altă modalitate de coping cu stările emoționale intense, deși rezultatul este mai lent și mai puțin „eficace” decât în cazul automutilării. Episoadele intermitente de consum masiv de alcool (de exemplu, consumul exagerat de alcool în afara evenimentelor de socializare) sunt deosebit de sugestive.

Unii pacienți se angajează în diverse forme de comportament dezadaptativ de reglare emoțională. Ele sunt folosite alternativ ori pacienții au perioade în care favorizează o formă sau alta de comportament. Indiferent care este tiparul, un istoric prezentând angajarea în acest tip de comportament trebuie să-l alerteze pe terapeut în legătură cu posibilitatea ca pacientul să prezinte intoleranță la emoții.

Dacă nu se știe în ce măsură intoleranța la emoții contribuie la menținerea tulburării de comportament alimentar, strategia ideală este aceea de a aborda orice schimbare de comportament alimentar folosind procedura rezolvării de probleme descrisă mai sus. În felul acesta, se va evidenția orice sensibilitate emoțională prezentă.

## **Educarea pacienților în legătură cu intoleranța la emoții**

Pentru a educa pacienții în privința intoleranței la emoții și a strategiei de abordare a acesteia, terapeutul trebuie să identifice unul sau mai multe evenimente recente preluate din fișele de automonitorizare. Apoi, pentru fiecare exemplu, trebuie recreată succesiunea evenimentelor care au condus la schimbarea de comportament alimentar, urmărindu-se fiecare eveniment declanșator, precum și

sentimentele, gândurile și comportamentul pacientului ulterioare evenimentului. În mod clar, procedura aceasta are puncte în comun cu cea folosită pentru abordarea modificărilor de comportament alimentar declanșate de evenimente exterioare. Obiectivul pe care îl urmărim este acela de a-i ajuta pe pacienți să observe faptul că fiecare episod a însemnat o succesiune de etape desfășurate foarte rapid:

1. *Un eveniment declanșator*
  - De exemplu, o ceartă la telefon cu prietenul
2. *Evaluarea cognitivă a evenimentului*
  - De exemplu, resentimente („Nu este corect – întotdeauna dă vina pe mine”)
3. *Schimbarea dispoziției, apariția unei emoții negative*
  - De exemplu, furie
4. *Evaluarea cognitivă a schimbării dispoziției afective, urmată de amplificarea cognitivă extrem de rapidă (în câteva secunde) a dispoziției*
  - De exemplu, „Nu suport asemenea stare de nervi”, conducând la amplificarea stării respective, gândul „Într-adevăr nu suport să mă simt așa”, conducând la intensificarea și mai puternică a stării de nervi și gândul „ÎNTR-ADEVĂR nu suport starea aceasta”, conducând în continuare la amplificarea stării emoționale și la gândul „NU SUPORT DELOC STAREA ACEASTA DE NERV”.
5. *Inițierea comportamentului dezadaptativ de reglare a emoțiilor*
  - De exemplu, pacientul începe să se supraalimenteze ori să se automutileze
6. *Ameliorarea imediată a stării emoționale negative*
  - De exemplu, disiparea stării de furie
7. *Evaluarea cognitivă ulterioară*
  - De exemplu, „Nu sunt bună de nimic. Nu am absolut niciun control asupra alimentației mele.”

Terapeutul trebuie să evidențieze faptul că această reacție obișnuită este nefolositoare din mai multe puncte de vedere. Întâi, are ca rezultat faptul că pacienții nu se confruntă în mod direct cu dificultățile de fiecare zi, apoi, conduce la un comportament imprevizibil și deseori amplifică problemele de natură interpersonală, întreține problema de comportament alimentar și determină scăderea stimei de sine a pacienților.

### **Încetinirea procesului, observarea și analizarea sa**

Pasul următor impune observarea de către pacienți a episoadelor ulterioare așa cum se petrec în timp real. Acest lucru este deosebit de dificil și poate că va fi nevoie de mai multe încercări pentru a-l realiza, dar este esențial pentru a învinge intoleranța la emoții.

Imediat ce detectează apariția unui eveniment ori a unei emoții care poate funcționa ca factor declanșator, pacienții trebuie să se detașeze de situația respectivă și să noteze o scurtă descriere cuprinzând:

- Ceea ce s-a întâmplat
- Evaluarea lor în legătură cu ceea ce s-a întâmplat
- Cum se simt ei în momentul de față
- Evaluarea lor în legătură cu acest sentiment

Cu alte cuvinte, pacienții înregistrează pașii 1-4 mai mult sau mai puțin în timp real. Aceasta are ca efect încetinirea procesului. De asemenea, îi obligă să rămână în starea curentă, mai degrabă decât să „scape” angajându-se într-una dintre formele de comportament de reglare a emoțiilor cu care s-au obișnuit. Pacienții trebuie avertizați că se vor simți extrem de frustrați pe durata acestui proces, dar că trebuie să se străduiască „să rămână în aceeași stare” cât mai mult posibil. Acest lucru este important pentru că în felul acesta se întrerupe amplificarea cognitivă care stă la baza intoleranței la emoții (Pasul 4 mai sus).

Terapeuții trebuie să-i încurajeze și să-i sprijine foarte mult pe pacienții care încearcă aceasta. Chiar și succesul parțial trebuie considerat un succes real.

## Intervenția

După ce procesul începe să devină mai lent, pacientul observă și analizează succesiunea obișnuită de evenimente și, făcând acest lucru, întrerupe desfășurarea lor împiedicând amplificarea cognitivă; pacientul devine capabil să intervină în diferite momente ale succesiunii. Indicațiile pentru fiecare dintre strategiile și procedurile utile sunt:

### *Apariția evenimentelor declanșatoare*

- Împiedicați-o când este posibil folosind rezolvarea proactivă de probleme.

### *Evaluarea cognitivă a evenimentelor*

- Restructurare cognitivă și experimente comportamentale

### *Apariția emoțiilor negative și evaluările lor cognitive*

- „Acceptarea emoțiilor”

### *Folosirea comportamentului de reglare a emoțiilor*

- Exersarea folosirii comportamentului funcțional de reglare a emoțiilor
- Împiedicarea dezvoltării comportamentelor disfuncționale de reglare emoțională

Observații privind fiecare dintre procedurile menționate:

1. *Rezolvarea proactivă de probleme.* Aceasta trebuie luată întotdeauna în considerare, fiind o tehnică deosebit de valoroasă, chiar și pentru pacienții cei mai dezorganizați. Ea este folosită pentru a preveni numeroase tipuri de probleme care altminteri ar putea duce la un episod de intoleranță emoțională.

2. *Restructurarea cognitivă.* Aceasta trebuie folosită pentru a ajuta pacienții să evalueze evenimentele și semnificația lor personală. Este importantă mai ales pentru contracararea gândirii dihotomice și a evaluărilor negative (vezi vinieta de la pagina 191).

3. *Acceptarea emoțiilor.* Acesta este un termen generic folosit pentru a descrie:

a. *Educarea pacienților în legătură cu stările emoționale*

- Emoțiile fac parte din experiența umană obișnuită. Nu este nimic rău dacă uneori ne simțim furioși sau triști, așa cum nu este nimic rău dacă suntem fericiți.
- Se întâmplă rareori ca emoțiile să persiste pentru mult timp (în afara situației în care pacientul suferă de o tulburare de dispoziție afectivă, cum ar fi depresia clinică).
- Este util să știm ce emoții simțim. Unele persoane își interpretează emoțiile în mod greșit; de exemplu, etichetează nerăbdarea ca fiind anxietate. Este util să avem în vedere celelalte trăsături manifeste (de exemplu, tensiunea musculară poate fi un semn de anxietate); de asemenea, pentru a identifica emoțiile în mod corect putem să ne gândim cum s-ar simți alte persoane în condiții similare. Observați faptul că unii pacienți își etichetează în mod greșit gândurile, considerându-le sentimente (de exemplu, „*Am simțit că nu sunt bun de nimic*”), cazul în care terapeutul trebuie să încerce să-i ajute să identifice emoția care le însoțește.

b. *Intervenția asupra emoțiilor*

- Nu este nevoie să reacționăm față de o emoție. Ele trebuie acceptate.
- Putem „pluti odată cu emoția”, observând cum crește și apoi se reduce, așa cum urmărim valurile la surfing (a se vedea „*urge surfing*”, pagina 112). Procedând în felul acesta înfirmăm convingerea potrivit căreia emoțiile negative se tot înrăutățesc până când trebuie să facem ceva în privința lor.
- Dacă starea emoțională a unui pacient este negativă și evoluția sa este greu de suportat, există mai multe modalități de a o modifica fără a se vătăma în niciun fel.

4. *Exersarea folosirii comportamentului funcțional de reglare a emoțiilor.* Terapeuții trebuie să ajute pacienții să identifice și să implementeze metode funcționale de schimbare a dispoziției afective atunci când este nevoie. Metodele vor fi adecvate situațiilor și preferințelor pacientului. Este util să-i rugați pe pacienți să pregătească o listă cu metode pe care să le aibă la dispoziție în avans. Principalele opțiuni sunt:

- Audierea unei melodii care poate schimba dispoziția și tiparul mental al pacientului;

- Comunicarea cu alții (mai ales comunicarea directă, mai degrabă decât prin mesaje ori prin e-mail). Contactul față în față este cel mai bun;
- Exercițiile fizice. O plimbare vioaie face bine și este ușor de realizat în aproape orice situație;
- O baie este reconfortantă. O baie la lumina lumânărilor sau cu multă spumă este și mai reconfortantă;
- Un duș rece;
- Vizionarea unui film la cinematograful. Un film „ușor” este cea mai bună alegere.

La început, aceste noi forme de comportament pot părea „mai puțin eficiente” decât vechile metode disfuncționale, dar după ce au fost exersate, ele devin din ce în ce mai eficiente și prezintă avantajul clar demonstrat că nu au efecte adverse. Folosirea cu succes a comportamentelor adaptative de reglare a emoțiilor îi poate ajuta pe pacienți să-și modifice convingerea potrivit căreia emoțiile lor sunt de necontrolat. De asemenea, le va schimba convingerile legate de comportamentul dezadaptativ de reglare a emoțiilor (de exemplu, „*Doar o masă copioasă mă poate ajuta să mă simt mai bine*”).

5. *Împiedicarea inițierii comportamentului disfuncțional de reglare a emoțiilor.* Aceasta se aplică mai puțin în cazul tulburării de comportament alimentar, dar se aplică în schimb în cazul folosirii abuzive a substanțelor psihoactive și în cazul comportamentelor de automutilare (de exemplu, tăiatul cu lama, cu cuțitul). Cel mai bine este ca substanțele sau obiectele respective să nu fie la îndemână. Dacă sunt rugați cu blândețe și înțelegere, mulți pacienți pot fi convinși să-i predea terapeutului proviziile de pastile, cuțitul special etc.

### Câteva sugestii și câteva probleme

- Înregistrarea observațiilor în timp real este esențială pentru ajutarea acestor pacienți. Procedura în sine are un impact major asupra lor.
- Ca întotdeauna, vă recomandăm să țineți seama de principiul parcimoniei. Evitați să-i copleșiți pe pacienți cu un număr prea mare de tehnici. Ajutați-i în schimb să-și însușească mai bine strategiile și procedurile care sunt mai relevante pentru ei.
- Nu uitați de valoarea intervențiilor simple: de exemplu, rezolvarea proactivă de probleme, folosirea muzicii pentru reglarea emoțiilor, împiedicarea inițierii comportamentelor disfuncționale.
- Un succes va duce la alte succese.
- După ce a fost inițiată intervenția în privința intoleranței la emoții, ea trebuie să rămână un element esențial pe agenda fiecărei ședințe până când tiparul său va fi îndepărtat.

**Un succes va duce  
la alte succese.**

**BIBLIOGRAFIA RECOMANDATĂ**

Bibliografia recomandată pentru Capitolele 5-12 se găsește la sfârșitul Capitolului 12.

## SUBPONDEREA ȘI SUBALIMENTAȚIA

Marea majoritate a pacienților care suferă de o tulburare de comportament alimentar se subalimentează într-un anumit stadiu al afecțiunii și mulți dintre ei devin subponderali pentru o vreme. În general, etapa aceasta nu durează mult, iar ei recuperează greutatea pierdută, deseori ca rezultat al episoadelor de binge eating, dar există un număr mic de pacienți care reușesc să păstreze un control extrem asupra propriei alimentații și să rămână subponderali. Dacă au un IMC de 17,5 sau mai mic (ori dacă își mențin o greutate corporală reprezentând mai puțin de 85% din greutatea recomandată, conform reglementărilor din DSM-IV), ei pot îndeplini criteriile pentru un diagnostic de anorexie nervoasă (a se vedea Capitolul 2). Aceia dintre ei care nu prezintă toate trăsăturile necesare pentru diagnostic (de exemplu, amenoree, supraevaluarea siluetei și a greutății) sunt diagnosticați în schimb cu o tulburare de comportament alimentar FAS. O greutate atât de scăzută este îngrijorătoare, întrucât are consecințe fizice și psihosociale majore, unele dintre ele încurajând în continuare subnutriția. Așadar, starea descrisă mai sus poate ajunge să se autoperpetueze.

În capitolul acesta ne vom concentra atenția asupra modalităților în care trebuie să adaptăm TCC-O pentru a răspunde nevoilor pacienților subponderali (adică aceia cu anorexie nervoasă ori alte forme ale tulburării de comportament alimentar FAS însoțite de o greutate scăzută) și ale celor care se subalimentează. Trebuie să menționăm de la început faptul că TCC-O nu are nevoie de modificări majore, deoarece pacienții aceștia au aceeași psihopatologie de bază ca majoritatea pacienților și un comportament foarte asemănător. În consecință, aproape toate strategiile și procedurile descrise până acum sunt relevante și pentru acești pacienți. Există totuși unele trăsături distinctive care se cer abordate în mod direct, iar acestea impun modificări ale TCC-O. Iată trei dintre trăsăturile importante pe care trebuie să le avem în vedere:

1. *Subalimentația.* Subalimentația este o trăsătură nelipsită în cazul pacienților subponderali, deși ea este prezentă la mulți alți pacienți.
2. *Subpondera.*
3. *Motivația scăzută pentru realizarea unei schimbări.* Mulți dintre pacienții subponderali nu consideră că subalimentația ori greutatea lor scăzută ar constitui o problemă, deoarece ele sunt în consonanță cu supraevaluarea controlului asupra alimentației, a siluetei și a greutății.



Pacienții cred într-adevăr că subalimentația și greutatea lor scăzută sunt dovezi ale voinței și ale autocontrolului.

TCC-O trebuie adaptată pentru a încorpora abordarea acestor trei trăsături. Problema vizând motivația este una deosebit de dificilă, deoarece în cazul în care nu este abordată cu succes, tratamentul are puține șanse de a reuși. De aceea, ea constituie o prioritate încă de la începutul terapiei. Subalimentația și greutatea scăzută sunt de asemenea importante. Și ele trebuie abordate devreme în cadrul tratamentului, deoarece menținerea unei greutate foarte scăzute este extrem de nesănătoasă; ea provoacă deficite de natură psihosocială și, cum vom arăta în continuare, este un obstacol în calea schimbării.

Pe lângă adaptarea conținutului TCC-O, ea trebuie să fie și extinsă ca durată. Există două motive care impun acest lucru: întâi, este nevoie de câteva săptămâni pentru a crea motivația pentru schimbare și în al doilea rând este nevoie de o perioadă îndelungată pentru a atinge și apoi pentru a menține o greutate sănătoasă. Pentru pacienții care au un IMC între 15,0 și 17,5 – grupul subponderal cel mai adecvat TCC-O ambulatorie – tratamentul durează în general aproximativ 40 de săptămâni și cuprinde în jur de 40 de ședințe (adică de două ori mai mult decât forma obișnuită a TCC-O). În ceea ce privește frecvența ședințelor, noi programăm de obicei două ședințe pe săptămână, până când pacientul reușește să câștige în mod substanțial în greutate. Apoi, ședințele sunt programate săptămânal. În etapele ulterioare, când pacientul ajunge aproape de greutatea recomandată, ședințele sunt programate la intervale de două săptămâni, iar spre sfârșitul tratamentului ele sunt programate o dată la 3 săptămâni.

Capitolul acesta prezintă modalitățile prin care se realizează adaptarea și extinderea TCC-O la pacienții subponderali. Terapia cu adolescenții subponderali este descrisă în Capitolul 14, iar o versiune a terapiei pentru pacienți instituționalizați este descrisă în Capitolul 15. *Observațiile cuprinse în capitolul de față pornesc de la premisa că cititorii sunt familiarizați cu formatul TCC-O de 20 de ședințe, așa cum este descris în capitolele 5-10 și 12.*

Trebuie să mai subliniem un aspect esențial. Sănătatea și siguranța pacienților sunt de maximă importanță pentru noi toți și ele nu trebuie neglijate niciun moment; acest lucru are o relevanță sporită în cazul pacienților subponderali, deoarece sănătatea lor fizică este întotdeauna afectată. Fiecare specialist cu o responsabilitate clinică față de acești pacienți trebuie să fie pe deplin conștient de complicațiile pe care le pot dezvolta (a se vedea Capitolul 4, pagina 62), iar terapeuții care nu sunt cadre medicale trebuie să colaboreze în permanență cu un specialist în medicina generală care să-i ajute în gestionarea problemelor medicale ale cazurilor aflate în terapie.

## PERSPECTIVĂ GENERALĂ ASUPRA TCC-O PENTRU PACIENȚII SUBPONDERALI

Strategia de tratament impune următorii pași:

1. Inițierea corectă a terapiei prin implicarea pacienților și prin menținerea acestora în continuare. În acest sens, este esențial să demonștrăm un interes viu pentru pacient ca persoană, nu doar pentru comportamentul său alimentar ori pentru greutatea sa.
2. Educarea pacienților în legătură cu efectele de natură psihologică, socială și fizică pe care le are menținerea unei greutate foarte scăzute.
3. Crearea unei formulări personalizate în care să se evidențieze care este contribuția efectelor generate de greutate.
4. În contextul formulării, încercarea de a stârni interesul pacienților în legătură cu beneficiile pe care le-ar reprezenta o schimbare de comportament alimentar și posibilitatea „unui nou început”. Obiectivul urmărit este acela de a-i determina pe pacienți să decidă ei înșiși să recâștige în greutate. A se remarca faptul că folosim termenul „a recâștiga”. Pacienții îl preferă pe acesta în locul lui „a câștiga”.
5. Asigurarea aderării pacienților la această decizie și sprijinirea lor în încercarea de a recâștiga în greutate. Pentru aceasta este nevoie de luni de zile și de multă perseverență din partea pacientului și a terapeutului.
6. Intervenția simultană asupra altor trăsături ale tulburării de comportament alimentar (de exemplu, supraevaluarea siluetei și a greutății, verificarea siluetei, restricțiile alimentare și regulile de conduită alimentară). Sprijinirea pacienților în încercarea de a dezvolta o viață socială activă și relații interpersonale satisfăcătoare este deosebit de importantă.
7. După ce s-a atins un nivel sănătos al IMC-ului, sprijinirea pacienților pentru ca aceștia să-și accepte și să-și mențină noua siluetă și greutate.
8. Încheierea cu succes a tratamentului, urmărind asigurarea șanselor maxime pentru a menține schimbările realizate și reducerea la minimum a riscului de recidivă.

**Obiectivul urmărit este acela de a-i determina pe pacienți să decidă ei înșiși să recâștige în greutate.**

Cele patru etape ale versiunii TCC-O în formatul de 20 de ședințe nu coincid într-un tot cu această versiune a tratamentului.

### INIȚIEREA CORECTĂ A TERAPIEI

Primele două ședințe de terapie se aseamănă cu acelea din versiunea concepută în 20 de ședințe, deși este nevoie de unele ajustări în educarea pacienților referitoare la efectele subponderiei și având scopul de a include aceste informații în formularea cazului. Și următoarele șase ședințe se aseamănă cu cele

corespunzătoare din versiunea în 20 de ședințe, excepția majoră constituind-o importanța sporită pe care o acordăm sprijinirii pacienților în luarea deciziei de a opera o schimbare. Ședințele sunt programate de două ori pe săptămână.

### **Ședința inițială**

#### ***Implicarea pacientului în procesul terapeutic și în procesul de schimbare***

Această ședință este deosebit de importantă, deși în etapa aceasta nu sunt necesare niciun fel de proceduri speciale. Vă recomandăm să începeți prin a-i întreba pe pacienți care sunt motivele pentru care au venit la tratament. Veți afla că unii dintre ei sunt reticenți în privința tratamentului, dar că au venit la insistențele unor persoane din anturaj. În cazul acestor pacienți este important să subliniați faptul că dumneavoastră, ca terapeut, veți acționa exclusiv pentru ei; nu pentru părinții lor, nici pentru partenerul lor ori pentru oricare altă persoană.

#### ***Evaluarea naturii și a severității psihopatologiei prezente***

Evaluarea este similară celei din versiunea terapiei concepute în 20 de ședințe, dar terapeutul trebuie să aștepte în plus dacă există anumite trăsături care ar putea fi secundare subponderiei. Ele nu trebuie etichetate în felul acesta, deoarece atunci există riscul ca unii pacienți să nu dezvăluie nimic despre existența lor. Întrebările privind trăsăturile menționate mai sus ar trebui incluse în evaluarea obișnuită (a se vedea Capitolul 5). Tabelul 11.1 prezintă principalele trăsături suplimentare relevante.

#### ***Elaborarea în comun a formulării***

Pașul acesta trebuie amânat până la ședința următoare, deoarece, spre deosebire de ceilalți pacienți, pacienții subponderali se identifică mai greu cu propria formulare. De aceea, este deosebit de important ca formularea să fie creată în mod corect. Amânarea formulării pentru ședința următoare îi oferă terapeutului timp să reflecteze asupra trăsăturilor manifeste care sunt specifice persoanelor subponderale, asupra celor care îl afectează cel mai mult pe pacient și asupra contribuției lor probabile la menținerea tulburării de comportament alimentar. De asemenea, oferă posibilitatea de a combina crearea formulării cu educația privind efectele subponderalității.

#### ***Explicarea tratamentului***

Acest lucru este, la rândul său, deosebit de important, deoarece acești pacienți se caracterizează prin nevoia accentuată de a deține „controlul”. Prezentarea dumneavoastră va trebui să aibă în vedere următoarele aspecte:

- *Natura și stilul tratamentului.* Aceasta se face în conformitate cu descrierea din Capitolul 5.

**TABELUL 11.1. Trăsături prezente în mod obișnuit la persoanele sever subponderale**Trăsături ale tulburării de comportament alimentar

- Alimentație ritualizată (de exemplu, folosirea aceluși farfurii ori tacâmuri, numărul înghițiturilor, selectarea alimentelor de pe farfurie în sensul acelor de ceasornic, tăierea alimentelor în forme specifice)
- Mâncatul încet
- Senzația de sațietate chiar dacă a fost consumată o cantitate mică de alimente
- Folosirea unor cantități mari de condimente sau arome
- Adunarea și păstrarea compulsivă de alimente
- Preocupare intensă pentru mâncare și pentru alimentație
- Importanță sporită acordată alimentelor și alimentației (de exemplu, lectura unor cărți de bucate, urmărirea unor programe TV dedicate gătitului, gătitul pentru alții dar refuzul de a mânca împreună cu ei)

Trăsături psihiatrice generale

- Indispoziție
- Iritabilitate
- Comportament ritualizat (nevoia puternică de a păstra o rutină; inflexibilitate)
- Adunarea și păstrarea compulsivă de obiecte inutile
- Dificultăți de concentrare
- Pierderea interesului pentru preocupări mai vechi
- Izolare socială și evitare
- Pierderea apetitului sexual

Trăsături fizice

- Ciclu menstrual absent sau neregulat
- Responsivitate sexuală scăzută
- Calitate scăzută a somnului (neodihnit, trezirea devreme)
- Sensibilitate la frig
- Piele uscată
- Căderea părului
- Slăbiciune musculară (la urcarea scărilor, la trecerea în poziție verticală din poziția așezat ori ghemuit)
- Stări de amețală

• *Observații cu caracter practic.* Este vorba despre numărul probabil și frecvența ședințelor de terapie.

• *Cântărirea în cadrul ședinței.* În ceea ce privește acest aspect, se conturează o deosebire față de protocolul formatului cu 20 de ședințe, deoarece pacienții aceștia trebuie să se cântărească în fiecare ședință, nu doar o dată pe săptămână, întrucât greutatea lor reprezintă o problemă medicală și prin urmare trebuie monitorizată cu atenție. De asemenea, schimbarea greutății constituie un aspect important al tratamentului.

• *Insuflarea unui sentiment de „proprietate”, de entuziasm și de speranță.* Și acesta este un aspect important. Trebuie subliniată ideea că este tratamentul pacientului și nu al terapeutului, iar pe parcursul terapiei pacienții trebuie să știe întotdeauna cu precizie ce se întâmplă și de ce. De asemenea, este important să le transmitem pacienților un sentiment de speranță. Poate că pacienților cu un istoric îndelungat de greutate scăzută li s-a spus că nu-și vor învinge niciodată problema de comportament alimentar. Aceasta subminează orice speranță de

recuperare pe care se poate să o fi avut. Pacienților care sunt extrem de pesimiști în privința capacității lor de a realiza o schimbare le spunem „*Sunt sigur că te putem ajuta. Bine că ești aici*”, deoarece acesta este adevărul. Desigur, trebuie evitate promisiunile deșarte, dar rareori se întâmplă să nu reușim să ne ajutăm pacienții măcar într-o oarecare măsură.

• *Întrebările și preocupările pacienților.* Pe parcursul tratamentului, pacienții trebuie încurajați să adreseze întrebări și să ne vorbească despre chestiunile care îi preocupă. Terapeuții trebuie să verifice mereu dacă pacienții sunt „pe fază”.

### ***Introducerea cântăririi în cadrul ședinței de terapie***

Cântărirea în cadrul ședinței de terapie se desfășoară conform aceluiași protocol folosit în versiunea de tratament cu 20 de ședințe (vezi pagina 91), cu deosebirea că în formatul acesta cântărirea va avea loc în fiecare ședință (inclusiv în cea inițială) și că elementul educațional privind controlul greutății și evitarea acestuia va fi amânat cu câteva ședințe din lipsă de timp. În această ședință inițială „cântărirea colaborativă” se va face la mijlocul ședinței și nu la început, deoarece ar fi nepotrivit să începem prima ședință de terapie cu cântărirea pacientului. Pacienții trebuie rugați să se abțină și să nu se cântărească acasă:

*„De acum înainte vom verifica împreună aici ce greutate aveți, de două ori pe săptămână. Veți afla multe lucruri despre greutatea dumneavoastră și veți primi informații corecte și suficiente în legătură cu aceasta în urma cântăririi bisăptămânale. Cântărirea suplimentară acasă nu ar face decât să vă deruteze. De aceea, vă rog să faceți tot posibilul să nu vă mai cântăriți acasă. Vom discuta mult mai amănunțit despre greutatea dumneavoastră și despre modalitățile de interpretare a acesteia în săptămânile următoare.”*

### ***Instituirea automonitorizării în timp real***

Aceasta are loc în ședința inițială, la fel ca în formatul de 20 de ședințe, și se folosește același formular pentru automonitorizare.

### ***Confirmarea temelor de casă***

În etapa aceasta sunt două teme de casă: inițierea înregistrării în timp real și renunțarea la cântărirea acasă. La fel ca în versiunea cu 20 de ședințe, terapeutul trebuie să-i ceară pacientului să noteze pe o fișă cu „Pașii următori” sarcinile clare asupra cărora au căzut de acord.

### ***Rezumatul ședinței și programarea întâlnirii următoare***

Terapeutul încheie ședința cu un rezumat al acesteia, reamintește conținutul temelor pentru acasă și programează întâlnirea/întâlnirile următoare. Pacientul trebuie informat că următoarea ședință va debuta cu cântărirea sa.

## Ședința 1

La fel ca la prima întâlnire, aspectul prioritar urmărit de terapeut în cea de-a doua întâlnire este realizarea implicării pacientului în procesul terapeutic. Fără aceasta, este posibil ca tratamentul să nu aibă niciun rezultat. Iată care sunt celelalte trei aspecte prioritare:

- Analiza monitorizării realizate de către pacient
- Educarea pacientului în legătură cu efectele subponderalității
- Crearea comună a formulării.

Ședința durează aproximativ 50 de minute, asemenea tuturor celor care vor urma, dar, ca și în cazul terapiei concepute pe durata a 20 de ședințe, structura ședinței este idiosincronică, din cauza faptului că fișele de automonitorizare trebuie analizate în cele mai mici detalii pentru a institui și a consolida înregistrarea de calitate realizată de către pacient. Din acest motiv, ședința are următoarea structură:

1. Cântărirea în cadrul ședinței de terapie
2. Analiza automonitorizării
3. Stabilirea agendei ședinței
4. Realizarea obiectivelor trecute în agendă, printre care se vor număra:
  - Evaluarea atitudinii pacientului față de tratament
  - Educarea personalizată referitoare la efectele unei greutate scăzute
  - Crearea comună a formulării
  - Abordarea altor aspecte relevante (adică orice alt subiect pe care pacientul dorește să-l discute)
5. Rezumatul ședinței, confirmarea temelor de casă și programarea întâlnirii următoare.

### *Cântărirea pacientului în cadrul ședinței de terapie*

Aceasta are loc chiar la începutul ședinței și debutează cu o „cântărire colaborativă” (vezi pagina 92). Terapeutul îi comunică pacientului greutatea curentă exprimată într-o unitate familiară acestuia (de exemplu, kilograme), specificând dacă aceasta se deosebește sau nu de greutatea înregistrată în ședința inițială.

Pacienții trebuie să știe că este important să afle mai multe în legătură cu greutatea corporală și parametrii acesteia, cu fluctuațiile în greutate, cu verificarea greutății și cu evitarea verificării acesteia, dar având în vedere faptul că acestea sunt subiecte complexe, discutarea lor va fi programată abia după una sau două ședințe, atunci când va fi mai mult timp disponibil.

### *Analiza automonitorizării, stabilirea agendei și evaluarea atitudinii pacientului față de tratament*

Acestea se petrec la fel ca în formatul de terapie cu 20 de ședințe. Terapeutul trebuie să-și exprime în continuare interesul pentru pacient ca persoană. Întrebări

directe simple, asemenea celor reproduse mai jos, indică preocuparea acestuia pentru starea generală a pacientului, nu doar pentru obiceiurile sale alimentare și pentru greutatea sa. Ele dezvăluie în același timp unele aspecte privind deficite secundare care altminteri ar putea trece neobservate.

*„Aș dori să știu cum este viața dumneavoastră în momentul de față?”*

*„Sunteți fericit(ă)?”*

*„Aveți prieteni?”*

*„Puteți face aceleași lucruri pe care le fac persoanele de vârsta dumneavoastră?”*

*„Cum este viața dumneavoastră în comparație cu a lor?”*

### ***Educația personalizată privind efectele unei greutăți scăzute***

Educația pacienților în legătură cu efectele unei greutăți foarte scăzute reprezintă o introducere esențială pentru facilitarea procesului de generare a formulării. Pacienții trebuie să afle care sunt consecințele comportamentului lor.

- *Pacienții trebuie să afle care este semnificația IMC-ului pe care îl au în momentul respectiv.* Trebuie să li se comunice valoarea IMC-ului și trebuie să li se prezinte pragurile IMC-ului pentru grupele reprezentând sever subponderal, subponderal, greutatea scăzută etc. (vezi pagina 31). Terapeutul le va explica apoi faptul că indicele lor de masă corporală este cu mult sub pragul recomandabil pentru o persoană sănătoasă și că, din acest motiv, ei sunt predispuși unor efecte secundare extrem de diverse, de natură fizică, psihologică și socială.

- *Pacienții trebuie informați în legătură cu efectele secundare ale unei greutăți scăzute.* Principalele aspecte care se cer subliniate sunt notate pe scurt în fișa oferită pacientului și prezentată în tabelul 11.2. Terapeuților care doresc să afle mai multe lucruri despre aceste efecte secundare le recomandăm capitolul scris de Garner (1997) și prezentarea lui Lucas (2004) focalizată asupra pacientului.

- *Vă recomandăm să-i întrebați pe pacienți care sunt trăsăturile specifice greutății scăzute, pe care le resimt în momentul de față.* Puteți face acest lucru folosind fișa pentru pacient (a se vedea tabelul 11.2). Dacă s-au detectat deja unele trăsături în ședința inițială, dar acestea nu au fost încă menționate de către pacient, va trebui să aduceți în discuție această omisiune (în mod indirect, în felul acesta: „La prima noastră ședință nu mi-ați spus cumva că...(de exemplu, mâncați foarte încet și numărați fiecare înghițitură; aveți mereu senzația de frig)?”.

- *Implicațiile acestor informații trebuie analizate.* Iată cele trei aspecte pe care trebuie să le evidențiați:

1. Multe dintre experiențele negative relatate de către pacient sunt pur și simplu secundare greutății sale corporale scăzute. Aceste experiențe trebuie specificate.
2. Unele dintre efectele secundare contribuie la menținerea problemei de comportament alimentar. Acesta este un aspect important pe care trebuie să-l subliniați atunci când creați formularea pacientului (a se vedea secțiunea următoare).

3. Aceste efecte secundare vor dispărea după ce pacientul va recâștiga în greutate.

### ***Elaborarea formulării împreună cu pacientul***

Elaborarea formulării pacientului se desfășoară în conformitate cu principiile enunțate în Capitolul 5. Aceasta se va asemăna fie modelului de „anorexie nervoasă restrictivă”, prezentat în figura 11.1, fie formulării complexe transdiagnostice, dacă pacientul are episoade de binge eating și de purgații (a se vedea figura 11. 2).

Atunci când personalizăm formularea, este deosebit de important să subliniem probabilitatea ca trăsăturile subponderalității să contribuie la menținerea tulburării de comportament alimentar. Cele mai relevante dintre aceste trăsături sunt:

- *Preocuparea pentru mâncare și pentru alimentație.* Aceasta este o consecință a restricțiilor alimentare. Faptul că se gândesc mereu la mâncare și la alimentație îi determină pe pacienți să persiste în încercările lor de a-și restricționa alimentația și de a respinge influențele exterioare. În acest punct al terapiei puteți apela la analogia cu DVD player-ul (a se vedea pagina 164). Atunci când pacientul este subponderal, discul cu tulburarea de comportament alimentar „merge” în permanență și se aude foarte tare. Totuși, terapeuții trebuie să aibă în vedere faptul că nu este încă momentul să-i ajute pe pacienți să încerce să-și modifice tiparul mental. Conform experienței noastre, exercițiul acesta nu este util atunci când pacienții sunt subponderali. În schimb, este bine să-l folosiți după ce pacienții au recâștigat în greutate și se întâmplă ca DVD-ul lor să nu fie „la loc”.

- *Izolarea socială și pierderea interesului pentru preocupări mai vechi.* Aceasta îi împiedică pe pacienți să participe la experiențele de viață care ar putea diminua importanța pe care o acordă controlului alimentației, al siluetei și al greutateii. Deseori, pacienții nu observă cât de neobișnuite sunt comportamentul și stilul lor de viață.

- *Indecizia.* Aceasta îi împiedică pe pacienți să se hotărască să se schimbe. Din acest motiv ajung să amâne mereu.

- *Nevoia puternică de rutină și de predictibilitate.* Și aceasta interferează cu schimbarea.

- *Foamea persistentă.* Aceasta nu este prezentă întotdeauna, dar dacă este, ea contribuie la menținerea preocupării pentru alimente și pentru alimentație. Unii o consideră o dovadă a propriei „lăcomii” și de aceea cred că trebuie să fie deosebit de vigilenți în privința controlului alimentației. Cu toate acestea, ea nu este privită întotdeauna în mod negativ. Unii pacienți cred că simptomele subalimentației și ale subponderiei (de exemplu, foamea, senzația de amețală, senzația de frig) sunt dovezi ale „succesului” cu care își controlează regimul alimentar.

- *Senzația accentuată de sațietate.* Aceasta constituie un obstacol în încercarea de a spori cantitatea de alimente ingerate.



**TABELUL 11.2. Fișa oferită pacientului cuprinzând efectele subponderalității**

---

**Efectele greutății scăzute**

Menținerea unei greutăți corporale excesiv de scăzute este nesănătoasă și nocivă. Ea are numeroase efecte adverse asupra funcționării pacientului din punct de vedere fizic, psihologic și social. Informațiile privind efectele greutății corporale scăzute vin din diverse surse, incluzând studii ale efectelor perioadelor de foame și ale altor situații de criză a produselor alimentare, precum și din studii experimentale în care voluntarii au urmat o dietă restrictivă perioade îndelungate de timp. Rezultatele obținute au fost similare. Ele sunt prezentate mai jos. Dacă sunteți subponderal, veți resimți exact aceleași efecte adverse.

**Efecte psihologice****Gândire**

Gândirea este afectată de faptul că pacientul este subponderal. Acesta este un lucru explicabil, întrucât creierul are nevoie de multă energie (adică de calorii) pentru a funcționa așa cum trebuie. Când greutatea corporală este scăzută, gândirea devine *inflexibilă* și, în consecință, pacientul nu va putea să treacă rapid de la un subiect la altul. De asemenea, îi va fi mai greu să ia decizii. *Capacitatea de concentrare* este aproape întotdeauna deficitară, deși se poate ca pacienții să nu-și dea seama de acest lucru, întrucât se străduiesc să se concentreze asupra activităților pe care le întreprind. Deficitul de concentrare se datorează în parte prezenței gândurilor recurente legate de alimente și de alimentație (secundare subalimentației) care interferează cu abilitatea lor de a se focaliza asupra altor lucruri. Unele persoane ajung chiar să viseze despre mâncare și despre alimentație. Faptul că se gândesc aproape în mod constant la mâncare și la alimentație le afectează și comportamentul. Aceste persoane devin extrem de interesate de gătit și citesc mereu rețete culinare, urmăresc programe TV despre gătit și unele chiar gătesc foarte mult. De asemenea, ele *își pierd interesul pentru alte lucruri*. Deseori, renunță la preocupări ori la hobby-uri mai vechi.

**Emoții**

*Dispoziția afectivă este afectată* de faptul că pacientul este subponderal. În general, aceasta este negativă, iar pacientul devine *ușor iritabil*.

**Comportament**

Persoanele care sunt sever subponderale își schimbă comportamentul. Dacă sunt subponderale de multă vreme, ele ajung să creadă că modul în care gândesc, simt și se comportă în prezent le reflectă „personalitatea”, în vreme ce adevărata lor personalitate este de fapt mascată de efectele subponderiei. Una dintre modificările cele mai pregnante este „*obsesivitatea*” *crescută*. Termenul acesta desemnează tendința de a fi inflexibil și rigid în privința propriilor rutine. Unele persoane devin foarte preocupate și de curățenie și de ordine. Deseori, acest comportament este însoțit de *dificultatea de a se manifesta spontan*. Obsesivitatea este frapantă mai cu seamă atunci când este vorba despre alimentație. Acești indivizi au un stil foarte particular de a se hrăni. Mâncatul poate deveni pentru ei o mică „ceremonie” pe care trebuie să o desfășoare singuri. Unii mănâncă foarte încet, mestecând de un anumit număr de ori, alții *mănâncă într-un mod foarte ritualizat*, folosind o farfurie anume, ori tăind mâncarea în bucăți foarte mici. *Colectarea compulsivă de obiecte* este o altă trăsătură, deși nu apare la toți pacienții. Ei pot colecta alimente sau alte obiecte. Deseori, ei nu reușesc să explice de ce fac acest lucru.

**Efecte sociale**

Faptul că pacientul este subponderal are un efect puternic asupra funcționării sale sociale. El prezintă tendința de a deveni *introvertit și focalizat asupra propriei persoane*. Această trăsătură este exagerată de nevoia accentuată de a respecta rutinele, de a se angaja în activități a căror desfășurare este complet

---

TABELUL 11.2. (continuare)

previzibilă și de dificultatea de a acționa în mod spontan. Drept urmare, aceste persoane devin tot mai retrase din punct de vedere social și se obișnuiesc cu modul acesta de viață.

De asemenea, se observă o *pierdere a apetitului sexual* (din cauza modificărilor hormonale). Și aceasta poate contribui la retragerea individului din viața socială.

### **Efecte de natură fizică**

Greutatea scăzută are un efect pronunțat asupra sănătății fizice a individului. Efectele concrete depind de dimensiunea și de natura subalimentării.

#### **Inima și circulația sanguină**

Efectele adverse asupra inimii și asupra circulației sanguine sunt însemnate. Mușchiul cardiac pierde din propria masă și din această cauză inima devine mai slabă. Tensiunea arterială scade și la fel se întâmplă cu frecvența ritmului cardiac (pulsul). Există un risc crescut pentru apariția unui puls neregulat (aritmii).

#### **Hormonii sexuali și fertilitatea**

Se observă efecte pronunțate și asupra funcției hormonale, procesele nonesențiale încetând. Ca urmare, producția hormonilor sexuali scade în mod accentuat și persoanele devin infertile. Ele își pierd interesul pentru sex și responsivitatea sexuală se diminuează.

#### **Oasele**

Fermitatea oaselor se deteriorează. Aceasta se datorează în parte modificărilor hormonale, în parte scăderii greutatei pe care oasele trebuie să o susțină și în parte reprezintă un efect direct al dietei. Rezultatul este un risc crescut de osteoporoză și de fracturi.

#### **Funcția digestivă**

Tranzitul intestinal devine mai lent și prin urmare mâncarea se deplasează încet în intestine. Mâncarea din stomac are nevoie de mai mult timp decât ar trebui în mod normal ca să ajungă în intestinul subțire și de aceea indivizii au o senzație accentuată de sațietate, chiar după ce mănâncă relativ puțin. Simțul gustului poate deveni deficitar și de aceea ei vor folosi mai multe condimente și arome pentru a da savoare mâncării. Persoanele subponderale pot suferi de foame persistentă.

#### **Mușchii**

Pierderea masei musculare și slăbiciunea musculară pot fi un rezultat al subnutriției. Acestea sunt mai evidente atunci când pacienții urcă scări ori când încearcă să se ridice în picioare din poziția șezând sau din poziția ghemuit.

#### **Pielea și părul**

Efectele asupra acestora variază. Un păr fin, pufos (numit lanugo) poate începe să crească pe corp, mai ales pe față, pe abdomen, pe spate și pe brațe. De asemenea se observă uneori căderea părului de pe scalp. Pielea devine uscată și dobândește o tentă portocalie.

#### **Reglarea temperaturii corporale**

Temperatura corporală scade și aceste persoane au mereu o senzație accentuată de frig.

#### **Somnul**

Somnul este deficitar atunci când persoanele sunt subponderale. Somnul nu este destul de odihnitor și aceste persoane prezintă tendința de a se trezi devreme.

**Observație finală:** Unele dintre efectele descrise mai sus sunt efecte directe ale subnutriției îndelungate, mai degrabă decât ale greutatei scăzute și ele apar în cazul oricărei persoane care se subalimentează în mod pronunțat, indiferent care este greutatea sa.

(continuare)

**TABELUL 11.2. (continuare)****Semnificația acestor efecte**

În acest context, trebuie menționate cinci aspecte importante:

1. **Unele dintre lucrurile pe care le considerați acum dificile ori aversive pot fi rezultatul direct al faptului că aveți o greutate corporală prea scăzută.**
2. **Multe persoane subponderale presupun că modul în care se comportă în momentul de față le reflectă personalitatea.** Este foarte important de subliniat faptul că personalitatea este mascată de efectele subponderalității și că personalitatea dumneavoastră autentică va fi dezvăluită abia după ce nu veți mai fi subponderal.
3. **Unele dintre efectele greutății corporale prea scăzute sunt periculoase și vă afectează organismul pe termen lung** (de exemplu, efectele asupra inimii și circulației sanguine, precum și efectele asupra oaselor).
4. **Unele dintre efectele greutății corporale prea scăzute vă mențin „blocați” în tulburarea de comportament alimentar** (de exemplu, preocuparea exagerată pentru mâncare și pentru alimentație, inflexibilitatea și impunerea unor rutine și ritualuri la care nu puteți renunța, dificultatea în luarea unor decizii, refuzul de a socializa, dificultăți de concentrare, senzația prea rapidă de sațietate).
5. **Aproape toate aceste efecte vor dispărea dacă veți recâștiga în greutate, atingând un nivel scăzut, dar sănătos, al greutății.**

La fel ca pentru ceilalți pacienți, formularea trebuie realizată în mod treptat, fără grabă, terapeutul coordonând procesul și având grijă să-l implice în mod activ pe pacient. Cel mai bine este să începeți cu un aspect pe care pacientul dorește să-l schimbe (de exemplu, episoadele de binge eating sau o trăsătură negativă legată de faptul că este subponderal – de exemplu, faptul că îi este mereu frig ori că doarme prost). Trebuie să folosiți termenii pacienților ori de câte ori este posibil și adecvat. Dat fiind faptul că formularea se bazează pe informații proaspăt obținute, va trebui să-i comunicați pacientului că aceasta este temporară și că va fi modificată de fiecare dată când va fi nevoie pe parcursul tratamentului.

După ce formularea a fost elaborată, terapeutul trebuie să explice care sunt implicațiile acesteia în tratament. Aspectul acesta este deosebit de important pentru pacienții subponderali. Trebuie să le prezentați cinci observații esențiale. (Cele cinci observații sunt trecute și în fișa înmănată pacientului și în care sunt descrise efectele adverse ale subponderalității; a se vedea tabelul 11.2).

1. *Unele dintre trăsăturile pe care pacientul le consideră aversive sau debilitante sunt rezultatul direct al faptului că este sever subponderal.* De exemplu:

- Preocuparea pentru mâncare și pentru alimentație
- Inflexibilitatea; nevoia de a urma o rutină strictă; incapacitatea de a fi spontan
- Dificultatea de a lua decizii
- Refuzul de a socializa
- Dificultățile de concentrare
- Somnul deficitar
- Senzația rapidă de sațietate
- Senzația intensă de frig
- Senzația de slăbiciune fizică

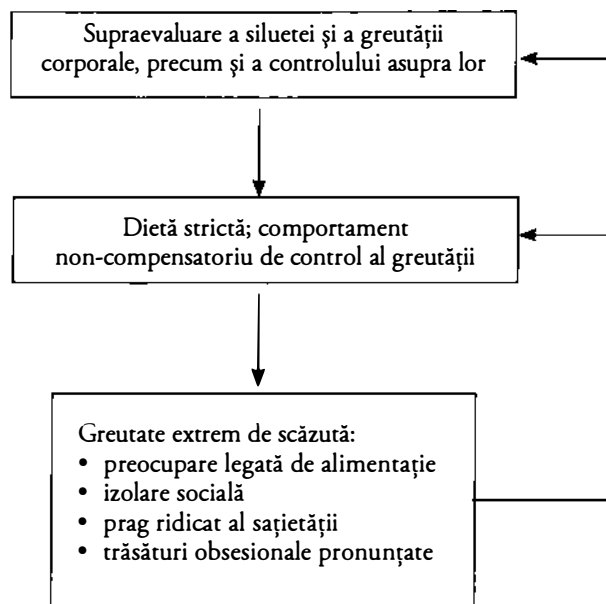


**FIGURA 11.1.** Formularea pentru anorexia nervoasă „restrictivă”

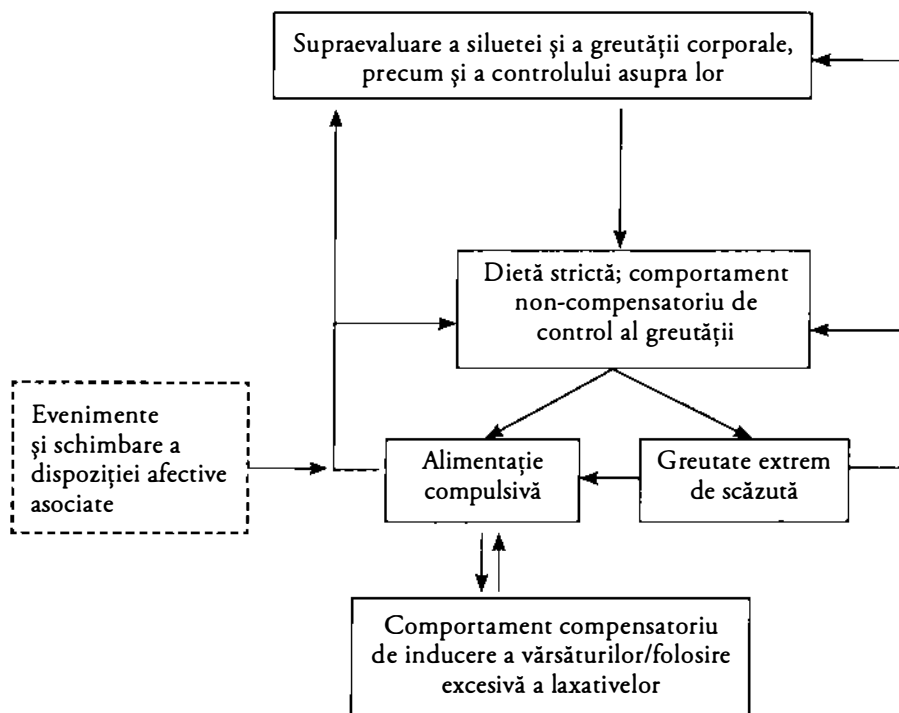


**FIGURA 11.2.** Formularea pentru anorexia nervoasă cu alimentație compulsivă/purgații

Din *Terapia cognitivă și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press. Figurile acestea sunt disponibile online la <http://ascred.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.

2. *Deseori, pacienții presupun că starea lor actuală (faptul că sunt evitanți din punct de vedere social, inflexibili, ezitanți) reflectă propria lor personalitate.* Este esențial să subliniați faptul că personalitatea lor este mascată de efectele greutății scăzute și că adevărata lor personalitate va apărea cu claritate dacă vor recâștiga în greutate. Terapeutul trebuie să încerce să stârnească interesul pacientului în legătură cu acest fenomen; de exemplu, poate să-i descrie cum s-au schimbat alți pacienți după ce au recâștigat în greutate.

3. *Unele dintre consecințele de natură fizică ale unei greutăți foarte scăzute sunt periculoase ori riscă să le provoace pacienților probleme de sănătate pe termen lung.* De exemplu:

- Efectele asupra sistemului cardiovascular
- Efectele asupra oaselor.

Terapeutul trebuie să identifice consecințele fizice cele mai relevante pentru pacient și care îl preocupă cel mai mult. Dacă anumite aspecte ale stării fizice sunt deosebit de grave, terapeutul trebuie să i le comunice pacientului (sau să roage un specialist în medicină generală să facă acest lucru). Pacienții (și uneori rudele lor) au tendința de a ignora gravitatea stării lor de sănătate.

4. *Unele efecte ale subponderalității mențin tulburarea de comportament alimentar.* De exemplu:

- Preocuparea pentru mâncare și pentru alimentație
- Izolarea socială și pierderea interesului pentru activitățile preferate
- Indecizie
- Nevoia accentuată de rutină și de previzibilitate
- Senzația accentuată de sațietate.

Terapeutul trebuie să evidențieze cercurile vicioase întreținute de aceste efecte secundare care îl blochează pe pacient în tulburarea de care suferă.

5. *Aproape toate efectele greutății scăzute se vor rezolva dacă pacientul recâștigă în greutate până la un nivel sănătos, chiar dacă este unul scăzut.* În mod clar, obiectivul major al educației și al formulării este acela ca pacienții să înceteze restricționarea alimentației și să înceapă să recâștige în greutate. Acesta este un lucru evident. Cu toate acestea, noi considerăm că nu trebuie prezentat ca atare. Este preferabil să-i lăsați pe pacienți să reflecteze la informațiile pe care le-ați oferit și să tragă propriile concluzii. În acest sens, este suficient să le oferiți copii ale fișei și ale formulării proprii și să-i rugați să mediteze asupra lor până la ședința următoare.

### ***Rezumatul ședinței, confirmarea temei de casă și programarea întâlnirii următoare***

De obicei, la sfârșitul primei ședințe sunt trei teme de rezolvat pentru acasă:

1. Exersarea și perfecționarea automonitorizării
2. Citirea fișei privind greutatea scăzută
3. Trecerea în revistă a formulării

## REVIZUIREA FORMULĂRII ȘI A IMPLICAȚIILOR SALE

În ședința următoare, terapeutul și pacientul vor analiza formularea, obiectivul urmărit fiind acela de a-l ajuta pe pacient să înțeleagă modul în care greutatea scăzută influențează persistența tulburării de comportament alimentar. Implicațiile terapeutice ale acestui aspect trebuie discutate apoi cu pacientul, rugându-l pe acesta să conducă discuția. Se urmărește în felul acesta ca pacientul să accepte faptul că este esențial să câștige în greutate dacă dorește să-și învingă problema de alimentație.

În mod obișnuit, pacienții resping ideea de a câștiga în greutate, spunând că nu acesta este răspunsul la problemele lor și că vor slăbi la loc dacă se vor simți la fel ca acum și după ce au câștigat în greutate. De aceea este important să evidențiați faptul că tratamentul nu se rezumă la recâștigarea în greutate (adică va urmări tratarea tulburării de comportament alimentar în ansamblul său), dar că pacienții nu pot învinge această tulburare de comportament alimentar dacă rămân subponderali.

## CÂNTĂRIREA ÎN CADRUL ȘEDINȚEI DE TERAPIE, GREUTATEA CORPORALĂ ȘI CONTROLUL GREUTĂȚII CORPORALE

Încă din ședința 2, terapeutul și pacientul completează datele referitoare la greutate pe un grafic individualizat pe care terapeutul l-a pregătit în avans. În ședințele următoare de la începutul terapiei, terapeutul și pacientul interpretează împreună informațiile obținute în urma cântăririi (vezi pagina 92), dar în această etapă nu este posibil, întrucât deocamdată există doar trei cifre de referință.

Educarea pacientului în legătură cu greutatea și cu controlul greutateii este programată în general în ședința 2 sau 3, în funcție de timpul disponibil. Cu o singură excepție, informațiile sunt aceleași cu cele pe care le primesc pacienții care beneficiază de versiunea de tratament pentru 20 de ședințe (vezi pagina 100). Excepția se referă la IMC. În cazul pacienților subponderali, este important să fie absolut limpede care este greutatea lor în momentul respectiv și care este IMC, precum și care este IMC (și greutatea corespunzătoare) la care trebuie să ajungă pentru a nu mai suferi efectele secundare adverse ale unei greutate scăzute. Conform experienței noastre, acesta se înscrie între 19,0 și 19,9. La acest IMC, majoritatea pacienților pot mânca normal și nu mai resimt consecințele subponderiei. S-a susținut faptul că greutatea optimă vizată (și IMC) ar trebui individualizată, luând în considerare istoricul greutateii fiecărui pacient, și că un IMC în jur de 25 ar fi acceptabil în anumite cazuri. Din punct de vedere teoretic acest lucru pare rezonabil, dar nu există nicio dovadă directă care să sprijine această idee. Și există încă o problemă majoră: ideea este nerealistă. Este greu să-i determinăm pe pacienți să atingă și să păstreze un IMC între 19,0 și 19,9, ca să nu mai vorbim despre un IMC mai mare.

Considerăm că obiectivul tratamentului trebuie să fie acela de a-i elibera pe pacienți de psihopatologia tulburării de comportament alimentar și de efectele sale adverse. Conform experienței noastre, acest lucru se poate realiza dacă pacienții ating un IMC între 19,0 și 19,9 și dacă reușesc să modifice mecanismele

de bază care întrețin tulburarea (a se vedea analogia „castelului din cărți de joc”, pagina 73). Acest IMC este, de fapt, un obiectiv ambițios, ținând seama de datele descurajatoare privind rezultatele tratamentelor pentru anorexia nervoasă. Mai târziu, pe parcursul terapiei, sfătuim unii pacienți (aceia care trebuie să-și restricționeze alimentația pentru a menține un IMC între 19,0 și 19,9) să se gândească la faptul că ar putea lăsa greutatea să urce puțin peste acest nivel, timp de aproximativ un an după încheierea tratamentului.

## **EDUCAREA PACIENTULUI ÎN LEGĂTURĂ CU TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT ALIMENTAR**

Educarea pacienților în privința tulburărilor de comportament alimentar se realizează în ședința 3 sau 4, folosindu-se aceeași procedură a lecturii dirijate care se folosește în versiunea terapiei cu 20 de ședințe (vezi pagina 106). Ar putea să pară ciudat faptul că le recomandăm acestor pacienți să citească *Cum putem să învingem alimentația compulsivă*, dar acesta este foarte acceptabil pentru pacienți și le oferă informațiile de care au nevoie în această etapă a tratamentului. Unii pacienți obiectează atunci când văd titlul, dar profităm de acest lucru pentru a-i informa că, în ciuda faptului că probabil în momentul de față ei nu au episoade de binge eating (mulți au deja episoade de binge eating subiectiv), majoritatea pacienților cu anorexie nervoasă vor ajunge cu timpul să aibă episoade reale de binge eating obiectiv și până la jumătate dintre ei vor dezvolta bulimie nervoasă. Același lucru poate fi valabil și pentru pacienții subponderali suferind de o tulburare de comportament alimentar FAS. Noi evidențiem întotdeauna această posibilitate adăugând „Alimentație compulsivă” în formularea pacienților care nu au avut (încă) episoade de binge eating, unind expresia aceasta cu expresia „Regim alimentar” printr-o linie punctată.

## **INTRODUCEREA UNUI TIPAR DE CONSUM ALIMENTAR REGULAT**

În ședința 3 sau 4 pacienții trebuie să fie gata să-și revizuiască obiceiurile alimentare. Este preferabil ca întâi să-i ajutați să înceapă să urmeze un program de consum alimentar regulat, în loc să le cereți să mănânce mai mult. Această succesiune este recomandabilă din mai multe motive. În primul rând, pentru că trebuie fixat întâi programul meselor și al gustărilor și abia după aceea trebuie crescute porțiile. În al doilea rând, aceasta este o schimbare mai ușor de realizat de către pacienți câtă vreme nu li se cere să mănânce cantități mai mari. Din moment ce „consumul alimentar regulat” nu impune creșterea cantității de alimente consumate, acesta nu reprezintă o problemă. Pacienții pot să redistribuie porțiile lor obișnuite conform orelor programate pentru mese și pentru gustări. În al treilea rând, fixarea acestui tipar pentru consumul alimentar prezintă trei avantaje:

1. Modifică o formă de regim frecvent întâlnită în rândul pacienților subponderali: tendința de a amâna să mănânce.
2. Tinde să diminueze tendința pacienților de a se simți sătui.
3. După câteva săptămâni, se observă în general o scădere a preocupării pacienților pentru alimente și pentru alimentație.

Procedura folosită pentru stabilirea unui tipar de consum alimentar regulat este aceeași cu cea descrisă în Capitolul 5 (vezi pagina 107), deși trebuie notat faptul că, în cazul pacienților subponderali, trebuie programate trei mese și trei gustări (adică șase reprize, față de cele cinci obișnuite). Tiparul este după cum urmează:

- Mic dejun
- Gustarea de dimineață
- Prânz
- Gustarea de după-amiază
- Masa de seară
- Gustarea de seară.

## CUM ÎL AJUTĂM PE PACIENT SĂ SE HOTĂRASCĂ SĂ REALIZEZE O SCHIMBARE

Obiectivul TCC-O este acela de a-i determina pe pacienți să hotărască singuri că trebuie să recâștige în greutate, nu să le impunem noi această decizie. Acest obiectiv este, însă, dificil de atins.

**Obiectivul TCC-O este acela de a-i determina pe pacienți să hotărască singuri că trebuie să recâștige în greutate, nu să le impunem noi această decizie.**

Până la acest punct (ședința 2 sau 3), tratamentul a avut menirea de a pregăti terenul pentru o discuție amănunțită, urmărind argumentele pro și contra schimbării. Acum, terapeutul abordează subiectul în mod direct și îl plasează pe primul loc în agenda următoarelor ședințe (deseori patru sau mai multe). El începe prin a valida experiența pacientului, admițând și exprimându-și empatia în ceea ce privește reticența (dacă ea există) resimțită de acesta față de schimbarea propusă. În același timp, îi transmite convingerea că stă în puterea pacientului să realizeze această schimbare. Se urmărește trezirea interesului pacientului pentru beneficiile pe care i le-ar putea aduce schimbarea și faptul că aceasta înseamnă o ocazie a „unui nou început”. Procesul se desfășoară în cinci pași:

1. Crearea unui tabel cu „Avantajele și dezavantajele prezente ale schimbării” (într-o ședință)
2. Crearea unui tabel cu „Avantajele și dezavantajele viitoare ale schimbării (în ședința următoare)
3. Crearea unui al treilea tabel pentru „Concluzii”



4. Asistarea pacientului în încercarea sa de a identifica și de a accepta implicațiile acestor concluzii
5. „Realizarea saltului”

Întâlnim uneori pacienți care își doresc deja această schimbare. În cazul lor, puteți să omiteți această parte a tratamentului și să treceți direct la modalitățile prin care se poate realiza schimbarea (vezi pagina 225). Dacă apar dificultăți legate de motivație mai târziu pe parcursul tratamentului (așa cum se întâmplă deseori), se poate discuta despre avantajele și dezavantajele schimbării în momentul acela.

### **Pasul 1: Avantaje și dezavantaje prezente ale schimbării**

Pacienții trebuie îndemnați să se gândească la argumentele pro și contra schimbării. Trebuie să le explicați foarte clar faptul că această schimbare va conduce la învingerea problemei de comportament alimentar cu care se confruntă și că acest proces implică și recăștigarea greutateii până la nivelul unui IMC între 19,0 și 19,9, pentru ca pacientul să nu mai resimtă efectele adverse ale subponderiei. Vă recomandăm să-i rugați întâi pe pacienți să enumere toate motivele pentru care nu doresc ori se tem să facă acest lucru. Acestea pot fi notate apoi într-un tabel. Este important să admiteți faptul că pacienții s-ar putea să considere tulburarea de comportament alimentar ca pe un lucru pozitiv în viața lor și, prin urmare, să se îngrijoreze gândindu-se că vor avea de pierdut. După ce faceți acest lucru, va trebui să-i rugați pe pacienți să enumere motivele pentru care consideră că ar trebui să profite de ocazia de a se schimba și să le notați și pe acestea în tabel. Motivele respective trebuie să fie cât mai precise (de exemplu, dacă este vorba despre „starea mai bună de sănătate”, pacientul trebuie rugat să descrie toate transformările pozitive pe care și le dorește în ceea ce privește sănătatea). Este important să includeți și motivațiile idiosincratice în favoarea schimbării (de exemplu, faptul că pacientul nu va mai trebui să poarte două perechi de ciorapi ca să nu-i fie frig). Trebuie luate în considerare toate aspectele vieții pacientului, inclusiv relațiile cu ceilalți, starea de sănătate fizică și psihică, performanța profesională și abilitatea de a se angaja în alte activități pe care le prețuiește. În acest context, puteți face referire la înlăturarea surselor deficitelor identificate în CIA. Este chiar util să-l rugați pe pacient să completeze unul nou. Ca parte a procesului de identificare a avantajelor și a dezavantajelor schimbării, terapeuții trebuie să normalizeze starea de indecizie în privința schimbării (dacă este cazul).

În tabelul 11.3 prezentăm un model tipic de tabel cu avantaje și dezavantaje. Pacienții trebuie să ia cu ei o copie a tabelului lor și să reflecteze asupra acestuia până când vor veni la ședința următoare.

## Pasul 2: Avantaje și dezavantaje viitoare ale schimbării

În următoarea ședință, vom analiza tabelul pacientului, concentrându-ne asupra schimbărilor pe care le-a făcut. În acest punct al tratamentului nu este nevoie să-i adresăm întrebări în legătură cu conținutul tabelului.

Apoi, terapeutul va trebui să-l roage pe pacient să adopte o nouă perspectivă, una pe care o consideră reprezentativă pentru el peste 5 ani (se indică o perioadă mai scurtă pentru pacienții mai tineri) și să-l pregătească pentru aceasta adresându-i următoarele întrebări:

„Cum ai dori să fie viața ta peste vreo cinci ani, atunci când vei fi de ... ani?”

„Ce meserie speri să ai?”

„Ce responsabilități ai avea? Ar trebui să răspunzi de alții? Ar fi nevoie să călătorești? Ar trebui să participi la diverse întâlniri? S-ar putea ca aceasta să presupună și să iei masa cu alte persoane?”

„Ce fel de relații ți-ar plăcea să ai cu ceilalți?”

„Cum vezi relațiile de prietenie și relațiile interpersonale în general? Ai fi activ(ă) din punct de vedere social?”

„Cum vor fi relațiile tale cu propria familie?”

„Speri să-ți găsești un partener (o parteneră) până atunci?”

„Speri să te căsătorești?”

„Speri să ai copii până atunci ori să-ți planifici să ai copii?”

„Ce fel de persoană ți-ai dori să fi? Ce ai dori să simți în legătură cu propria persoană?”

„Ce fel de valori ai dori să ai? Ce ți-ai dori să fie important pentru tine?”

**TABEL 11.3. Avantaje și dezavantaje ale schimbării din perspectiva actuală**

| Motive pentru a rămâne așa cum sunt                                 | Motive pentru a mă schimba                                     |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Mă ajută să simt că dețin controlul și că sunt o persoană specială. | Voi scăpa de efectele greutății scăzute:                       |
| Mă bucur de atenția celorlalți.                                     | - preocupare permanentă pentru mâncare și alimentație,         |
| Nu voi ajunge să fiu „grasă”.                                       | - senzație atât de puternică de frig,                          |
| Mă descurc bine.                                                    | - somn deficitar,                                              |
| Mă ajută să mă simt puternică.                                      | - senzație de slăbiciune.                                      |
| Dovedește că am voință.                                             | Mă voi simți mai sănătoasă.                                    |
| M-am obișnuit și mă simt în siguranță.                              | Voi fi mai sănătoasă (oase mai bune, inimă mai puternică).     |
| Îmi oferă o scuză pentru diverse lucruri.                           | Voi putea să gândesc mai limpede.                              |
| Nu este nevoie să am ciclul menstrual.                              | Voi avea mai mult timp.                                        |
| Nu am bătaie de cap cu bărbații.                                    | Voi putea să mă gândesc și la alte lucruri.                    |
| Dacă mă voi schimba:                                                | Voi fi mai puțin obsedată, mai flexibilă și mai spontană.      |
| - nu mă voi putea opri din mâncat,                                  | Viața mea se va îmbogăți și voi avea mai multe preocupări.     |
| - greutatea mea va crește dintr-o dată,                             | Voi fi mai fericită și mă voi distra mai mult.                 |
| - o să fac burtă,                                                   | Voi putea să ies în oraș și să mă înțeleg mai bine cu oamenii. |
| - o să am coapse groase.                                            | Voi descoperi cine sunt cu adevărat.                           |
| Dacă mă schimb, lumea va crede că:                                  |                                                                |
| - sunt lipsită de voință și lacomă,                                 |                                                                |
| - am cedat,                                                         |                                                                |
| - o să mă îngraș.                                                   |                                                                |

După ce s-a realizat acest lucru, va trebui să întrebați pacienții dacă s-au gândit cum le va afecta problema de alimentație planurile și aspirațiile. De obicei, ei recunosc că nu s-au gândit la acest lucru. Terapeutul va trebui să le explice ce se poate întâmpla cu tulburarea lor de comportament alimentar dacă decid să nu se schimbe, subliniind faptul că există informații riguroase privind evoluția anorexiei nervoase. Pe scurt, pentru adulții cu o tulburare de comportament alimentar asociată unei greutate scăzute, problema de alimentație are mari șanse să persiste. Poate rămâne în stadiul existent, dar rezultatul cel mai probabil este apariția alimentației compulsive însoțite de îngrășarea progresivă și necontrolată. Într-adevăr, după cum am menționat anterior, până la 90% dintre pacienți încep să aibă episoade de binge eating și până la jumătate dintre ei dezvoltă bulimie nervoasă clară. Cu alte cuvinte, își pierd controlul asupra alimentației. Aceasta înseamnă, desigur, că temerile cele mai mari ale pacienților ajung să se adevărească. După ce le prezentați aceste informații, trebuie să le amintiți pacienților despre planurile și aspirațiile pe care vi le-au împărtășit și să-i întrebați cum consideră că acestea vor fi afectate dacă ei vor avea în continuare tulburarea de comportament alimentar.

În lumina acestor noi informații, pacienții vor fi rugați să treacă în revistă avantajele și dezavantajele folosirii ocaziei prezente de a realiza o schimbare, având în minte această perspectivă de 5 ani. Pe baza acestor elemente, se va construi un al doilea tabel, al cărui model îl găsiți în tabelul 11.4. De obicei, acest tabel se deosebește de primul. Și în acest caz, pacienții sunt rugați să ia acasă o copie a tabelului lor și să-l modifice după cum cred de cuviință, până la ședința viitoare.

### **Pasul 3: Avantaje și dezavantaje generale ale schimbării**

Pasul 3 cuprinde o analiză detaliată, punct cu punct, a tabelului pacientului (ilustrat în tabelul 11.4). Pe parcursul acestei discuții, terapeutul trebuie să se asigure că pacienții se concentrează asupra impactului pe care refuzul lor de a profita de ocazia prezentă de schimbare l-ar avea asupra realizării propriilor aspirații. În acest timp, vă recomandăm să repetați și, dacă este cazul, să întăriți argumentele lor în favoarea schimbării. Acestea nu trebuie neglijate niciun moment, întrucât beneficiile reprezentate de renunțarea la o greutate scăzută și de învingerea tulburării de comportament alimentar sunt evidente.

De asemenea, motivele formulate de pacienți împotriva ideii de schimbare trebuie investigate cu grijă. Vă oferim mai jos o listă cu motivele invocate cel mai frecvent, împreună cu răspunsurile pe care vi le sugerăm. Desigur, se pot formula răspunsuri mai complexe, dar cele prezentate sunt, în general, pertinente și suficiente. Nu uitați că, așa cum se recomandă întotdeauna în terapia cognitiv-comportamentală, trebuie să acordați o atenție specială cuvintelor alese de pacienți. De asemenea, că terapeutul trebuie să adopte un tip de dialog mai direct decât acela pe care l-ar fi preferat Socrate (a se vedea tabelul 3.3, pagina 47).

TABELUL 11.4. Avantaje și dezavantaje ale schimbării din perspectiva celor 5 ani

| Motive pentru a rămâne așa cum sunt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Motive pentru a mă schimba                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><i>Mă ajută să simt că dețin controlul și că sunt o persoană specială.</i></p> <p><i>Nu voi deveni „grasă”.</i></p> <p><i>Este o situație familiară și mă simt în siguranță.</i></p> <p><i>Dacă mă voi schimba:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nu mă voi putea opri din mâncat,</li> <li>- greutatea mea va crește dintr-o dată,</li> <li>- o să fac burtă,</li> <li>- o să am coapse groase.</li> </ul> <p><i>Dacă mă schimb lumea va crede că:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sunt lipsită de voință și lacomă,</li> <li>- am cedat,</li> <li>- mă îngraș.</li> </ul> | <p><i>Vreau să am succes în profesia mea.</i></p> <p><i>Îmi doresc o relație pe termen lung.</i></p> <p><i>Îmi doresc o familie.</i></p> <p><i>Vreau să fiu un model demn de urmat pentru copiii mei.</i></p> <p><i>Vreau să merg în vacanțe și să fiu o persoană spontană.</i></p> <p><i>Vreau să fiu sănătoasă.</i></p> <p><i>Nu mai vreau să sufăr efectele adverse ale greutății scăzute și niciun fel de alte efecte ale tulburării de comportament alimentar (senzația de frig, preocuparea permanentă pentru alimentație, obsesia pentru siluetă).</i></p> <p><i>Vreau să dețin „cu adevărat” controlul asupra alimentației mele.</i></p> <p><i>Nu vreau să-mi irosesc viața.</i></p> <p><i>Vreau să realizez multe lucruri.</i></p> <p><i>Nu vreau să fiu un bolnav cronic.</i></p> |

Motive pentru a rămâne așa cum sunt:

- „*Mă ajută să simt că dețin controlul.*”
  - Oare pacienții așteptă dețin „cu adevărat” controlul ori este vorba despre o impresie falsă? Dacă ar deține controlul, ei ar putea alege să nu-și restricționeze alimentația timp de câteva zile. Ei nu pot face acest lucru, deoarece nu pot să-și controleze nevoia de a-și restricționa alimentația. Dacă profită la maximum de acest tratament, ei vor dobândi un control real asupra propriului regim alimentar.
- „*Mă face să mă simt o persoană specială.*”
  - Trebuie să aflați ce înțeleg pacienții prin „special”. Deseori este vorba despre atenția de care se bucură din partea celorlalți. Dacă este așa, va trebui să găsiți împreună alte modalități, mai benefice, pentru a atrage atenția; unele care ar putea să apară dacă pacientul nu ar mai fi constrâns de limitările impuse de tulburarea de comportament alimentar.

Este oare ceva „special” să suferi de o tulburare de comportament alimentar? Aici trebuie să le amintiți pacienților care sunt disfuncțiile cu care se confruntă, eventual folosind Chestionarul CIA pe care l-au completat.
- „*Nu știu cine aș fi dacă nu aș avea o tulburare de comportament alimentar.*”
  - Trebuie să le reamintiți pacienților că personalitatea lor (adică „cine ar fi ei”), cu alte cuvinte unicitatea lor ca individ, este mascată de efectele greutății scăzute. În momentul de față, ei sunt doar asemenea oricărei persoane care suferă de greutate scăzută severă: preocupați de gândurile despre alimente și despre alimentație, inflexibili și nehotărâți, retrași etc. (a se vedea tabelul 11.2).

Trăsăturile lor speciale s-au pierdut. Adevărata lor personalitate se va evidenția doar dacă vor recâștiga în greutate.

- *„Îmi oferă o scuză pentru anumite lucruri.”*
  - Va trebui să investigați la ce se referă când vorbesc despre o „scuză”. Poate fi vorba despre a avea o scuză pentru faptul că nu se ridică la înălțimea propriilor așteptări sau a așteptărilor altora. Dacă este așa, terapeutul trebuie să întrebe dacă pacientul ar mai avea nevoie de o asemenea scuză, în cazul în care s-ar elibera de constrângerile impuse de tulburarea de comportament alimentar. În acest punct, terapeutul va trebui să încerce din nou să trezească interesul pacientului pentru beneficiile pe care le-ar aduce schimbarea sa. Noi suntem în permanență uimiți de abilitățile și competența dovedite de acești pacienți după ce se însănătoșesc.

---

### *Vinieta*

O pacientă se temea că dacă va recâștiga în greutate și nu va mai suferi de tulburarea de comportament alimentar va fi „normală” și nu va mai avea nicio scuză dacă nu va reuși la examenele care se apropiau. Și-a dat seama de faptul că preocuparea sa pentru mâncare și pentru alimentație o împiedica să se concentreze.

Părea că se află într-o situație fără ieșire. Pe de-o parte, dorea să rămână subponderală pentru a avea o „scuză” pentru posibila nereușită la examene. Pe de altă parte, însuși faptul că era subponderală făcea ca probabilitatea de a nu reuși să fie mai ridicată. S-a convenit asupra faptului că, dacă nu va încerca să se schimbe, se va gândi întotdeauna că are nevoie de „scuze”. Schimbarea îi va permite să afle dacă este într-adevăr așa.

- 
- *„Este o situație familiară și mă simt în siguranță.”*
    - În acest caz merită să confirmați faptul că schimbările sunt întotdeauna dificile și că este și mai dificil dacă, din cauza faptului că este subponderală, o persoană are nevoie de rutină și de predictibilitate. Trebuie să aflați ce înțelege pacientul prin „în siguranță”. De obicei, se referă pur și simplu la evitarea riscului unei schimbări (adică a rămâne în coordonatele familiare).
  - *„Dacă mă schimb, lumea va crede că sunt lipsită de voință și că am cedat”.*
    - Pacienții proiectează aici propriile convingeri asupra altora. Realitatea este, desigur, cu totul altfel.
    - Oamenii nu-l vor considera „slab”, ci dimpotrivă, se vor gândi că este deosebit de puternic dacă se încumetă să lupte cu această tulburare de comportament alimentar. De asemenea, merită subliniat că pentru pacientul nostru este mai ușor să nu mănânce, mâncatul fiind de fapt dificil.
  - *„Dacă voi începe să mănânc mai mult, lumea va crede că sunt lăcomă.”*

- Din nou, pacienți proiectează propriile convingeri asupra altor persoane.
- Trebuie investigat sensul pe care pacientul îl atribuie lăcomiei. „Lăcomia” se referă la o poftă excesivă de mâncare. Este complet diferită de încetarea subalimentării, mai ales în cazul unei persoane care este sever subponderală. Faptul că pacientul va mânca va fi considerat de ceilalți o dovadă a voinței și a hotărârii sale, nicidecum o dovadă de lăcomie.
- *„Dacă mă schimb, nu voi mai reuși să mă opresc din mâncat.”*
  - Această afirmație este un prilej de a aduce în discuție faptul că, în prezent, pacienții sunt cel mai supuși riscului unei alimentații compulsive și că prin terapie riscul acesta se va diminua progresiv. (a se vedea pagina 190 pentru o discuție despre mecanismele responsabile pentru binge eating.) După cum am menționat anterior, tratamentul îi va asigura pacientului controlul asupra alimentației.
- *„Dacă mă schimb, greutatea mea va crește dintr-o dată.”*
  - Pentru a înlătura această preocupare, putem invoca aspectul explicat anterior, întrucât greutatea nu poate „exploda”, dacă pacienții dețin controlul asupra propriei alimentații. De asemenea, acumularea în greutate este deosebit de dificilă. Puteți explica lucrul acesta acum, deși el va fi prezentat mai detaliat după ce pacientul se va decide să înceapă acest proces.
- *„Rămânând la fel, mă asigur că nu mă voi îngrășa.”*
  - Este adevărat, dar în realitate pacientul este emaciat. Varianta de a rămâne emaciat reprezintă modalitatea potrivită de a evita „îngrășarea”? Obiectivul tratamentului este acela de a-i ajuta pe pacienți să dezvolte un control autentic asupra alimentației, prin urmare și asupra siluetei și a greutății, cel puțin în măsura în care este posibil să fie controlate. De aceea, este foarte puțin probabil ca pacientul să devină gras în adevăratul sens al cuvântului, iar datele referitoare la rezultatul tratamentului anorexiei nervoase vin în sprijinul acestei afirmații. Pe de altă parte, restricționarea alimentației și păstrarea în continuare a unei greutăți scăzute vor conduce la creșterea riscului apariției episoadelor de binge eating și în ultimă instanță la creșterea necontrolată în greutate.
  - Trebuie investigat întotdeauna ce înseamnă pentru pacienți „gras”. Pacienții aceștia nu prezintă riscul de a deveni obezi ori de a arăta grași. Aspectul acesta poate fi evidențiat apelând la graficul cu greutatea pacientului.
- *„Dacă mă schimb, voi avea coapse mai groase.”*
  - În prezent, pacientul are mușchii coapselor complet atrofiați. După ce recuperează din greutate, corpul său va trece prin mai multe schimbări; de la „emaciat” la „osos”, apoi la „costeliv”, „prea slab” și până la urmă pacientul va fi „zvelt” sau „subțire”. Ideea că

ar deveni „mai gras” în sensul comun al termenului pur și simplu nu are niciun temei.

- De asemenea, este nevoie să subliniați faptul că pacienții pot să-și „vadă” părți ale corpului mai mari decât sunt în realitate. După cum explicăm în Capitolul 8 (vezi pagina 148), aceasta se datorează probabil modului în care se privesc, iar aspectul acesta este abordat mai târziu, pe parcursul tratamentului.
- *„Dacă mă schimb, oamenii vor crede că mă îngraș.”*
  - Aceasta este o altă proiecție a convingerilor pacientului. Cei din jur se vor liniști văzând că pacientul încearcă să recâștige în greutate și că nu mai este emaciat.
- *„Dacă mă schimb, lumea mă va considera mai puțin atrăgătoare.”*
  - Din nou, este vorba despre o proiecție a pacientului și despre o presupunere netestată. Este aproape imposibil ca emaciarea pacientului să fi fost considerată atrăgătoare de către cineva: dimpotrivă, majoritatea oamenilor consideră atractivă silueta unui trup sănătos. În acest context, merită să-i întrebați pe pacienți dacă s-ar simți confortabil să fie văzuți goi (sau în costum de baie). Majoritatea pacienților subponderali își dau seama că trupul lor nu arată bine. O dată în plus, ar fi bine să amintiți faptul că obiectivul tratamentului este acela de a-l ajuta pe pacient să recâștige suficient de mult în greutate pentru a deveni „suplu”. După felul în care stau lucrurile în momentul de față, pacientul este departe de a fi suplu.
  - Ar fi util să analizați și sensul atribuit de către pacient „atractivității”, rugându-l să se gândească la diversitatea trăsăturilor care contribuie la identificarea acestei calități. Este vorba despre alte aspecte ale înfățișării (de exemplu, tenul, părul), de calități care nu implică aspectul fizic (de exemplu, a fi o persoană plăcută, veselă, interesantă, sociabilă, comunicativă, relaxată, atentă ș.a.m.d.). Scopul nostru este acela de a-i determina pe pacienți să înțeleagă că atunci când vorbim despre atractivitate, silueta este doar un aspect.

Investigarea și examinarea motivelor invocate de pacient împotriva schimbării nu trebuie grăbită, ea desfășurându-se în general pe durata mai multor ședințe. Între ședințe, pacienții vor fi încurajați să mediteze mai mult asupra

**Este important ca  
terapeuții să înțeleagă  
preocupările acestor  
pacienți cât mai bine,  
pentru ca aceștia să se  
simtă înțeleși, prețuiți și  
acceptați.**

celor discutate și să formuleze propriile întrebări și preocupări. Unii sunt defensivi în legătură cu anumite aspecte ale tulburării de comportament alimentar pe care le prețuiesc, în parte datorită faptului că s-au obișnuit cu refuzul celor din jur de a le accepta. Este important ca terapeuții să înțeleagă preocupările acestor pacienți cât mai bine, pentru ca aceștia să se simtă înțeleși, prețuiți și acceptați.

La urmă, după ce s-au discutat pe larg toate preocupările pacienților, trebuie să realizați un tabel cu „Concluzii” (a se vedea tabelul 11.5).

#### Pasul 4: Formularea finală a implicațiilor schimbării

În continuare, trebuie să realizați o formulare completă a tuturor implicațiilor menționate în această analiză extinsă și strict personalizată. În practică, acest lucru se petrece în mod natural și treptat, iar pacienții încep să formuleze fraze de tipul *„Dacă voi ajunge la greutatea aceasta...”*, deoarece au ajuns acum să înțeleagă cât de problematică este situația lor și să accepte că tratamentul le oferă ocazia de a se schimba. La început, pacienții construiesc formulări mai ezitante, dar după o vreme ele devin mai clare; de exemplu, trec de la *„Dacă...”* la *„Atunci când voi ajunge la această greutate...”*. La un moment dat (dar nu cu prima ocazie), terapeutul trebuie să sublinieze și să confirme cele spuse de pacient, cu o observație de felul acesta: *„Ascultându-vă, am impresia că v-ați hotărât să profitați de această ocazie de a vă învinge problema de comportament alimentară și de a „lua totul de la început”. Este minunat.”* Frazele prin care terapeutul validează un comportament al pacientului sunt importante, deoarece persoanele subponderale sunt nehotărâte și de aceea au nevoie de ajutor pentru a menține o decizie. Altfel au tendința de a amâna la nesfârșit.

**TABELUL 11.5. Avantaje și dezavantaje ale schimbării: tabelul cu „Concluziile” pacientului**

| Concluzii                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Vreau să mă însănătoșesc și să recâștig în greutate pentru că...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voi putea să-mi trăiesc viața din plin, să nu mă preocupe doar alimentația și greutatea.</li> <li>• Voi fi mai sănătos. Oasele și inima mea vor fi mai puternice; voi scăpa de senzațiile de frig și de leșin și voi putea să dorm bine; nu voi mai fi bolnav!</li> <li>• Voi putea avea relații bune cu alte persoane și poate un partener și copii pentru care să fiu un model demn de urmat.</li> <li>• Voi putea să mă bucur de munca mea și să am succes în ceea ce fac.</li> <li>• În prezent, tulburarea mea de comportament alimentară mă împiedică să fac lucrurile așa cum trebuie. Când mă voi simți mai bine, nu voi avea nevoie de o scuză pentru aceasta.</li> <li>• Câștigul în greutate va însemna că voi deveni suplu și sănătos. Nu înseamnă că voi deveni gras.</li> <li>• Faptul că mă voi simți mai bine nu înseamnă că voi ceda. Dacă nu încerc să mă fac bine înseamnă că cedez. Încercând să mă simt mai bine aleg să-mi ofer o viață.</li> <li>• Vreau să arăt cât sunt de puternică prin faptul că mănânc, pentru că în momentul de față, infometarea este un lucru ușor pentru mine.</li> <li>• Dacă mănânc suficient pentru a avea o greutate sănătoasă nu înseamnă că sunt lacomă, ci că sunt normală.</li> <li>• Dacă am o greutate în parametri normali și mănânc suficient, voi deține cu adevărat controlul asupra alimentației mele. Voi putea să aleg ceea ce mănânc. În momentul de față, problema de control alimentară este cea care deține controlul asupra mea. Dacă voi fi sănătos, voi fi protejat de alimentația necontrolată și de îngrășarea necontrolată.</li> <li>• Dacă voi fi sănătoasă, voi putea să-mi dezvolt propriile calități și talente și să-mi descopăr adevărata personalitate.</li> <li>• Dacă voi fi sănătoasă, mă voi bucura de mai multe oportunități în viață. Problema de comportament alimentară mă ține pe loc. Schimbarea nu poate fi decât benefică.</li> </ul> |



Este important de notat faptul că motivația pacienților pentru schimbare oscilează, de aceea ea reprezintă un aspect pe care tratamentul trebuie să-l aibă mereu în vedere. Terapeutul trebuie să aibă mereu în atenție motivarea pacientului și deseori aceasta trebuie abordată în afara discuțiilor inițiale referitoare la avantajele și dezavantajele schimbării.

### **Pasul 5: „Realizarea saltului”**

Odată ajunși în acest punct și având în vedere indecizia pacienților, este nevoie ca terapeutul să facă pasul următor în numele pacientului; de exemplu, el poate spune următoarele:

*„Sugerez că ar fi timpul să facem saltul și să începem. Cu cât începem mai devreme, cu atât mai repede veți observa beneficiile schimbării, iar amânarea nu face decât să prelungească agonia. Este ca și cum ai sta pe marginea unui bazin și ai amâna săritura pentru că apa ți se pare rece și respingătoare. Mai bine sari pur și simplu. Începem?”*

Majoritatea pacienților acceptă oarecum ușurați. Uneori, unii dintre ei doresc să discute anumite chestiuni deosebit de importante ori să mai reflecteze o vreme. Evident, trebuie să le respectați dorința, dar la un moment dat va trebui să spuneți: *„Am analizat absolut toate aspectele. Nu mai este nimic de adăugat. Este timpul să vă hotărâți să începeți. Ce părere aveți?”* Abordarea aceasta are succes aproape întotdeauna. Dacă este nevoie, schimbarea poate fi prezentată ca un experiment și se va spune că dacă pacienții vor fi nemulțumiți de efectele sale, pot reveni la vechiul stil de viață după încheierea terapiei. Nu este greu: într-adevăr, este extrem de ușor. Noi nu am întâlnit încă niciun pacient care să aleagă să facă acest lucru. Mai degrabă ne spun că ar fi fost bine dacă s-ar fi schimbat mai devreme, deoarece viața lor de acum este cu mult mai bună decât cea dinainte. Următoarele remarci formulate de trei dintre pacienții noștri evidențiază acest lucru:

*„Este ca și cum viața mea s-ar fi schimbat din alb-negru în color.”*

*„Puterea mea de concentrare și memoria sunt mult mai bune. Este ca și cum creierul mi-ar fi devenit de două ori mai mare.”*

*„Multe dintre lucrurile care am crezut că-mi reprezintă personalitatea nu sunt așa. Nu sunt o persoană nesigură de sine. În realitate sunt absolut normală!”*

## **REALIZAREA TRECERII ÎN REVISTĂ A ETAPEI A DOUA**

Așa cum am notat mai devreme, etapele de tratament în versiunea cu 20 de ședințe a TCC-O nu se suprapun complet peste această versiune a terapiei. Cu toate acestea, este util să realizați o trecere în revistă de tipul celei din etapa a doua, după 4 săptămâni de la debutul terapiei, conform instrucțiunilor din Capitolul 7. Elementul distinctiv este acela că trebuie organizate în continuare

ședințe similare la intervale de aproximativ 4 săptămâni, deoarece este important să acordați o atenție sporită complianței și progresului în cazul acestor pacienți, întrucât evoluția lor este deseori haotică și poate stagna câteodată săptămâni întregi. Terapeuții trebuie să fie atenți la aceste perioade de stagnare și, atunci când apar, să identifice factorul declanșator și să intervină asupra sa.

## INTERVENȚIA ÎN CAZUL SUBALIMENTAȚIEI ȘI RESTABILIREA GREUTĂȚII

### Educarea pacientului în legătură cu recâștigarea greutateii

Majoritatea pacienților au numeroase motive de îngrijorare privind recâștigarea în greutate, multe dintre ele fiind nefondate. Este esențial ca ei să înțeleagă ce presupune aceasta, pentru a ști la ce să se aștepte. Principalele puncte care se cer evidențiate sunt:

#### *Procesul de recâștigare a greutateii*

- Recâștigarea greutateii are două faze:
  1. *Recâștigarea greutateii* – Aceasta implică stabilirea unui surplus zilnic de energie suficient pentru a recâștiga în greutate într-un ritm rezonabil, obiectivul urmărit fiind un IMC „în jur” de 20. Este preferabil să evitați indicarea unei greutatei anume.
  2. *Menținerea greutateii* – Aceasta înseamnă că pacientul va învăța să mențină un IMC stabil „în jur” de 20 (în mod obișnuit între 19,0 și 19,9). Aceasta este o etapă extrem de importantă a tratamentului și ar fi ideal să-i dedicați cel puțin 6-8 săptămâni. De aceea, cu cât pacienții se decid mai devreme să înceapă să recâștige în greutate, cu atât mai repede vor atinge un IMC de aproximativ 20 și vor putea să exerseze menținerea noii lor greutate. Pacienții apreciază faptul că există o fază de menținere a greutateii. Aceasta îi ajută să rămână motivați să mențină ritmul dorit pentru creșterea în greutate, deoarece dispun de timp suficient.

• Este deosebit de dificil să câștigi în greutate dacă suferi de o tulburare de comportament alimentar și ești subponderal. Aceasta îi surprinde pe majoritatea pacienților care se tem că greutatea lor va crește vertiginos, ajungând de necontrolat. Nu se întâmplă așa ceva.

• Pentru a câștiga în greutate o medie de 0,5 kg pe săptămână – un ritm optim pentru pacienții tratați ambulatoriu – aceștia trebuie să consume zilnic în medie 500 kcl (adică un plus de 3,500 kcal pe săptămână), în plus față de ceea ce consumă în mod curent, presupunând că greutatea lor este stabilă. Mărimea acestui surplus de energie este surprinzătoare pentru majoritatea pacienților.

• Pe parcursul primelor două săptămâni, creșterea în greutate poate să evolueze într-un ritm și mai susținut. Aceasta se datorează rehidratării (adică

retenției apei), deoarece persoanele subnutrite sunt deseori deshidratate. Saltul inițial în greutate îi poate speria pe pacienți, determinându-i să micșoreze aportul energetic, ceea ce, în mod evident, nu este de niciun ajutor. De aceea ei trebuie preveniți în legătură cu această posibilitate.

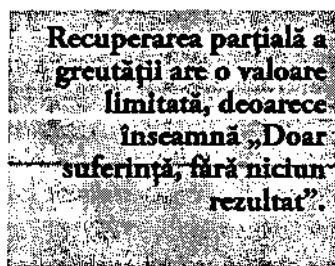
- Dacă pacienții își sporesc nivelul de activitate, vor avea nevoie să consume în mod proporțional mai multă energie.

### ***Psihologia procesului de recuperare a greutății***

- Pacienții trebuie să-și redirecționeze elanul și hotărârea pe care le investiseră în restricționarea alimentației înspre câștigul în greutate. Recuperarea greutății impune un efort susținut timp de multe luni de zile.

- Recuperarea greutății este dificilă și impune asumarea unor riscuri, dar beneficiile sunt uriașe. Îndepărtarea efectelor greutății scăzute și a tiparului mental al tulburării de comportament alimentar (a se vedea Capitolul 8) este absolut eliberatoare. Înseamnă cu adevărat „să-ți recapeți viața”.

- Trebuie să treacă mult timp până când pacientul ajunge să se bucure de toate beneficiile câștigului în greutate. Conform experienței noastre, beneficiile se văd în totalitate abia după ce IMC este de 19,0 sau mai mare. Până atunci, beneficiile sunt destul de puține, iar efortul necesar este imens. Acesta este un aspect important care trebuie evidențiat. Recuperarea parțială a greutății are o valoare limitată, deoarece înseamnă „Doar suferință, fără niciun rezultat”.



### **Calcularea IMC-ului și obiectivele privind greutatea**

Între ședințele de terapie, terapeutul trebuie să calculeze greutatea pacientului în kilograme, corespunzătoare unui IMC de 20,0, precum și greutatea pe care trebuie să o recâștige pentru a atinge acest IMC. Apoi, terapeutul trebuie să traseze pe graficul greutății o linie diagonală de la ultima valoare a greutății înregistrate (îndreptând-o înspre ședința următoare), până la IMC de 19,0, înclinația reprezentând o acumulare în greutate de 0,5 kg pe săptămână. În figura 11.3 este prezentat un grafic al greutății reprezentativ (al unei paciente care începuse deja să câștige în greutate).

În ședința următoare se vor analiza aceste valori și terapeutul va oferi explicații în legătură cu diagonala reprezentând dinamica așteptată pentru creșterea în greutate.

## Cum se poate recâștiga în greutate

În continuare, terapeutul va trebui să prezinte mai multe modalități prin care se poate realiza acest lucru. Iată trei dintre ele:

1. *Aportul caloric mai mare sub forma alimentelor și a băuturilor. Aceasta se realizează astfel:*

- Consumând cantități mai mari (adică porții mai mari) din alimentul respectiv. Dacă pacientul mănâncă alimente cu un conținut caloric scăzut (de exemplu, salate), ceea ce se întâmplă în mod frecvent, metoda aceasta este destul de ineficace, întrucât nu are ca rezultat o sporire semnificativă a aportului energetic.
- Mâncând mai des. Aceasta se întâmplă probabil deja, ca rezultat al intervenției vizând consumul alimentar regulat. La fel ca ingerarea unor cantități mai mari din alimentele obișnuite, această modalitate este ineficientă de una singură.
- Schimbarea opțiunilor alimentare și selectarea alimentelor și a băuturilor cu un conținut caloric bogat. Aceasta presupune de obicei transformarea radicală a opțiunilor alimentare, inclusiv renunțarea la alimentele și băuturile dietetice. Metoda aceasta este eficientă, dacă pacientul mănâncă suficient. De asemenea, prezintă avantajul că nu-i impune pacientului să consume un volum mare de alimente și băuturi, reducând în felul acesta frecvența senzației de sațietate.

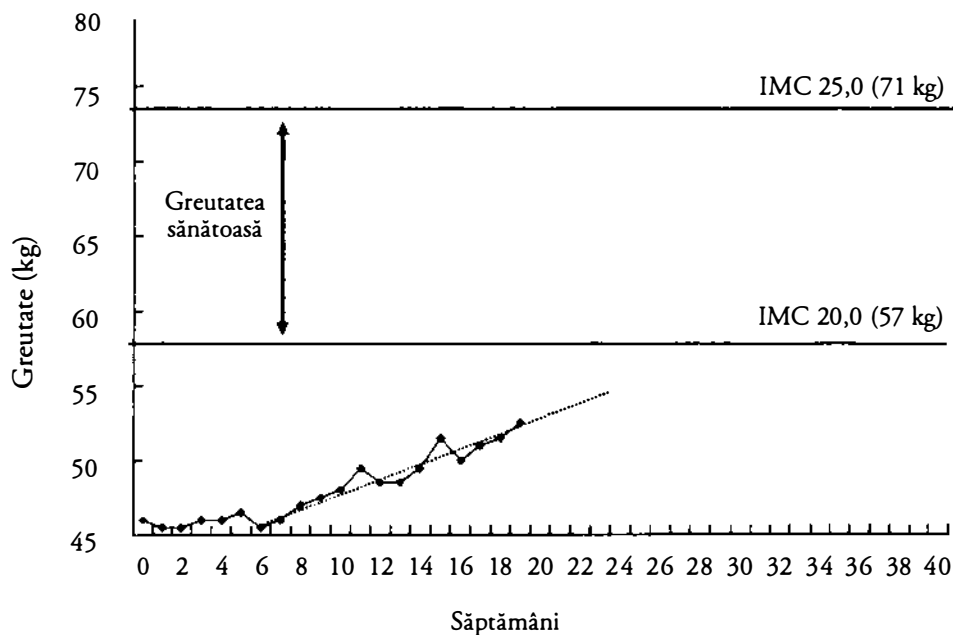


**FIGURA 11.3.** Graficul greutății pentru pacienta B, cu reprezentarea traiectoriei câștigului în greutate

- Încetarea vărsăturilor (dacă există). Aceasta ajută, dar în cazul pacienților subponderali, aproape întotdeauna este insuficient.
- Încercarea de a profita de fiecare „ocazie de a mânca”. Aceasta presupune sincronizarea meselor cu ale celorlalți și încercarea de a mânca mai mult împreună cu aceștia (de exemplu, atunci când ia masa în oraș). Acest demers este admirabil și trebuie încurajat, dar nu asigură niciodată surplusul de energie necesar.

2. *Reducerea activității fizice.* Aceasta este utilă dacă pacientul practică exerciții fizice în mod excesiv, dar nu va fi destul de eficientă în sine.

3. *Consumând suplimente alimentare cu conținut energetic ridicat.* Este de netăgăduit faptul că în cazul în care câștigul în greutate urmează să se realizeze recurgând la schimbarea regimului alimentar și a programului de exerciții fizice, pacienții vor avea nevoie de un aport caloric neobișnuit de mare, sub forma alimentelor și a băuturilor, în stadiile mai avansate ale acestui proces. În opinia noastră, aceasta vine în contradicție cu obiectivul nostru de a-i ajuta pe pacienți să dobândească obiceiuri alimentare sănătoase. De asemenea, se impune instituirea procesului complex de reducere a aportului energetic, după ce este atins IMC stabilit ca obiectiv.

În loc de aceasta, pacienților care doresc, noi le recomandăm să consume băuturi bogate în conținut caloric, pe lângă modificarea aportului caloric prin modalitățile descrise mai sus. La începutul procesului de creștere în greutate recomandăm ca terapeutul doar să menționeze faptul că băuturile energizante ar putea fi utile și necesare într-o anumită etapă, adăugând că, pentru moment, pacientul trebuie să se focalizeze asupra sporirii cantității de energie ingerate sub forma alimentelor și a băuturilor.

Apoi, terapeutul va trebui să îndemne pacienții să găsească modalități prin care ar putea spori aportul caloric ingerat, urmărind să consume un surplus de 500 kcal pe zi. Ei trebuie să creeze un plan care în opinia lor să fie realizabil și eficient în același timp. În mod ideal, acesta va cuprinde majoritatea elementelor specificate la punctul 1 de mai sus, în special consumul alimentelor și al băuturilor cu un conținut caloric bogat și renunțarea la alimentele dietetice. Apoi trebuie să implementeze planul creat. Aproape întotdeauna ei revin după ce au făcut unele schimbări pe care le consideră substanțiale, dar care în realitate nu sunt nici pe departe suficiente și de aceea greutatea lor s-a schimbat foarte puțin. Acest lucru confirmă cele spuse de terapeut în legătură cu dificultatea surprinzător de mare de a câștiga în greutate și infirmă predicțiile pacienților privind faptul că greutatea va exploda după ce vor începe să mănânce mai mult. (*Notă:* Terapeuții trebuie să le amintească totuși pacienților despre posibilitatea unui efect inițial al rehidratării.)

După ce pacienții au încercat să recâștige în greutate urmând propriul plan, terapeutul trebuie să realizeze împreună cu ei un plan care cuprinde consumarea alimentelor acceptabile pentru ei și care va produce surplusul zilnic de energie care se impune. În general, este recomandabil ca planul să fie foarte amănunțit și este bine să-l notați după ce s-a convenit asupra lui. Trebuie acordată o importanță specială dimensiunilor porțiilor. Pentru unii dintre pacienți este mai ușor dacă

alegeți preparate cumpărate de la supermarket, deoarece acestea au conținutul caloric specificat și în felul acesta ei nu trebuie să se hotărască în ultimul moment. Apoi, va fi nevoie să-i ajutați să implementeze planul pe parcursul următoarelor săptămâni, operând modificările care se dovedesc necesare. În acest sens, le-ați putea oferi o listă cu alimente (sau combinații de alimente) care au 500 kcal, cuprinzând, la modul ideal, alimente care le-au plăcut în trecut. Astfel, pacienții pot alege să mănânce câte un produs de pe listă în fiecare zi, pe lângă regimul lor obișnuit.

Aceste proceduri vor avea ca rezultat un câștig în greutate pentru o perioadă variabilă. Pentru unii dintre pacienți măsurile menționate sunt suficiente pentru a-i ajuta să atingă IMC propus, dar la cei mai mulți vom observa o stagnare a acestui proces (adică linia din graficul greutății rămâne la același nivel). Aceasta se poate datora scăderii complianței pacienților la planul convenit, sporirii activității fizice ori unei creșteri a necesarului de energie pe măsură ce ei devin mai puțin subponderali. Oricare ar fi cauza, pacienții trebuie să sporească aportul energetic și, dacă se poate, să reducă nivelul activității. Dacă rezultatele sunt mulțumitoare, atunci aceeași strategie poate fi continuată. Pe de altă parte, dacă procesul de acumulare în greutate se dovedește deosebit de dificil în ciuda eforturilor pacientului, atunci el trebuie încurajat să înceapă să consume băuturi energizante.

### **Băuturile energizante și folosirea lor**

Folosite în mod judicios, aceste băuturi sunt recomandabile din mai multe motive. Întâi, ele oferă surplusul necesar de energie fără să fie nevoie ca pacienții să se supraalimenteze. În al doilea rând, consumul lor poate înceta, odată ce pacienții ajung la IMC-ul propus, fără a fi nevoie să se diminueze consumul alimentar. În al treilea rând, ele sunt ușor de folosit. Principalele aspecte care trebuie menționate în legătură cu aceste băuturi sunt:

- Unii pacienți sunt refractari la ideea consumului de băuturi artificiale. Unul dintre motivele invocate ar fi acela că sunt „nesănătoase”. Acest lucru nu este adevărat. Multe dintre ele au fost create special în scopuri medicale și, prin urmare, au fost testate în mod riguros. Însă ceea ce este fără îndoială nesănătos este să fii sever subponderal. Un alt motiv este acela că ele ar fi nepotrivite pentru vegetarieni. Nici acest lucru nu este adevărat. Și, în sfârșit, un alt motiv este acela că au un gust neplăcut. După părerea noastră, acest lucru este absolut fals. Majoritatea pacienților reușesc să găsească una sau două băuturi care să le placă. Și, chiar dacă ar fi adevărat, pacienții ar trebui să analizeze avantajele și dezavantajele consumării unei băuturi cu un gust neplăcut (care poate fi considerată un „medicament”) față de eforturile de a mânca mai mult sau față de persistența tulburării de comportament alimentar.

- Recomandăm folosirea unei băuturi energizante create în scopuri medicale, deoarece acestea au un conținut puternic energizant și sunt ușor de consumat, datorită volumului lor redus. Majoritatea producătorilor oferă o mare varietate de stiluri cu diverse arome, unele conținând aproximativ 250 kcal la o

singură doză ori sticlă. Este suficient ca pacienții subponderali să consume două pe zi, pe lângă alimentele și băuturile necesare pentru menținerea greutății. Acest lucru este înțeles în general, deoarece în etapa respectivă greutatea pacientului se află deja în faza de stagnare.

- Înainte de a începe să consume aceste băuturi, noi le „testăm gustul” împreună cu pacienții, pentru a găsi una sau două arome acceptabile. Le gustăm împreună cu pacientul pentru a modela consumul acestora.

- Băuturile energizante sunt foarte sățioase. De aceea, ele trebuie consumate după mâncare, nu înainte. Este bine să se bea una după micul dejun și una după gustarea de seară. Pentru unii, sunt mai gustoase dacă sunt reci.

- Dacă se consumă două băuturi de 250 kcal zilnic, greutatea pacientului ar trebui să crească în mod constant cu câte 0,5 kg pe săptămână. Dacă acest lucru nu se întâmplă, deși pacientul bea cele două băuturi, înseamnă că aportul energetic provenind din alimentele și băuturile obișnuite consumate zilnic nu este suficient. Aceasta se poate întâmpla dacă pacienții își diminuează singuri consumul ca reacție la introducerea băuturilor energizante motivul fiind acela că se gândesc că nu mai este nevoie să fie atenți la alimentație sau se tem că greutatea le va crește brusc. Trebuie să-i preveniți pe pacienți în privința acestei posibilități, deoarece ea vine în contradicție cu însuși obiectivul urmărit prin consumul băuturilor energizante. Dacă în continuare pacientul câștigă prea puțin în greutate sau nu câștigă deloc, băuturile trebuie retrase, fiindcă acesta cu siguranță se subalimentează.

## **Menținerea motivației**

Motivația este un element prezent pe agenda ședințelor pe tot parcursul terapiei. Din când în când, merită să treceți împreună în revistă tabelul cu „Concluziile” (tabelul 11.5), iar terapeuții trebuie să le solicite în mod regulat pacienților să reafirme motivele pentru care doresc să se însănătoșească, deoarece acest proces îi ajută să rămână concentrați asupra obiectivelor pe care le urmăresc. Pentru unii este util să aibă mereu la îndemână tabelul lor cu „Concluzii” sau măcar elementele esențiale din tabel notate într-un loc vizibil (de exemplu, pe agenda personală ori pe bilete fixate prin dormitor). Preocupările pacienților legate de însănătoșire trebuie evaluate și abordate în mod repetat. Ca întotdeauna, trebuie să avem în vedere atât perspectiva pe termen scurt, cât și perspectiva pe termen lung. Este important să menținem mereu în atenția pacienților dimensiunile disfuncției cauzate de tulburarea de comportament alimentar. În acest sens, este util să-i rugați să completeze un CIA din când în când. Atenția aceasta poate fi sporită și îndemnându-i pe pacienți să se gândească la dificultățile cu care se confruntă în anumite situații, spre deosebire de persoanele de-o seamă cu ei. Pe de altă parte, după ce pacienții reușesc să progreseze și să se schimbe, puteți să-i întrebați dacă efectele secundare sunt mai puțin severe. Din când în când, și din ce în ce mai des pe măsură ce tratamentul avansează, trebuie să-i întrebați despre planurile lor de viitor și să încercați să aflați în ce măsură consideră că problema lor de comportament alimentar este compatibilă cu acestea.

Este important să-i ajutați să creeze o conexiune între motivația lor pentru schimbare și comportamentul lor. Trebuie evidențiat faptul că, practic, ei aleg de șase ori pe zi (adică înainte de fiecare masă și gustare planificată) dacă doresc să se facă bine sau nu. Dacă este chinuitor pentru ei să mănânce conform planului, trebuie încurajați să treacă în revistă, înainte de fiecare masă și de fiecare gustare, motivele care justifică schimbarea lor de comportament. În plus, pacienții trebuie să înregistreze în timp real preocupările lor legate de alimentație (în coloana din dreapta a fișei de monitorizare) și să le analizeze pe loc (de exemplu, Preocupare: „Am sentimentul că sunt lacom.” Răspuns: „Nu mănânc exagerat de mult, având în vedere greutatea mea. Modul în care mă hrănesc nu poate nicidecum să fie considerat lacom.”). În ședințele următoare pacienții trebuie ajutați să-și nuanțeze răspunsurile și să acționeze în concordanță cu acestea.

Terapeuții trebuie să investigheze și fluctuațiile nivelului de motivație, precum și fundamentul acestora. Din când în când, ei trebuie să roage pacienții să le spună dacă motivația lor s-a schimbat în cursul săptămânii și ce anume a influențat acest lucru. Aceasta ne ajută să identificăm factorii care facilitează schimbarea și care trebuie promovați, precum și pe aceia care constituie un obstacol în calea schimbării și trebuie îndepărtați.

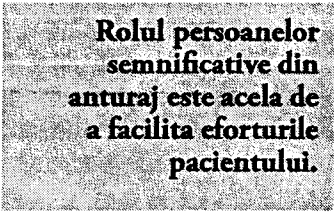
### **Pacienții cu un IMC între 17,5 și 19,0**

Așa cum am menționat în Capitolul 6, și pacienții cu tulburări de comportament alimentar care sunt ușor subponderali trebuie încurajați să câștige în greutate. În cazul lor se folosesc aceleași strategii și proceduri pe care le folosim în cazul celor subponderali. În general, ei pot atinge un IMC între 19,0 și 19,9, fără a recurge la băuturi energizante, dar durata tratamentului trebuie prelungită uneori.

### **Implicarea persoanelor semnificative din anturajul pacientului**

Implicarea persoanelor apropiate poate fi utilă în încercarea de a-i ajuta pe pacienți să recâștige în greutate. Pentru pacienții adolescenți acest lucru este obligatoriu (a se vedea Capitolul 14). În TCC-O, rolul celor apropiați este acela de a facilita eforturile pacientului.

Dacă pacientul locuiește cu un părinte sau cu un partener, terapeuțul trebuie să sugereze ca acesta să fie inclus în procesul de recuperare a greutății. În general, implicarea lor este folositoare dacă relația lor cu pacientul este una sănătoasă. Natura implicării celei de-a treia persoane diferă în funcție de dorințele pacientului, de progresul pe care îl înregistrează și de profilul acestei persoane semnificative din anturaj. Ea poate avea unul sau mai multe dintre următoarele roluri:



**Rolul persoanelor semnificative din anturaj este acela de a facilita eforturile pacientului.**



- Să se asigure că pacientul are rezerve de alimente și băuturi necesare pentru consum.
- Să ajute pacientul să decidă asupra meniurilor și asupra porțiilor, atunci când servesc masa împreună.
- Să gătească împreună cu pacientul.
- Să mănânce împreună cu pacientul și să-l ajute să mănânce normal.
- Să ajute pacientul să reziste impulsurilor de a se alimenta compulsiv sau de a recurge la purgații.

Părinții pacienților mai tineri își asumă deseori toate aceste roluri, în vreme ce eforturile acestea sunt mai puțin adecvate în cazul pacienților maturi. Cel mai bine este ca partenerii să nu se implice prea mult în acest proces, întrucât poate afecta echilibrul cuplului. Fără îndoială, rolul cel mai important al persoanelor din anturajul pacientului este acela de a-l încuraja și de a-l sprijini.

Dacă urmează să apelați la sprijinul altor persoane, acestea trebuie educate și îndrumate. Trebuie organizată o ședință inițială, similară celei din versiunea de tratament cu 20 de ședințe, în care ele să fie educate în legătură cu abordarea TCC-O. În cadrul acesteia, trebuie să le asigurați timp suficient pentru a-și exprima preocupările și pentru a adresa întrebări. După ce pacientul și-a exprimat acordul în privința rolului potențial al persoanei respective, trebuie să analizați împreună natura implicării acesteia. Persoanele alese vor fi invitate să participe și la alte întâlniri, de obicei la ședințele programate pentru bilanț. Întâlnirile respective îi oferă pacientului, terapeutului și celei de-a treia persoane ocazia de a reexamina rolul celuilalt, de a identifica succesele și problemele, de a face modificările necesare.

Dacă sunt incluse alte persoane în procesul de recuperare a greutății, ele trebuie să devină mai puțin active în stadiile mai târzii ale tratamentului și nu trebuie să intervină în niciun fel în procesul de menținere a greutății, deoarece pacientul trebuie să ajungă să îl stăpânească de unul singur.

### **Dificultăți întâlnite în mod obișnuit în cazul pacienților care încearcă să recâștige în greutate**

Atunci când încercăm să ajutăm pacienții adulți să recâștige în greutate, de obicei ne confruntăm cu numeroase dificultăți. Aproape în mod invariabil acesta este un proces anevoios, pentru pacient și terapeut deopotrivă. El necesită un efort îndelungat, pe parcursul mai multor luni și deseori pacienții doresc să abandoneze tratamentul. Dat fiind faptul că întreruperea terapiei trebuie evitată, fiind absolut contraindicată, terapeuții trebuie să facă tot ce le stă în putință pentru a-i ajuta pe pacienți să atingă IMC propus. Mai jos, vă prezentăm o listă cu problemele cele mai frecvent întâlnite și cu modalitățile în care le puteți aborda:

1. *Schimbările pe care le realizează pacientul sunt insuficiente.* Aceasta este o problemă frecventă. Trebuie să le explicați pacienților în mod clar că au nevoie de un surplus de energie reprezentând în medie 500 kcal în fiecare zi. Mai puțin decât atât este pur și simplu insuficient. Va trebui subliniat faptul că realizarea

**Pacienții au nevoie de un surplus de energie reprezentând în medie 500 kcal în fiecare zi.**

unor schimbări minore solicită uneori la fel de mult efort ca realizarea schimbărilor majore.

Unul dintre motivele pentru care pacienții spun că preferă schimbările mai mici este acela că doresc să „fie în siguranță” (adică să nu exagereze și să riște în felul acesta să se îngrașe

rapid). În realitate, *periculos* este să nu mănânce destul, pentru că în felul acesta ei riscă să nu reușească să învingă tulburarea de comportament alimentară.

Pacienții sunt predispuși să greșescă, deși acționează în limitele considerate de ei „sigure” (adică subalimentându-se), mai ales dacă mănâncă un aliment necunoscut ori alimente al căror conținut caloric este greu de estimat. În aceste condiții, ei sunt tentați să supraevalueze conținutul caloric al alimentului respectiv și, prin urmare, să se subalimenteze. Trebuie repetat mereu faptul că teama lor de a „exagera” cu mâncatul sau de „a mânca prea mult” este nejustificată. Ei sunt subponderali și au nevoie să mănânce *mai mult*.

Pacienții trebuie încurajați să profite de situațiile în care este normal să mănânce mai mult decât de obicei (de exemplu, atunci când mănâncă în oraș, la aniversări sau la sărbători) și să le numească „ocazii de a mânca”. De asemenea, este important să investigăm și să-i întrebăm în legătură cu reticența lor în privința câștigului în greutate. De ce doresc să fie atât de precauți, dacă obiectivul lor real este acela de a ajunge la o greutate sănătoasă?

2. *Eforturile pacientului se diminuează.* Dacă se întâmplă acest lucru, terapeutul trebuie să confirme faptul că acest proces este deosebit de dificil, încercând să ridice moralul pacientului. Analogia cu canotajul (vezi mai jos) poate fi utilă în această privință.

**Realizarea unor schimbări minore solicită uneori la fel de mult efort ca realizarea schimbărilor majore.**

**„Precauția” este periculoasă!**

### **Analogia cu canotajul**

Câștigul în greutate se aseamănă cu vâslitul împotriva curentului spre o destinație despre care ți s-a spus că ar fi minunată, lucru de care nu ești tocmai sigur. Până atunci, ai vâslit în direcția curentului spre un loc în care ai dorit să ajungi. Acum ți se cere să întorci canoa (adică să încetezi să te subalimentezi) și să vâslești împotriva curentului (adică să începi să sporești aportul caloric). Și știi că va trebui să faci acest lucru zilnic, pentru o perioadă îndelungată de timp, dacă vrei să ajungi la destinație (adică greutatea care trebuie recâștigată este mare). Iar dacă te oprești din vâslit, vei începe să plutești înapoi din cauza curentului (adică trebuie să consumi un surplus de 500 de kcal în fiecare zi și dacă pierzi o zi, în ziua următoare

va trebui să consumi 1000 de kcl ș.a.m.d). Și nu merită să parcurgi doar o parte din drum, pentru că așa nu vei ajunge niciodată să vezi minunata destinație (adică beneficiile aduse de câștigul în greutate apar cu adevărat numai după ce IMC trece de 19,0).

**Terapeuții trebuie să păstreze un echilibru permanent între atitudinea empatică, încurajatoare, sprijinind pacientul în încercarea sa de a depăși dificultățile inerente câștigului în greutate, și menținerea unei presiuni explicite pentru realizarea schimbării.**

Terapeuții trebuie să păstreze un echilibru permanent între atitudinea empatică, încurajatoare, sprijinind pacientul în încercarea sa de a depăși dificultățile inerente câștigului în greutate, și menținerea unei presiuni explicite pentru realizarea schimbării. Ei trebuie să transmită cât se poate de clar cerințele care trebuie îndeplinite. De aceea, este nevoie de o relație puternică de încredere între pacient și terapeut. Stilul cel mai indicat este cel „prietenos, dar ferm”.

În cazul pacienților care se confruntă cu dificultăți deosebite în încercarea lor de a se concentra asupra acestei sarcini, este util să le permițezi, pentru o scurtă perioadă, să ia legătura cu dumneavoastră mai des decât de două ori pe săptămână. De exemplu, unora dintre pacienți le face bine să-i trimită zilnic terapeutului un e-mail în care descriu planul pentru ziua următoare și ceea ce au realizat în timpul scurs de la ultimul e-mail. În principiu, ideea aceasta este bună. Noi sugerăm să conveniți asupra faptului că nu veți trimite un răspuns detaliat și nici nu veți răspunde întotdeauna imediat ce ați primit mail-ul.

După cum am menționat mai devreme, ședințele de analiză a progresului planificate la intervale regulate (de exemplu, la fiecare 4 săptămâni) îl ajută pe pacient să păstreze ritmul. Persoanele semnificative din anturaj ar trebui invitate, dacă sunt implicate în mod activ în terapie (așa cum se întâmplă aproape invariabil în cazul pacienților tineri). Este discutabil dacă ar fi de folos să materializăm presiunea pentru schimbare stabilind un „contract” pentru câștigul în greutate. Acest lucru prezintă avantajul că indică în mod concret ceea ce se așteaptă de la pacient și stabilește condițiile pentru realizarea anumitor obiective, dar prezintă dezavantajul rigidității și poate să-i oblige uneori pe terapeuți să se comporte în mod contraterapeutic.

3. *Pacientul nu reușește să mențină nivelul crescut de alimentație din cauza senzației de sațietate.* „Sațietatea” și modul în care trebuie abordată sunt prezentate detaliat în Capitolul 6 (pagina 118). Tendința de a se simți sătul este accentuată la pacienții subponderali din pricina golirii gastrice întârziate. Această întârziere este remediată prin reluarea obiceiurilor alimentare sănătoase. Noi considerăm că un consum alimentar regulat este deosebit de util în această privință.

4. *Pacientul nu-și mai poate aminti motivele pentru care trebuie să câștige în greutate după ce părăsește biroul terapeutului.* Numim aceasta „sindromul parcării”, însemnând faptul că pacienții pot reveni la tiparul mental al tulburării de comportament alimentar (adică să pornească DVD-ul tulburării de

comportament alimentar; (vezi pagina 164) la câteva minute după ce au ieșit de la ședința de terapie. Pentru a preîntâmpina acest lucru, este important ca pacienții să aibă acces mereu la motivele pentru care doresc să recâștige în greutate (vezi vinieta următoare).

---

### Vinieta

Pentru menținerea propriei motivații, o pacientă a scris următoarele:

*„Trebuie să mă concentrez asupra imaginii mele având o greutate sănătoasă, fiind zveltă, cu o siluetă frumoasă și cu haine care îmi vin bine. Nu un schelet cu...”*

- *vene brațelor umflate*
- *oasele umerilor ieșind prin piele*
- *oasele bazinului ieșind prin piele*
- *picioarele ca niște bețe, lipsite de formă*
- *palpitații*
- *lipsa ciclului menstrual*
- *oase demineralizate*
- *comportament obsesiv*
- *lipsa unei vieți sociale... lipsa unei vieți pur și simplu*
- *lipsa de încredere*
- *probleme legate de relațiile interpersonale (lipsa de interes pentru sex)*
- *lipsa capacității de concentrare*
- *înfometarea aproape permanentă*
- *obsesia că hainele sunt prea strâmte etc., etc., etc.*

*„PRIN URMARE MERITĂ SĂ DUC ACEASTĂ LUPTĂ PERMANENTĂ! Trebuie doar să lupt în continuare și să citesc aceasta, atunci când nu vreau să merg mai departe.”*

---

Așa cum am menționat anterior, încurajăm pacienții să țină întotdeauna la îndemână lista lor cu motivele pentru care doresc să se schimbe. Pentru unii este util să o citească la intervale regulate, mai ales înainte de orele de masă ori în fiecare dimineață, de îndată ce s-au sculat.

5. *Pacientul se împotrivește schimbării.* Ne confruntăm deseori cu un anumit grad de încăpățănare și de inflexibilitate din partea pacienților subponderali. Rigiditatea reflectă uneori o trăsătură de caracter premorbidă care a fost exagerată de greutatea scăzută. O modalitate prin care putem eroda această atitudine potrivnică este aceea de a identifica dificultățile pe care le întâmpină pacienții în afara problemelor legate de terapie și de a-i ajuta să le învingă. De exemplu, o pacientă avea probleme mari de vedere. Am ajutat-o să găsească un medic specialist și, după tratamentul prescris de acesta, pe lângă faptul că vederea ei s-a ameliorat, ea a devenit mult mai cooperantă.

6. *Pacientul nu mai dorește să câștige în greutate fiindcă va deveni „gras”.* Trebuie să-i determinați pe pacienți să renunțe la etichetarea aceasta, deoarece, așa cum am notat mai devreme, nu este conformă cu realitatea (trecerea lor de la „emaciat” la „zvelt”). Cu toate acestea, este nevoie să vă exprimați înțelegerea față de dificultatea cu care se confruntă, și anume, percepția că părți ale corpului lor (de exemplu, coapsele) sunt prea mari și că acumulează grăsimi peste tot (vezi punctele 8 și 9 de mai jos). Este de datoria terapeuților să-i ajute pe pacienți să înțeleagă, să reinterpreteze și să-și depășească percepția despre propriul corp, pentru a accepta mai ușor câștigul în greutate. Tratamentul va cuprinde și intervenția focalizată asupra supraevaluării siluetei și a greutății (a se vedea Capitolul 8).

7. *Pacientul afirmă „Este nesănătos să mănânc toate alimentele acestea atât de bogate în calorii.”* În această situație va trebui să subliniați două aspecte. Întâi, faptul că în momentul de față, cu adevărat nesănătos este pentru pacienți să rămână la greutatea aceasta scăzută și prin urmare au nevoie de o perioadă în care să mănânce alimente bogate în calorii pentru a corecta acest lucru. Recomandările obișnuite pentru o „alimentație sănătoasă” nu se adresează persoanelor sever subponderale și care suferă de o tulburare de comportament alimentar. Al doilea aspect se referă la faptul că, după ce vor atinge IMC propus, ei vor putea alege ceea ce mănâncă, atâta vreme cât cantitatea de alimente este suficientă și ei nu-și impun restricții alimentare.

8. *Pacientul nu mai vrea să câștige în greutate deoarece a început să facă burtă.* Acest lucru poate fi adevărat, dar este vorba despre un fenomen temporar. Pe parcursul procesului de acumulare în greutate, burta pare uneori bombată, făcând notă discordantă cu restul corpului. Într-o oarecare măsură, aceasta se datorează modului în care corpul se schimbă în mod natural, atunci când pacientul iese din starea de emaciare. Este în același timp o consecință a slăbirii accentuate a mușchilor abdominali (astfel încât burta nu mai este bine susținută și fixată) și a mușchilor spatelui (care nu mai mențin poziția corpului cu umerii dreupți, scoțând astfel în evidență orice protuberanță abdominală). Astfel, în timpul recăștigării greutății, burta va părea pentru o vreme prea bombată, dar aceasta nu va fi un fenomen de durată. Îngrijorarea pacienților în privința acestui fenomen este exagerată de tendința lor de a privi în jos spre burtă după ce au mâncat (acesta este un exemplu excelent de situație în care pacienții își judecă înfațișarea cu asprime, deși nu au privit niciodată pe nimeni din aceeași perspectivă; vezi pagina 153). Imaginea burții bombate este exagerată și de anumite obiecte de îmbrăcăminte (de exemplu, pantalonii cu talia joasă) ori de consumul unor alimente bogate în fibre sau al unei cantități mari de băuturi carbogazoase.

Discuția asupra acestui fenomen trebuie să se focalizeze asupra sprijinirii pacienților pentru a evita echivalarea prezenței unui abdomen mai bombat cu supraalimentarea ori cu îngrășarea. Conform observațiilor din Capitolul 6, măsurile simple, de bun simț, pot ajuta la diminuarea acestei percepții; este vorba despre alegerea alimentelor bogate în calorii în locul celor foarte bogate în fibre, de limitarea consumului de băuturi carbogazoase, de controlul asupra evaluării negative a propriei înfațișări și de alegerea hainelor care nu accentuează forma abdomenului.

9. *Pacientul nu mai dorește să acumuleze în greutate, fiindcă hainele devin prea strâmte.* Intervenția în legătură cu această preocupare cuprinde educarea pacientului privind următoarele aspecte: schimbarea siluetei care poate apărea în mod natural după servirea mesei este temporară și nu este un semn că a mâncat prea mult ori că ar fi „gras”; faptul că hainele par mai strâmte este efectul atenției speciale acordate senzațiilor fizice care în mod normal ar trece neobservate; pentru moment, evitarea hainelor strâmte ar fi recomandabilă.

Hainele pacienților care câștigă în greutate (modificându-și silueta) și devin mai puțin emaciați pot să devină într-adevăr prea mici. Acesta poate fi un obstacol major pentru continuarea acumulării în greutate. De aceea, este preferabil ca pacienții să aleagă haine mai largi pe durata acestui proces ori să-și cumpere haine „mai puțin mici” la intervale regulate. În general, varianta a doua este mai realistă. În acest context, trebuie adăugate câteva observații:

- Cel mai bine este ca pacienții să-și cumpere haine noi întotdeauna în avans, înainte ca acelea vechi să devină prea strâmte
- Pacienții au deseori nevoie de ajutor pentru a ajunge să accepte faptul că au nevoie de haine mai mari (mai puțin mici), deoarece un indicator al succesului atunci când pierdeau în greutate (ori mai degrabă își pierdeau silueta) era scăderea succesivă a măsurii la îmbrăcăminte. În perioada în care își recâștigă greutatea (ori mai degrabă silueta), ei trebuie să evolueze în direcția opusă, ceea ce se dovedește deosebit de dificil pentru mulți. Situația aceasta prezintă două aspecte pozitive; întâi, vor observa că au o gamă mai largă de haine din care pot alege ceea ce doresc; în al doilea rând, vor descoperi că arată mai bine în ele. Ar fi util să menționați faptul că pentru a încăpea în hainele de acum, pacienții ar trebui să rămână bolnavi și că, de fapt, ele n-ar fi trebuit să le fie bune niciodată.
- Unii pacienți preferă hainele demodate și șterse. Dacă pot fi ajutați să-și cumpere haine mai asemănătoare cu ale persoanelor de-o seamă cu ei, acest lucru le-ar fi util pentru dezvoltarea personală.
- În această privință puteți apela la ajutorul persoanelor semnificative din anturaj care să ofere bani pentru haine. Achiziționarea unor haine noi ajută în contracararea predispoziției pentru austeritate care îi caracterizează pe unii dintre pacienți.
- Ieșirile la cumpărături împreună cu un prieten care nu suferă de o tulburare de comportament alimentar sunt utile atunci când pacientul trebuie să-și achiziționeze haine noi și ele pot contribui la întărirea acceptării siluetei.
- Unii pacienți doresc să păstreze hainele vechi. Acest lucru trebuie împiedicat. De fapt, ei trebuie să întrerupă orice legătură cu trecutul, renunțând la vechile lor haine.

10. *Încercările pacientului de a recâștiga în greutate sunt afectate în mod negativ de comentariile celorlalți.* În general, ceilalți sunt mulțumiți să vadă că pacienții mănâncă mai normal și că nu mai arată atât de bolnavi. Totuși,

comentariile referitoare la acest subiect sunt deseori interpretate în mod greșit. Comentariile privind alimentația pot fi considerate aluzii referitoare la faptul că pacientul se supraalimentează și este „lacom”, iar comentariile despre înfățișarea sa (de exemplu, „*Arăți mult mai bine*”) sunt văzute ca o confirmare a faptului că acum arată „gras”.

Trebuie să-i ajutăm pe pacienți să înțeleagă faptul că tiparul mental ori DVD-ul tulburării lor de comportament alimentar (vezi pagina 164) îi determină să distorsioneze frazele altora. Remarcile pozitive și încurajatoare sunt transformate în critici. Pacienții trebuie să înțeleagă aceasta în cadrul ședinței și apoi „pe viu”, în momentul în care aud astfel de remarci.

11. *Pacientul crede că a acumulat destul în greutate, deși este încă subponderal.* Întâlnim deseori pacienți a căror motivație pentru a ajunge în limitele stabilite pentru IMC (19,0-19,9) scade pe măsură ce ei se apropie de obiectiv. Ei cred că echivalentul în greutate al unui IMC între 17,0 și 18,0 este suficient și adevărul este că acesta este mult mai puțin nesănătos decât greutatea la care au început tratamentul. Deși este important să-i laudăm pe pacienți pentru efortul lor de a recâștiga în greutate, este extrem de important să subliniem faptul că dacă se vor opri în acest punct, ei se vor bucura de puține dintre avantajele obținerii greutateii adecvate. Este ca și cum ai întrerupe o ascensiune pe munte cu puțin înainte de a atinge vârful, fără să ajungi să vezi priveliștea. În plus, menținerea IMC la acest nivel este problematică, întrucât tiparul mental sau DVD-ul tulburării de comportament alimentar va „funcționa” în continuare și astfel ei vor fi predispuși la recidivă.

În plus, nu va mai exista o zonă de protecție între ei și efectele pierderii neintenționate în greutate (de exemplu, din cauza unei boli), iar aceasta va avea ca rezultat activarea tiparului mental al tulburării de comportament alimentar, odată ce IMC scade mult sub 18,0. A menține un IMC sub 19,0 este la fel cu a merge pe marginea unei prăpăstii (adică este imprudent).

**A menține un IMC sub 19,0 este la fel cu a merge pe marginea unei prăpăstii (adică este imprudent).**

## **TRECEREA DE LA RECÂȘTIGAREA GREUTĂȚII LA MENȚINEREA GREUTĂȚII**

Comparativ cu procesul de acumulare în greutate, acela de menținere a unei greutate stabile este destul de direct. Aceasta este o diferență semnificativă față de tratamentul pacienților instituționalizați și oferă unul dintre argumentele majore în favoarea tratamentului ambulatoriu. Pentru pacienții care au consumat băuturi energizante și au câștigat în greutate în ritmul adecvat, este suficient să se îndepărteze băuturile una câte una. În mod obișnuit, noi recomandăm renunțarea la prima băutură, atunci când IMC al pacientului a depășit în mod clar 19,0, iar la cea de-a doua, atunci când ajunge la 19,5. Între timp, pacienții trebuie să continue să mănânce la fel. Pentru aceia care au câștigat în greutate doar prin consumul de alimente și băuturi, procesul este mai complex, deoarece

ei trebuie să reducă din consumul alimentar. Este nevoie de multă grijă, pentru că există riscul să piardă în greutate. În această situație acționăm doar prin metoda încercării și erorii.

Tot prin încercări repetate reușim să-i ajutăm pe pacienți să ajungă la o greutate rezonabil de stabilă. Obiectivul urmărit este acela ca pacienții să-și mențină greutatea, în așa fel încât IMC să fluctueze între 19,0 și 19,9. Pentru ajutor, noi adăugăm o linie orizontală la graficul greutății în dreptul IMC de 19,9 (după cum ilustrează figura 11.4). Pacienții trebuie să învețe cum să păstreze un echilibru între nivelul activității lor și aportul energetic. Majoritatea dintre ei sunt surprinși cât de mult pot să mănânce fără să câștige în greutate. În același timp, terapeuții trebuie să-i ajute să accepte și să se bucure de noua înfățișare și să se adapteze noii personalități, întrucât majoritatea vor descoperi că nu sunt persoana care credeau că sunt.

În această etapă, terapeuții și pacienții au îngrijorări diferite. Pacienții se tem că greutatea lor va continua să crească, iar terapeuții se tem că ea va scădea. Temerile terapeuților sunt mai realiste. Riscul pierderii în greutate trebuie discutat în mod deschis cu pacienții, menționând pericolele care ar rezulta din aceasta.

În etapa de menținere a greutății, terapeutul va continua intervenția focalizată asupra celorlalte trăsături ale tulburării de comportament alimentar (a se vedea secțiunea următoare). La începutul etapei de menținere a greutății, este util să realizați încă o evaluare a tulburării de comportament alimentar și a deficitului secundar (folosind EDE-Q și, respectiv, CIA) pentru a identifica trăsăturile care sunt încă prezente.

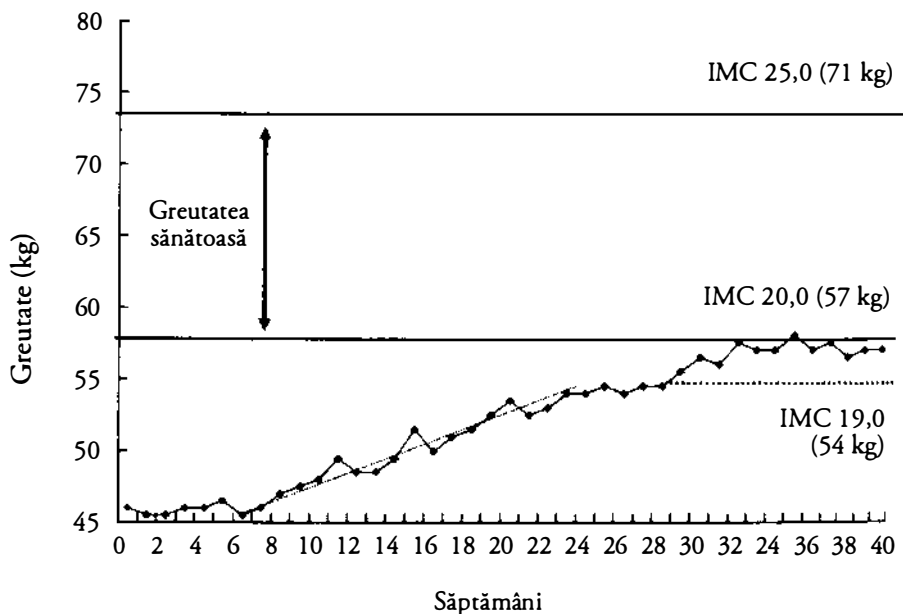


**FIGURA 11.4.** Graficul greutății pentru pacientul B, ilustrând menținerea greutății



## INTERVENȚIA ASUPRA ALTOR ASPECTE ALE TULBURĂRII DE COMPORTAMENT ALIMENTAR

Pe durata procesului de recâștigare a greutateii, sunt abordate și celelalte aspecte ale tulburării de comportament alimentar. Sugerăm ca terapeuții să urmeze instrucțiunile generale de mai jos, ținând seama de faptul că în timpul procesului de recâștigare a greutateii, acumularea în greutate în sine rămâne prioritară. Ea trebuie să fie pe primul loc în agenda fiecărei ședințe de terapie, iar strategiile și procedurile necesare pentru realizarea sa trebuie să aibă prioritate față de celelalte.

- *Restrângerea consumului alimentar.* Intervenția în cazul restrângerii consumului alimentar (descrisă în Capitolul 9) se amână în general până la sfârșitul procesului de acumulare în greutate, dacă ea nu se dovedește un obstacol în calea recâștigării greutateii. Astfel, abordarea formală a evitării alimentelor și a altor reguli de conduită alimentară va fi amânată. Aceasta înseamnă că, pe durata procesului de acumulare în greutate, terapeuții pot ignora modalitățile idiosincratice prin care pacientul câștigă în greutate, câtă vreme ele se dovedesc eficiente. În mod evident, cei mai mulți pacienți vor fi nevoiți să încalce numeroase reguli personale de conduită alimentară pentru a reuși să câștige în greutate, prin urmare, în ciuda faptului că nu s-a intervenit în mod direct în terapie asupra regulilor lor, unele au fost abordate într-o oarecare măsură. În faza de menținere a greutateii, este extrem de important să-i ajutați pe pacienți să-și însușească un regim alimentar flexibil și să exerseze servirea mesei împreună cu alte persoane.

- *Alimentația compulsivă.* Există un subgrup de pacienți care au episoade de binge eating și mult mai mulți care prezintă alimentație compulsivă subiectivă. Majoritatea recurg apoi la purgații. Impresia generală este că acești pacienți sunt deosebit de greu de tratat. Noi nu avem suficiente informații pentru a comenta acest lucru, dar impresia noastră clinică este că ei nu sunt mai greu de tratat (cu TCC-O) decât aceia care nu au episoade de binge eating și că, în anumite privințe, sunt mai ușor de tratat. Susținem acest lucru, deoarece pentru ei, alimentația compulsivă este extrem de aversivă și de aceea sunt mai motivați să se schimbe. Mai mult decât atât, dat fiind faptul că au avut episoade de binge eating, nu mai trebuie convingși că atât modul lor de a se alimenta, cât și greutatea lor extrem de redusă îi expun acestui risc. Intervenția pentru alimentația compulsivă se desfășoară după coordonatele obișnuite (adică începând cu intervenția pentru „consumul alimentar regulat” [vezi pagina 107], trecând apoi la o „analiză a alimentației compulsive” foarte amănunțită [vezi pagina 189]). Atât greutatea scăzută, cât și alimentația compulsivă se află pe primul loc pe agenda ședinței de terapie în cazul acestor pacienți.

- *Purgațiile.* La fel ca alți pacienți, cei subponderali se pot angaja în comportamente compensatorii sau noncompensatorii de purgație. După cum explicăm în Capitolul 6, în general nu este nevoie să intervenim când purgațiile sunt compensatorii, dar funcția purgației noncompensatorii trebuie identificată și tratată.

- *Exercițiile fizice practicate în mod excesiv.* Această trăsătură se întâlnește frecvent în rândul pacienților subponderali. Așa cum menționăm în Capitolul 6, ea reprezintă o problemă specială în instituțiile medicale, unde pacienții nu au

un spațiu adecvat și nu pot face mișcare fizică. Este interesant faptul că aceasta nu mai reprezintă o problemă în spațiile de internare de tipul „open-door” (a se vedea Capitolul 15). Intervenția în cazul exercițiilor fizice practicate excesiv este prezentată în Capitolul 6 (vezi pagina 120). Exercițiile fizice pot fi una dintre cauzele de eșec al pacientului în încercarea sa de a acumula în greutate și de aceea investigarea caracterului acestora este o chestiune de rutină. Exercițiile fizice deosebit de intense nu sunt recomandabile pentru pacienții sever subponderali din cauza afecțiunilor cardiace, iar în cazul pacienților cu osteoporoză trebuie avut în vedere riscul de a suferi fracturi. În rest, noi încurajăm pacienții subponderali să facă exerciții fizice sănătoase, deoarece experiența ne-a demonstrat că acestea îi ajută să accepte câștigul în greutate.

• *Supraevaluarea siluetei, a greutateii și a controlului asupra alimentației.* Intervenția pentru recăștigarea greutateii trebuie să vizeze în același timp „psihopatologia de bază” și expresiile sale. Pentru majoritatea pacienților, greutatea și alimentația sunt preocupări principale încă din primele stadii ale recuperării greutateii. Înainte de începerea terapiei, ei își evaluau autocontrolul în termenii abilității de a restricționa consumul alimentar și de a pierde în greutate. De aceea, sporirea consumului alimentar și câștigul în greutate sunt privite ca un blestem, din moment ce trebuie să renunțe la obiectivele proprii privind cantitatea de mâncare permisă și să depășească niște praguri de greutate semnificative pentru ei, pe măsură ce recăștigă în greutate. În general, pragurile sunt reprezentate prin cifre rotunde, așa că ele diferă în funcție de unitatea de măsură folosită de pacient. În SUA ele pot fi 100lb, 110lb etc., în UK ele sunt în general 7 stone, 8 stone, iar în Europa continentală sunt 40kg, 50kg etc. Există praguri care se cer încălcate și în ceea ce privește măsurile la îmbrăcăminte. Mai târziu, mai ales după ce IMC al pacientului depășește 17,0, silueta tinde să devină preocuparea dominantă. Intervenția pentru supraevaluarea siluetei, a greutateii și a controlului asupra lor este descrisă în Capitolul 8, iar aceea pentru controlul alimentației în Capitolul 9.

• *Marginalizarea altor domenii de autoevaluare.* Trebuie subliniată neconținutul importanța pe care o are încurajarea diversificării domeniilor semnificative pentru autoevaluarea acestor pacienți (vezi pagina 141). Majoritatea au nevoie de foarte mult ajutor pentru „a-și construi o viață adevărată”.

## ÎNCHEIEREA TERAPIEI ÎN MOD CORECT

Ultima etapă a acestei versiuni a terapiei urmează aceleași principii directe regăsite în versiunea cu 20 de ședințe (a se vedea capitolul următor). Așadar, ne focalizăm atenția asupra menținerii schimbărilor realizate și asupra reducerii la minimum a riscului de recidivă. Singura deosebire semnificativă este aceea că detectarea semnelor timpurii ale recidivei este mai dificilă pentru pacienții care nu suferă episoade de binge eating. De aceea, este important să identificăm semnele specifice ale recidivei la acești pacienți (de exemplu, întârzierea sau „săritul” meselor ori al gustărilor, sporirea exercițiilor fizice, revenirea la vechile forme de verificare a siluetei), ținând seama și de faptul că pacienții care au câștigat recent

în greutate sunt cei mai vulnerabili la recidive. Ca o precauție suplimentară, este recomandabil să conveniți cu pacientul asupra unei greutăți sub care nu trebuie să scadă („greutatea periculoasă”). Dacă greutatea lor scade sub nivelul acesta (în general echivalentul unui IMC de 18,5), pacienții trebuie sfătuiți să fie vigilenți, fiindcă tiparul lor mental pentru tulburarea de comportament alimentar se va activa în scurt timp și ei vor începe să simtă în curând efectele subponderalității.

Ei trebuie sfătuiți să instituie un plan de acțiune pentru situațiile care amenință să blocheze procesul lor de recuperare, dacă observă semnele proprii de avertizare ori dacă greutatea scade sub limita care semnalează pericolul. În general, obiectivul lor este oricum acela de a menține o greutate echivalentă cu un IMC între 19,0 și 19,9, astfel încât să creeze o zonă de protecție între noua greutate și greutatea periculoasă. Pe termen mai lung, este bine ca unii pacienți să-și permită încă o creștere mică în greutate. Acest lucru este recomandabil dacă ei își dau seama că menținerea greutății la un IMC între 19,0 și 19,9 impune restrângerea consumului alimentar și restricții alimentare. În acest caz, ei trebuie să accepte o creștere a greutății până la un IMC între 20,0 și 21,0 sau chiar ușor mai ridicat. Subiectul acesta trebuie abordat în ultimele ședințe de terapie și apoi reluat în ședința de control programată la 20 de săptămâni după încheierea tratamentului.

## **BIBLIOGRAFIA RECOMANDATĂ**

Bibliografia recomandată pentru Capitolele 5-12 se găsește la sfârșitul Capitolului 12.

## ÎNCHEIEREA CORECTĂ A TERAPIEI

**Încheierea corectă a terapiei este la fel de importantă ca și inițierea sa corectă.**

Etapa a patra, ultima etapă a terapiei, are ca obiectiv încheierea corectă a tratamentului. Încheierea corectă a tratamentului este la fel de importantă ca și inițierea sa corectă (a se vedea Capitolul 5). În practica noastră clinică

obișnuită se întâmplă ca tratamentul să fie pur și simplu întrerupt. Acesta este un lucru extrem de regretabil, întrucât în ultimele săptămâni de terapie trebuie realizate sarcini importante și pacienții nu vor beneficia de acestea, dacă nu reușim să ajungem la încheierea formală a tratamentului. Principalele două sarcini pentru etapa de încheiere a terapiei sunt:

1. Să ne asigurăm că progresul înregistrat în perioada de tratament va continua și după încheierea acestuia.
2. Să încercăm să reducem la minimum și pe termen lung riscul unei recidive.

În plus, trebuie să răspundem îngrijorărilor pacienților privind încheierea tratamentului și trebuie să eliminăm treptat anumite proceduri.

În versiunea principală a TCC-O concepută pentru un ciclu de 20 de ședințe, Etapa a patra cuprinde trei întâlniri, programate la intervale de două săptămâni (ședințele 18, 19 și 20). În versiunea extinsă de tratament, Etapa a patra cuprinde patru sau cinci întâlniri, programate la intervale de 2 sau de 3 săptămâni. Pe parcursul acestei etape se păstrează structura ședințelor, dar acestea devin din ce în ce mai orientate către viitor, acordându-se o atenție mai redusă momentului prezent.

Există situații în care este nevoie de mai multe ședințe sau de prelungirea terapiei (a se vedea Capitolul 3, paginile 54 și 252), dar experiența noastră arată că aceste cazuri sunt rare. În marea majoritate a cazurilor, tratamentul poate și trebuie să se încheie la data

**În marea majoritate a cazurilor, tratamentul poate și trebuie să se încheie la data planificată.**

planificată. Dacă pacienții au ajuns în punctul în care principalele mecanisme de menținere a tulburării de comportament alimentar sunt întrerupte, iar „castelul din cărți de joc” începe să se prăbușească (adică psihopatologia tulburării de

comportament alimentar se dezintegrează), starea lor de sănătate va continua să se amelioreze și după încetarea tratamentului.

În aceste condiții, tratamentul poate fi încheiat și este în interesul pacienților să facem acest lucru. În caz contrar, pacienții (și terapeuții) au tendința de a pune progresul pe care îl înregistrează mai degrabă pe seama continuării terapiei, decât pe seama progresului real. În practică, aceasta înseamnă că este acceptabil să încheiați tratamentul, chiar dacă pacienții mai urmează într-o anumită măsură un regim alimentar, poate au episoade de binge eating ori de vărsături din când în când și mai prezintă preocupări reziduale legate de siluetă și de greutate.

## INTERVENȚIA ÎN CAZUL PREOCUPĂRILOR PACIENTULUI PRIVIND ÎNCHEIEREA TRATAMENTULUI

Pacienții reacționează în diverse moduri la perspectiva încheierii terapiei. Dacă au urmat o TCC-O pe o perioadă limitată, iar noi recomandăm varianta aceasta, pacienții sunt informați încă de la debutul terapiei asupra faptului că aceasta se va încheia după numărul de săptămâni programate. În ciuda acestui lucru, unii cred că pentru ei se va face o excepție și că tratamentul lor va continua. Pentru a împiedica presupunerea amintită, ei trebuie anunțați la începutul fiecărei ședințe care este numărul acesteia și câte întâlniri au mai rămas.

Majoritatea pacienților sunt pe bună dreptate îngrijorați în legătură cu încheierea terapiei, mai ales dacă au realizat un progres semnificativ. Alții se tem că nu vor reuși să se descurce singuri. Este important să-i întrebați pe toți ce părere au în legătură cu terminarea tratamentului și să răspundeți preocupărilor exprimate de ei. De exemplu, dacă simt triști ori neliniștiți, sentimentele acestea pot fi normalizate. Noi le spunem tuturor pacienților următoarele:

- *„Cu toate că tratamentul se încheie, aceasta nu înseamnă că progresul dumneavoastră în încercarea de a învinge tulburarea de comportament alimentar se oprește aici.”*
- *„În mod obișnuit, starea pacienților noștri continuă să se amelioreze și după încheierea terapiei. Acest lucru este valabil mai cu seamă în cazul preocupărilor legate de siluetă și de greutate.”*
- *„Deși poate părea ciudat, la încheierea terapiei este imposibil de estimat amploarea progresului pe care l-ați realizat.”*
- *„O pauză în tratament este deseori o idee bună.”*
- *„Este o ocazie potrivită pentru a exersa folosirea tuturor celor învățate în terapie, fără ajutor din exterior.”*
- *„Următoarele luni sunt importante. Chiar dacă nu veți mai participa la ședințe de terapie, este esențial să lucrați în continuare, să progresați și să mențineți schimbările realizate până acum.”*

## *Analogia cu șofatul*

Se poate face o analogie cu învățarea șofatului. Ați urmat niște cursuri pentru a învăța cum trebuie să faceți acest lucru și apoi ați exersat. Acum trebuie să învățați singuri. Dacă nu faceți acest lucru, veți uita ceea ce ați învățat.

De asemenea, le amintim pacienților că vom avea o ședință de evaluare la 20 de săptămâni după încheierea terapiei și atunci va fi o ocazie ideală pentru realizarea unui bilanț. Toate problemele care se vor ivi în intervalul amintit vor fi analizate cu această ocazie.

## ASIGURAREA MENȚINERII PROGRESULUI

Așa cum am menționat mai sus, obiectivul TCC-O este acela de a-

**Obiectivul TCC-O este acela de a-l aduce pe pacienți până în punctul în care mecanismele care au menținut tulburarea de comportament alimentar au fost întrerupte, iar „castelul din cărți de joc” începe să se prăbușească.**

aduce pe pacienți până în punctul în care principalele mecanisme care au menținut tulburarea de comportament alimentar au fost întrerupte, iar „castelul din cărți de joc” începe să se prăbușească. Pentru a stabili dacă s-a atins acest punct, terapeutul trebuie să evalueze nivelul progresului realizat de pacient. Acest lucru se poate face în mod direct, întrebându-l pur și simplu pe pacient ce crede el că s-a schimbat și ce nu s-a schimbat, dar este preferabil să folosiți și o

evaluare mai sistematică, folosind EDE-Q pentru a măsura trăsăturile tulburării de comportament alimentar și CIA pentru a măsura disfuncțiile psihosociale secundare. În felul acesta, se poate identifica natura și amploarea psihopatologiei reziduale a tulburării de comportament alimentar, împreună cu impactul acesteia asupra vieții pacientului. Este important să faceți această analiză împreună cu pacientul. Ea trebuie să se desfășoare într-o notă pozitivă, evidențiindu-se realizările pacientului și atribuindu-i acestuia meritele pentru rezultatele obținute.

Apoi, în ședința următoare, folosind formularea pacientului, terapeutul trebuie să aleagă împreună cu el trăsăturile tulburării de comportament care vor trebui abordate pe parcursul celor 20 de săptămâni până la următoarea întâlnire de analiză. Este vorba despre rămășițe ale mecanismelor care au întreținut tulburarea de comportament alimentar și care au constituit ținta terapiei. În acest sens, se poate alcătui un plan personalizat de menținere

**Terapeutul împreună cu pacientul trebuie să aleagă trăsăturile tulburării de comportament care vor trebui abordate pe parcursul celor 20 de săptămâni până la întâlnirea următoare de analiză.**

pe termen scurt. Noi realizăm acest lucru oferindu-le pacienților un model de plan (el este complet, așadar cuprinde toate aspectele care pot fi vizate) asemenea celui din tabelul 12.1. Exemple ale trăsăturilor țintite în mod obișnuit sunt:

- Restrângerea consumului alimentar
  - Evitarea alimentelor. Pacienții trebuie să rezolve problemele legate de unele alimente pe care le evită în continuare.
  - Mâncatul în compania altora. Pacienții trebuie să continue să mănânce în oraș și să consume alimente a căror compoziție nu le este pe de-a-ntregul cunoscută.
- Supraevaluarea siluetei și a greutateii
  - Marginalizarea altor domenii ale existenței. Pacienții trebuie să încerce în continuare să găsească activități noi și să persevereze cu acelea deja începute.
  - Verificarea siluetei. Pacienții trebuie să folosească în continuare oglinzile în mod diferit și să modereze alte forme de verificare, fiind conștienți de riscul pe care îl reprezintă comparațiile subiective cu ceilalți.
  - Evitarea expunerii corporale. Va fi nevoie ca pacienții să exerseze în continuare expunerea corporală.
  - „Senzația că sunt grași”. Pacienții trebuie să încerce în continuare să afle care sunt sentimentele care însoțesc această percepție.
- Modificările în alimentație declanșate de anumite evenimente
  - Episoadele reziduale de binge eating. Pacienții trebuie să continue rezolvarea proactivă a problemelor.
  - Intoleranța la emoții. Pacienții trebuie să exerseze folosirea metodelor funcționale de reglare a emoțiilor.
- Tiparele mentale
  - Pacienții trebuie să exerseze identificarea semnelor specifice recidivei de îndată ce acestea apar și să folosească metoda în doi pași pentru „îndepărtarea” DVD-ului tulburării lor de comportament alimentar. (vezi pagina 167)

În această etapă se urmărește identificarea, alături de pacient, a unui număr limitat de activități esențiale pe care pacientul va trebui să le întreprindă pe durata celor 20 de săptămâni. Este important să fim realiști și să nu-l copleșim pe pacient. Trebuie să subliniem care sunt sarcinile principale.

Pe lângă alcătuirea planului personalizat pe termen scurt, pacienții trebuie îndrumați „să facă ceea ce este corect”. Aceasta înseamnă să-și continue comportamentele dobândite pe parcursul terapiei (adică să mănânce la intervale regulate, controlul asupra verificării siluetei), deoarece, în caz contrar, nu vor obține beneficiile complete.

**Pacienții trebuie îndrumați în mod ferm să „facă ceea ce este corect”.**

**TABELUL 12.1. Model de „Plan pentru menținerea progresului pe termen scurt”  
(a se folosi în formă personalizată, adaptată fiecărui pacient)**

| Probleme vizate                                                     | Modul de abordare                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Supraevaluarea siluetei și a greutateii</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urmăriți apariția controlului inutil al siluetei (folosirea frecventă a oglinzii, verificarea neadecvată a îmbrăcăminții, ciupitul/palparea, comparațiile cu alții), gândiți-vă dacă informațiile sunt folositoare și exacte și reduceți/ încetați acest comportament, așa cum am discutat.</li> <li>• Asigurați-vă că nu evitați să vă priviți silueta. Dacă se întâmplă acest lucru, încercați să acordați o atenție mai mare propriu corp (de exemplu, purtând haine diferite, mergând la masa).</li> <li>• Folosiți oglinzile cu grijă.</li> <li>• Urmăriți apariția senzației că „sunteți gras”, identificați factorii declanșatori și apoi reetichetați-o.</li> <li>• Evitați să vă cântăriți în afara cântăririi săptămânale programate; nu interpretați o singură citire a cântarului.</li> <li>• Mențineți și dezvoltăți-vă aria intereselor (de exemplu, _____).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restrângerea consumului alimentar și restricțiile alimentare</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Încercați să păstrați un regim alimentar flexibil și variat.</li> <li>• Exersați mâncatul în compania altor persoane (mâncați împreună cu alții, la restaurante).</li> <li>• Aveți grijă să nu evitați anumite alimente.</li> <li>• Încercați să mâncați „destul” și evitați subalimentația.</li> <li>• Mâncați regulat (cel puțin la fiecare 4 ore).</li> <li>• Evitați regulile (rigide și stricte) de conduită alimentară (de exemplu, acelea privind cantitatea alimentelor [caloriile], când să mâncați, să mâncați mai puțin decât alții, să compensați pentru alimentele deja consumate sau să vă „acordați un credit” consumând mai puține alimente înainte de o anumită masă).</li> <li>• Senzația de sațietate este o senzație normală și este de scurtă durată. Dacă resimțiți această senzație în mod repetat, identificați factorii declanșatori (de exemplu, faptul că nu sunteți obișnuiți să mâncați porții normale, că sunteți subponderal, că nu mâncați în mod regulat, că purtați haine prea strâmte, că mâncați un aliment „evitat”) și interveniți asupra acestuia.</li> </ul> |
| <b>Alimentația compulsivă</b>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizați o „analiză a alimentației compulsive”, dacă este nevoie, pentru a identifica factorii săi declanșatori (subalimentația, greutatea scăzută, perioade prea îndelungate de înfometare, încălcarea unei reguli de conduită alimentară, relaxarea controlului alimentar cauzată de consumul de alcool, reacția la o problemă de viață) și interveniți.</li> <li>• Pentru abordarea factorilor declanșatori, exersați metoda rezolvării de probleme.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Alte comportamente de control al greutateii</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitați provocarea vărsăturilor/ folosirea abuzivă a laxativelor/ practicarea exercițiilor fizice în mod excesiv, deoarece ele contribuie la perpetuarea tulburării de comportament alimentar (și sunt relativ ineficiente).</li> <li>• Altele: .....</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Recăștigarea și menținerea greutateii</b>                        | <p>Cântărirea săptămânală în ziua programată are o importanță majoră.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mențineți-vă greutatea între limitele stabilite (adică între ____ și ____).</li> <li>• Dacă greutatea scade sub această limită – este un semnal de alarmă! Reamintiți-vă avantajele și dezavantajele pe care le reprezintă recăștigarea în greutate pe termen lung. Nu uitați, aveți nevoie de un surplus de 500 de calorii zilnic pentru a recăștiga în medie 0,5 kg într-o săptămână.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |



**TABELUL 12.1** (*continuare*)

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pierderea în greutate</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Încercarea de a slăbi este riscantă pentru persoanele care suferă de o tulburare de comportament alimentar.</li> <li>• Obiectivul de a pierde în greutate este adecvat doar în cazul în care supraponderea reprezintă o problemă medicală.</li> <li>• Amintiți-vă să nu încercați să pierdeți în greutate în următoarele 20 de săptămâni.</li> <li>• Evitați regulile de conduită alimentară rigide și extreme.</li> <li>• Dacă sunteți supraponderal, puteți încerca un regim alimentar de prevenire a alimentației compulsive, după 20 de săptămâni, pentru o perioadă de timp limitată (adică obiective modeste pentru pierderea în greutate și reguli flexibile de conduită alimentară).</li> <li>• Stabiliți unui obiectiv realist în privința greutateii, pe care îl puteți atinge fără a urma un regim strict.</li> <li>• Nu uitați că este nerealist și nesănătos să pierzi în greutate mai mult de 0,5 kg pe săptămână.</li> </ul> |
| <b>Greșeli și derapaje minore</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Greșelile și derapajele minore sunt explicabile și de așteptat.</li> <li>• Identificați din timp aceste scăpări și reacționați în mod pozitiv: (1) încercând să înțelegeți care este factorul declanșator și (2) încercând să vă redresați cât mai repede posibil (vezi planul pe termen lung).</li> <li>• Dacă nu reușiți să vă redresați, luați legătura cu _____.</li> <li>• Este deosebit de grav dacă ajungeți subponderal. Dacă indicele de masă corporală este sub 18,5 (____ kg) la două citiri consecutive ale greutateii, contactați _____.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Altele</b>                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press. Tabelul este disponibil online la <http://ascred.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.

Terapia se încheie cu înmânarea unei copii a planului personalizat de menținere. Pacienții vor fi sfătuiți să-l păstreze mereu la îndemână și să-l consulte în mod regulat. Rețineți faptul că, dacă în cadrul terapiei s-au abordat perfecționismul clinic, stima de sine scăzută ca trăsătură fundamentală sau dificultățile de natură interpersonală (a se vedea Capitolul 13), planul de menținere trebuie să cuprindă sarcini relevante și pentru aceste domenii.

## PROCEDURI TERAPEUTICE CARE ÎNCETEAZĂ TREPTAT ÎN ULTIMA PARTE A TERAPIEI

### Automonitorizarea

Trebuie să rugați pacienții să înceteze automonitorizarea cu două ședințe înainte de încheierea terapiei (adică în ședința cu numărul 18, în versiunea cu 20 de ședințe). Este inutil și nerealist să ne așteptăm ca ei să realizeze automonitorizarea la nesfârșit și este preferabil ca ei să se obișnuiască fără automonitorizare cât sunt încă sub tratament.

Reacțiile pacienților la anunțarea încetării automonitorizării sunt diverse. Unii sunt ușurați, iar alții sunt îngrijorați, gândindu-se că nu vor mai putea

să observe și să analizeze ceea ce fac. Este bine să le amintiți că fișele pentru automonitorizare au fost introduse pentru a-i ajuta să devină conștienți de comportamentul, gândurile și de sentimentele proprii, iar acum, după ce și-au însușit această abilitate, monitorizarea nu mai este necesară. Cu toate acestea, pacienții trebuie îndemnați să rămână atenți la modul în care se alimentează și la celelalte elemente țintite în terapie (de exemplu, controlul siluetei, evitarea unor alimente). În ultima ședință, vă recomandăm să întrebați pacienții cum s-au descurcat fără monitorizare și să abordați apoi problemele relatate (de exemplu, tentația de a sări mesele sau gustările).

### **Cântărirea în cadrul ședinței de terapie**

Spre sfârșitul tratamentului, cântărirea în cadrul ședinței va înceta și pacienții trebuie să înceapă să se cântărească acasă. Tranziția aceasta se poate realiza la sfârșitul Etapei a treia sau, cel mai târziu, la începutul Etapei a patra.

Cântărirea acasă trebuie să se desfășoare la fel ca aceea realizată în cadrul ședinței; adică la interval de o săptămână, în zilele programate, nu în urma unor evenimente specifice. Pacienții trebuie ajutați să aleagă o zi anume, preferabil dimineața unei zile de lucru (fiindcă în cazul în care cântărirea îl neliniștește pe pacient, în zilele săptămânii există mai multe elemente care să-i distragă atenția de la această problemă). Vă recomandăm să le amintiți din nou pacienților cum se interpretează informațiile obținute în urma cântării, subliniind faptul că trebuie să evite interpretarea exagerată a celei mai recente. Pentru a le veni în ajutor, sugerați-le să continue reprezentarea greutății pe un grafic. Timp de câteva săptămâni, cântărirea acasă se va desfășura în paralel cu cântărirea în cadrul ședinței, fiindcă în felul acesta pacienții pot să-și „calibreze” cântarul (adică, pot detecta și cuantifica orice discrepanțe dintre cântarul de acasă și cel din cabinetul terapeutului). Pacienții vor continua să se cântărească săptămânal, până la ședința de control programată după 20 de săptămâni, atunci când se va decide dacă mai este nevoie să continue această procedură.

## **REDUCEREA RISCULUI RECIDIVEI PE TERMEN LUNG**

Celălalt obiectiv major în Etapa a patra este cel de a minimaliza, pe termen lung, riscul unei recidive. Aceasta presupune următoarele:

1. Identificarea strategiilor și a procedurilor care trebuie continuate
2. Fixarea unor așteptări realiste
3. Realizarea distincției dintre „o scăpare” și „o recidivă”
4. Reducerea la minimum a riscului blocajelor
5. Pregătirea unui plan specific în caz de recădere
6. Alcătuirea unui plan pentru menținerea pe termen lung a progresului.

**Celălalt obiectiv major în Etapa a patra este cel de a minimaliza riscul unei recidive pe termen lung.**

O parte importantă a muncii de pregătire s-a realizat deja în ultima jumătate a Etapei a treia, în care s-a discutat despre tiparele mentale, prilej cu care pacienții au învățat cum să le influențeze (vezi pagina 162).

### **Identificarea strategiilor și a procedurilor care trebuie continuate**

Vă recomandăm să întrebați pacienții care cred ei că sunt elementele de terapie pe care ar trebui să le continue pe termen lung, în scopul scăderii riscului unei recidive. În acest scop, poate fi util să identifice acele elemente care i-au ajutat să învingă aspecte specifice ale psihopatologiei lor. Acest lucru poate accentua importanța lor. Exemplele tipice de tipul acesta sunt mesele regulate, cântărirea săptămânală, rezolvarea de probleme și analiza alimentației compulsive.

### **Fixarea unor așteptări realiste**

Pacienții care au evoluat foarte bine pe parcursul terapiei sunt tentați să spere că nu se vor mai confrunta niciodată cu probleme de comportament alimentar. Fără a fi excesiv de pesimist, terapeutul trebuie să se asigure de faptul că așteptările pacienților sunt realiste, altminteri ei vor fi predispuși să reacționeze în mod negativ în fața oricărei recăderi. Ei trebuie să vadă în tulburarea lor de comportament alimentar un fel de călcâi al lui Ahile: probabil că ea va rămâne modalitatea lor specifică de a reacționa în momentele dificile și reacția lor față de anumiți factori declanșatori. Așa cum unii indivizi reacționează la stres devenind depresivi sau iritabili ori consumând prea mult alcool, cei care suferă de o tulburare de comportament alimentar pot să înceapă să-și schimbe comportamentul alimentar. Acest lucru se întâmplă deoarece tiparul mental (sau DVD-ul) al tulburării de comportament alimentar se reactivează în anumite condiții. Dar, după cum pacienții au învățat în Etapa a treia (vezi pagina 162), ei pot influența acest tipar mental.

### **Realizarea distincției dintre „o scăpare” și „o recidivă”**

Este important să subliniați faptul că atitudinea pacientului față de orice recidivă are o importanță majoră pentru ceea ce se va întâmpla ulterior. Dacă orice derapaj este privit ca „o recidivă” completă, profeția pacientului se poate adevăra. Adoptarea unei perspective de felul acesta încurajează menținerea unei atitudini pasive, lipsite de speranță. Dacă este privit pur și simplu ca „o scăpare”, pacientul are șanse mai mari de a înfrunta problema care a declanșat greșeala respectivă.

### **Reducerea la minimum a riscului blocajelor**

Pacienții trebuie să reducă la minimum riscul apariției unor momente de regresie. De aceea, ei trebuie să cunoască factorii declanșatori probabili. Acești factori sunt, în general:

- *Evenimente legate de siluetă sau de greutate:* de exemplu, creșterea în greutate, o aparentă acumulare de „grăsime”, comentariile critice ale altor persoane, modificarea siluetei și a greutății după naștere, pierderea în greutate pricinuită de o boală;
- *Evenimente negative legate de alimentație:* de exemplu, reînceperea unui regim alimentar, încălcarea unei reguli importante de conduită alimentară care încă s-a păstrat, un episod de binge eating;
- *Alte evenimente adverse cu semnificație personală:* de exemplu, evenimente negative în general, mai ales acelea care amenință stima de sine;
- *Dezvoltarea unei depresii clinice;* aceasta poate declanșa foarte ușor o recădere.

### **Pregătirea unui plan specific în caz de recădere**

Pacienții trebuie să alcătuiască un plan personalizat care să-i ajute să facă față oricărei recăderi care poate apărea. Acesta va urmări două aspecte:

1. „Îndepărtarea” tiparului mental al tulburării de comportament alimentar cât mai repede posibil
2. Intervenția asupra cauzei recăderii.

Pentru a îndepărta tiparul mental al tulburării de comportament alimentar, pacienții trebuie mai întâi să recunoască revenirea acestuia. După cum am menționat în Capitolul 8, pacienții trebuie să știe ce apare de obicei pe „ecranul” lor, atunci când începe să funcționeze DVD-ul tulburării de comportament alimentar. Cu alte cuvinte, ei trebuie să reușească să identifice propriile „semnale de alarmă timpurii”. Apoi, trebuie să îndepărteze acel tipar mental. Aceasta se poate face în mod direct, dacă se intervine devreme, dar devine din ce în ce mai greu de realizat, pe măsură ce tiparul mental se menține mai mult timp, deoarece se pun în funcțiune mai multe mecanisme care mențin blocat DVD-ul. În principiu, pentru a îndepărta tiparul mental, pacienții trebuie să se asigure că „*Fac ceea ce este corect*” și că se angajează în activități interpersonale care îi distrag de la acesta (vezi pagina 167). Prima măsură se referă la implementarea celor învățate în terapie (de exemplu, mesele regulate, evitarea verificării inutile a siluetei), iar cea de-a doua vizează implicarea în activități atractive care pot înlocui tiparul mental al tulburării de comportament alimentar inserat recent, cu unul sănătos. Cele mai potrivite activități sunt cele de natură interpersonală și, cu toate că participarea la ele poate fi dificilă (deoarece poate fi în contradicție cu dorințele pacientului), inițierea lor este importantă, dacă se dorește îndepărtarea fermă a tiparului mental.

Cel de-al doilea aspect al confruntării cu recăderile vizează abordarea factorului declanșator al acestora. Pacienții trebuie să „facă o pauză” și să încerce să afle care a fost cauza acestora și apoi să intervină folosind metoda rezolvării de probleme învățată în ședințele de terapie (vezi pagina 185).

## **Alcătuirea unui plan pentru menținerea pe termen lung a progresului**

La sfârșit, terapeutul trebuie să alcătuiască un plan personalizat de menținere pe termen lung a progresului. El poate adapta formatul complet al planului prezentat în tabelul 12.2, în funcție de profilul pacientului. Obiectivul urmărit este acela de a-i oferi pacientului consiliere personalizată pentru a-l ajuta să reducă la minimum riscul de recidivă pe termen lung.

## **ȘEDINȚA DE CONTROL POST-TERAPIE**

Ședința de control le oferă pacienților ocazia de a verifica și de a relata progresul înregistrat în ultimele 20 de săptămâni. Noi considerăm că 20 de săptămâni reprezintă perioada optimă: este suficient de îndelungată pentru a îndepărta orice ambiguitate în privința oportunității încetării terapiei și le asigură pacienților timpul necesar pentru a implementa planul de menținere pe termen scurt a progresului și pentru a îndepărta obstacolele aproape inevitabile. Pe de altă parte, perioada nu este prea îndelungată: este suficient de scurtă pentru ca pacienții să răzbată singuri.

Ședința de control are câteva alte obiective:

- *Să reevalueze starea de sănătate a pacientului și necesitatea continuării terapiei.* Aceasta se realizează folosind EDE-Q și CIA. Dacă există trăsături reziduale ale tulburării de comportament alimentar care interferează în mod semnificativ cu funcționarea pacientului, atunci trebuie să avem în vedere continuarea terapiei. Dacă s-a înregistrat un derapaj, câteva ședințe scurte de terapie sunt adesea suficiente pentru a-l redresa pe pacient. Ședințele trebuie să cuprindă și o trecere în revistă a modalităților de a aborda recăderile viitoare, dacă se întâmplă ca acestea să apară. Trebuie menționat faptul că unele recăderi sunt rezultatul dezvoltării (ori al revenirii) depresiei clinice. Dacă este așa, depresia este cea care trebuie tratată întâi. După ce problema aceasta se rezolvă, pacienții reușesc deseori să rezolve singuri recăderea.

- *Să verifice implementarea planului pe termen scurt.* Terapeutul trebuie să treacă în revistă fiecare element al planului alcătuit de pacient pentru menținerea progresului pe termen scurt, obiectivul urmărit fiind acela de a clarifica dacă pacientul trebuie să continue să îndepărteze unele trăsături reziduale ale tulburării de comportament alimentar.

- *Să discute despre necesitatea continuării programului de cântărire săptămânală.* Cântărirea săptămânală trebuie să continue, dacă greutatea reprezintă în continuare o problemă importantă pentru pacient. Dacă nu, atunci se va adopta o atitudine mai flexibilă, permițând cântărirea o dată la câteva săptămâni.

- *Să analizeze cum s-au abordat recăderile.* Acest aspect este deosebit de important; se va face o trecere în revistă amănunțită a strategiei pentru abordarea situațiilor de acest fel.

**TABELUL 12.2. Model pentru „Planul de menținere pe termen lung a progresului”  
(a se folosi în formulă personalizată, adaptată fiecărui pacient)**

**Cum se poate reduce la minimum riscul recăderilor**

- Mențineți un tipar de alimentație cu mese la intervale regulate.
- Evitați dietele, mai cu seamă acelea rigide și extreme, precum și cele care exclud multe alimente.
- Păstrați-vă greutatea în limitele stabilite ca obiectiv.
- Feriți-vă de comportamentele inutile de verificare a siluetei ori de evitare a expunerii corporale.
- Păstrați și dezvoltăți alte preocupări și interese în viața dumneavoastră.
- Folosiți metoda rezolvării de probleme pentru situațiile dificile.

**Circumstanțe care ar putea spori riscul unei recăderi**

- Schimbări și dificultăți în viață; modificări care intervin în rutina obișnuită (de exemplu, vacanțele, sărbătorile)
- Pierderea sau câștigul în greutate
- Sarcina și perioada de după sarcină
- Stări de indispoziție și/sau dezvoltarea depresiei clinice
- Nunta (presiunea de a fi centrul atenției, de a arăta bine)

**„Semne timpurii de avertizare” ale unei recidive**

**Fiți vigilenți, pentru a reuși să surprindeți repornirea „DVD-ului tulburării de comportament alimentar”. Iată primele semne de avertizare – prima „piesă” de pe DVD:**

- Modificări ale comportamentului alimentar; consum alimentar mai redus, săritul meselor ori gustărilor, amânarea mesei, consumul „alimentelor dietetice”
- Reluarea lecturii revistelor despre diete sau modă și/sau a navigării pe site-urile cu teme similare
- Reluarea sau intensificarea controlului siluetei ori a evitării acestuia
- Reluarea ori intensificarea comparațiilor legate de siluetă
- Cântărirea în afara datelor planificate
- Sporirea exercițiilor fizice
- Impulsul de a provoca vărsături sau de a folosi laxative
- Impulsul de a se supraalimenta compulsiv
- Preocupare sporită pentru alimente și alimentație
- Nemulțumire crescută față de siluetă și de greutate și o dorință puternică de a-și schimba silueta sau greutatea
- Scăderea greutății sub un IMC de 19,0 (\_\_\_ kg).

**Dacă observați primele semne de avertizare, reacționați rapid și pozitiv, acordați-vă o „pauză” pentru a reflecta asupra celor ce se petrec și pentru a planifica ceea ce aveți de făcut.**

**Cum puteți aborda factorii declanșatori și recăderile**

- Identificați factorul declanșator.
- Înfrunțați factorii declanșatori externi (de viață) apelând la metoda rezolvării de probleme (a se vedea *Cum putem să învingem alimentația compulsivă*).
- Feriți-vă să etichetați o simplă scăpare ca fiind o „recidivă” (care înseamnă că se ajunge din nou la starea inițială).
- Împiedicați recăderile de îndată ce le detectați, urmând instrucțiunile din terapie (în *Cum putem să învingem alimentația compulsivă*). De exemplu, reîncepeți monitorizarea, adoptați un model de alimentație regulată, planificați din timp ceea ce veți mânca și revizuiți-vă modelul de consum alimentar, cântăriți-vă săptămânal și interpretați-vă cu atenție greutatea, evitați impunerea unor reguli rigide și extreme de conduită alimentară, puneți la îndoială senzația că sunteți „gras”, analizați episoadele de binge eating, folosiți activitățile care vă distrag și rezolvarea de probleme, reduceți comportamentele problematice de control al siluetei sau de evitare.
- Dacă sunteți în perioada de sarcină /după sarcină, solicitați sfatul specialiștilor în sănătate care vă pot oferi informații privind aspectele comune legate de greutate și de alimentație în situația dumneavoastră, precum și informații privind timpul care este de obicei necesar pentru pierderea surplusului de greutate acumulat în lunile de sarcină.
- O indicație cu caracter general ar fi aceea de a face exact opusul celor induse de tiparul mental (sau „DVD-ul”) al tulburării de comportament alimentar (adică „Faceți ceea ce este corect”).

Îndreptați-vă atenția asupra altor aspecte al vieții personale, cum ar fi socializarea („pornind” în felul acesta DVD-uri mai sănătoase).

- Altele: \_\_\_\_\_
- Altele: \_\_\_\_\_

Dacă cele sugerate mai sus nu au dat rezultate timp de 4 săptămâni, gândiți-vă să solicitați ajutorul unui specialist.

Dacă IMC se menține sub 18,5 (\_\_\_ kg) două săptămâni consecutive, solicitați ajutorul unui specialist.

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press. Tabelul este disponibil online la <http://ascres.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.

• *Să analizeze și să revizuiască, dacă este nevoie, planul de menținere pe termen lung a progresului.* Și acest aspect este important; este posibil să fi apărut noi „semnale timpurii de alarmă” ori factori declanșatori noi.

Pentru marea majoritate a pacienților, ședința de control post-terapie are rezultate pozitive și este pentru ultima dată când trebuie să-l întâlnească pe terapeut.

## BIBLIOGRAFIA RECOMANDATĂ PENTRU CAPITOLELE 5-12

### Modificări timpurii realizate în terapie – predictorii ai rezultatului acesteia

A se vedea Capitolul 3 (pagina 68).

### Educarea în legătură cu tulburările de comportament alimentar

Fairburn, C.G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York: Guilford Press.

Garner, D.M. (1997). Psychoeducational principles in treatment. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 145-177). New York: Guilford Press.

Lucas, A.R. (2004). *Demystifying anorexia nervosa*. Oxford: Oxford University Press.

### Eficacitatea TCC-O

Byrne, S.M., Fursland, A., Allen, K.L., & Watson, H. (2011). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 219-226.

Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., O'Connor, M.E., Bohn, K., Hawker, D.M., Wales, J.A., & Palmer, R.L. (2009). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.

## Angajare și motivație

- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson G.T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18, 391-420.
- Wilson, G.T., & Schlam, T.R. (2004). The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clinical Psychology Review*, 24, 361-378.

## Ghiduri pentru practica TCC

A se vedea capitolul 1 (pagina 19).

## Preocupările legate de siluetă și modificarea acestora

- Cooper, M.J., Deepak, K., Grocutt, E., & Bailey, E. (2007). The experience of „feeling fat” in women with anorexia nervosa, dieting and non-dieting women: An exploratory study. *European Eating Disorders Review*, 15, 366-372.
- Cooper, Z., Fairburn, C.G., & Hawker, D.M. (2003). *Cognitive-behavioral treatment of obesity: A clinician's guide*. New York: Guilford Press.
- Delinsky, S.S., & Wilson, G.T. (2006). Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 108-116.
- Farrell, C., Shafran, R., & Fairburn, C.G. (2004). Mirror cognitions and behaviours in people concerned about their body shape. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 225-229.
- Farrell, C., Shafran, R., & Lee, M. (2006). Empirically evaluated treatments for body image disturbance: A review. *European Eating Disorders Review*, 14, 289-300.
- Jansen, A., Nederkoorn, C., & Mulken, S. (2005). Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 183-196.
- Jansen, A., Smeets, T., Martijn, C., & Nederkoorn, C. (2006). I see what you see: The lack of a self-serving body-image bias in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 123-135.
- Mayer, L., Walsh, B.T., Pierson, R.N., Heymsfield, S.B., Gallagher, D., Wang, J., et al. (2005). Body fat redistribution after weight gain in women with anorexia nervosa. *American journal of Clinical Nutrition*, 81, 1286-1291.
- Reas, D.L., Whisenhunt, B.L., Netemeyer, R., & Williamson, D.A. (2002). Development of the body checking questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 324-333.
- Rosen, J.C. (1997). Cognitive-behavioral body image therapy. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 188-201). New York: Guilford Press.
- Wilson, G.T. (2004). Acceptance and change in the treatment of eating disorders: The evolution of manual-based cognitive-behavioral therapy. In S.C. Hayes, V.M. Follette, & M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 243-266). New York: Guilford Press.



### Alte articole relevante pentru capitolele 5-12

- Fairburn, C.G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1-13.
- Herrin, M. (2003). *Nutritional counseling in the treatment of eating disorders*. New York: Brunner-Routledge.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Mitchell, J.E., Halmi, K., Wilson, G.T., Agras, W.S., Kraemer, H., & Crow, S. (2002). A randomized secondary treatment study of women with bulimia nervosa who fail to respond to CBT. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 271-281.
- Ohanian, V. (2002). Imagery rescripting within cognitive behavior therapy for bulimia nervosa: An illustrative case report. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 352-357.
- Soh, N., Surgenor, L.J., Touyz, S., & Walter, G. (2007). Eating disorders across two cultures: Does the expression of psychological control vary? *Australian and New Zealand journal of Psychiatry*, 41, 351-358.
- Steffen, K.J., Mitchell, J.E., Roerig, J.L., & Lancaster, K.L. (2007). The eating disorders medicine cabinet revisited: A clinician's guide to Ipecac and laxatives. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 360-368.
- Tareen, A., Hodes, M., & Rangel, L. (2005). Non-fat-phobic anorexia nervosa in British South Asian adolescents. *International journal of Eating Disorders*, 37, 161-165.
- Teasdale, J.D. (1997). The relationship between cognition and emotion: The mind-in-place in mood disorders. In D.M. Clark & C.G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 67-93). Oxford: Oxford University Press.
- Teasdale, J.D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.

# ADAPTĂRI ALE TCC-0

# PERFECTIONISMUL CLINIC, STIMA DE SINE REDUSĂ CA TRĂSĂTURĂ FUNDAMENTALĂ ȘI PROBLEME DE NATURĂ INTERPERSONALĂ

CHRISTOPHER G. FAIRBURN, ZAFRA COOPER,  
ROZ SHAFRAN, KRISTIN BOHN ȘI DEBORAH M. HAWKER

Amintim faptul că există două forme principale ale TCC-O; forma „focalizată”, potrivită pentru majoritatea pacienților și care reprezintă opțiunea standard. Ea se concentrează direct și exclusiv asupra psihopatologiei tulburării de comportament alimentar și a fost descrisă în cele opt capitole anterioare. Acest capitol este dedicat celeilalte forme a TCC-O, varianta „extinsă”.

Această formă este concepută pentru pacienții în cazul cărora alte mecanisme, externe psihopatologiei tulburării de comportament alimentar, mențin această psihopatologie și, prin urmare, împiedică realizarea schimbării. Versiunea extinsă a terapiei are „module” suplimentare, concepute pentru a aborda aceste mecanisme externe, obiectivul urmărit fiind acela de a facilita schimbarea în cazul pacienților respectivi. Revenind la analogia cu castelul din cărți de joc (vezi pagina 74), strategia urmărește îndepărtarea încă a uneia sau mai multor cărți de joc (de obicei a uneia) periferice, care par să susțină tulburarea de comportament alimentar, pe lângă îndepărtarea cărților de bază care contribuie la menținerea tulburării. Inițial,

**Forma focalizată  
a TCC-E trebuie  
considerată varianta  
standard.**

**În forma extinsă a TCC-O,  
strategia urmărește  
îndepărtarea uneia sau mai  
multor cărți periferice, care  
par să susțină tulburarea de  
comportament alimentar.**

forma extinsă a TCC-O a cuprins patru module de tratament ținând modificarea intoleranței la emoții, perfecționismul clinic, stima de sine redusă și dificultățile de natură interpersonală. Recent, primul dintre aceste module, acela centrat asupra intoleranței la emoții, a fost încorporat în versiunea focalizată a terapiei (a se vedea Capitolul 10, pagina 192).

## DECIZIA PRIVIND OPORTUNITATEA FOLOSIRII FORMEI EXTINSE A TCC-O

Forma extinsă a TCC-O se adresează pacienților la care perfecționismul clinic, stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală ori problemele de natură interpersonală sunt deosebit de pronunțate și par să întrețină tulburarea de comportament alimentar. Din punct de vedere clinic, decizia oportunității folosirii formei extinse a terapiei este una majoră, deoarece ea guvernează forma și conținutul tratamentului începând cu Etapa a doua. De asemenea, decizia poate influența rezultatul obținut de pacient, fie în sens pozitiv, fie negativ.

**Forma extinsă a TCC-O se adresează pacienților la care perfecționismul clinic, stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală ori problemele de natură interpersonală sunt deosebit de pronunțate și par să întrețină tulburarea de comportament alimentar.**

Din fericire, există dovezi pe baza cărora putem să ne orientăm în alegerea noastră, deoarece efectele formelor de TCC-O focalizată și extinsă au fost testate într-un vast experiment desfășurat în două centre de îngrijire (Fairburn și colab., 2009). Pe scurt, s-a stabilit că aceste două forme de terapie sunt la fel de eficace în ansamblu, dar echivalența aceasta masca două descoperiri importante. Întâi, pentru pacienții la care cel puțin două dintre cele patru mecanisme

externe inițiale au fost apreciate de către terapeut (la începutul Etapei a doua) ca reprezentând o problemă clinică „moderată” sau „majoră” (aproximativ 40%) dintre pacienți), forma extinsă a terapiei s-a dovedit superioară formei focalizate. În schimb, pentru restul pacienților (aproximativ 60%), a fost invers, adică forma focalizată de tratament a fost superioară celei extinse (iar acest lucru a fost valabil și pentru pacienții reprezentând cazuri de „complexitate” medie). Deși aceste rezultate se cer validate prin mai multe experimente, ele sunt în concordanță cu teoria pe care se întemeiază TCC-O, precum și cu experiența noastră clinică. De aceea, recomandăm ca aceste rezultate să fie considerate principii generale menite să coordoneze practica clinică. Așadar, forma extinsă a terapiei ar trebui folosită doar cu pacienții prezentând probleme suplimentare grave, de tipul celor descrise în capitolul de față, iar forma focalizată a TCC-O trebuie folosită cu restul pacienților.

Decizia de a folosi sau nu forma extinsă a TCC-O se ia în Etapa a doua, după opt ședințe de terapie. Etapa a doua este indicată pentru luarea acestei decizii, deoarece până atunci terapeutul va reuși să-l cunoască suficient de bine pe pacient, iar obstacolele care stau în calea schimbării devin din ce în ce mai clare. Recomandăm ca terapeuții să-și întemeieze decizia pe următoarele două considerente:

1. Forma standard a TCC-O este varianta focalizată. Pentru majoritatea pacienților, ea este mai eficace decât varianta extinsă și este mai ușor de implementat. De asemenea, ea cuprinde acum și modulul pentru intoleranța la emoții.

2. Forma extinsă a TCC-O este folosită doar dacă în Etapa a doua s-a ajuns la concluzia că perfecționismul clinic, stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală ori problemele interpersonale semnificative sunt foarte pronunțate și par să mențină tulburarea de comportament alimentar.

## IMPLEMENTAREA FORMEI EXTINSE A TCC-O

Implementarea formei extinse a TCC-O are trei faze. În prima (în Etapa a doua), se decide care dintre cele trei mecanisme suplimentare trebuie abordate. Mai jos, vă oferim instrucțiuni pentru această etapă, pentru fiecare modul în parte. În practică se întâmplă deseori să pară relevante mai multe module și de aceea este greu de selectat unul dintre ele. Iată câteva îndrumări:

- Dacă un singur modul pare relevant, acesta este cel care trebuie folosit. Excepție face stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală, pe care o putem aborda fie folosind modulul pentru stima de sine redusă, fie modulul pentru problemele de natură interpersonală.
- Dacă identificați două module care par relevante:
  - În general, folosind versiunea cu 20 de săptămâni de terapie, vă recomandăm să acționați conform principiului parcimoniei și să selectați un modul în funcție de măsura în care mecanismul țintă pare să obstrucționeze procesul de schimbare.
  - Dacă folosiți varianta extinsă a terapiei (a se vedea Capitolul 11), s-ar putea să aveți timp suficient pentru a aborda două dintre mecanismele externe. De obicei, abordarea se face consecutiv (de exemplu, de abordează întâi perfecționismul clinic și apoi problemele de natură interpersonală).

Cea de-a doua fază a variantei extinse a TCC-O cuprinde abordarea mecanismului/ mecanismelor externe identificate folosind modulul/ modulele relevante și abordând în același timp mecanismele de bază care mențin tulburarea de comportament alimentar (așa cum am descris în Capitolele 8-11). Aceasta se desfășoară pe toată durata Etapei a treia. În ceea ce privește organizarea ședințelor, obișnuim să alocăm jumătate din conținutul ședinței (adică timpul alocat intervenției asupra problemelor trecute pe agenda ședinței; vezi pagina 104) modulului/ modulelor TCC-O extinse. Respectând formatul standard al ședinței de 50 de minute înseamnă că în fiecare ședință se vor alocă 15 minute abordării mecanismului/ mecanismelor externe de menținere a tulburării de comportament alimentar. Pentru a permite acest lucru, se dedică mai puțin timp decât în mod obișnuit mecanismelor principale care mențin tulburarea de comportament alimentar.

Trebuie să menționăm faptul că versiunea extinsă a TCC-O ar putea fi implementată și altfel. De exemplu, se poate prelungi TCC-O (de exemplu, la 30 de ședințe), pentru a avea mai mult timp pentru abordarea mecanismelor externe.

Sau putem prelungi durata ședințelor, să zicem la 80 de minute. Noi preferăm cea de-a doua soluție, pentru că experiența clinică ne-a demonstrat că în felul acesta se poate păstra elanul și ritmul imprimat procesului terapeutic, permițând abordarea diverselor mecanisme, precum și administrarea tratamentului într-un interval de timp acceptabil. Dacă se adoptă această abordare, este ideal să programați o pauză la mijlocul ședinței, pentru ca atât pacientul, cât și terapeutul să se dezmoștească puțin și să-și adune gândurile.

Cea de-a treia fază a variantei extinse a TCC-O se desfășoară în Etapa a patra (a se vedea Capitolul 12). Ea cuprinde alcătuirea unui „plan de menținere”, ca de obicei, dar unul care încorporează elemente din modulul/ modulele suplimentare folosite în Etapa a treia.

În continuare, vom descrie pe scurt cele trei module ale TCC-O extinse, deși despre fiecare dintre ele s-ar putea scrie o carte întreagă, ceea ce s-a și întâmplat deja.

## PERFECTIONISMUL CLINIC

### Cadrul general

Experiența clinică și rezultatele cercetărilor întreprinse până acum indică faptul că perfecționismul este o trăsătură comună în rândul persoanelor suferind de o tulburare de comportament alimentar. Ceea ce nu s-a stabilit încă este dacă acesta influențează rezultatul tratamentului. Varianta extremă a acestei trăsături este ceea ce poate fi numit „perfecționismul clinic” (Shafran, Cooper și Fairburn, 2002), o stare în care trăsătura aceasta este atât de pregnantă, încât marchează în mod semnificativ viața individului. Suntem convinși că perfecționismul clinic interferează cu răspunsul la tratament.

Psihopatologia perfecționismului clinic are o formă similară celei aparținând tulburării de comportament alimentar. El se fundamentează pe supraevaluarea reușitei personale și a înfăptuirii acesteia. Persoanele cu perfecționism clinic se autoevaluează în mare parte (ori chiar exclusiv) în funcție de strădania depusă și de măsura în care reușesc să atingă standardele personale extrem de ridicate, pe care și le-au impus în domenii ale existenței importante pentru ei. Dacă suferă de o tulburare de comportament alimentar, ei vor aplica aceste standarde extreme și alimentației, greutateii și siluetei, precum și controlului asupra lor. Astfel, ei urmează un regim alimentar deosebit de strict și sunt la fel de riguroși în privința exercițiilor fizice, a verificării siluetei etc. În felul acesta, psihopatologia perfecționismului clinic intensifică anumite aspecte ale tulburării de comportament alimentar și o face mai dificil de tratat.

**Psihopatologia  
perfecționismului clinic  
are o formă similară celei  
aparținând tulburării  
de comportament  
alimentar.**

Principalele trăsături ale perfecționismului clinic sunt enumerate mai jos. Nu toate aceste trăsături sunt mereu prezente:

- supraestimarea performanței și a realizării acesteia în domenii ale existenței prețuite de individ (profesie, sport sau muzică etc., precum și în tulburarea de comportament alimentar);
- marginalizarea altor aspecte ale existenței;
- urmărirea riguroasă a atingerii acestor standarde extrem de ridicate pentru individ, în ciuda faptului că acest lucru are efecte adverse asupra performanței în sine și că provoacă disfuncții la nivelul altor aspecte ale existenței;
- minimalizarea succesului odată ce acesta a fost atins și stabilirea unor noi standarde (de exemplu, dacă se atinge un obiectiv profesional propus anterior, el va fi înlocuit imediat cu unul nou, și mai greu de atins);
- verificarea repetată a nivelului performanței (adică asigurarea că performanța personală se ridică la nivelul standardelor personale și comparația cu performanțele celorlalți);
- teama de a nu se ridica la nivelul standardelor personale;
- evitarea testărilor esențiale ale performanței (de exemplu, predarea unei lucrări), de teamă că aceasta nu va fi destul de bună;
- gânduri dominate de preocuparea pentru performanță.

### Cu cine trebuie folosit acest modul

De obicei, perfecționismul clinic se manifestă destul de devreme în terapie. Se poate observa în modul în care pacienții realizează monitorizarea, care este deosebit de amănunțită, și în regimul lor alimentar restrictiv, care este deseori extrem și rigid. De aceea, se întâmplă ca ei să opună rezistență intervenției care urmărește instituirea „alimentației regulate”, întrucât aceasta vine în contradicție cu standardele pacientului. Perfecționismul clinic se manifestă și în comportamentul pacienților în cadrul ședințelor de terapie, aceștia încetinind procesul terapeutic cu nenumărate întrebări vizând chiar și cele mai mici detalii.

Atunci când întâlnesc aceste trăsături, terapeuții trebuie să întrebe direct despre perfecționismul clinic. Aceasta se realizează în Etapa a doua (a se vedea Capitolul 7). Iată câteva dintre întrebările utile în acest context:

- *„Unele persoane cu tulburări de comportament alimentar pot fi descrise ca fiind „perfecționiste”; cu alte cuvinte, ele își impun niște standarde foarte ridicate și întotdeauna se străduiesc să le îndeplinească. Lucrul acesta este valabil și pentru dumneavoastră? Oare ceilalți v-ar descrie și pe dumneavoastră în felul acesta?”*
- *„Credeți că standardele dumneavoastră sunt ridicate în comparație cu ale altora? Ceilalți ar confirma acest lucru? În care domenii ale existenței dumneavoastră credeți că se întâmplă aceasta (de exemplu, muncă, menținerea ordinii, sport, muzică)?”*

- „Cât este de important pentru dumneavoastră să munciți mult și să aveți rezultate deosebite? Este foarte important ori chiar extrem de important?”
- „Vă gândiți mult la propria performanță și la realizarea acesteia? Vă preocupă extrem de mult acest lucru?”
- „Dacă reușiți să atingeți unul dintre obiectivele propuse, vă stabiliți imediat unul nou, mai dificil de atins?”
- „Verificați în mod frecvent nivelul propriei performanțe (cum vă plasați în realizarea obiectivelor) și o comparați cu performanțele celorlalți?”
- „Vă temeți vreodată că nu vă veți realiza obiectivele?”
- „Se întâmplă vreodată să evitați anumite activități de teamă că realizările dumneavoastră (munca etc.) nu se ridică la nivelul propus?”
- „Aveți tendința de a vă judeca în funcție de realizări și de nivelul acestora?”

Dacă la unele sau la toate aceste întrebări răspunsul este afirmativ și perfecționismul clinic pare să fie un obstacol în calea schimbării, atunci perfecționismul clinic trebuie să reprezinte o țintă suplimentară a tratamentului și trebuie adăugat în formularea pacientului (a se vedea figura 13.1).

## Strategii și proceduri de tratament

Strategia folosită pentru intervenția în cazul perfecționismului clinic este asemenea celei folosite pentru supraevaluarea siluetei și a greutateii (a se vedea Capitolul 8), iar cele două se folosesc mai mult sau mai puțin în tandem, așa cum este explicat mai jos<sup>7</sup>.

**Strategia folosită pentru intervenția în cazul perfecționismului clinic este asemenea celei folosite pentru supraestimarea siluetei și a greutateii**

## Identificarea supraevaluării performanței personale și a consecințelor acesteia

Este recomandabil ca aceasta să se desfășoare în cadrul ședinței, după ce același subiect a fost abordat deja în legătură cu silueta și greutatea. Se va observa că sistemul pacientului de autoevaluare (așa cum este reprezentat în diagrama sa, vezi pagina 137) cuprinde o parte importantă vizând supraevaluarea succesului personal și realizarea acestuia și că acest segment de cerc îl include pe acela ocupat de siluetă și greutate, precum și alte domenii (adică acelea supuse exigențelor perfecționismului, în mod obișnuit fiind vorba despre muncă, dar și de alte domenii prețuite de pacient, de exemplu, sporturile, gospodăria, muzica).

<sup>7</sup> Terapeuților care sunt în căutare de idei pentru proceduri suplimentare relevante pentru perfecționismul clinic le recomandăm cartea scrisă de Antony și Swinson (1998). Este o carte dedicată dezvoltării personale a persoanelor prezentând tendințe perfecționiste, însă în cazul persoanelor suferind de perfecționism clinic considerăm că este utilă mai degrabă ca ghid terapeutic.



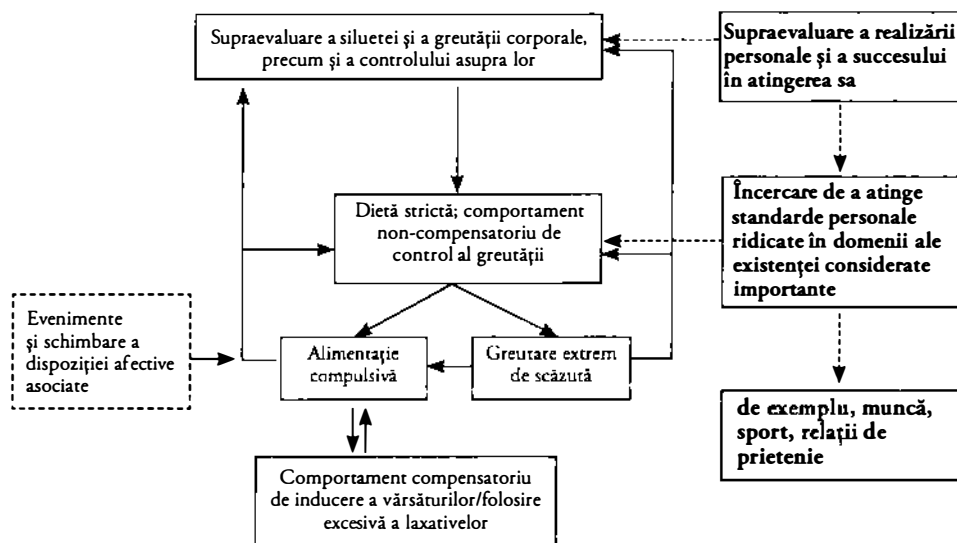


**FIGURA 13.1.** Formularea transdiagnostică cuprinzând perfecționismul clinic

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press. Figura aceasta este disponibilă online la <http://ascend.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.

### Vinieta

O pacientă a creat o diagramă cu peste 20 de segmente de cerc, fiecare etichetată cu minuțiozitate. Ea a relatat că acestea erau domeniile existenței pe care își întemeia autoevaluarea. În urma discuției (îndelungate) cu terapeutul, a reieșit faptul că aproape toate reprezentau ținte ale strădaniilor sale neîntrerupte și că puteau fi reprezentate într-un singur segment mare de cerc al „performanței personale și al realizării acesteia”.

Atunci când analizați diagrama, trebuie să-i explicați pacientului în mod clar faptul că un segment dominant atât de larg reprezintă un „risc”, că el se autoperpetuează și că tinde să îngusteze aria celorlalte interese ale existenței sale, exact așa cum se întâmplă în cazul supraevaluării siluetei și a greutății (pagina 138). Terapeutul trebuie să ajute pacientul să înțeleagă că, dacă se evaluează în primul rând în termenii realizării personale și a rezultatelor obținute, viața sa va fi dominată neconștient de efortul de a-și realiza obiectivul, va fi o viață lipsită de spontaneitate, în care plăcerile care nu sunt legate de performanța sa nu-și vor putea găsi locul.

Apoi, trebuie identificate „expresiile” perfecționismului clinic și, pe baza lor, se va construi formularea extinsă. Vă prezentăm un exemplu în figura 13.2.

Dacă veți crea această formulare extinsă folosind același format folosit pentru supraevaluarea siluetei și a greutateii (vezi figura 8.3), pacientul va înțelege că perfecționismul are o manifestare similară atât în tulburarea de comportament alimentar, cât și în alte domenii cu relevanță personală din viața sa.

### ***Sporirea importanței altor domenii ale existenței pentru procesul de autoevaluare***

Supraevaluarea performanței personale și a realizării acesteia are ca rezultat marginalizarea altor domenii ale existenței, la fel cum se întâmplă în cazul supraevaluării siluetei și a greutateii, dar această marginalizare este și mai marcată în cazul pacienților cu perfecționism clinic. Strategia folosită împotriva unei astfel de marginalizări este descrisă în Capitolul 8 (vezi pagina 141). Este important să încurajăm acești pacienți să ia parte la anumite activități din pură plăcere, deși experiența ne spune că acest lucru este greu pentru ei (vezi vinieta de mai jos). Implicarea persoanelor semnificative din anturaj poate fi de ajutor. De asemenea, merită să identificați activitățile pacientului care nu pot fi cuantificate în termenii unei performanțe personale, dar care sunt în general prețuite, deși pacientul le consideră „o pierdere de timp”. Este vorba despre activități precum lectura unor cărți ori a unor ziare, audițiile muzicale, întâlnirile cu prietenii etc. Și spontaneitatea trebuie încurajată, deoarece pacienții aceștia tolerează greu imprevizibilitatea, iar acest lucru interferează cu abilitatea lor de a socializa. Una dintre pacientele noastre a încercat să înfrunte această dificultate planificând evenimente sociale „spontane”. Terapeuții pot introduce grade sporite de flexibilitate adaptând procedura zarurilor, descrisă în Capitolul 11 (pagina 182).

---

### ***Vinieta***

În contextul sporirii importanței altor domenii ale existenței pentru procesul de autoevaluare, un pacient a ales să-și petreacă sfârșiturile de săptămână la țară, împreună cu prietena sa. Ca parte a acestui proces, ei luau prânzul sau ceaiul în cafenele ori în restaurante. În cele din urmă, a reieșit faptul că el începuse să evalueze aceste locuri în funcție de diverse standarde, cu scopul de a alcătui la un moment dat un ghid în care să le prezinte. Astfel, ceea ce s-a dorit a fi o formă necuantificabilă de relaxare a devenit încă un obiectiv pentru perfecționismul său.

---

### ***Intervenția vizând alegerea obiectivelor și eforturile excesive***

Persoanele cu perfecționism clinic au tendința de a munci extrem de mult și de a disprețui „irosirea timpului”. În ciuda acestui fapt, performanța lor este în general nesatisfăcătoare, pentru că muncesc mult prea mult și de aceea sunt lipsiți de eficiență, precum și din pricina faptului că sunt nehotărâți, tocmai din

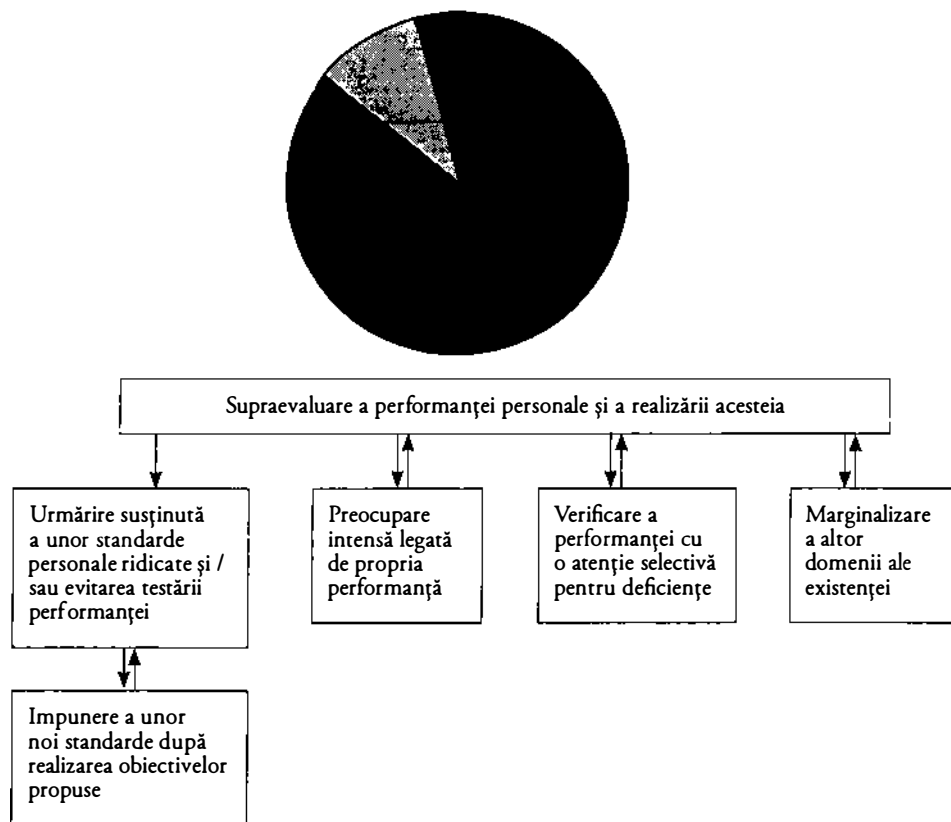


**FIGURA 13.2.** Supraevaluarea performanței personale și a realizării acesteia: o „formulare extinsă”.

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press. Această figură este disponibilă online la <http://ascresd.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.

dorința de a face totul perfect. Terapeuții trebuie să-i ajute să dezvolte stiluri de muncă mai adecvate, care să le permită să alocе dezvoltării domeniilor de autoevaluare marginalizate. Pentru aceasta, terapeuții trebuie să discute cu ei despre modalitățile prin care pot deveni „mai eficienți”. Educarea în privința stilului de muncă este deosebit de importantă, întrucât, de obicei, acești pacienți consideră că, pe măsură ce muncesc mai mult, vor avea rezultate tot mai bune. Acest lucru este adesea fals. Într-adevăr, performanța lor se poate ameliora fără atâta străduință (vezi vinieta de la pagina 270).

O discuție despre ceea ce doresc să îndeplinească în viață (adică aspirațiile și obiectivele lor pe termen lung) se poate dovedi valoroasă pentru pacienți. S-ar putea să fie nevoie ca aceștia să accepte un nivel ușor mai scăzut de performanță, pentru a „se bucura de viață”, iar acest lucru, în mod paradoxal, poate duce la o ameliorare a performanței. Ar fi ideal ca pacienții să ajungă la concluzia aceasta,

**Sugestia de a reduce din standardele pe care și le impun este foarte prost primită de către acești pacienți. Este preferabil să discutați despre modalități prin care pot deveni „mai eficienți!”**

dar sugestia de a reduce standardele pe care și le impun este primită foarte prost. Este preferabil să discutați cu ei despre modalitățile prin care ar putea deveni „mai eficienți”. În acest scop, rugați-i să vă descrie în mod detaliat care sunt obiectivele lor în diverse domenii ale vieții asupra cărora își aplică perfecționismul și să vă spună ce cred că ar trebui făcut pentru atingerea acestora. În mod obișnuit, ei vin cu o listă de obiective evident imposibil de atins și pe care doresc să le realizeze simultan (a se vedea tabelul 13.1).

### ***Intervenția vizând controlul performanței***

Odată cu încercarea de a spori importanța altor domenii de referință în autoevaluare, terapeutul trebuie să țină seama direct supraevaluarea performanței personale și a realizării sale. Este preferabil să înceapă cu manifestarea acesteia sub forma controlului performanței, deoarece ea este un element important care contribuie la menținerea supraevaluării, întrucât evidențiază nereușitele pacienților, încurajându-i să se străduiască și mai mult. Trebuie să analizați acest

**TABELUL 13.1. Obiectivele unui pacient în trei domenii ale existenței**

#### Muncă (profesor)

- Să se vadă că muncesc mai mult decât colegii mei.
- Să fiu primul care ajunge la școală dimineața și ultimul care pleacă.
- Să fac mai mult decât se așteaptă de la mine.
- Să-mi închei sarcinile mult înaintea termenului limită.
- Să mă asigur că sala mea de clasă este întotdeauna curată și ordonată.
- Să fiu considerat cel mai bun profesor în anul meu de studiu.
- Să vin cu inițiative și strategii noi la ședințe.
- Să mă ofer voluntar pentru activități suplimentare.

#### Exerciții fizice

- Să fac zilnic exerciții fizice, oricât de greu va fi și indiferent cum mă voi simți.
- Să-mi stabilesc obiective pe termen lung și pe termen scurt (de exemplu, să realizez un timp mai scurt la un tur de pistă, să alerg pe distanțe mai lungi, în competiții mai dificile).
- Să ajung unul dintre cei mai buni alergători din clubul meu.
- Să nu realizez niciodată un rezultat mai slab decât cel anterior.
- Să fac atât de multe exerciții fizice, încât ceilalți să considere aceasta o realizare majoră.

#### Alimentația, silueta și greutatea

- Să-mi respect regulile de conduită alimentară – ceea ce mănânc și când mănânc.
- Să nu mănânc niciodată „alimente rele”.
- Să mănânc întotdeauna mai puțin decât cei din jur.
- Să aleg întotdeauna alimentul care conține cantitatea cea mai redusă de grăsimi, atunci când am ocazia.
- Să mă asigur că nu am burtă.
- Să nu mă las niciodată să mă îngraș.
- Să fiu cel mai slab dintre toți prietenii și colegii mei.

cerc vicios împreună cu pacienții, pentru a vedea dacă se identifică cu el. Controlul performanței va fi evident în toate domeniile de viață vizate de perfecționismul clinic, incluzând, bineînțeles, silueta, greutatea și controlul alimentației. Prin urmare, controlul performanței trebuie abordat în general, dar și în relație cu greutatea (cântărirea ori verificarea greutateii) și cu silueta (verificarea siluetei). În practică, este vorba despre identificarea expresiilor sale în diverse domenii ale existenței pe care le afectează.

La fel ca în cazul controlului siluetei, primul pas trebuie să fie identificarea formelor existente de control al performanței. De obicei, sunt suficiente două intervale de câte 24 de ore de automonitorizare, alegând o zi de lucru (dacă este cazul) și o zi liberă. Apoi, terapeutul va analiza împreună cu pacientul care sunt consecințele formelor sale specifice de control, urmărind evidențierea faptului că acest comportament de control este determinat în general de teama de eșec, pacientul concentrându-se mai degrabă asupra neresușitelor, decât asupra realizărilor. În plus, este util să identificați și efectele sale adverse; de exemplu, verificările repetate ale performanței pot să reducă productivitatea. Terapeutul și pacientul vor împărtăși apoi diversele forme de control în două categorii: forme de control care ar trebui să înceteze (de exemplu, privitul pe furiș la munca altora) și comportamente care trebuie moderate (de exemplu, testarea repetată a performanței în propria activitate). În contextul formulării și al educării pacientului, cu ajutorul terapeutului, pacienții pot realiza unele dintre schimbările menționate, urmărind în același timp care sunt consecințele acestui demers. Ei trebuie preveniți că, pe termen scurt, aceste schimbări îi vor determina să acorde o importanță sporită performanței (așa cum se întâmplă în cadrul intervenției pentru cântărirea în cadrul ședinței de terapie, în Etapa întâi; vezi pagina 91), dar că aceasta se va diminua după câteva săptămâni.

O formă specifică de control al performanței este comparația repetată cu performanța altora. Evaluarea propriei performanțe este realizată de către pacient cu foarte mare atenție și se caracterizează prin atenția selectivă pentru demersurile nereușite. În schimb, evaluarea pe care o face performanței celorlalți este în general superficială și lipsită de spirit critic. Terapeutul trebuie să evidențieze această biasare nefavorabilă și să propună teme pentru acasă care să o identifice și să o contracareze (în conformitate cu principiile descrise în legătură cu controlul siluetei; vezi pagina 152).

Pacienții cu perfecționism clinic au de asemenea tendința de a alege ca termen de comparație persoane cu performanțe de vârf. Deseori, acest lucru se întâmplă pentru toate domeniile afectate de perfecționism, astfel încât o comparație globală este și mai nerealistă (de exemplu, să se compare simultan cu un director, cu un atlet profesionist, cu o mamă model și cu un bucătar de top). De exemplu, una dintre pacientele noastre încerca să fie o „superfemeie” în 10 domenii diferite ale existenței sale și avea standarde extreme pentru performanțele realizate în fiecare dintre ele. Simpla semnalare a acestei situații și a imposibilității de a atinge standardele impuse este utilă în sine. În acest context, puteți purta o discuție generală despre nevoia de a se ajunge la un echilibru între acceptare și schimbare (vezi pagina 280).

### ***Intervenția în cazul evitării***

Evitarea poate lua două forme. Întâi, pacienții pot evita să-și evalueze performanța. Din această cauză, informațiile despre progresul sau abilitățile lor reale sunt puține sau chiar inexistente. În schimb, ei „se tem că rezultatele sunt cele mai proaste posibil”. Un exemplu tipic psihopatologiei tulburării de comportament alimentar este evitarea cântăririi (vezi pagina 92). În al doilea rând, poate exista evitarea testărilor externe majore ale performanței; de exemplu, neprezentarea la un interviu pentru angajare, amânarea predării unei lucrări sau refuzul de a participa la o competiție sportivă. Această evitare este determinată de teama de eșec ori de teama de a fi judecați și considerați insuficient pregătiți. Ambele tipuri de evitare trebuie abordate; în cazul primului tip, ajutându-i pe pacienți să aibă un control constant al performanței, raportat la standarde externe, iar în cazul celui de-al doilea, ajutându-i să aducă la un echilibru avantajele și dezavantajele imediate și pe termen lung aduse de testările propriilor performanțe.

---

### ***Vinieta***

Deși pacienta aceasta s-a descris ca fiind „ușor perfecționistă”, această afirmație s-a dovedit a fi departe de adevăr. Ea prezenta un perfecționism clinic extrem care se manifesta în propria muncă. Ea trebuia să fie prima la serviciu în fiecare dimineață și ultima la plecare și își petrecea multe seri lucrând. Perfecționismul se manifesta și în modul în care practica exercițiile fizice – alerga 10 km în fiecare dimineață înainte de micul dejun, indiferent de vremea de afară – precum și în regimul său alimentar și în controlul siluetei.

Perfecționismul clinic a îngreunat tratamentul. Ea venea la ședințe cu liste lungi cu întrebări pentru terapeut și automonitorizările sale erau mult prea detaliate. Terapeutul trebuia să-i descrie fiecare element al terapiei cât mai amănunțit și ea întâmpina mari dificultăți în încercarea de a-și schimba comportamentul din toate punctele de vedere.

În Etapa a doua, s-a convenit ca „standardele” sale să reprezinte o țintă suplimentară a terapiei. Treptat, a devenit limpede pentru pacientă faptul că avea standarde extreme pentru aproape tot ceea ce făcea și că acestea erau contraproductive, deoarece îi afectau performanța în anumite domenii. S-au identificat procese comune pentru domenii diverse ale existenței care erau afectate (de exemplu, verificarea repetată a performanței, evitarea testării performanței, eforturi extreme, stabilirea unor noi standarde după atingerea celor propuse) și cu mare dificultate ea început să le abordeze. În același timp, terapeutul a încercat să o ajute să dezvolte unele domenii marginalizate ale existenței sale și să se angajeze în activități noi, necompetitive (de exemplu, audițiile muzicale).

Starea ei s-a ameliorat până spre încheierea terapiei, dar încă simțea nevoia să-și restricționeze regimul alimentar. Perfecționismul clinic era evident încă, dar producea un deficit mai redus. Pacienta și-a dat seama că,

într-adevăr, în urma modificării propriilor standarde a reușit să înfăptuiască mai multe lucruri.

---

### ***Efectele acestor intervenții și ale altor intervenții cognitiv-comportamentale***

Asemenea intervențiilor vizând supraevaluarea siluetei și a greutateii, aceste strategii și proceduri au ca rezultat erodarea progresivă a principalelor expresii ale supraevaluării și, prin îndepărtarea efectului lor de întărire, acestea are un impact treptat dar profund asupra supraevaluării în sine, un efect care continuă chiar și după ce tratamentul s-a încheiat. Efectul acesta este amplificat de o sporire a importanței altor domenii ale existenței (adică o creștere a numărului și a dimensiunilor acestor segmente din diagrama a pacientului). Așa cum se întâmplă pentru toate aspectele TCC-O, aceste activități sunt combinate cu alte intervenții cognitiv-comportamentale.

Comportamentul perfecționist față de terapia în sine trebuie abordat la rândul său. Monitorizarea trebuie să fie doar „suficient de bună”; monitorizarea prea amănunțită tinde să-i distragă pe pacient și pe terapeut de la problemele majore. De asemenea, întrebările numeroase și deseori inutile în cadrul ședinței încetinesc ritmul acestora și îngreunează progresul. Ambele cazuri pot fi folosite ca exemple pentru efectul negativ pe care îl are străduința excesivă a pacientului.

Demersul descris mai sus se completează cu alte două strategii pe care ar fi bine să le folosiți spre sfârșitul terapiei. Este vorba despre investigarea originilor supraevaluării și despre deprinderea abilității de a modifica tiparul mental perfecționist (așa cum s-a procedat cu supraevaluarea siluetei și a greutateii; a se vedea Capitolul 8).

### ***Investigarea originilor supraevaluării***

Vă recomandăm să îndemnați pacienții să încerce să afle care sunt originile îngrijorărilor lor legate de performanță. Acest lucru vă ajută să înțelegeți cum s-a dezvoltat și a evoluat perfecționismul și, mai cu seamă, poate evidenția modul în care acesta a funcționat în mod benefic, înainte de a deveni atât de extrem. Dat fiind faptul că este greu de stabilit momentul declanșării perfecționismului clinic, putem doar să încercăm să găsim evenimentele sau circumstanțele care ar fi putut sensibiliza pacientul la performanță, nu să analizăm contribuția acestora în diverse stadii ale evoluției problemei (așa cum s-a procedat cu supraevaluarea siluetei, a greutateii și a alimentației; vezi pagina 160). Evenimentele și circumstanțele care au condus la sensibilizarea pacientului pot include un istoric de perfecționism clinic în familie, valori familiale privind performanța personală, presiuni pentru împlinirea acestora, situații de „succese” și „eșecuri” timpurii, reacțiile persoanelor semnificative din anturaj și influența educației pacientului.

***Deprinderea abilităților necesare schimbării tiparului mental perfecționist***

Asemenea psihopatologiei fundamentale a tulburărilor de comportament alimentar, psihopatologia perfecționismului clinic poate fi privită ca un „tipar mental” ori o stare mentală (vezi pagina 162) și, așa cum procedurile cognitiv-comportamentale ale TCC-O erodează mecanismele care au menținut activă tulburarea de comportament alimentar, la fel vor funcționa procedurile focalizate asupra perfecționismului clinic. Drept rezultat, locul lor va putea fi luat de tipare mentale mai adecvate. La început, aceasta se întâmplă doar trecător, dar se va petrece din ce în ce mai des, pe măsură ce mecanismele de menținere se erodează tot mai mult.

La fel de importantă precum deprinderea abilității de a înlocui tiparul mental în tulburarea de comportament alimentar (vezi pagina 167) este și aceea de a înlocui tiparul perfecționismului clinic. Pentru a realiza acest lucru, terapeuții trebuie să folosească strategii și proceduri similare, obiectivul urmărit fiind acela ca pacienții să învețe trei lucruri: întâi, să identifice stimulii care predispun la activarea tiparului mental (sau a DVD-ului) perfecționist; în al doilea rând, ei trebuie să învețe să recunoască primele semne ale „activării” acestuia, iar în al treilea rând, să-l înlocuiască.

***Menținerea modificărilor realizate și reducerea la minimum a riscului de recidivă***

Strategiile și procedurile folosite pentru menținerea progresului și pentru reducerea riscului unei recidive sunt aceleași cu cele folosite în general pentru tulburarea de comportament alimentar (a se vedea Capitolul 12). Terapeutul va identifica problemele rămase și va alcătui un plan specific de „menținere” focalizat asupra perfecționismului, urmând ca pacientul să-l folosească în lunile următoare. Același lucru se aplică și pentru prevenirea recidivei pe termen lung, acordându-se o atenție specială pregătirii pacienților pentru identificarea semnelor de recidivă și pentru a fi capabili să acționeze dacă se confruntă cu o scăpare.

---

***Vinieta***

O pacientă a scris la încheierea terapiei:

*„Faptul că am reușit să mă relaxez a reprezentat pentru mine o schimbare majoră. Acum mă bucur de un echilibru mult mai armonios între muncă și viață. Încă sunt competitivă, dar acum îmi dau seama cât de contraproductiv a fost efortul meu de a atinge perfecțiunea. Dacă muncești mai multe ore, alergi mai mulți kilometri și mănânci mai puțin nu înseamnă că ești un om împlinit. Calea dificilă nu este întotdeauna cea corectă. Viața mea este acum mult mai bună.”*

---



## STIMA DE SINE REDUSĂ CA TRĂSĂTURĂ FUNDAMENTALĂ

### Perspectivă generală

Experiența clinică și rezultatele cercetărilor indică faptul că stima de sine redusă este des întâlnită în rândul persoanelor cu tulburări de comportament alimentar și, asemenea perfecționismului clinic, poate să preceadă declanșarea acesteia. De asemenea, există și unele dovezi obținute în urma studiilor efectuate asupra bulimiei nervoase, indicând faptul că stima de sine redusă se asociază cu un răspuns mai slab la tratament. În ciuda acestui fapt, în general, stima de sine redusă nu trebuie abordată în mod direct în tratament, pentru că ea nu constituie neapărat un obstacol în calea schimbării.

**Stima de sine redusă nu trebuie abordată în mod direct în tratament, pentru că ea nu constituie neapărat un obstacol în calea schimbării.**

Totuși, există un subgrup de pacienți prezentând o stimă de sine extrem de redusă ori „fundamentală”, pentru care schimbarea la nivelul tulburării de comportament alimentar este deosebit de greu de realizat, din pricina a două procese principale:

1. Stima de sine extrem de redusă a acestor pacienți îi determină să se străduiască și mai mult să-și controleze regimul alimentar, silueta și greutatea, pentru a-și spori sentimentul valorii personale. Din acest motiv, le este deosebit de greu să-și modereze regimul alimentar, exercițiile fizice, controlul siluetei etc. Astfel, în cazurile amintite ne confruntăm cu un mecanism suplimentar care acționează asupra tulburării de comportament alimentar.
2. Natura inflexibilă și generalizată a imaginii negative de sine a acestor pacienți determină lipsa lor de speranță în privința însănătoșirii. Ei consideră acest demers nereușit de la bun început și de aceea nici nu se angajează complet în procesul terapeutic. Subgrupul acesta restrâns de pacienți care manifestă o stimă de sine extrem de redusă are foarte puține șanse de a obține rezultate bune în tratament, dacă nu se abordează și stima de sine în cadrul terapiei. Modulul acesta este conceput special pentru acești pacienți.

Principalele caracteristici ale stimei de sine reduse ca trăsătură fundamentală sunt:

- imagine negativă inflexibilă și generalizată privind valoarea personală, prezentă o perioadă îndelungată de timp și care nu poate fi explicată prin prezența depresiei clinice (vezi pagina 318 pentru o descriere a trăsăturilor depresiei clinice în rândul pacienților cu tulburări de

comportament alimentar). Pacienții aceștia consideră că sunt persoane lipsite de valoare și se descriu folosind termeni precum „neisprăvit”, „bun de nimic”, „prost”, „antipatic” ori „ratat”;

- o imagine negativă privind viitorul și posibilitatea realizării unei schimbări;
- biasări ale procesării cognitive cu un caracter negativ pronunțat.

### **Care sunt pacienții cărora li se adresează acest modul**

Stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală se evidențiază de obicei chiar de la începutul tratamentului și prezența sa poate fi stabilită urmărind istoricul pacientului. Elementul esențial îl constituie o imagine de sine negativă, generalizată, de lungă durată, având un caracter necondiționat. Ea nu se bazează pe evaluarea prezentă a pacienților privind propria abilitate de a îndeplini anumite lucruri, fiind mai degrabă o perspectivă profund negativă, durabilă, asupra propriei persoane, perspectivă care este în mare măsură independentă de situațiile și de performanțele din prezent. Este greu de identificat stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală, în cazul în care este prezentă o depresie clinică, deoarece și aceasta din urmă are ca rezultat o imagine profund negativă a pacientului despre propria persoană. Așadar, dacă depresia clinică este coexistentă, ea trebuie tratată întâi (vezi pagina 320), iar stima de sine a pacientului va trebui ulterior reevaluată.

În Etapa întâi a terapiei, stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală poate fi manifestă în reacțiile excesiv de autocritice ale pacientului față de ceea ce nu merge bine. Deși este posibil ca ea să nu se dovedească un obstacol direct în calea schimbării, puțini dintre pacienții prezentând această trăsătură au rezultate bune în această etapă.

Dacă terapeutul identifică unele trăsături care sugerează stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală, trebuie să facă o evaluare detaliată în Etapa a doua. Vă recomandăm să adresați întrebări de tipul acesta:

- *„Cum vă vedeți ca persoană?”*
- *„V-ați descrie ca fiind o persoană autocritică?...extrem de autocritică?”*
- *„Cei din jur ar confirma această descriere?”*
- *„În ce mod credeți că vă comparați cu alte persoane?”*
- *„Credeți că aveți vreo trăsătură pozitivă?”*
- *„Considerați că ați fost întotdeauna așa cum vă percepeți în momentul de față?”*

Dacă răspunsurile la aceste întrebări și la altele similare sugerează faptul că pacientul are o stimă de sine redusă ca trăsătură fundamentală și dacă modul în care progresează în Etapa întâi sugerează că aceasta ar putea constitui un obstacol în calea schimbării sale, atunci stima de sine redusă trebuie să devină o țintă suplimentară a tratamentului. Ea poate fi abordată în două moduri. Poate fi abordată în mod direct, folosind proceduri cognitiv-comportamentale, iar în cazul acesta va fi cuprinsă în formularea pacientului (vezi figura 13.3), și poate

fi abordată indirect, optimizând funcționarea interpersonală a pacientului (a se vedea mai jos, în capitolul de față).

Uneori, dacă timpul ne permite (în general doar în versiunea extinsă a terapiei; a se vedea Capitolul 11), se pot folosi ambele strategii, deoarece ele pot fi complementare, dar dacă se administrează versiunea cu 20 de ședințe, nu este realist să luăm în considerare ambele versiuni.

Metoda directă este preferabilă în cazul pacienților care prezintă biasări cognitive evidente și care acceptă faptul că intervenția asupra lor ar fi benefică pentru ei (vezi vinieta de la pagina 280). Metoda indirectă ar trebui folosită în cazul în care există potențialul de a crea un mediu interpersonal pozitiv de autosusținere.

**Stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală poate fi abordată în două moduri: în mod direct, folosind strategii și tehnici de TCC, sau în mod indirect, optimizând funcționarea interpersonală a pacientului.**

## Strategii și proceduri terapeutice

În linii mari, intervenția pentru stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală începe cu educația personalizată a pacientului în legătură cu procesele care o mențin. Apoi, atenția se îndreaptă asupra îndrumării pacienților pentru a-i ajuta să recunoască și să corecteze în timp real acele procese cognitive care mențin autoevaluarea negativă. Acestea se combină cu eforturile de a ajuta pacienții să identifice și să înceapă să se implice în alte aspecte ale existenței, noi și aducătoare de satisfacții. Spre sfârșitul tratamentului, se realizează o „analiză a istoricului” menită să investigheze modul în care pacienții au dobândit această imagine negativă de sine. La urmă, având ca fundament întreaga activitate depusă în această direcție, pacienții sunt ajutați să formuleze, să accepte și să trăiască în conformitate cu o evaluare mai echilibrată a valorii personale<sup>8</sup>.

## Educație personalizată

Pentru început, terapeutul trebuie să-i ofere pacientului educație personalizată referitoare la stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală și la contribuția acesteia la menținerea problemei de comportament alimentar. Principala idee generală care trebuie evidențiată este aceea a prezenței unor cercuri vicioase puternice care mențin atât stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală, cât și tulburarea de comportament alimentar. Elementele specifice sunt următoarele:

<sup>8</sup> Pentru recomandări suplimentare privind intervenția vizând stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală, vezi articolele lui Fennell în secțiunea cu bibliografia recomandată de la sfârșitul acestui capitol. Cartea lui Fennell (2006) despre stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală este o sursă de informații deosebit de bogată. Aceasta fiind o carte de dezvoltare personală, noi considerăm că ar fi preferabil să o folosiți ca ghid terapeutic pentru pacienții cu stimă de sine redusă ca trăsătură fundamentală.

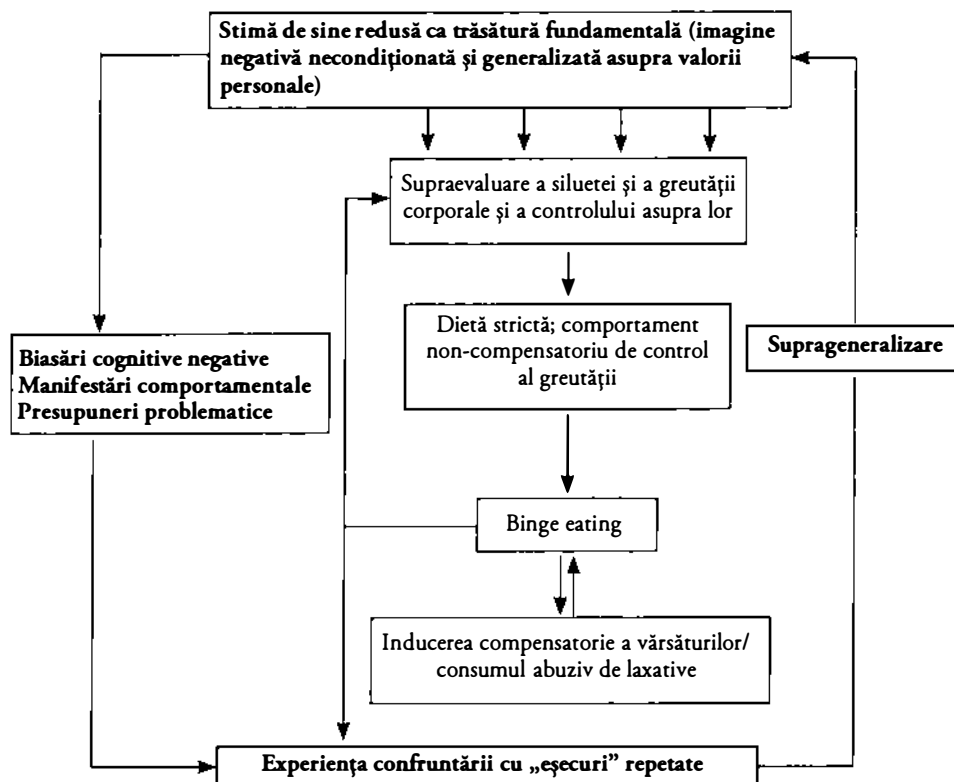


**FIGURA 13.3.** Formularea pentru bulimia nervoasă, completată cu stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press. Figura aceasta este disponibilă online la <http://ascresd.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.

- Indivizii cu stimă de sine redusă ca trăsătură fundamentală se privesc pe sine și lumea în general dintr-o perspectivă exagerat de critică, neobservând sau nesocotind alte perspective.
- Stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală – atunci când apare împreună cu o schemă cognitivă disfuncțională de autoevaluare (adică o diagramă indicând un dezechilibru, vezi pagina 137), așa cum se întâmplă în cazul pacienților cu o tulburare de comportament alimentar – îi determină pe indivizi să depună eforturi exagerate pentru a obține rezultate bune în domenii ale existenței pe care ei le (supra)evaluează.
- De asemenea, ea crește probabilitatea (ca rezultat al operării biasărilor cognitive negative) ca ei să perceapă faptul că ar eșua mereu în această privință.

- În plus, îi determină să generalizeze, pornind de la aceste eșecuri percepute, și să considere că ei înșiși sunt niște „ratați”, confirmându-și în felul acesta propria imagine de sine negativă.

### ***Intervenția focalizată asupra proceselor cognitive care mențin stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală***

Pacienții trebuie ajutați să înțeleagă faptul că modul în care „se văd” pe sine și lumea din jur ar putea fi unul biasat (adică ei filtrează informațiile într-o manieră negativă) și că este posibil ca lucrurile să nu fie chiar așa cum par. Terapeutul poate folosi următoarea analogie:

---

#### ***Analogia cu ochelarii de soare***

Imaginați-vă că, peste noapte, cineva vă pune niște ochelari de soare fără ca dumneavoastră să știți. Vă treziți dimineața și vi se pare că este întuneric. Aceasta este realitatea dumneavoastră. Așa vedeți și evaluați lumea. Vă spuneți că din moment ce vremea este atât de mohorâtă, trebuie să îmbrăcați niște haine groase. Apoi mergeți în baie, vedeți în oglindă că purtați ochelari de soare și îi dați jos. Acum totul arată altfel. Afară e lumină. Vă dați seamă că nu ați văzut lucrurile în mod corect. Nu va fi nevoie de niciun fel de haine groase.

La fel se întâmplă cu persoanele care au o stimă de sine redusă. Ele văd lumea dintr-o perspectivă negativă exagerată. Ei văd partea întunecată a lucrurilor... jumătatea goală a paharului... și sunt pesimiști. Dar această modalitate de a privi lucrurile este una biasată; este ca și cum ai privi lumea prin niște ochelari de soare foarte întunecați pe care îi porți fără să-ți dai seama. Viața nu este așa cum se vede prin ei.

Persoanele cu o stimă de sine redusă trebuie ajutate să identifice această tendință care caracterizează modul în care ei filtrează informațiile privind propria persoană și lumea din jur; apoi trebuie ajutate să o învingă, pentru a reuși să vadă lucrurile așa cum sunt cu adevărat.

---

Am notat mai jos principalele procese cognitive care creează această biasare negativă. Pentru abordarea fiecăruia, se folosesc procedurile cognitiv-comportamentale convenționale.

***Desconsiderarea calităților pozitive.*** Acest proces trebuie abordat chiar de la debutul terapiei. Majoritatea pacienților cu stimă de sine redusă ca trăsătură fundamentală observă și își amintesc propriile trăsături negative, neluându-le în seamă pe cele pozitive. Identificarea trăsăturilor lor pozitive, oricât de neînsemnate, îi ajută pe pacienți să-și construiască o imagine de sine mai echilibrată. Pentru aceasta, este recomandabil ca ei să alcătuiască o listă a propriilor calități, cuprinzând abilitățile și domeniile în care excelează. S-ar putea ca aceasta să li se pară o sarcină dificilă, așa că este util să începeți alcătuirea listei împreună, în cadrul ședinței de terapie. Iată care sunt întrebările pe care le puteți adresa:

- „Ce ați realizat în viață până acum?”
- „Ce abilități ați dobândit?”
- „Care sunt dificultățile cu care v-ați confruntat?”
- „Ce le place celorlalți ori ce prețuiesc ei la dumneavoastră?”
- „Care sunt calitățile și acțiunile pe care le prețuiți la alții și pe care le împărtășiți?”
- „Care sunt calitățile pe care le aveți și pe care le prețuiți la ceilalți?”
- „Ce defecte nu aveți?”

Apoi, pacientul va nota situații în care se evidențiază aceste trăsături pozitive, așa cum se ivesc ele în viața de zi cu zi, le va căuta în mod activ. De exemplu, ei trebuie să găsească exemple de comportament (de exemplu, au sunat o rudă bolnavă) care arată modul în care funcționează atributele lor pozitive (adică a fi atent și iubitor). Terapeuții îi vor îndemna pe pacienți să noteze pe fișa lor de monitorizare cel puțin unul (și preferabil mai multe) dintre evenimentele de felul acesta în fiecare zi. După introducerea acestei proceduri, ea trebuie continuată pe toată durata tratamentului.

În plus, la sfârșitul fiecărei săptămâni, pacienții trebuie să-și adreseze întrebarea „Care sunt lucrurile care s-au desfășurat relativ bine în săptămâna aceasta?” și „De ce s-au desfășurat bine?” Este preferabil ca procedura să fie inițiată în ședința de terapie, cu ajutorul terapeutului, dar apoi pacienții trebuie să se descurce singuri și să-și noteze elementele esențiale pe spatele fișei de automonitorizare din ziua respectivă.

• *Atenția selectivă.* Pacienții cu stimă de sine redusă ca trăsătură fundamentală au o atenție selectivă pentru informațiile care corespund imaginii negative privind propria persoană. Ei urmăresc să identifice nereușitele și, exact așa cum am văzut că „Atunci când cauți grăsime, vei găsi grăsime”, „Atunci când cauți cu tot dinadinsul o nereușită, o vei găsi”.

Primul pas în abordarea atenției selective este educarea pacientului. În general, cu toții suntem mai atenți la stimulii care sunt mai relevanți pentru noi. De exemplu, dacă un individ cumpără o mașină, el va începe să observe mult mai multe mașini de aceeași marcă. Acest lucru nu se întâmplă pentru că numărul mașinilor respective ar fi crescut, ci pentru că el este mai atent la modelul cu pricina. La fel se întâmplă în cazul pacienților cu o stimă de sine redusă. Ei caută și găsesc până la urmă experiențele nereușite și, drept rezultat, imaginea lor negativă despre sine se confirmă în mod repetat. După ce le explică acest lucru, terapeutul trebuie să-i roage să găsească exemple de felul acesta din viața lor.

Apoi, terapeutul va trebui să-i ajute să observe tot mai des, în timp real, situațiile în care se angajează în atenția selectivă. Obiectivul urmărit este acela de a-i învăța să-și extindă atenția, urmărind întreaga situație, în loc să-și concentreze atenția în mod exclusiv asupra „eșecurilor”.

**Exact așa cum am văzut că  
„Atunci când cauți grăsime,  
vei găsi grăsime”, „Atunci  
când cauți cu tot dinadinsul o  
nereușită, o vei găsi”.**

• *Dublul standard.* În mod tipic, pacienții cu stimă de sine redusă ca trăsătură fundamentală au un set de standarde (stricte) cu care se judecă pe sine și un altul (mai indulgent) aplicat celorlalți. Intervenția vizând standardele duble cuprinde în primul rând încercarea de a ajuta acești pacienți să recunoască faptul că operează în acest mod și apoi încercarea de a găsi și de a analiza cât mai amănunțit fiecare justificare a folosirii unor asemenea standarde duble. Pentru majoritatea pacienților este suficient să evidențiem fenomenul respectiv în cadrul ședinței pentru ca apoi ei să-l identifice în timp real, pentru a reuși să-l subminăm.

• *Suprageneralizarea.* Pacienții cu stimă de sine redusă ca trăsătură fundamentală tind să vadă în fiecare încercare nereușită un veritabil eșec și apoi generalizează pornind de la aceste experiențe nereușite și se consideră ei înșiși niște „ratați”. Acest proces cognitiv se abordează în terapie la fel ca dublul standard. Terapeutul îi ajută întâi pe pacienți să identifice situațiile în care fac acest lucru și apoi, în cadrul ședinței, îi îndeamnă să încerce să afle pe ce își întemeiază judecata, urmărind în felul acesta să erodeze fenomenul. În continuare, pacienții sunt ajutați să exerseze acest lucru în timp real.

• *Estimările dihotomice ale valorii personale.* Și acest proces cognitiv este comun în rândul pacienților cu stimă de sine redusă ca trăsătură fundamentală (de exemplu, „*Dacă nu sunt puternic, sigur sunt slab.*” Acesta este un exemplu de gândire în alb și negru și se abordează în maniera obișnuită.

• *Convingerile disfuncționale.* Convingerile disfuncționale sunt prezente la aproape toți pacienții cu stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală. Ele sunt de tipul „*Trebuie să fiu cu adevărat bun la... ca să mă pot considera meritoriu.*” Convingerile de felul acesta se abordează folosind procedurile cognitiv-comportamentale standard (de exemplu, analiza, restructurarea cognitivă, sistem de axe ortogonale).

### ***Investigarea originilor stimei de sine reduse ca trăsătură fundamentală***

Pentru pacienții cu stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală este utilă realizarea unui „istoric” similar aceluia folosit în abordarea perfecționismului clinic. Problema pe care o abordăm se referă la modalitatea prin care pacienții au ajuns să dobândească imaginea negativă privind propria persoană. Această analiză trebuie realizată în mod colaborativ, în cadrul ședinței, deoarece pentru unii dintre pacienți procesul acesta se dovedește stresant, părand să le confirme propriile convingeri, și astfel ei încep să devină preocupați de anumite experiențe negative specifice.

Situațiile și evenimentele notabile sunt în mod obișnuit un istoric al stimei de sine reduse în familie, un mediu familial negativ (de exemplu, lipsa de afecțiune ori de căldură, criticile frecvente, control exagerat, disciplină extrem de strictă, respingere, imprevizibilitate) și experiențe negative în copilărie (de exemplu, abuz, hărțuire verbală și fizică, lipsă de stabilitate, lipsa prietenilor, alte evenimente negative de viață). Partea esențială a acestei analize o reprezintă reevaluarea perspectivelor pacienților în legătură cu evenimentele și experiențele din trecut, din perspectiva momentului prezent. Pentru aceasta, terapeuții trebuie

să ajute pacienții să-și analizeze vechile evaluări ale trecutului și să dezvolte altele noi.

### ***Realizarea unei imagini echilibrate privind valoarea personală***

Strategiile și procedurile descrise mai sus urmăresc modificarea imaginii negative a pacienților privind valoarea ori meritele lor ca indivizi. Demersul nostru cuprinde și încercarea de erodare a preocupării exagerate legate de siluetă și de greutate (a se vedea Capitolele 8 și 9) precum și stabilirea unor noi domenii reprezentative pentru autoevaluare (vezi pagina 141), deoarece este important să-i ajutăm pe acești pacienți să se angajeze în aspecte de viață noi și satisfăcătoare.

Ultimul pas în abordarea stimei de sine reduse ca trăsătură fundamentală urmărește îndrumarea pacienților în încercarea de a formula și de a accepta o imagine de sine mai echilibrată (și, prin urmare, mai puțin negativă). Pacienții trebuie ajutați să-și revizuiască judecățile privind propria persoană, cu scopul de a ajunge la o evaluare mai realistă a calităților personale. De exemplu, judecata „*Sunt slab*” poate fi contrazisă printr-o trecere în revistă a situațiilor în care ei s-au dovedit a fi puternici ori a situațiilor în care este acceptabil și absolut explicabil să nu fie puternici, întrucât nimeni nu este puternic în orice situație. Deși o reevaluare de felul acesta ar putea avea ca rezultat identificarea unor aspecte pe care pacienții vor dori să le schimbe, terapeuții trebuie să-i ajute să înțeleagă că aceasta nu este nicidecum o dovadă de slăbiciune, că nu susține concluzia lor că ar fi „slabi”.

Tipul acesta de reevaluare trebuie să includă noțiunea de „acceptare”, deoarece trebuie să se ajungă la un echilibru între „acceptare” și „schimbare”. Există aspecte din viața noastră pe care le putem schimba (de exemplu, ce mâncăm [în anumite limite], provocarea vărsăturilor, standardele pe care ni le stabilim, modul în care ne evaluăm) și dacă ele nu corespund, atunci trebuie să ne gândim în mod serios să le schimbăm. Pe de altă parte, există unele aspecte pe care nu le putem schimba (de exemplu, constituția fizică și înălțimea, experiențele timpurii) sau pe care le putem schimba într-o măsură limitată (de exemplu, greutatea noastră pe termen lung, propria familie, ceilalți oameni) ori aspecte pe care reușim foarte greu să le schimbăm. Trebuie să învățăm să acceptăm ceea ce nu putem schimba și, așa cum subliniază Wilson (2004), acesta este un semn al forței și al afirmării personale. Obiectivul nostru este acela de a-i determina pe pacienți să înceapă să se comporte în consonanță cu această evaluare de sine nouă, echilibrată, și să constate rezultatele. De exemplu, să discute cu ceilalți despre propriile realizări, indiferent cât de mărunte ar părea; să le solicite ajutorul, ținând seama de faptul că înainte acest lucru era privit ca un semn de slăbiciune; să răspundă observațiilor critice, dacă sunt nemeritate; să experimenteze stabilirea unor relații, folosind Internetul sau căutarea unui nou loc de muncă.



---

### Vinieta

Acest pacient a progresat puțin în Etapa Întâi, în mare parte din pricina gândirii sale negative și, mai cu seamă, din pricina imaginii extrem de critice asupra propriei persoane. În ședința de analiză din Etapa a doua, a reieșit faptul că el se îndoia de valoarea sa ca individ și că nu credea că avea să se schimbe vreodată. Era conștient de faptul că perspectiva sa generală asupra existenței era una mai degrabă negativă, întrucât și alții remarcaseră acest lucru în trecut. Dat fiind faptul că imaginea de sine constituia în mod clar o problemă pentru acest pacient și că îi afecta progresul în confruntarea sa cu tulburarea de comportament alimentar, terapeutul a sugerat adăugarea stimei de sine ca țintă suplimentară a tratamentului. Pacientul a fost de acord.

Etapa a treia a tratamentului a cuprins toate elementele obișnuite, împreună cu o focalizare asupra stimei de sine. Pacientul a fost informat în legătură cu posibila existență a unor biasări cognitive care puteau contribui la formarea și menținerea acestei imagini de sine și a fost încurajat să le identifice în timp real. În acest caz, s-au evidențiat atenția selectivă pentru dificultăți minore (etichetate ca „eșecuri”) în relațiile interpersonale, combinată cu suprageneralizarea („Sunt un ratat”). S-a dovedit de asemenea că pacientul era subiectiv atunci când se compara cu ceilalți și că fie trecea cu vederea, fie desconsidera experiențele pozitive. Terapeutul l-a ajutat să identifice și să corecteze aceste biasări cognitive în timp real și l-a învățat să-și recunoască și să accepte propriile calități. Treptat, el a început să pună la îndoială convingerile anterioare despre sine, fiindcă și-a dat seama că nu aveau un suport real.

La încheierea tratamentului, el a recunoscut faptul că era „uimit” de adevărata sa personalitate. După ce tulburarea de comportament alimentar a fost în mare parte rezolvată, imaginea potrivit căreia ar fi fost o persoană neatrăgătoare, respingătoare și antipatică nu mai părea corectă. Așadar, a decis că va trebui să-și vadă pur și simplu de propria viață și să înceteze cu autoevaluările. A reușit acest lucru pe deplin.

---

## PROBLEME DE NATURĂ INTERPERSONALĂ

### Prezentare generală

Majoritatea pacienților cu tulburări de comportament alimentar au dificultăți în ceea ce privește relațiile interpersonale. În general, aceste probleme se diminuează pe măsură ce tulburarea de comportament alimentar se ameliorează. Viața socială a pacienților se îmbunătățește deseori în mod semnificativ, după ce aceștia se eliberează de efectele tulburării de comportament alimentar. Există totuși pacienți pentru care acest lucru nu este valabil – în cazul lor, se remarcă o interacțiune atât de nocivă între tulburarea de comportament alimentar și

relațiile interpersonale ale pacientului, încât ambele trebuie abordate în terapie, pentru ca pacientul să reușească să învingă tulburarea de comportament alimentar (Fairburn, Cooper și Shafran, 2003). Pentru acești pacienți am conceput modulul de față.

### **Care sunt pacienții cărora li se adresează acest modul**

Încă din prima etapă a terapiei, ne vom da seama dacă problemele interpersonale ale pacientului contribuie în mod semnificativ la menținerea tulburării de comportament alimentar. Interacțiunea amintită poate lua mai multe forme: evenimentele și situațiile de natură interpersonală pot conduce la o intensificare a restrângerii regimului alimentar, într-atât încât pacienții pot înceta să mănânce pentru o vreme; ele pot declanșa un episod sau o succesiune de episoade de binge eating ori pot declanșa episoade de provocare a vărsăturilor, folosirea abuzivă a laxativelor sau practicarea exagerată a exercițiilor fizice.

În cazul evenimentelor interpersonale izolate, se poate interveni folosind rezolvarea proactivă de probleme (vezi pagina 185), completată la nevoie cu intervenția asupra intoleranței la emoții (vezi pagina 192), dar dacă se semnalează dificultăți recurente de natură interpersonală și dacă ele împiedică evoluția favorabilă, acestea vor constitui un obiectiv suplimentar al terapiei și trebuie abordate separat. Fără îndoială, decizia aceasta se va lua în colaborare cu pacientul, dar în condițiile menționate, pacienții își doresc de regulă acest lucru.

### **Natura modulului**

Modulul de terapie interpersonală are două obiective interconectate. Primul obiectiv este acela de a rezolva problema sau problemele interpersonale identificate, iar cel de-al doilea este acela de a ameliora în general funcționarea pacienților în contextul relațiilor interpersonale. În TCC-O, aceste obiective se realizează prin folosirea unei strategii oarecum controversate, și anume folosirea unei alte psihoterapii, nu a TCC. Este vorba despre psihoterapia interpersonală sau „IPT”<sup>9</sup>.

IPT este un tratament psihologic bine cunoscut, cu un suport empiric solid, creat în scopul ameliorării funcționării interpersonale curente. Inițial, ea a fost concepută ca tratament de scurtă durată pentru depresia clinică (Klerman, Weissman, Rounsaville și Chevron, 1984), dar s-a dovedit a avea un efect benefic specific în tratamentul bulimiei nervoase după TCC. Iată cele patru motive pentru care folosim IPT în locul TCC în implementarea schimbărilor de natură interpersonală:

**Modulul de terapie interpersonală are două obiective interconectate. Primul obiectiv este acela de a rezolva problema sau problemele interpersonale identificate, iar cel de-al doilea este acela de a ameliora în general funcționarea pacienților în contextul relațiilor interpersonale.**

<sup>9</sup> IPT = interpersonal psychotherapy (n. ed.)

1. IPT a fost special concepută pentru realizarea tipului de schimbare care este necesară la nivelul relațiilor interpersonale, într-un interval de timp adecvat.
2. Nu există nicio formă a TCC care să urmărească obiective similare și care să dispună de o susținere empirică de această anvergură.
3. Cercetările în domeniul bulimiei nervoase au relevat faptul că IPT este deosebit de bine primită de către pacienții cu tulburări de comportament alimentar.
4. IPT mai are o proprietate importantă: majoritatea pacienților încheie terapia convingși că sunt pe deplin responsabili de schimbările realizate și că de acum încolo vor putea rezolva cu succes alte probleme de natură interpersonală care vor mai apărea. Cu alte cuvinte, IPT produce un sentiment puternic de încredere și de competență interpersonală. Aceasta este o caracteristică deosebit de importantă, deoarece pacienții devin convingși că dețin controlul asupra vieții lor sociale (cel puțin în măsura în care oricare dintre noi poate să dețină acest control), ceea ce multora dintre ei nu li s-a întâmplat niciodată în trecut.

Dificultatea cu care ne confruntăm în cazul acestei strategii este faptul că ea impune folosirea simultană a două tratamente psihologice foarte diferite. Este greu de realizat acest lucru și vă avertizăm că poate fi o alegere imprudentă. Conform observațiilor lui Wilson (2004), administrarea a două tratamente diferite din punct de vedere conceptual și procedural poate să-i deruteze pe pacienți și riscă să dilueze efectul individual al acestor tratamente. În plus, ne confruntăm cu o problemă practică, întrucât aceste două tratamente specifice sunt „imiscibile” (Fairburn, 1997), precum uleiul și oțetul. Dar așa cum uleiul și

**Așa cum uleiul și oțetul se pot combina într-o vinegretă, tot la fel TCC și IPT pot fi combinate într-un singur tratament. Ele nu pot fi integrate din pricina diferențelor de natură procedurală, dar ele pot coexista.**

oțetul se pot combina într-o vinegretă, tot la fel TCC și IPT pot fi combinate într-un singur tratament. Ele nu pot fi integrate din pricina diferențelor de natură procedurală, mai ales având în vedere stilul terapeutului, dar ele pot coexista, atâta vreme cât vom lucra cu atenție. Noi facem aceasta în cadrul TCC-O și, conform experienței noastre, lucrurile merg bine. (Terapeuții care nu sunt specializați în domeniul IPT pot, în principiu, să folosească strategiile și procedurile TCC în același scop, dar abordarea aceasta nu a fost testată).

## **Psihoterapia interpersonală (IPT)**

De obicei, IPT se administrează pe parcursul a 12-16 ședințe săptămânale ambulatorii, fiecare a câte 50 de minute. Ea are trei etape. Vă oferim mai jos o scurtă prezentare. Pentru detalii privind practica IPT, vă recomandăm să consultați manualul de IPT (Weissman, Markowitz și Klerman, 2000). Pentru

detalii privind modul în care IPT a fost adaptată pentru pacienții cu bulimie nervoasă, vezi Fairburn (1997).

- *Prima etapă* cuprinde, în general, 3 săptămâni de ședințe săptămânale. Se urmăresc trei obiective:

1. *Prezentarea motivelor care au condus la alegerea IPT și natura acestei terapii.* În contextul TCC-O, argumentele se referă la faptul că dificultățile de natură interpersonală par să contribuie la menținerea tulburării de comportament alimentar și la faptul că rezultatul tratamentului va fi unul mai bun, dacă sunt abordate și aceste dificultăți.
2. *Identificarea uneia sau mai multor dificultăți curente de natură interpersonală.* Aceasta se poate realiza în mai multe moduri, cel mai important fiind acela care impune analiza factorilor interpersonali care determină schimbările de comportament alimentar.
3. *Alegerea colaborativă a problemelor interpersonale identificate care ar trebui vizate în continuare, în perioada rămasă din tratament.*

- *Etapă a doua* este partea principală a terapiei și cuprinde până la 10 ședințe săptămânale. Obiectivul urmărit este acela de a ajuta pacientul să descrie problemele interpersonale identificate și apoi să intervină pentru rezolvarea lor. IPT împarte problemele interpersonale în patru mari „domenii problematice”: îndurerare, dispute legate de rolul în relațiile interpersonale, schimbări de rol și deficite interpersonale. Pentru abordarea lor, se folosesc atât strategii și proceduri specifice domeniului problematic, cât și strategii generice ale IPT.

- *Etapă a treia* cuprinde de obicei ultimele trei ședințe. Ea urmărește două obiective: întâi, acela de a asigura faptul că schimbările realizate în cadrul terapiei vor fi menținute și al doilea, vizând reducerea riscului apariției unei recidive pe termen lung. Așadar, în etapa aceasta obiectivele coincid cu cele stabilite în forma focalizată a TCC-O (a se vedea Capitolul 12), cu un accent mai pregnant asupra menținerii schimbării realizate la nivelul interpersonal.

Stilul terapeutic în IPT este unul activ, dar nu directiv. Pacienții sunt ajutați să investigheze problema sau problemele identificate și apoi să aleagă modalitățile prin care să le abordeze. După aceea, încercările reale ale pacienților de a se schimba și implicațiile acestor schimbări sunt analizate în cadrul ședințelor de terapie. Terapeutul are rolul de a menține atenția pacienților focalizată asupra sarcinilor interpersonale, de a-i încuraja să gândească și de a oferi unele clarificări atunci când este nevoie, dar aceasta nu presupune și oferirea unor soluții ori indicarea unor căi de urmat. Terapeutul evidențiază teme și inconsecvențe, ajută pacienții să analizeze modul în care comunică cu ceilalți, îi ajută să-și cântărească deciziile și indică unele aspecte care le-au scăpat din vedere pacienților, dar nu face niciun fel de „interpretări”. Relația dintre pacient și terapeut este rareori menționată și, pe toată durata tratamentului, atenția celor doi se îndreaptă cu precădere asupra prezentului și asupra viitorului.

## Implementarea modulului interpersonal

Implementarea modulului interpersonal ridică mai multe probleme:

1. Terapeutul trebuie să fie capabil să administreze IPT; trebuie să cunoască bine strategiile și tehnicile specifice ale acesteia și să știe cu precizie care sunt diferențele dintre ele și cele folosite în TCC.

2. Terapeutul trebuie să se acomodeze cu ședințele de IPT care sunt neobișnuit de scurte. De fapt, timpul acordat ședințelor nu este atât de scurt pe cât s-ar părea, deoarece tot modulul interpersonal este alocat strict IPT. Acest lucru este valabil întrucât numeroase elemente preliminare nespecifice s-au desfășurat în prima parte a ședinței, în care s-a administrat TCC. În acest context, trebuie notat faptul că numărul de ședințe la dispoziția terapeutului (11 sau 12, adică Etapele doi, trei și patru ale TCC-O), precum și durata lor nu sunt atipice pentru IPT, astfel că tratamentul poate să avanseze pe parcursul celor trei etape în ritmul obișnuit.

3. Pacienții trebuie să înțeleagă faptul că li se administrează două tratamente psihologice diferite în timpul aceleiași ședințe de terapie și să cunoască motivațiile și stilurile diferite ale acestora. Acest lucru trebuie explicat chiar de la început (adică la încheierea Etapei a doua).

4. Partea de IPT și cea de TCC din cadrul ședinței trebuie demarcate în mod clar. Aceasta se va face atât verbal, cât și la nivel comportamental. Când este vremea să înceapă segmentul de IPT de pe agenda ședinței (de regulă, după segmentul de TCC), terapeutul declară că acum este vremea pentru acea parte a ședinței care se ocupă de „viață”, pune deoparte fișele de monitorizare ale pacientului etc. Apoi începe ședința de IPT, de obicei cu întrebarea standard de introducere „*Ce s-a mai întâmplat de când ne-am întâlnit la ședința trecută?*” După ce s-a scurs timpul rezervat părții de IPT în cadrul ședinței, terapeutul anunță că trebuie să încheie și face un scurt rezumat al celor discutate. Apoi, terapeutul își reia poziția obișnuită, adună fișele completate pentru TCC și încheie ședința conform obiceiului (vezi pagina 91). Astfel, ședința de TCC conține un segment de IPT „plutind” în ea, dar cele două nu se amestecă – așa cum nu se amestecă uleiul și oțetul.

Combinarea TCC și a IPT poate părea extrem de dificilă, dar în practică este perfect fezabilă, iar pacienții sunt în general foarte mulțumiți de partea de „viață” din cadrul ședințelor de terapie și se folosesc de ea așa cum trebuie<sup>10</sup>.

---

### Vinieta

Pacienta aceasta avea în jur de 40 de ani. Avea un istoric de tulburare de comportament alimentar în adolescență, dar după acea perioadă s-a simțit bine, până la despărțirea de soțul său, petrecută în urmă cu 18 luni.

---

<sup>10</sup> Deseori, pentru a completa IPT și cu scopul de a ameliora în general funcționarea interpersonală, le recomandăm pacienților să citească și să încerce să implementeze secțiuni relevante din cartea de dezvoltare personală – dedicată asertivității – scrisă de Alberti și Emmons (1970). Mulți dintre pacienții cu tulburări de comportament alimentar nu reușesc să fie suficient de asertivi, iar cartea aceasta le oferă numeroase îndrumări practice.

De atunci, ea și-a restricționat foarte mult alimentația, a reînceput să-și inducă voma și să folosească în mod abuziv laxativele. A slăbit mult, dar nu a ajuns subponderală.

În prima etapă a terapiei, a reieșit cât se poate de clar faptul că problemele de natură interpersonală aveau o importanță substanțială asupra regimului alimentar de zi cu zi. În zilele în care era stresată, renunța la „mesele regulate” și nu mânca mai nimic. De asemenea, avea tendința de a vomita în aceste zile. De aceea, în Etapa a doua, s-a ajuns la concluzia că viața interpersonală a pacientei trebuia să devină un aspect suplimentar ce urma să fie vizat în tratament.

În Etapa a treia, în fiecare ședință a fost alocată o secțiune pentru IPT. Domeniul problematic identificat prin IPT era „tranziția rolului”, deoarece ea a trebuit să se adapteze situației de celibatară, să se obișnuiască să trăiască singură și să se întrețină singură din punct de vedere financiar. Terapeutul a ajutat-o să identifice sarcinile impuse de acest proces de tranziție, iar ea a început să facă schimbările necesare conform propriei dorințe. Aceasta a însemnat identificarea și stabilirea unui stil de viață potrivit pentru ea, legarea unor noi prietenii (deoarece și-a pierdut majoritatea prietenilor vechi, după despărțirea de soțul ei) și inițierea unei noi afaceri. La fiecare ședință, ea medita asupra celor întâmplate în săptămâna precedentă și la ceea ce putea să învețe din evenimentele respective. Uneori „se bloca” și nu se mai întâmpla nimic timp de câteva săptămâni. Alteori realiza niște schimbări majore. În ansamblu, ea a reușit să progreseze excelent și, în același timp, și-a relaxat controlul extrem asupra alimentației. Spre sfârșitul tratamentului, ea începuse să-și făurească o nouă viață. Au existat unele trăsături reziduale ale tulburării de comportament alimentar, dar ele au dispărut în mare parte până la ședința de control.

## BIBLIOGRAFIA RECOMANDATĂ

### TCC-O

- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D.M., Wales, J.A., & Palmer, R.L. (2009). Transdiagnostic cognitive behavior therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.

### Perfecționismul clinic

- Antony, M.M., & Swinson, R.P. (1998). *When perfect isn't good enough*. Oakland, CA: New Harbinger.

- Bardone-Cone, A.M., Wonderlich, S.A., Frost, R.O., Bulik, C.M., Mitchell, J.E., Uppala, S., et al. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27, 384-405.
- Glover, D.S., Brown, G.P., Fairburn, C.G., & Shafran, R. (2007). A preliminary evaluation of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A case series. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 85-94.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C.G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.

### **Stima de sine scăzută ca trăsătură fundamentală**

- Fennell, M.J.V. (1997). Low self-esteem: A cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 1-25.
- Fennell, M.J.V. (1998). Low self-esteem. In N. Tarrier, A. Wells, & G. Haddock (Eds.), *Treating complex cases: The cognitive behavioural therapy approach* (pp. 217-240). Chichester: Wiley.
- Fennell, M.J.V. (2006). *Overcoming low self-esteem self-help course*. London: Robinson.

### **Psihoterapia interpersonală (IPT)**

- Agras, W.S., Walsh, B.T., Fairburn, C.G., Wilson, G.T., & Kraemer, H.C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.
- Alberti, R., & Emmons, M. (1970). *Your perfect right*. Atascadero, CA: Impact.
- Fairburn, C.G. (1997). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 278-294). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, R.A., & O'Connor, M.E. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive-behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Weissman, M.M., Markowitz, J.C., & Klerman, G.L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Wilfley, D.E., Welch, R.R., Stein, R. I., Spurrell, E.B., Cohen, L.R., Saelens, B.E., et al. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 713-721.

### **Alte articole relevante pentru capitolul 13**

- Wilson, G.T. (2004). Acceptance and change in the treatment of eating disorders: The evolution of manual-based cognitive-behavioral therapy. In S.C. Hayes, V.M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 243-266). New York: Guilford Press.

### TCC-O ȘI PACIENTUL TÂNĂR

ZAFRA COOPER ȘI ANNE STEWART

De regulă, tulburările de comportament alimentar debutează în perioada adolescenței și au o contribuție substanțială la problemele psihiatrice identificate

**Inițierea promptă a tratamentului este deosebit de importantă în cazul pacienților tineri.**

în grupa aceasta de vârstă. Întrucât există dovezi indicând faptul că pacienții tineri răspund mai bine la tratament decât adulții, detectarea și tratarea promptă a acestor pacienți sunt deosebit de importante. Nevoia unei intervenții prompte este accentuată de pericolul pe care îl prezintă complicațiile

medicale care pot însoți tulburările de comportament alimentar și care sunt deosebit de grave în cazul persoanelor tinere.

Tulburările de comportament alimentar întâlnite la adolescenți sunt clasificate la fel cu cele întâlnite la adulți (a se vedea Capitolul 2). Astfel, și în cazul lor există cele două tulburări specifice de comportament alimentar, anorexia nervoasă și bulimia nervoasă, precum și diagnosticul secundar al tulburării de comportament alimentar fără altă specificație (FAS). Proporția cazurilor de anorexie nervoasă este mai ridicată decât în cazul pacienților adulți, dar, ca și la ei, tulburarea de comportament alimentar FAS este tulburarea diagnosticată cel mai frecvent. Trăsăturile clinice pe care le prezintă grupul acesta de vârstă sunt aproape similare celor identificate la pacienții adulți, deși, după cum am precizat anterior, există un subgrup în cadrul căruia nu se evidențiază preocupări exagerate legate de siluetă și de greutate; în cazul lor, subalimentarea este mai degrabă rezultatul unei supraevaluări a controlului asupra alimentației în sine (a se vedea Capitolul 9, pagina 182).

Există mai multe motive care ne îndreptățesc să considerăm TCC-O foarte adecvată pentru pacienții tineri. În primul rând, trăsăturile clinice prezente sunt foarte asemănătoare cu cele identificate la adulți, iar acest lucru, confirmat și de experiența noastră clinică, vine în sprijinul recomandării de față. În al doilea rând, s-a dovedit că pacienții tineri răspund bine la TCC în cazul altor tulburări, ceea ce sugerează că acest tip de terapie, precum și stilul său specific, sunt potrivite pentru grupul acesta de vârstă. În al treilea rând, „deținerea controlului” este o chestiune care îi preocupă pe tinerii pacienți și de aceea ei răspund bine



la o terapie cum este TCC-O, care urmărește să le întărească sentimentul propriului control. Așadar, tratamentul se potrivește nevoii lor de a-și dezvolta autonomia și independența. În al patrulea rând, TCC-O are modalități clare prin care reușește să sporească motivația pacienților, o proprietate deosebit de importantă în contextul terapiei adresate adolescenților. În al cincilea rând, natura transdiagnostică a TCC-O constituie un alt avantaj major, întrucât ea tratează toate formele tulburării de comportament alimentar, în vreme ce, până în prezent, puținele cercetări întreprinse în domeniul tratamentului adolescenților se concentrează cu precădere asupra celor suferind de anorexie nervoasă. Totuși, TCC-O trebuie într-adevăr modificată, pentru a răspunde cerințelor impuse de tratamentul pacienților tineri. Îndeosebi, ea trebuie să ia în considerare faptul că majoritatea pacienților încă mai locuiesc cu părinții și că sunt dependenți de aceștia. De asemenea, TCC-O trebuie adaptată nivelului dezvoltării emoționale și cognitive a pacienților tineri, precum și mediului lor social.

**TCC-O trebuie modificată  
pentru a răspunde  
cerințelor impuse de  
tratamentul pacienților  
tineri.**

În capitolul de față, vom discuta întâi despre principiile generale care stau la baza modificării TCC-O pentru pacienții tineri. Apoi, vom face o descriere a TCC-O pentru tineri, analizând în mod amănunțit doar elementele care o deosebesc de forma TCC-O descrisă în Capitolele 5-13. Aceste deosebiri pornesc din necesitatea de a modifica tratamentul conform cerințelor enunțate mai sus și se bazează pe experiența clinică dobândită la Oxford și în alte centre. Ajustările variază într-o anumită măsură în funcție de vârsta pacientului și de nivelul său de dezvoltare. Până în momentul de față, TCC-O nu a fost evaluată în această grupă de vârstă.

## **PRINCIPIILE CARE STAU LA BAZA ADAPTĂRII TCC-O LA PACIENȚII TINERI**

### **Nivelul de dezvoltare**

Atunci când lucrăm cu tineri, este important să avem în vedere sarcinile obișnuite vizând dezvoltarea în perioada adolescenței. Elementele cele mai importante sunt dezvoltarea percepției proprii identității, deprinderea cu o existență independentă, dezvoltarea de noi relații interpersonale și modificarea celor existente, precum și adaptarea la schimbările impuse de vârsta pubertății. Tinerii cu o tulburare de comportament alimentar prezintă tendința de a regresa din punctul de vedere al dezvoltării și de a deveni dependenți de părinți. În plus, ei pot deveni retrași din punct de vedere social și își pot pierde identitatea și interesul pentru vechile preocupări. Obiectivul pe care trebuie să-l avem în vedere încă de la începutul terapiei este acela de a promova revenirea la procesul de dezvoltare normală a adolescentului. De aceea, stilul tratamentului trebuie să-l susțină pe tânăr să-și dezvolte autonomia personală și responsabilitatea față

de propria persoană. Pe cât este posibil, tânărul trebuie ajutat să facă propriile alegeri și să-și asume controlul în mod adecvat, nu numai asupra alimentației, ci și asupra altor aspecte ale existenței sale.

De asemenea, este important să ținem seama de nivelul dezvoltării cognitive a tânărului, adaptând limbajul, conținutul și stilul tratamentului în conformitate cu acesta. Este utilă folosirea metaforelor, a imaginilor, a desenelor animate și a filmelor, dar acestea trebuie să fie potrivite pentru vârsta pacientului.

## **Motivația**

Reticența față de tratament este foarte frecventă în rândul adolescenților și de aceea părinții sunt deseori cei care solicită ajutorul terapeutului. În mod frecvent, tinerii nu se angajează în procesul terapeutic și uneori îl resping cu totul. Refuzul de a se implica în acest proces poate fi o modalitate prin care ei aleg să-și impună independența și identitatea proprie. De aceea, crearea și menținerea motivației pe tot parcursul tratamentului trebuie să reprezinte un obiectiv fundamental al intervenției noastre, la fel ca pentru pacienții adulți, întrucât aceasta se poate schimba cu timpul. TCC-O cuprinde o gamă de strategii și de proceduri concepute pentru a implica pacienții și pentru a le spori și a le întreține motivația pentru schimbare (a se vedea Capitolele 5 și 11).

## **Funcționarea în relațiile interpersonale**

Relațiile cu persoanele de aceeași vârstă sunt foarte importante în adolescență, mai ales pentru fete, care reprezintă majoritatea pacienților noștri tineri. Adolescențele caută să obțină aprobarea celor de-o seamă cu ele pentru a-și contura propria identitate și de aceea relațiile lor joacă un rol esențial în cadrul acestui proces. Tinerele care au relații proaste cu fetele de aceeași vârstă și care deseori prezintă o stimă de sine redusă ori nesiguranță în privința propriei identități pot ajunge să-și controleze alimentația, silueta și greutatea, ca o modalitate de a-și spori stima de sine și de a obține acceptarea prietenelor. De aceea, tratamentul pacienților tineri trebuie să abordeze mai multe aspecte ale relațiilor lor cu colegii de generație. Printre aceste aspecte se numără ameliorarea comunicării sociale, dezvoltarea asertivității și sporirea abilității de a rezolva conflicte.

Școala este componenta esențială a mediului social în care se dezvoltă un tânăr și este posibil ca aceasta să fie nevoie să fie implicată în procesul terapeutic. De exemplu, chiar și în cazul pacienților care nu trebuie să-și întrerupă cursurile pentru a urma tratamentul, este bine ca terapeutul să coopereze cu profesorii, pentru ca aceștia să faciliteze procesul terapeutic, fie oferindu-le sprijin tinerilor atunci când servesc masa, fie planificând activități care să înlocuiască activitatea fizică, în situațiile în care aceasta nu este recomandabilă.

## **Complicații medicale în cazul pacienților adolescenți**

Mulți dintre pacienții adolescenți sunt subponderali, iar acest lucru reprezintă un pericol deosebit pentru ei. Ei sunt încă în perioada de creștere și

organele lor nu au ajuns încă la maturitate. Chiar și o pierdere mică în greutate poate să provoace complicații medicale grave, precum și un deficit de creștere. Deficitul de creștere se înregistrează cel mai probabil la băieți, datorită perioadei relativ prelungite de creștere. Cu toate că recuperarea în cadrul procesului de creștere poate fi posibilă odată cu recuperarea în greutate, adolescenții aceștia riscă să nu atingă niciodată înălțimea la care ar fi ajuns în condiții normale de dezvoltare. Tot la fel poate fi întârziată și pubertatea, iar în cazul fetelor este prezentă amenoreea prelungită. Osteopenia și osteoporoza care însoțesc subpondera severă sunt deosebit de relevante pentru această grupă de vârstă, deoarece adolescența este o perioadă esențială în formarea osaturii. Masa osoasă poate fi recuperată de pacienții care reușesc să învingă tulburarea de comportament alimentar (reluându-se funcționarea hormonală normală), dar pentru pacienții care rămân subponderali există o probabilitate mai mare ca densitatea osoasă scăzută să fie permanentă, aceștia fiind mai expuși riscului de a suferi fracturi.

Pentru a reduce la minimum complicațiile medicale pe termen scurt și pe termen lung ale subalimentării și ale subponderiei, pragul pentru intervenție la pacienții tineri este mai scăzut decât la adulți și este important ca tratamentul să înceapă fără întârziere. Este important să se realizeze o evaluare a stării lor de sănătate fizică și este nevoie de repetate examene medicale amănunțite.

## **Necesitatea de a implica alte persoane în procesul terapeutic**

### ***Familia***

Pentru adulți, TCC-O este în primul rând un tratament individual, deși este posibilă și implicarea persoanelor semnificative din anturaj, dar numai într-o manieră facilitativă (vezi pagina 122). În cazul pacienților tineri, părinții și alți membri ai familiei sunt întotdeauna incluși în tratament și ei pot juca chiar un rol central, iar aceasta se întâmplă din mai multe motive. Întâi, pentru pacienții mai tineri este vorba despre responsabilitatea parentală și despre acordarea consimțământului. În al doilea rând, părinții și alți membri ai familiei exercită o influență importantă asupra tânărului. Aceasta poate, în cel mai bun caz, să-l ajute să învingă tulburarea de comportament alimentar și, în cel mai rău caz, să nu fie de niciun ajutor și să constituie un obstacol în calea schimbării. De aceea, este important să-i informăm și să-i implicăm pe membrii familiei într-un mod care ne asigură că participarea lor va constitui o resursă utilă pentru tânăr, dar este la fel de important să ne asigurăm că această participare nu va fi percepută ca o amenințare la adresa independenței și a autonomiei pacientului. În al treilea rând, ținând seama de faptul că tinerii pacienți locuiesc și mănâncă de obicei acasă și că depind de părinți în ceea ce privește alimentația, părinții îi pot ajuta în mod direct să schimbe modul în care se hrănesc.

### ***Echipa multidisciplinară***

În Capitolul 3 s-a afirmat că implicarea mai multor terapeuți în același timp (psiholog, dietetician, medic generalist) poate da naștere unor complicații,

deoarece practica aceasta îi încurajează pe pacienți să-și compartimenteze problemele și să discute anumite subiecte doar cu anumite persoane. Drept rezultat, există riscul ca nimeni să nu vadă și să nu poată evalua tabloul clinic complet. Totuși, aceasta nu este o practică neobișnuită. Într-o anumită măsură, ea este inevitabilă în cazul pacienților instituționalizați, dar este întâlnită și în unitățile specializate în tratament ambulatoriu, mai ales acelea care oferă asistență pacienților tineri.

Cu pacienții tineri se justifică implicarea mai multor terapeuți și folosirea mai multor terapii, argumentul principal fiind reprezentat de faptul că este nevoie să se combine tratamentul individual (în cazul acesta TCC-O) cu o formă de terapie de familie. Dacă se folosesc mai multe forme de terapie, este esențial ca ele să fie compatibile din punct de vedere conceptual și procedural și, eventual, sinergice; iar dacă există mai mulți terapeuți, trebuie să ne asigurăm că vor comunica în mod regulat (a se vedea Capitolul 15, pentru o descriere a modului în care se realizează acest lucru în TCC-O pentru pacientul instituționalizat). De asemenea, este important ca tânărul să știe că există o echipă de specialiști care răspund de îngrijirea sa și care colaborează în permanență.

## **EVALUAREA PACIENȚILOR ȘI PREGĂTIREA LOR PENTRU TRATAMENT**

Scopul interviului inițial este acela de a stimula implicarea pacientului în procesul terapeutic și de a crea o relație terapeutică pozitivă, precum și acela de a identifica natura tulburării de comportament alimentar. Mai există alte trei obiective: inițierea implicării părinților în acest proces, evaluarea stării fizice a pacientului și alegerea formei de tratament.

La fel ca în cazul adulților suferind de o tulburare de comportament alimentar, pacienții tineri trebuie examinați singuri, pentru a putea înțelege care este perspectiva lor asupra tratamentului și natura problemelor cu care se confruntă, precum și pentru a începe dezvoltarea unei relații cu ei. Dat fiind faptul că tinerii sunt deseori aduși la ședința inițială împotriva voinței lor, este nevoie de mult timp și efort pentru a reuși să-i determinăm să se implice în procesul terapeutic. În mod frecvent, ei au sentimentul că nimeni nu-i ascultă și de aceea este esențial să le acordăm suficient timp să ne vorbească, încercând în felul acesta să le înțelegem punctul de vedere.

Interviul la care sunt invitați părinții sau alți membri importanți ai familiei este necesar pentru a obține informații privind dezvoltarea pacientului și pentru a înțelege perspectiva acestora asupra problemelor de comportament alimentar. Dacă tânărul este de acord cu acest lucru, se poate programa și un interviu separat cu părinții, pentru a le oferi posibilitatea de a relata orice dificultate de natură personală ori maritală care ar putea avea un impact asupra tulburării de comportament alimentar. În orice caz, decizia de a realiza acest interviu trebuie luată doar dacă ne asigurăm că, prin demersul nostru, pacientul nu se va simți înstrăinat.

Noi recomandăm folosirea în mod curent a unor chestionare de evaluare, întrucât acestea oferă informații standardizate despre trăsăturile tulburării de comportament alimentar, precum și despre alte elemente de psihopatologie. Versiunea EDE-Q pentru adulți (a se vedea Anexa B) este potrivită pentru pacienți cu vârste de minimum 16 ani, existând și o versiune modificată pe care o puteți folosi pentru pacienții mai tineri (Carter, Stewart și Fairburn, 2001).

La fel ca în cazul pacienților adulți, cei tineri trebuie să fie cântăriți și trebuie să li se măsoare înălțimea. În plus, este nevoie de un examen fizic amănunțit, pentru a stabili dacă există consecințe fizice ale tulburării de comportament alimentar care constituie un risc medical imediat. Aspectele atipice trebuie investigate cu o atenție mai mare decât în cazul adulților, deoarece la tineri este prezentă o probabilitate mai mare de a exista o afecțiune medicală. Se vor folosi tabele cu centile pentru a stabili prezența și nivelul oricărei pierderi în greutate. Există tabele de felul acesta pentru IMC (de exemplu, [www.cdc.gov/growthcharts](http://www.cdc.gov/growthcharts)); un indice mai mic de 2,4 indică greutate scăzută. Este important de menționat faptul că, dacă la vârsta adolescenței nu se înregistrează o creștere în greutate, ne confruntăm cu o pierdere în greutate semnificativă.

La sfârșitul evaluării inițiale, s-ar putea să fiți în măsură să decideți dacă folosirea TCC-O este recomandată sau nu. După părerea noastră, în contextul de față există patru opțiuni:

1. *Observați.* Dacă tulburarea este ușoară ori se află în remisie, atunci TCC-O nu este indicată. În schimb, este bine să oferiți sfaturi și încurajări pacientului și familiei. În astfel de cazuri, va trebui să programați mai multe ședințe de control, pentru a vă asigura că pacientul continuă să progreseze. De asemenea, îi puteți recomanda literatură de specialitate pentru dezvoltarea personală.

2. *Inițiați imediat TCC-O.* Opțiunea aceasta este valabilă în cazul în care pacienții au o greutate între limitele normale sau aproape de aceste limite ori sunt doar moderat subponderali (nu mai mult de 20% deficit de greutate) și dacă doresc să înceapă terapia individuală.

3. *Inițiați TCC-O după o intervenție preliminară.* Pentru unii pacienți nu este recomandabil să începeți direct TCC-O. Iată câteva dintre motive:

- nivelul pierderii în greutate este prea ridicat (de exemplu, peste 20%),
- există un risc pentru sănătatea fizică a pacientului (de exemplu, pierdere rapidă în greutate, vărsături frecvente ori folosire abuzivă a laxativelor);
- probleme psihiatrice coexistente grave;
- risc de suicid;
- refuzul pacientului de a se angaja în terapia individuală.

Pentru acești pacienți este nevoie de o ședință preliminară. După părerea noastră, ea poate se poate administra folosind una dintre aceste două forme de bază:

- „Metoda Maudsley” a terapiei de familie (Lock, le Grange, Agras și Dare, 2001). Aceasta este o metodă de tratament ambulatoriu, susținută empiric, care îi ajută pe tinerii pacienți să recâștige în greutate. Se recomandă folosirea sa pentru adolescenții tineri.

- *Tratamentul cu spitalizare de zi sau cu internare ori tratamentul ambulatoriu intensiv.* Rețineți faptul că tratamentele intensive de tipul acesta pot lua forma TCC-O (a se vedea Capitolul 15). Aceste tratamente includ în general și membrii familiei pacientului.

Dacă este nevoie, fiecare dintre aceste intervenții poate fi urmată de TCC-O, deși ele pot rezolva problema de comportament alimentar. Probabilitatea aceasta este mai mare în cazul tinerilor a căror tulburare de comportament alimentar s-a declanșat recent.

4. *Oferiți altă formă de tratament.* Există pacienți pentru care TCC-O nu este adecvată. Din cauza nivelului lor de dezvoltare cognitivă, TCC-O s-ar putea să nu fie potrivită pentru pacienții cu vârsta mai mică de 15 ani, iar pentru pacienții sub 14 ani ea este rareori indicată. Pentru acești pacienți este recomandată o abordare focalizată asupra familiei.

Există și alte situații în care este contraindicată inițierea imediată a TCC-O (vezi pagina 61). Două dintre ele trebuie evidențiate în legătură cu pacienții tineri. Prima este prezența depresiei clinice coexistente. Depresia trebuie tratată la început, din motivele prezentate în Capitolul 4 (a se vedea pagina 62), dar, având în vedere problemele pe care le ridică folosirea medicației antidepressive la pacienții tineri, este important ca terapeuții să respecte normele în vigoare la nivel național în această privință.

Cea de-a doua situație se referă la imposibilitatea pacienților de a participa la ședințe în mod regulat. După cum am subliniat în Capitolele 5 și 6, o trăsătură esențială a TCC-O este stabilirea și menținerea ritmului și continuității în terapie. Pentru aceasta este nevoie ca întâlnirile să fie frecvente (mai ales în primele etape ale tratamentului) și regulate. Dacă nu este posibil, de exemplu din cauza unei vacanțe programate de familie anterior, atunci este preferabil să amânăm tratamentul, evitând astfel riscul unui „start greșit”.

## ADAPTĂRI ALE TCC-O

În linii mari, TCC-O pentru pacienții tineri este similară celei pentru adulți, dar sunt necesare anumite ajustări la care apelăm în mod obișnuit, altele putând fi impuse de rezultatele tratamentului preliminar. Descriem mai jos care sunt ajustările de rutină.

Tratamentul are același format, aceleași etape și același conținut ca și TCC-O

**În linii mari, TCC-O pentru pacienții tineri este similară celei pentru adulți.**

pentru adulți. La fel ca în cazul adulților, durata tratamentului variază, aspectul decisiv pentru opțiunea noastră fiind greutatea pacientului – dacă acesta este sever subponderal sau nu. Cei care au un IMC de 17,5 sau mai mic (ori un deficit de greutate egal cu sau mai mare de

15%) au nevoie de o perioadă mai lungă pentru recuperarea greutății și de aceea pentru ei este recomandată forma de terapie cu durata de 40 de săptămâni (a se vedea Capitolul 11). Cu toate acestea, deseori nu este nevoie de întreaga perioadă

de 40 de săptămâni pentru pacienții care au urmat un tratament preliminar. Versiunea de 20 de săptămâni este indicată pentru majoritatea celorlalți pacienți, cu excepția celor care sunt moderat subponderali și pentru care ar fi benefică o prelungire a tratamentului, pentru o perioadă care să le permită să realizeze o oarecare recuperare în greutate.

Experiența clinică ne arată că, la fel ca în cazul adulților, este preferabilă o variantă de terapie a cărei durată este specificată, cu data încheierii terapiei prestabilită. Lipsa unui interval de timp precis acordat terapiei îl determină pe tânăr să amâne luarea deciziei de a se schimba, prelungind astfel tulburarea de comportament alimentar. De asemenea, îl poate priva pe pacient de etapa finală a tratamentului, care este deosebit de importantă (a se vedea Capitolul 12). Pentru pacienții tineri este deosebit de important să aveți mereu în vedere necesitatea recuperării fizice complete (adică reinstalarea ciclului menstrual și a funcționării fizice normale), deoarece aceasta vizează dezvoltarea și evoluția sa pe termen lung. Aceasta nu exclude posibilitatea de a încheia tratamentul chiar dacă pacientul mai este ușor simptomatic, din moment ce mecanismele principale de menținere a tulburării au fost întrerupte, iar aceasta este în remisie (vezi pagina 243). Important este să urmărim evoluția pacienților, pentru a ne asigura că progresul lor continuă.

### Implicarea părinților

TCC-O pentru pacienții tineri presupune în mod invariabil includerea părinților în procesul terapeutic, iar rolul acestora este unul major (mai cu seamă în cazul adolescenților mai tineri). Părinții vor participa încă de la început. Ei

**TCC-O pentru pacienții tineri presupune în mod invariabil includerea părinților în procesul terapeutic.**

trebuie să fie informați în legătură cu natura tulburării de comportament alimentar și cu conținutul tratamentului. Ei trebuie să înțeleagă pe deplin cât de importantă este stabilirea și menținerea unui ritm favorabil terapiei, precum și faptul că tânărul va realiza o automonitorizare (și că fișele cu automonitorizarea sunt confidențiale).

Ar fi util dacă ați reuși să-i convingeți pe tineri să le arate părinților propria formulare, pentru ca aceștia din urmă să afle mai multe despre tulburarea de comportament alimentar. Este important să organizați ședințe regulate cu participarea părinților, pentru a-i ține la curent cu modul în care îl pot susține pe tânăr în efortul său de a se schimba. De exemplu, părinții îl pot ajuta să mănânce la intervale regulate, pot să introducă în meniu alimente evitate de pacient și pot interveni în privința unor aspecte legate de controlul siluetei (de exemplu, îndepărtând cântarul din baie și oglinzile de care nu este nevoie). Mai târziu, pe măsură ce tratamentul avansează, părinții trebuie să se retragă și să-l lase pe tânăr să-și asume în mod treptat mai multă responsabilitate pentru propriul comportament. Pentru a reuși acest lucru, unii părinți au nevoie de ajutor. În cazul acesta este indicat să participe la ședințe psihoeducaționale de grup, unde vor fi educați și sprijiniți pe durata tratamentului tânărului pacient.

## **Angajarea pacientului în terapie și în procesul de schimbare**

Angajarea pacientului este deosebit de importantă în cazul adolescenților, mai ales al celor care nu sunt convinși de utilitatea tratamentului și în cazul celor care au beneficiat de un tratament preliminar, în cadrul căruia alte persoane au fost responsabile pentru alimentația lor. Pentru grupul din urmă trebuie să subliniați faptul că TCC-O este o formă de terapie diferită de cea care le-a fost administrată anterior și că, de data aceasta, terapeutul va acționa doar în numele lor și nicidecum în numele părinților lor. Pentru a evita orice ambiguități în această privință, toate întâlnirile desfășurate în formatul terapiei de familie trebuie coordonate de alt terapeut, chiar dacă terapeutul specialist în TCC-O poate și el să participe. Faptul că acest specialist lucrează exclusiv în numele adolescentului este evidențiat încă din etapa de început, în care i se explică tânărului în mod clar în ce va consta terapia (vezi paginile 61 și 80) și cum se va deosebi ea de ceea ce s-a întreprins până în momentul respectiv.

## **Elaborarea formulării împreună cu pacientul**

Formularea trebuie realizată la fel ca pentru adulți (vezi paginile 76 și 207). Este important să folosiți doar termeni și concepte cunoscute și înțelese de pacienți. Trebuie neapărat să fie o formulare nouă, proaspăt concepută, chiar dacă în cadrul tratamentului pregător s-a folosit o altă formulare. Cooperarea cu pacientul pentru crearea formulării reprezintă încă o ocazie de a-l angaja pe acesta în procesul terapeutic, subliniind din nou ideea că tânărul este cel care, ajutat de terapeut, va deține controlul asupra schimbărilor necesare. La fel ca și pentru adulți, formularea trebuie să fie simplă, să se concentreze doar asupra mecanismelor principale care mențin tulburarea de comportament alimentar, urmând ca mai târziu, dacă va fi nevoie, să se adauge alte elemente.

## **Instituirea automonitorizării în timp real**

Aceasta are loc în ședința inițială, la fel ca în versiunea TCC-O pentru adulți. În mod frecvent, pacienții tineri sunt reticenți atunci când li se cere să realizeze monitorizarea, de aceea trebuie să le explicați cu atenție care este obiectivul acesteia (vezi pagina 85). Va trebui să analizați cu tact și înțelegere fiecare aspect dificil și să explicați că monitorizarea reprezintă o parte esențială a tratamentului. Pentru pacienții care urmează un plan de alimentație prescris deja (inițiat în timpul tratamentului pregător), automonitorizarea se poate dovedi extrem de enervantă. În astfel de cazuri, trebuie găsite modalități creative de completare a fișelor, cum ar fi prin realizarea unor copii ale planului de alimentație pe care ei să bifeze ceea ce mănâncă; se va lăsa un spațiu în partea dreaptă a fișei pentru comentarii sau observații legate de alimentație sau de alte aspecte pe care pacienții doresc să le noteze (de exemplu, legate de siluetă, greutate și de exerciții fizice). Pacienții trebuie să noteze și toate episoadele de alimentație neplanificată. Totuși, în general, este preferabil ca pacientul să folosească fișa standard de



monitorizare. Indiferent care este metoda folosită, este important să ne asigurăm că notarea se face în timp real și că pacientul înțelege care este scopul acesteia.

### **Cântărirea în cadrul ședinței de terapie**

Protocolul cântării în cadrul ședinței de terapie este identic cu cel folosit pentru adulți (vezi pagina 91). Se întâmplă deseori ca tinerii să refuze să fie cântăriți ori să fie de acord doar cu condiția să nu li se spună ce greutate au, pretinzând uneori că le va fi mai ușor să recâștige în greutate dacă nu cunosc valoarea exactă. Este important ca terapeutul să explice cu grijă de ce este mult mai bine ca pacienții să-și cunoască greutatea, precum și faptul că acest aspect este parte integrantă a tratamentului. Trebuie să existe un consens în privința cântării încă de la începutul terapiei; ea trebuie menținută în mod constant pe parcursul tratamentului și nu trebuie să devină subiect de negociere pe parcursul mai multor ședințe.

### **Educarea în legătură cu greutatea, controlul greutății și tulburările de comportament alimentar**

Modalitatea în care transmitem aceste informații cu caracter educativ trebuie să fie una adecvată vârstei pacientului, dar conținutul acestora nu se va deosebi cu mult de cel oferit pacienților adulți. Există trei aspecte care necesită o atenție specială. În primul rând, asemenea adulților, tinerii sunt neliniștiți în ceea ce privește modificarea greutății, au tendința de a interpreta în mod greșit câte o singură citire a cântarului și sunt deosebit de îngrijorați dacă li se propune să atingă un anumit nivel de greutate. Terapeutul trebuie să explice faptul că obiectivul tratamentului este acela de a-l elibera pe tânăr de problema de comportament alimentar și de efectele sale și că, dacă este subponderal, acest lucru presupune recuperarea în greutate până la atingerea unui IMC de aproximativ 20 (sau 100% greutate pentru înălțime, în cazul adolescenților mai tineri). În al doilea rând, atunci când analizați efectele adverse ale tulburării de comportament alimentar, precum și avantajele și dezavantajele pe care le prezintă realizarea unei schimbări, nu uitați că tinerii au o perspectivă temporală diferită de cea a adulților. Din acest motiv, o discuție vizând efectele negative pe termen lung sau problemele care vor apărea peste vreo 5 ani nu pare nici relevantă, nici importantă pentru pacienții tineri. Desigur, efectele adverse ale tulburării de comportament alimentar nu trebuie omise din discuție, dar terapeutul trebuie să se concentreze în primul rând asupra viitorului apropiat (între 6 luni și un an) și să insiste asupra acelor efecte adverse care îl pot motiva pe tânăr (de exemplu, faptul că va lipsi mult de la școală, că nu va reuși să participe la teste importante, că nu va putea merge într-o excursie în străinătate, că nu va putea merge la facultate). În al treilea rând, în vreme ce *Overcoming Binge Eating* este cartea pe care noi o recomandăm adulților, pentru adolescenți este preferabil să recomandați cărți care se adresează în mod special grupei lor de vârstă.

## **Introducerea unei alimentații regulate**

Pacienții tineri au nevoie de o îndrumare mai susținută decât adulții, în ceea ce privește alegerea alimentelor. Informațiile acestea pot fi oferite de un dietetician sau chiar de către terapeut. Este posibil să fie nevoie și de implicarea părinților, deoarece, probabil, ei sunt aceia care cumpără, prepară și servesc mâncarea. Părinții pot fi de ajutor și prin atitudinea lor încurajatoare, îndemnându-l pe tânăr să adopte un regim alimentar regulat.

## **Recăștigarea în greutate**

Strategiile folosite pentru a-i ajuta pe pacienții tineri să recupereze în greutate sunt identice cu acelea pe care le folosim cu pacienții adulți (a se vedea Capitolul 11). În cazul lor, este esențial ca decizia de a recăștiga în greutate să fie una personală, nu impusă. Părinții au un rol mai important în tratamentul tinerilor aflați la începutul adolescenței decât se întâmplă de obicei în cazul adulților. De asemenea, tinerii au mai mare nevoie de informații și de sfaturi privind nutriția, deoarece ei deseori sunt prost informați în această privință. La fel ca în cazul pacienților adulți, este nevoie de programarea unor ședințe de control (vezi pagina 224), pentru a ne asigura de menținerea progresului pacientului și pentru a identifica obstacolele care pot apărea pe parcurs. La ședințele acestea de control trebuie să participe toate persoanele care îl ajută și sunt implicate în mod direct în evoluția tânărului pacient.

Spre sfârșitul perioadei de tratament, se va alocă o perioadă de timp exersării menținerii unei greutăți sănătoase stabile (vezi pagina 238). În general, este suficient dacă alocăm aproximativ 8 săptămâni.

## **Intervenția în cazul altor aspecte ale psihopatologiei tulburării de comportament alimentar**

Celelalte aspecte ale psihopatologiei tulburării de comportament alimentar la pacienții tineri sunt abordate cu ajutorul strategiilor și procedurilor folosite pentru adulți (a se vedea Capitolele 5-12). După cum am menționat anterior, un subgrup de pacienți tineri prezintă o variantă a „psihopatologiei de bază”, în care se identifică supraevaluarea controlului asupra alimentației în sine, mai degrabă decât controlul asupra alimentației în scopul influențării siluetei sau a greutății. Modul de abordare a acestei psihopatologii este descris în Capitolul 9.

## **Intervenția în cazul perfecționismului clinic, al stimei de sine reduse și al problemelor interpersonale**

Forma „extinsă” a TCC-O (a se vedea Capitolul 13) poate fi folosită pentru pacienții tineri, dacă este clar că aceasta este recomandată, dar, la fel ca pentru adulți, varianta standard este varianta focalizată. Având în vedere necesitatea susținerii unei reveniri la o dezvoltare normală în cazul tinerilor pacienți, s-ar putea susține ca pragul de la care este recomandată folosirea formei extinse a

TCC-O să fie unul mai scăzut decât pentru pacienții adulți, mai ales în cazul pacienților care prezintă stimă de sine redusă ori dificultăți majore la nivelul relațiilor interpersonale. Pe de altă parte, statisticile privind adulții ne arată că versiunea extinsă s-a dovedit superioară celei focalizate numai pentru pacienții care s-au confruntat cu probleme extrem de grave în aceste două domenii. Pentru ceilalți (care reprezintă majoritatea), este invers. În mod clar, este nevoie de mai multe studii asupra efectelor celor două forme ale TCC-O asupra pacienților tineri.

### **Încheierea tratamentului**

Este esențial să încheiem tratamentul în mod corect. În Capitolul 12 am descris cum se realizează acest lucru. Așa cum am menționat anterior, este normal să mai existe un anumit grad de psihopatologie reziduală a tulburării de comportament alimentar, atunci când încheiem tratamentul. Acest lucru este acceptabil, dacă principalele mecanisme de întreținere a tulburării au fost întrerupte și dacă aceasta este în remisie. Însă este absolut esențial să urmărim evoluția pacienților, pentru a ne asigura că starea lor se ameliorează în continuare. În condiții excepționale, TCC-O poate fi prelungită cu câteva luni, mai ales dacă tânărul progresează, dar prezintă încă trăsături reziduale importante. În astfel de cazuri, trebuie programate ședințe de control la intervale regulate, pentru a putea stabili dacă mai este necesară continuarea terapiei. Dacă rezultatele obținute cu pacienții în urma utilizării TCC-O au fost slabe și dacă este recomandabilă continuarea tratamentului în aceiași parametri, considerăm că, la fel ca în cazul adulților, pacienții tineri trebuie să beneficieze de un tratament mai intensiv, mai degrabă decât să li se ofere o formă alternativă de tratament ambulatoriu. TCC-O ambulatoriu intensiv, TCC-O cu spitalizare de zi și TCC-O cu internare sunt trei alegeri potrivite, deoarece atât din punct de vedere conceptual, cât și din punct de vedere procedural, ele sunt compatibile cu TCC-O administrată ambulatoriu. Aceste forme ale TCC-O sunt descrise în capitolul următor.

### **BIBLIOGRAFIE RECOMANDATĂ**

- Carter, J.C., Stewart, D.A., & Fairburn, C.G. (2001). Eating Disorder Examination Questionnaire: Norms for adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 625-632.
- Commission on Adolescent Eating Disorders. (2005). Eating disorders. In D.L. Evans, E.B. Foa, R.E. Gur, H. Hendin, C.P. O'Brien, M.E.P. Seligman, et al. (Eds.), *Treating and preventing adolescent mental health disorders* (pp. 257-332). New York: Oxford University Press.
- Fairburn, C.G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., & Gowers, S.G. (2008). Eating disorders. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, et al. (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5th ed.). Oxford: Blackwell.

- Katzman, D.K. (2005). Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 37, S52-S59.
- le Grange, D., & Lock, J. (2007). *Treating bulimia in adolescents: A family-based approach*. New York: Guilford Press.
- Lock, J., & le Grange, D. (2007). *Help your teenager beat an eating disorder*. New York: Guilford Press.
- Lock, J., le Grange, D., Agras, W.S., & Dare, C. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. New York: Guilford Press.
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Nicholls, D., Chater, R., & Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 317-324.
- Schapman-Williams, A.M., Lock, J., & Couturier, J. (2006). Cognitive-behavioral therapy for adolescents with binge eating syndromes: A case series. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 252-255.
- Wilson, G.T, & Sysko, R. (2006). Cognitive-behavioural therapy for adolescents with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 14, 8-16.

## INTERNAREA, SPITALIZAREA DE O ZI ȘI DOUĂ FORME DE TRATAMENT AMBULATORIU ALE TCC-O

RICCARDO DALLE GRAVE, KRISTIN BOHN,  
DEBORAH M. HAWKER ȘI CHRISTOPHER G. FAIRBURN

**Forma de bază a  
tratamentului tulburărilor  
de comportament alimentar  
este terapia ambulatorie.**

Forma de bază a tratamentului tulburărilor de comportament alimentar este terapia ambulatorie. Aceasta perturbă mai puțin viața pacientului decât forma de internare și cea de spitalizare de zi, iar schimbările realizate au șanse mai mari să dureze un timp

îndelungat, deoarece pacienții le fac în vreme ce trăiesc în propriul mediu, care le este familiar. Cu toate acestea, există pacienți care au nevoie de un tratament mai intensiv. În capitolul acesta descriem două forme de TCC-O intensivă, una fiind cu spitalizare (deși include o componentă cu spitalizare de zi) și cealaltă este o formă de tratament ambulatoriu. Ambele au fost dezvoltate de primul autor al acestui capitol și de colegii săi din Italia. Descriem în capitolul de față și o versiune de grup a TCC-O.

### TCC-O PENTRU PACIENTUL SPITALIZAT

#### Obiective și indicații

Terapia în regim de internare pe care o descriem mai jos s-a întemeiat pe TCC-O descrisă în cartea de față și se practică din 2004 (în Departamentul pentru tulburări de alimentație și de greutate al Spitalului Villa Garda, din apropierea Veronei). În prezent, terapia este evaluată în cadrul unui studiu randomizat controlat. Principalele situații în care este indicată sunt:

- rezultate slabe în urma unui tratament ambulatoriu bine administrat;
- prezența unor trăsături din pricina cărora tratamentul ambulatoriu nu este recomandat. Acestea sunt greutatea foarte scăzută, pierderea

rapidă în greutate și complicațiile medicale severe (de exemplu, edeme pronunțate, dezechilibru electrolitic grav, hipoglicemie).

Riscul ridicat de suicid și problemele grave de natură interpersonală indică de asemenea necesitatea spitalizării. Contraindicațiile sunt folosirea abuzivă zilnică de substanțe (folosirea abuzivă intermitentă de substanțe nu este o contraindicație) și stările psihotice acute.

TCC-O pentru pacienții spitalizați păstrează trei caracteristici de bază ale TCC-O. Întâi, tratamentul este conceput în așa fel încât să fie adecvat pentru toate formele tulburării de comportament alimentar; în al doilea rând, formatul tratamentului este dictat de trăsăturile psihopatologice specifice prezente și de procesele care le mențin; iar în al treilea rând, tratamentul intervine asupra acestor mecanisme folosind strategii și proceduri ale TCC-O. Tratamentul are însă și câteva proprietăți care îl deosebesc de TCC-O pentru pacienții adulți tratați ambulatoriu:

- Este conceput pentru a se putea administra deopotrivă pacienților adulți și adolescenților.
- Pacienții sunt inițial spitalizați și apoi sunt admiși cu spitalizare de zi.
- Tratamentul este administrat de mai mulți terapeuți, cu specializări diferite.
- Pacienții beneficiază de asistență în ceea ce privește alimentația.
- Unele elemente ale terapiei sunt administrate într-un format de grup.
- Există un modul al terapiei de familie pentru pacienții mai tineri.

Obiectivul tratamentului este acela de a-i ajuta pe pacienți să ajungă în stadiul în care pot beneficia de TCC-O administrată ambulatoriu.

**Obiectivul este acela de a-i ajuta pe pacienți să ajungă în stadiul în care pot beneficia de TCC-O administrată ambulatoriu.**

## Pregătirea pentru internare

Pacienții trebuie pregătiți pentru internare. În acest scop, sunt șase sarcini principale care trebuie îndeplinite pe parcursul a două ședințe:

1. *Evaluarea tulburării de comportament alimentar și a stării psihiatrice generale a pacientului.* A se vedea Capitolul 4 (pagina 57).
2. *Evaluarea sănătății fizice a pacientului.* Această sarcină este deosebit de importantă, deoarece starea fizică a multora dintre acești pacienți este grav compromisă.
3. *Implicarea pacientului în procesul terapeutic.* A se vedea Capitolele 5 și 11 (paginile 75 și 215).
4. *Educarea pacientului în legătură cu tulburarea de comportament alimentar de care suferă și crearea unei formulări personale provizorii.* A se vedea Capitolele 5 și 11 (paginile 76 și 207). Ca în cazul TCC-O ambulatorie, scopul urmărit este

acela de a stârni interesul și curiozitatea pacienților în legătură cu tulburarea lor de comportament alimentar.

5. *Explicarea conținutului TCC-O pentru pacientul internat.* Terapeutul va face cunoscute obiectivele, durata, modul de organizare, procedurile și efectele TCC-O pentru pacientul internat. El trebuie să sublinieze faptul că internarea reprezintă pentru pacient ocazia unei schimbări, a unui „nou început”. Pacienții sunt invitați să viziteze clinica.

6. *Implicarea persoanelor semnificative din anturajul pacientului.* Pentru pacienții adulți care doresc implicarea persoanelor apropiate în procesul terapeutic, specialistul le va oferi celor din urmă informațiile de bază în legătură cu tulburările de comportament alimentar, cu procesele care le mențin și cu natura tratamentului. Aceste persoane sunt invitate să participe la ședințe de maximum 30 de minute pe parcursul terapiei (vom descrie acest lucru în continuare). În cazul pacienților adolescenți, terapeutul trebuie să ofere mai multe informații detaliate despre tulburările de comportament alimentar, despre rolul persoanelor semnificative din anturaj (de obicei părinții) în tratament și despre modul de organizare a modulului TCC-O de familie (descrie în continuare în acest capitol). Terapeutul va păstra o atitudine neutră în privința originilor tulburării de comportament alimentar și va sublinia faptul că decizia de a se interna îi aparține pacientului, dar că ar fi util pentru toți cei prezenți să analizeze avantajele și dezavantajele spitalizării.

La sfârșitul primei ședințe de pregătire, terapeutul îi va repartiza pacientului următoarele trei sarcini ca temă de casă:

1. Meditați asupra avantajelor și a dezavantajelor internării în clinică.
2. Citiți broșura informativă despre TCC-O pentru pacientul spitalizat.
3. Alcătuiți o listă cu întrebări pe care doriți să le adresați terapeutului.

Cea de-a doua ședință este programată, de obicei, la interval de o săptămână după prima. Terapeutul trece în revistă împreună cu pacientul argumentele pro și contra internării, încurajând interesul acestuia pentru a realiza o schimbare. Apoi, răspunde la întrebările pacientului și, dacă el este de acord să se interneze, va fi trecut pe lista de așteptare (până la 6 săptămâni).

## Clinica

TCC-O pentru pacientul internat se administrează cel mai bine într-o unitate specializată în tratamentul tulburărilor de comportament alimentar. Clinica trebuie să fie „deschisă”, iar pacienții aflați într-o stare stabilă trebuie să fie liberi să iasă oricând doresc. De asemenea, persoanele semnificative din anturaj trebuie să-i poată vizita oricând, cu excepția orelor de masă sau a orelor în care pacienții participă la ședințele de terapie. Atmosfera din aceste spații de tratament ar trebui să ofere un confort psihic și să nu semene cu aceea dintr-un spital, nici cu aceea dintr-un sanatoriu, deoarece clinica va fi „căminul” acestor pacienți timp de câteva luni; de aceea, ar trebui să li se permită să-și decoreze camerele, să pună postere etc. și să beneficieze de spații de studiu și de recreere.

Atmosfera din aceste spații de tratament ar trebui să ofere un confort psihic și să nu semene cu aceea dintr-un spital.

### **Echipa de specialiști**

TCC-O pentru pacienții spitalizați este implementată de o echipă multidisciplinară, cuprinzând specialiști în medicina generală, psihologi, dieteticieni și asistente medicale. În opinia noastră, cel mai bine ar fi ca TCC-O să fie singura psihoterapie folosită, deoarece în felul acesta avem certitudinea că pacienții beneficiază de o abordare unitară și coerentă a tratamentului și a problemei lor de comportament alimentar. Dacă se adoptă acest model, întreaga echipă trebuie să fie specializată în TCC-O și toți membrii săi trebuie să folosească aceleași concepte și aceeași terminologie. Pentru a rămâne în coordonatele impuse de modelul de tratament și pentru a asigura coerența implementării acestuia de către întreaga echipă de specialiști, se va organiza săptămânal o ședință de analiză a tuturor terapeuților fiecărui pacient (adică medicul generalist, psihologul, dieteticianul și asistenta), în care aceștia discută cu pacientul despre diverse aspecte ale tratamentului, precum și despre colaborarea lor profesională în cazul respectiv.

### **Etapale TCC-O pentru pacientul internat**

Tratamentul durează 20 de săptămâni, dintre care 13 sunt petrecute în clinică, iar ultimele 7 ca pacient cu spitalizare de zi, timp în care pacientul locuiește aproape de clinică și își petrece sfârșitul de săptămână acasă. Tratamentul se desfășoară în patru etape, similare celor parcurse în TCC-O ambulatorie:

- *Etapa întâi (săptămânile 1-4).* În această primă etapă, ne focalizăm atenția asupra implicării pacienților în terapie și asupra educării lor, asupra consolidării și modificării, dacă este nevoie, a formulării lor personalizate, asupra obținerii unei schimbări de comportament cât mai complexe și mai timpurii, cuprinzând începerea procesului de recuperare în greutate în cazul pacienților subponderali.

- *Etapa a doua (săptămânile 5 și 6).* Etapa aceasta cuprinde o analiză detaliată a progresului realizat, precum și identificarea obstacolelor care stau în calea schimbării. În plus, se face o evaluare formală a contribuției pe care o pot avea cele patru mecanisme „externe” de menținere a tulburării de comportament alimentar (adică intoleranța la emoții, perfecționismul clinic, stima de sine redusă și dificultățile de natură interpersonală; a se vedea Capitolele 10 și 13).

- *Etapa a treia (săptămânile 7-17).* Conținutul precis al acestei etape este dictat de psihopatologia pacientului. Pentru majoritatea pacienților, ea cuprinde abordarea supraevaluării controlului alimentației, al siluetei și greutății (a se vedea Capitolele 8 și 9), a evitării unor alimente, precum și cea a altor reguli de conduită alimentară (a se vedea Capitolul 8). Pentru unele subgrupuri de pacienți, se poate interveni asupra unui sau mai multor mecanisme externe de menținere a tulburării respective, folosind module ale TCC-O „extinse” (a se vedea Capitolele 7, 10 și 13). În această etapă, majoritatea pacienților subponderali ating nivelul IMC propus și încep să exerseze menținerea greutății.



• *Etapa a patra (săptămânile 18-20).* Obiectivul acestei etape finale a tratamentului este pregătirea unei formule revizuite care va identifica mecanismele încă active de menținere a tulburării de comportament alimentar și, în funcție de acestea, pregătirea pentru TCC-O ambulatorie ulterioară.

### **Proceduri specifice de tratament**

Majoritatea procedurilor de tratament sunt identice cu cele folosite în TCC-O ambulatorie, dar unele trebuie modificate pentru a se potrivi spațiului clinic, în vreme ce altele sunt specifice TCC-O pentru pacientul spitalizat.

### ***Folosirea unui colectiv de terapeuți***

Patru specialiști preiau fiecare pacient: un dietetician, un psiholog, un medic generalist și o asistentă, fiecare dintre ei având un rol bine definit în cadrul tratamentului. Dieteticianul urmărește în primul rând schimbarea obiceiurilor alimentare și a greutății. Psihologul se concentrează asupra unor aspecte cognitive ale TCC-O, vizând mai cu seamă modificarea supraevaluării controlului asupra alimentației, siluetei și greutății. În plus, psihologul este răspunzător de implementarea modulelor TCC-O „extinse”. Medicul specialist în medicină generală răspunde de sănătatea fizică a pacienților și de tratamentul medicamentos. Asistenta supraveghează activitățile specifice unității respective, le acordă pacienților sprijinul de care aceștia au nevoie și se ocupă de cântărirea lor.

### ***Monitorizarea greutății și a obiceiurilor alimentare***

Asistenta se ocupă de cântărirea pacientului în primele 8 săptămâni de tratament, iar după acest interval pacienții se cântăresc singuri. Cântarele sunt marcate doar din 0,5 în 0,5 kg, pentru a-i ajuta pe pacienți să contracareze îngrijorarea produsă de modificările neînsemnate în greutate. Pacienții completează o listă săptămânală de control pe care se înregistrează frecvența cu care apare comportamentul principal care caracterizează tulburarea de comportament alimentar (de exemplu, binge eating, vărsături, folosirea abuzivă a laxativelor și a diureticelor), precum și intensitatea controlului siluetei și a evitării, a percepției că ar fi gras și a preocupării legate de alimentație, siluetă și greutate. Aceste informații împreună cu cele privind greutatea se discută în ședința de analiză programată săptămânal.

### ***Ședințele de TCC-O cu psihologul***

Ședințele de TCC-O conduse de psiholog sunt individuale. Ele au loc de două ori pe săptămână în primele 4 săptămâni și apoi săptămânal. Ședințele se focalizează asupra următoarelor aspecte:

1. Sprijinirea pacienților subponderali în încercarea lor de a se adapta și de a accepta schimbările rapide ale siluetei și greutății (a se vedea Capitolul 11).

2. Sprijinirea pacienților care au trecut de la etapa de internare la spitalizarea de zi, pentru a putea face față evenimentelor și emoțiilor care le afectează alimentația (a se vedea Capitolul 10).

3. Dacă este cazul (a se vedea Capitolul 7), abordarea perfecționismului clinic, a stimei de sine reduse ca trăsătură fundamentală ori a dificultăților de natură interpersonală, în maniera specifică TCC-O ambulatorii (a se vedea Capitolul 13).

4. Pregătirea unui plan pentru externare, în scopul realizării unei tranziții ușoare de la TCC-O cu spitalizare, la TCC-O în regim ambulatoriu.

### ***Alimentația asistată***

Principalul motiv pentru care unii pacienți au nevoie de un tratament mai intensiv decât TCC-O în regim ambulatoriu este acela că ei nu reușesc singuri să realizeze schimbările necesare în propriul comportament alimentar. Acest lucru se întâmplă din diverse motive; fie din pricina preocupării lor excesive privind controlul alimentației, al siluetei și al greutateii – având ca rezultat reticența față de schimbare, fie din cauza faptului că alimentația le este marcată de ritualuri stricte ori din cauza preocupărilor exagerate legate de alimente și de alimentație. Astfel de trăsături îi împiedică pe pacienții tratați ambulatoriu să recâștige în greutate sau, uneori, să renunțe la mâncatul compulsiv. Avantajul major al internării este acela că terapia administrată în clinică poate oferi sprijinul susținut dublat de componenta psihoterapeutică necesare pentru rezolvarea acestor probleme.

Dieteticianul coordonează ceea ce putem numi „alimentația asistată”. Aceasta se întâmplă în mod obișnuit pe parcursul primelor 6 săptămâni. În ce constă exact această supraveghere este o chestiune care depinde de natura problemelor cu care se confruntă pacientul, dar în mod obișnuit intervine atunci când alimentația este insuficientă (pentru a putea recâștiga în greutate), când pacientul nu mănâncă destul de des și atunci când acesta nu mănâncă o gamă de alimente suficient de variată. Pentru fiecare pacient se creează un plan de alimentație, focalizat asupra problemelor sale specifice. Acest lucru se realizează în mod colaborativ și este combinat cu educația adecvată privind alimentația, nutriția și echilibrul energetic.

Câștigul în greutate este un obiectiv pentru aproximativ două treimi dintre pacienți. Pentru a-l realiza, pacienții mănâncă în fiecare zi trei mese principale și o gustare (micul dejun, prânzul, gustarea de după-amiază și cina), în încăperea destinată servirii mesei, asistat de un dietetician specializat în TCC-O, care folosește proceduri cognitiv-comportamentale pentru a-l ajuta pe pacient să mănânce. Pacienții sunt încurajați să considere mâncarea un fel de „medicament” și, pentru moment, să mănânce în mod mecanic. Tipul acesta de alimentație va continua până când pacienții pot mânca singuri în mod corect. Principalele tehnici terapeutice folosite constau în asigurarea educației și a sprijinului de care are nevoie pacientul, distragerea atenției și, pentru cei care nu sunt extrem de preocupați, devierea atenției de la gândurile și impulsurile problematice. Pentru unii dintre pacienți este necesar să se intervină și în privința modurilor exagerat de ritualizate de alimentație. În etapa alimentației asistate, pacienții trebuie să

rămână timp de o oră după servirea mesei într-o încăpere special amenajată și nu au acces la baie.

Este important ca pacienții să simtă că dețin controlul asupra schimbărilor aduse propriei alimentații. De aceea, ei participă în mod activ la selectarea intervalului IMC stabilit ca obiectiv (care în general este între 19,0 și 19,9; a se vedea Capitolul 11) și decid împreună cu terapeutul natura regimului alimentar. În prima săptămână de tratament, aportul energetic este fixat la 1500 kcal pe zi, apoi crește la 2000 kcal pe zi în săptămâna a doua și la 2500 kcal pe zi în a treia săptămână. Apoi, aportul energetic pentru fiecare pacient este ajustat în colaborare cu acesta, în funcție de ritmul în care reușește să recâștige în greutate, obiectivul fiind un câștig de 1,0-1,5 kg pe săptămână (adică mult mai mare decât obiectivul de 0,5 kg pe săptămână, stabilit în TCC-O administrată ambulatoriu; vezi pagina 225). Dacă pacienții au nevoie de un aport energetic de peste 2500 kcal pe zi pentru a realiza acest obiectiv, li se permite să aleagă între a consuma doar alimente și a-și completa alimentația cu băuturi energizante. După ce greutatea lor ajunge la un IMC de 18,5, aportul energetic este diminuat treptat, pentru a le permite să atingă și să mențină greutatea corporală în limitele IMC stabilit ca obiectiv.

Aproximativ o treime dintre pacienți sunt spitalizați din cauza alimentației compulsive și a vărsăturilor care s-au dovedit imposibil de controlat fără internare. Și ei se angajează într-un program de alimentație asistată, conceput pentru a le arăta că pot mânca sănătos urmând un regim cu trei mese și o gustare, fără să se îngrașe și că pot respecta aceste mese fără episoade de binge eating ori vărsături. Ambele sunt sarcini pe care ei nu au reușit să le realizeze în regim ambulatoriu. Se va sublinia faptul că întreruperea alimentației compulsive într-un spațiu clinic dovedește că au existat elemente care au operat în viața lor de zi cu zi (de exemplu, tensiuni în familie, mâncarea aflată mereu la îndemână) care au încurajat episoadele de binge eating și vărsăturile și că acestea vor trebui abordate mai târziu, pe durata internării, pentru a evita recidivele.

### ***Intervenția în cazul restricțiilor alimentare și al regulilor de conduită alimentară***

După încheierea celor 8 săptămâni de alimentație supravegheată, pacienții sunt încurajați să mănânce nesupravegheați și să înceapă să ia masa în afara clinicii. Pacienții își planifică mesele în avans și notează totul, așa cum se procedează în TCC-O administrată ambulatoriu. Ei nu mai sunt supravegheați nici după ce au mâncat. Se programează întâlniri individuale săptămânale cu dieteticianul, pentru a discuta despre obiceiurile lor alimentare și pentru a aborda problemele rămase. Restricțiile alimentare și regulile de conduită alimentară se abordează folosind strategiile și procedurile descrise în Capitolul 9. Începând cu săptămâna 14, pacienții nu mai sunt internați și pot să-și gătească. În ultimele săptămâni de tratament, ei își petrec weekend-urile acasă și treptat, toate mesele vor fi servite în afara clinicii.

### ***Ședințele de terapie de grup***

Ședințele de terapie de grup vin în completarea celor individuale. Pe lângă un plus de eficiență, acest format încurajează pacienții să vorbească despre ei în mod deschis, facilitează sprijinul reciproc și prezintă avantajul întâlnirii cu pacienți care progresează în urma terapiei. De asemenea, îi ajută pe pacienți să-și înfrunte sentimentul de rușine și tendința de a ascunde problemele cu care se confruntă.

Se organizează două tipuri de grupuri: psihoeducațional și focalizat TCC-O. Grupurile de tip psihoeducațional se întrunesc de două ori pe săptămână și abordează aspecte legate de tulburările de comportament alimentar și de strategii ale TCC-O. Grupurile din categoria TCC-O sunt săptămânale și se focalizează asupra comportamentului specific tulburării (de exemplu, alimentația compulsivă, vărsăturile noncompensatorii, exercițiile fizice practicate autoimpuse) și asupra tendinței de supraevaluare a siluetei și a greutății.

### ***Includerea în terapie a persoanelor semnificative din anturaj***

În cazul pacienților adulți, persoanele semnificative din anturaj sunt implicate dacă pacienții acceptă. Acest demers are mari șanse de a facilita tratamentul, deoarece este vorba despre persoane care au o influență majoră asupra modului în care mănâncă pacientul. În mod obișnuit, ele sunt invitate de trei ori pe parcursul tratamentului, iar obiectivele și conținutul ședințelor de psihoterapie sunt similare celor TCC-O individuale (a se vedea Capitolul 6).

Persoanele semnificative din anturaj au o contribuție mult mai mare în cazul pacienților cu vârsta sub 18 ani și ele participă la „un modul de terapie de familie de orientare cognitiv-comportamentală”. Acesta cuprinde șase ședințe cu psihologul, două mese pe care familia le servește în clinică și două ședințe cu dieteticianul pentru a planifica mesele de acasă. Acest modul are trei componente.

1. **Educația.** Acestea îi sunt alocate două ședințe și are următoarele teme: teoria cognitiv-comportamentală vizând mecanismele de menținere a tulburărilor de comportament alimentar, formularea personalizată a pacientului, strategiile folosite pentru a coordona alimentația pacientului, exprimarea emoțiilor în contextul familial și dificultățile specifice dezvoltării individului aflat în perioada adolescenței.

2. **Masa în familie.** Familia servește două mese în clinică, în prezența dieteticianului. Acestea se desfășoară după primele 6 săptămâni de tratament. Prima masă este oferită de spital, iar cea de-a doua este pregătită de părinți. În ambele situații, se urmărește ca pacientul să aplice ceea ce a învățat în contextul alimentației supravegheate, părinții încercând să-l ajute să realizeze acest lucru. După fiecare masă are loc o ședință de analiză, în care se discută cu întreaga familie despre felul în care a decurs totul și despre învățămintele dobândite în urma acestei experiențe. În etapa de spitalizare de zi, dieteticianul se întâlnește cu pacientul și cu părinții acestuia pentru a planifica și apoi pentru a analiza cum au decurs mesele în familie care se organizează în weekend-urile petrecute acasă.

3. *Crearea mediului familial optim.* În aceste patru ședințe, părinții sunt ajutați să creeze un mediu familial favorabil, care să susțină pacientul în eforturile depuse de acesta pentru a se schimba. În plus, ei sunt învățați să folosească metoda rezolvării de probleme (a se vedea Capitolul 10) în situațiile dificile de zi cu zi, precum și atunci când apar crize mai grave în familie.

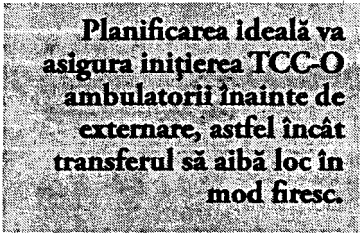
### ***Menținerea progresului înregistrat și după externare***

Una dintre limitările majore ale tratamentului în timpul internării este rata ridicată a recidivelor. Aceasta se explică în parte prin faptul că schimbările se realizează în vreme ce pacientul se află în mediul protejat al spitalului și în parte din cauza perturbării majore a acestui proces survenite odată cu externarea.

Iată care sunt elementele care contribuie la sporirea șanselor de a menține schimbările realizate în perioada TCC-O din timpul internării și după externare:

- Clinica este deschisă, astfel încât pacienții să nu se simtă într-un mediu protejat, așa cum se întâmplă în multe instituții medicale.
- Există o etapă de spitalizare de zi, aproape de sfârșitul perioadei de internare, pe parcursul căreia pacienții sunt puși în fața unor dificultăți cu care se vor confrunta după externare (de exemplu, socializarea, gătitul), în timp ce încă se bucură de sprijinul terapiei.
- În timpul ultimelor săptămâni de tratament, pacienții își petrec weekend-urile acasă, beneficiind, și în acest caz, de sprijinul oferit de clinică.
- Persoanele semnificative din anturaj sunt incluse în terapie și sunt ajutate să creeze un mediu familial propice, la care pacientul se poate întoarce fără probleme.

În plus, aproape de sfârșitul tratamentului, ne străduim să planificăm cât mai bine perioada de terapie administrată ambulatoriu, preferabil TCC-O, astfel încât terapia care va urma să fie o continuare firească a celei administrate pacientului în timpul internării. Planificarea ideală va asigura inițierea TCC-O ambulatorii înainte de externare, astfel încât transferul să aibă loc în mod firesc.



**Planificarea ideală va asigura inițierea TCC-O ambulatorii înainte de externare, astfel încât transferul să aibă loc în mod firesc.**

### **Probleme cu care ne confruntăm în implementarea TCC-O pentru pacientul spitalizat**

Terapia pacientului internat este rareori un proces simplu și direct. Aceasta pe de-o parte din cauza gravității problemelor tratate și pe de altă parte pentru că spațiul clinic are anumite efecte negative asupra pacientului. În acest context, trebuie să avem în vedere trei probleme majore: complicațiile medicale, exercițiile fizice practicate în mod excesiv și influența negativă pe care o pot exercita alți pacienți.

### ***Complicațiile medicale***

Unul dintre motivele pentru care pacienții cu tulburări de comportament alimentar trebuie internați este apariția complicațiilor medicale acute. De asemenea, mulți dintre cei care nu prezintă încă astfel de complicații au sănătatea compromisă din pricina subalimentării sau a greutății foarte scăzute. De aceea, unitățile de îngrijire trebuie să evalueze cu mare atenție starea de sănătate a pacienților lor și să aibă un corp medical specializat care să poată prelua astfel de cazuri. Și personalul nemedical trebuie să fie bine informat în legătură cu faptul că starea fizică a pacienților este afectată și trebuie să cunoască simptomele fizice și semnele îngrijorătoare (a se vedea Capitolul 4; pagina 64).

### ***Practicarea exercițiilor fizice în mod excesiv***

Practicarea exercițiilor fizice în mod excesiv și mai cu seamă exercițiile efectuate în mod compulsiv sunt frecvent întâlnite la pacienții subponderali și constituie o problemă specială în cadrul unităților închise, unde pacienții nu se bucură de suficient spațiu pentru a face mișcare fizică.

Despre managementul în cazul practicării exercițiilor fizice în mod excesiv s-a discutat în Capitolul 6 (vezi pagina 120). Aceleași principii se aplică și în TCC-O pentru pacientul internat. Un aspect important în ceea ce privește managementul unui astfel de comportament se referă la faptul că pacienții trebuie încurajați să practice în schimb exerciții sănătoase ușoare. Aceasta le permite să-și satisfacă impulsul de a face mișcare și, drept rezultat, ei sunt mai dispuși să accepte câștigul în greutate și, ulterior, schimbarea siluetei. Dacă exercițiile fizice contribuie și la reglarea emoțiilor, atunci trebuie folosite strategiile descrise în Capitolul 10. Dacă toate încercările noastre rămân fără rezultat, echipa de TCC-O trebuie să discute cu pacientul dacă nu ar fi mai ușor să i se interzică exercițiile fizice timp de câteva săptămâni, până când acest impuls de a face mișcare va dispărea. Acest lucru este rareori necesar și trebuie făcut doar cu consimțământul pacientului.

### ***Influența negativă a altor pacienți***

În unitățile spitalicești, pacienții se influențează unul pe celălalt și în bine și în rău. Personalul trebuie să încerce să inspire și să mențină o atmosferă pozitivă, în care pacienții să se ajute unul pe celălalt pentru a învinge tulburarea de comportament alimentar. Există totuși, chiar și în clinicile cele mai bune, pacienți care au o influență negativă asupra celorlalți. Problema aceasta este greu de rezolvat. „Sabotorii” trebuie ajutați, pentru a-i împiedica să le facă rău altora. Motivele lor trebuie investigate, înțelese și, dacă este posibil, abordate. Dacă acest lucru se dovedește imposibil, ei trebuie rugați să plece. Este, fără îndoială, o situație extrem de rară. „Victimele” trebuie protejate și, în același timp, comportamentul „sabotorilor” trebuie considerat ca fiind simptomatic pentru problemele lor psihiatrice.

## **TCC-O INTENSIVĂ ADMINISTRATĂ AMBULATORIU**

### **Obiective și indicații**

Aceasta este o formă a TCC-O ambulatorii care încă trebuie evaluată. Este concepută în primul rând pentru a veni în ajutorul pacienților care nu reușesc să-și schimbe obiceiurile alimentare urmând ședințele de TCC-O ambulatorie convențională. Obiectivul urmărit este acela de a-i ajuta pe acești pacienți să ajungă la un nivel la care pot beneficia de TCC-O standard.

Majoritatea pacienților cărora li se recomandă TCC-O ambulatorie intensivă sunt subponderali și nu reușesc să mănânce mai mult și să recâștige în greutate. O problemă importantă este identificarea acestor pacienți, având în vedere că, în mod obișnuit și justificat din punct de vedere clinic, trebuie să treacă 6-8 săptămâni de TCC-O până când pacienții subponderali încep să recâștige în greutate (a se vedea Capitolul 11). Nu putem oferi un răspuns ferm la această problemă, dar TCC-O ambulatorie intensivă ar fi o alegere recomandabilă dacă pacientul nu recâștigă deloc în greutate până în săptămâna a 12-a sau dacă nu reușește să depășească un IMC de 17,5. Tratamentul poate fi folosit și pentru pacienții care au obiceiuri alimentare grav perturbate (de exemplu, episoade frecvente de binge eating și vărsături), dar nu sunt subponderali. Dacă nu reușesc să-și schimbe obiceiurile alimentare până în săptămâna a 8-a (din tratamentul de 20 de săptămâni), această formă intensivă de terapie se poate dovedi utilă.

### **Pregătirea pentru TCC-O intensivă ambulatorie**

Datorită faptului că majoritatea pacienților cărora li se administrează TCC-O intensivă ambulatorie sunt deja sub tratament, obiectivul etapei de pregătire nu este acela de a-i ajuta pe pacienți să se hotărască să înceapă terapia, ci mai degrabă să accepte intensificarea TCC-O. Argumentul pe care îl oferim este acela că TCC-O convențională s-a dovedit insuficientă și că această intervenție mai intensivă i-ar putea ajuta să facă schimbările necesare, evitând variantele mult mai disruptive reprezentate de terapia în regim de internare ori cu spitalizare de zi.

### **Unitatea de tratament**

TCC-O ambulatorie intensivă se administrează în mod ideal într-un centru de tratament ambulatoriu specializat în tratarea pacienților cu tulburări de comportament alimentar. Trebuie dotat cu cabinete standard pentru terapie, precum și cu o bucătărie și o sală de mese, unde poate avea loc alimentația asistată. De asemenea, este nevoie de o încăpere pentru relaxare și de spații de lucru sau de studiu pentru pacienți.

### **Echipa de clinicieni**

La fel ca TCC-O pentru pacienții internați, TCC-O ambulatorie intensivă este implementată de o echipă multidisciplinară specializată în TCC-O, acesta

fiind singurul tratament psihoterapeutic administrat. Echipa cuprinde medici generaliști, psihologi și dieteticieni. Este preferabil ca psihologul să fie același care a administrat terapia ambulatorie convențională. Din nou, la fel ca în protocolul TCC-O pentru pacientul internat, se programează săptămânal o ședință de analiză în care terapeuții se întâlnesc cu pacientul și discută diverse aspecte ale tratamentului.

### Forma de TCC-O ambulatorie intensivă

Pentru pacienții subponderali, TCC-O ambulatorie intensivă are o durată fixă de 12 săptămâni. Pentru pacienții care nu sunt subponderali, dar care au obiceiuri alimentare grav perturbate, durata tratamentului poate fi mult mai scurtă (2-4 săptămâni).

Tratamentul impune prezența pacientului de la ora prânzului până la cină (de la 12:45 până la 19:45) în fiecare zi de lucru (tabelul 15.1). El cuprinde următoarele proceduri:

- consumarea a două mese și a unei gustări în fiecare zi, sub supravegherea unui dietetician (prânz, gustare și cină),

**TABELUL 15.1. Orar pentru TCC-O ambulatorie intensivă**

|             | <b>Luni</b>                                                                                     | <b>Marți</b>                                 | <b>Miercuri</b>                              | <b>Joi</b>                                   | <b>Vineri</b>                                                                   |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 12:45-13:00 | Măsurarea greutății corporale                                                                   |                                              |                                              |                                              | Măsurarea greutății corporale                                                   |
| 13:00-14:00 | Masa de prânz asistată                                                                          | Masa de prânz asistată                       | Masa de prânz asistată                       | Masa de prânz asistată                       | Masa de prânz asistată                                                          |
| 14:00-15:00 | Ședință de analiză                                                                              | Timp liber pentru studiu ori alte activități | Timp liber pentru studiu ori alte activități | Timp liber pentru studiu ori alte activități | Timp liber pentru studiu ori alte activități                                    |
| 15:00-16:00 | Ședință individuală cu dieteticianul (analiza sfârșitului de săptămână și planificarea meselor) | Ședință individuală cu psihologul            | Examen medical*                              | Ședință individuală cu psihologul            | Ședință individuală cu dieteticianul (pregătirea pentru sfârșitul de săptămână) |
| 16:30-17:00 | Gustare asistată                                                                                | Gustare asistată                             | Gustare asistată                             | Gustare asistată                             | Gustare asistată                                                                |
| 17:00-18:30 | Timp liber pentru studiu ori alte activități                                                    | Timp liber pentru studiu ori alte activități | Timp liber pentru studiu ori alte activități | Timp liber pentru studiu ori alte activități | Timp liber pentru studiu ori alte activități                                    |
| 18:30-19:30 | Cină asistată                                                                                   | Cină asistată                                | Cină asistată                                | Cină asistată                                | Cină asistată                                                                   |
| 19:30-19:45 | Primirea porției pentru micul dejun                                                             | Primirea porției pentru micul dejun          | Primirea porției pentru micul dejun          | Primirea porției pentru micul dejun          | Primirea porției pentru micul dejun                                             |

\* Programat săptămânal pentru pacienții grav subponderali (IMC < 16,0) și pentru aceia cu complicații medicale.



- două ședințe de TCC-O pe săptămână cu un psiholog,
- două ședințe de TCC-O pe săptămână cu un dietetician,
- examene medicale periodice,
- o ședință săptămânală de analiză cu participarea terapeuților și a pacientului.

Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, pacienții subponderali consumă progresiv mai multe mese în afara clinicii, iar tratamentul evoluează treptat spre forma convențională a TCC-O ambulatorii.

### **Proceduri specifice de tratament**

Majoritatea procedurilor de tratament sunt identice cu acelea folosite în TCC-O ambulatorie, dar unele sunt specifice acestei variante de terapie.

#### ***Monitorizarea greutății și a obiceiurilor alimentare***

În cazul pacienților subponderali, cântărirea o face dieteticianul în primele 8 săptămâni și apoi pacienții se cântăresc singuri acasă. Pentru verificarea săptămânală, pacienții completează același tip de formular care se folosește cu pacienții spitalizați. Aceste date, împreună cu cele despre greutate, sunt analizate la ședințele săptămânale de analiză.

#### ***Ședințe de TCC-O cu psihologul și cu dieteticianul***

Ședințele de terapie cu psihologul sunt similare celor desfășurate în cadrul TCC-O ambulatorii convenționale, deosebirea principală fiind reprezentată de interesul major acordat acceptării schimbărilor rapide ale alimentației, greutății și siluetei. Ședințele cu dieteticianul vizează obiceiurile alimentare și asigurarea nevoilor nutriționale ale pacientului, precum și asigurarea menținerii schimbărilor realizate în alimentație și pe parcursul weekend-urilor.

#### ***Alimentația asistată***

Pacienții mănâncă prânzul, o gustare și cina în clinică. Alimentele sunt înghețate sau preambalate pentru a necesita minimum de pregătire și sunt alese în așa fel încât să răspundă cerințelor dietetice ale fiecărui pacient. Pentru pacienții subponderali, dieteticianul decide care trebuie să fie conținutul energetic al meselor în primele 4 săptămâni, dar începând cu săptămâna a cincea pacientul preia treptat controlul. Micul dejun și mesele din weekend sunt și ele preparate și oferite de clinică. În ultimele 4 săptămâni, se reduce treptat consumul meselor pregătite în clinică și pacienții încep să mănânce în afara clinicii. Majoritatea celorlalte aspecte ale procedurii alimentației asistate sunt la fel cu cele pentru TCC-O a pacientului internat, iar pentru pacienții subponderali se urmărește atingerea aceluiași parametri în privința recuperării în greutate.

### ***Includerea în terapie a persoanelor semnificative din anturaj***

Aceasta urmează îndeaproape protocolul folosit în TCC-O a pacientului internat.

### ***Menținerea schimbărilor realizate și după externare***

Pentru a asigura șanse maxime de menținere a schimbărilor de comportament alimentar realizate în timpul TCC-O intensive și după externare, pacienții sunt ajutați să devină tot mai responsabili în privința alimentației, pe măsură ce tratamentul progresează, iar ședințele de TCC-O fie se desfășoară fără întreruperi, fie se reiau fără să se facă o pauză.

### **Probleme întâlnite în implementarea TCC-O ambulatorii intensive**

Problemele cu care ne confruntăm în îngrijirea pacienților spitalizați sunt mai puțin dificile în TCC-O ambulatorie intensivă. Complicațiile medicale care pot apărea sunt gestionate în aceeași manieră. Exercițiile fizice practicate în mod excesiv reprezintă rareori o problemă dificilă, la fel și interacțiunea dintre pacienți, probabil pentru că pacienții nu sunt împreună 24 de ore pe zi și în felul acesta sunt șanse mai mici ca ei să devină exagerat de preocupați unul de celălalt.

### **TCC-O DE GRUP**

Deși TCC-O este concepută pentru a fi administrată individual, se încearcă și administrarea unor versiuni de terapie de grup. La Oxford am creat o versiune cu 17 ședințe de grup și trei ședințe individuale, desfășurate pe o perioadă de 21 de săptămâni. Prima ședință individuală s-a organizat la începutul terapiei, pentru a facilita implicarea pacientului și pentru a crea o formulare personalizată; următoarea a fost programată după 4 săptămâni (adică la începutul Etapei a doua, a se vedea Capitolul 7), pentru a analiza progresul obținut și pentru a stabili prioritățile tratamentului. Cea de-a treia ședință a avut loc la sfârșitul terapiei și a avut ca obiectiv stabilirea unui plan pentru viitor (a se vedea Capitolul 12). Grupul s-a întrunit săptămânal, până la ultimele două ședințe, programate la interval de două săptămâni. Pentru a păstra ritmul inițial, precum și continuitatea procesului terapeutic, pacienții au beneficiat și de o convorbire telefonică planificată, cu durata de aproximativ 15 minute, în fiecare dintre primele 4 săptămâni; convorbirea a fost programată la mijlocul intervalului dintre ședințele de grup. Obiectivul convorbirilor era analiza progresului înregistrat și a temei de casă curente, precum și rezolvarea dificultăților pe care le întâmpinau pacienții în implementarea programului ce fusese stabilit la ședința anterioară de terapie de grup.

Terapia a respectat protocolul TCC-O așa cum este descris în cartea de față, iar tratamentul a fost conceput astfel încât să reflecte versiunea tratamentului de 20 de săptămâni. Au participat doi terapeuți, amândoi buni cunoscători ai

TCC-O, și șase pacienți. Fiecare pacient a fost repartizat unuia dintre cei doi terapeuți. (Inițial fuseseră opt pacienți. Doi dintre ei au fost scoși din program, pentru că s-a dovedit că terapia nu îi ajuta și atunci li s-a oferit în schimb tratament individual. Unul dintre acești pacienți avea un IMC sub 18,0, iar celălalt dezvoltase depresie clinică severă.)

Ședințele de terapie de grup s-au desfășurat în același format cu cel folosit în tratamentul individual și au avut același conținut. Ele aveau o durată de 90 de minute. Înainte de fiecare ședință, pacienții se întâlneau timp de 10 minute cu terapeutul care le fusese repartizat, pentru a fi cântăriți, pentru a li se completa graficul greutății cu valorile obținute (vezi pagina 92) și pentru a realiza o scurtă analiză a fișelor de monitorizare. Nu li s-a cerut pacienților să-și dezvăluie greutatea celorlalți membri ai grupului și nici să le arate fișele de monitorizare.

Ședințele începeau cu stabilirea unei agende pe baza căreia se desfășurau activitățile ulterioare. Conținutul acesteia era foarte asemănător cu acela al agendei unei ședințe individuale, fără elementul de individualizare. Temele de casă erau repartizate la fel ca în tratamentul individual. În plus, terapeuții au folosit formatul de grup pentru a-i încuraja pe pacienți să-și împărtășească experiențele, să se ajute unul pe celălalt și să rezolve împreună dificultățile cu care se confruntau. Acest sprijin reciproc era încurajat numai în timpul alocat ședințelor de grup, deoarece pacienții au fost rugați să nu ia legătura unul cu celălalt în afara ședințelor de grup (fiindcă acest lucru ar fi putut conduce la divizarea grupului și la conversații neconstructive). De asemenea, pacienții au fost rugați să păstreze confidențialitatea.

Este imposibil de spus dacă această versiune a TCC-O a fost la fel de eficientă ca TCC-O administrată în maniera obișnuită. A fost limpede că

**TCC-O de grup nu a putut fi individualizată la un nivel cel puțin apropiat celui realizat în TCC-O individuală.**

planificarea și organizarea terapiei de grup s-a dovedit mult mai greu de realizat decât organizarea tratamentului individual (din motive legate de coordonarea tuturor pacienților în funcție de timpul disponibil al fiecăruia și ținând seama de eforturile pe care a trebuit să le depunem pentru a evita întreruperile pe durata tratamentului) dar, poate și mai important, a fost faptul că tratamentul nu a putut fi individualizat la un nivel cel puțin apropiat celui realizat în TCC-O individuală. De exemplu, nu ne-am putut concentra atât cât ar fi fost de dorit asupra obstacolelor și a dificultăților cu care s-a confruntat fiecare pacient.

În parte, acest lucru poate fi pus pe seama diversității trăsăturilor tulburării de comportament alimentar prezente (de exemplu, unii dintre pacienți prezentau doar restricționarea consumului alimentar și nu mâncau în mod compulsiv, în vreme ce alții aveau episoade frecvente de mâncat compulsiv). Aspectul pozitiv care merită menționat este acela că elementele de psihoeducație și intervențiile vizând problemele legate de siluetă și de greutate s-au dovedit adecvate formatului de grup și au fost foarte bine primite.

## OBSERVAȚII FINALE

Formatul TCC-O pentru pacientul spitalizat descris în acest capitol reprezintă prima încercare de a aplica într-un spațiu clinic similar „lumii reale” strategiile și procedurile TCC-O. Experiența de până acum indică faptul că tratamentul este bine acceptat de către pacienți și de către personalul de specialitate. Datele pe care le obținem în legătură cu efectele tratamentului sunt pozitive, iar schimbările realizate par să fie durabile.

TCC-O ambulatorie intensivă este o abordare nouă care necesită evaluări suplimentare riguroase. Ea este concepută ca o alternativă la tratamentul cu internare sau cu spitalizare de zi pentru pacienții a căror stare nu se ameliorează în urma TCC-O convenționale. Se pare că reușește să îndeplinească acest rol. Rămâne de stabilit dacă este recomandabilă și în alte situații.

TCC-O de grup este mai problematică, fiindcă este greu de organizat și pentru că un element esențial al tratamentului se pierde cu totul ori își pierde din eficacitate – individualizarea. După părerea noastră, aceste dezavantaje depășesc în importanță avantajele sale potențiale.

## BIBLIOGRAFIA RECOMANDATĂ

- Andersen, A.E., Bowers, W., & Evans, K. (1997). Inpatient treatment of anorexia nervosa. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 327-353). New York: Guilford Press.
- Dalle Grave, R. (2005). A multi-step cognitive behaviour therapy for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 373-382.
- Dalle Grave, R. (2005). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione durante il ricovero* [Cognitive behavior therapy for inpatients with an eating disorder] (Seconda edizione ed.). Verona: Positive Press.
- Dalle Grave, R., Bartocci, C., Todisco, P., Pantano, M., & Bosello, O. (1993). Inpatient treatment for anorexia nervosa: A lenient approach. *European Eating Disorders Review*, 1, 166-176.
- Dalle Grave, R. (2011). Intensive cognitive behavioural therapy for eating disorders. *European Psychiatric Review*, 4, 59-64.
- Dalle Grave, R., Ricca, V., & Todesco, T. (2001). The stepped-care approach in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress and problems. *Eating and Weight Disorders*, 6, 81-89.
- Garner, D., Vitousek, K., & Pike, K. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 94-144). New York: Guilford Press.
- Lock, J., le Grange, D., Agras, W.S., & Dare, C. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. New York: Guilford Press.
- Pike, K.M. (1998). Long-term course of anorexia nervosa: Response, relapse, remission, and recovery. *Clinical Psychology Review*, 18, 447-475.
- Vandereycken, W. (2003). The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: Questions to be answered. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 409-422.

## „CAZURI COMPLEXE” ȘI COMORBIDITATE

CHRISTOPHER G. FAIRBURN, ZAFRA COOPER ȘI  
DEBORAH WALLER

**Complexitatea este mai degrabă o trăsătură obișnuită, decât o excepție, în rândul pacienților suferind de o tulburare de comportament alimentar.**

Ideea că ar exista un subset de „cazuri complexe” nu se aplică întru totul tulburărilor de comportament alimentar, cel puțin nu în cazul adulților suferind de o tulburare de comportament alimentar. Aproape toate aceste cazuri sunt complexe, deoarece marea majoritate a pacienților prezintă și alte probleme grave. Majoritatea întrunesc criteriile pentru încă una sau mai multe tulburări de pe Axa I și mulți primesc un diagnostic de tulburare de personalitate. Complicațiile medicale sunt frecvente și un subgrup semnificativ de pacienți psihiatrici prezintă o afecțiune medicală coexistentă, care interacționează cu tulburarea de comportament alimentar. Dificultățile de natură interpersonală sunt și ele des întâlnite și, în sfârșit, natura cronică a acestor tulburări are deseori un impact major asupra dezvoltării psihosociale a acestor pacienți. Complexitatea este mai degrabă o trăsătură obișnuită, decât o excepție, în rândul pacienților suferind de o tulburare de comportament alimentar.

Acest capitol prezintă modul de evaluare și de gestionare a acestor probleme coexistente, concomitent cu administrarea TCC-O. Capitolul are trei secțiuni principale: prima vizează tulburările psihiatrice coexistente, cea de-a doua afecțiunile medicale generale, iar cea de-a treia discută ce trebuie întreprins atunci când pacientul trece printr-un eveniment de viață ori printr-o criză majoră înaintea sau în timpul tratamentului. Dificultățile de natură interpersonală și de dezvoltare sunt discutate în Capitolul 13.

### TULBURĂRI PSIHIATRICE COEXISTENTE

După cum am menționat anterior, majoritatea pacienților cu o tulburare de comportament alimentar îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru cel puțin încă o tulburare psihiatrică. Cele mai frecvente tulburări coexistente de pe Axa

I sunt tulburările afective, în special depresia clinică, tulburările de tip anxios și folosirea abuzivă a unor substanțe. Atunci când se evaluează trăsături care sugerează prezența acestor tulburări, trebuie să avem mereu în minte următoarele întrebări:

1. Trăsăturile tulburării coexistente pot fi puse direct pe seama tulburării de comportament alimentar ori a consecințelor sale?

- Dacă da, presupusa comorbiditate poate fi falsă, deoarece tulburarea coexistentă poate fi doar o trăsătură a tulburării de comportament alimentar.

2. Este posibil ca trăsăturile tulburării coexistente să împiedice tratarea cu succes a tulburării de comportament alimentar?

- Dacă este așa, acestea trebuie abordate fie înainte de terapie, fie concomitent cu aceasta.

3. Există probabilitatea ca trăsăturile tulburării coexistente să dispară, dacă tulburarea de comportament alimentar este tratată cu succes?

- Dacă este așa, și dacă este puțin probabil ca ele să interfereze cu tratamentul, probabil că nu este nevoie să intervenim în privința lor.

### Depresia clinică

O mare parte a pacienților diagnosticați cu o tulburare de comportament alimentar suferă și de o depresie clinică coexistentă, pentru care este nevoie de tratament specific. Deseori, trăsăturile depresive ale acestor pacienți sunt considerate de către unii clinicieni trăsături firești pentru pacienții suferind de o tulburare de comportament alimentar și, în consecință, nu li se acordă atenția cuvenită. Considerăm că aceasta este o greșeală – o greșeală pe care și noi am făcut-o în trecut.

**O mare parte a pacienților diagnosticați cu o tulburare de comportament alimentar suferă și de o depresie clinică coexistentă, pentru care este nevoie de tratament specific.**

Am ajuns la concluzia că printre pacienții cu tulburări de comportament alimentar, în cadrul tuturor grupelor mari de diagnostic, se poate identifica un subgrup numeros care prezintă depresie clinică semi-independentă, iar atunci când se întâmplă acest lucru, ea interferează puternic cu tratamentul tulburării de comportament alimentar. Există mai multe motive care explică această interferență: în primul rând, tipul de gândire specific persoanelor depresive le determină să fie lipsite de speranță în legătură cu posibilitatea de a se schimba, ceea ce le subminează capacitatea de a se implica în procesul terapeutic; în al doilea rând, energia scăzută a persoanelor depresive are același efect; iar în al treilea rând, dificultățile de concentrare pot avea ca rezultat incapacitatea de a reține informațiile. Importanța detectării și tratării depresiilor clinice nu trebuie subestimată și, ori de câte ori este posibil, acest lucru trebuie să se facă înainte de inițierea TCC-O.

Identificarea acestor pacienți nu este ușoară. Din mai multe motive, unele trăsături ale depresiei sunt de așteptat la pacienții cu o tulburare de comportament alimentar. Întâi, stima de sine redusă este frecventă în rândul persoanelor suferind de o tulburare de comportament alimentar (a se vedea Capitolul 13), la

fel și gândirea autocritică. În al doilea rând, starea de indispoziție și alte câteva trăsături care sugerează în mod obișnuit depresia clinică sunt, de asemenea, caracteristice persoanelor grav subponderale (de exemplu, concentrarea deficitară, energia și entuziasmul reduse, somnul deficitar, dezinteresul pentru sex, tendințe obsesionale sporite – a se vedea Capitolul 11), fiind de așteptat în cazul persoanelor cu un IMC scăzut. În al treilea rând, alimentația compulsivă provoacă sentimente de vină, de rușine, indispoziție afectivă și autocritică, toate acestea sugerând, de altfel, și depresia clinică. În al patrulea rând, restrângerea consumului alimentar și restricțiile alimentare prelungite pot avea ca rezultat iritabilitate și concentrare deficitară, ambele trăsături ale depresiei clinice. În sfârșit, funcționarea interpersonală deficitară, care este o consecință frecventă

**TABELUL 16.1. Trăsături clinice distinctive care sugerează prezența depresiei clinice coexistente**

O intensificare recentă a trăsăturilor depresive (în absența oricărei schimbări survenite în tulburarea de comportament alimentar ori în situația generală a pacientului)

Gândire negativă extremă și generalizată mai pronunțată (adică având un conținut mai larg decât preocupările legate de alimentație, siluetă și greutate)

- Gândire negativă generalizată
- Lipsă de speranță în general (adică perspectivă sumbră asupra viitorului, lipsă de orizont, resemnare)
- Gânduri recurente despre moarte în general
- Gânduri și planuri suicidare (de exemplu, gândul că ar fi mai bine dacă ar fi mort, existența unui plan anume pentru a-și lua viața)
- Vina nejustificată în legătură cu evenimente și situații care nu au legătură cu psihopatologia tulburării de comportament alimentar

Scădere a interesului pentru preocupările preferate și pentru cei din jur (pe lângă și dincolo de orice deficit care însoțise deja tulburarea de comportament alimentar)

- Apetit scăzut pentru socializare (de exemplu, pacientul nu se mai întâlnește cu prietenii)
- Întreruperea unor activități obișnuite în trecut (de exemplu, pacientul nu mai citește ziarele, nu mai urmărește programele de știri, nu mai ascultă muzică)

Scădere a entuziasmului și dificultăți în luarea deciziilor

- Scăderea capacității de automotivare pentru a întreprinde anumite lucruri (de exemplu, pentru a munci, pentru a practica un sport)<sup>a</sup>
- Procrastinare (din cauza dificultăților întâmpinate în luarea deciziilor)

Alte trăsături semnificative

- Tendința de a plânge mai ușor (în situații în care anterior nu ar fi plâns)
- Neglijență în ceea ce privește înfățișarea și igiena personală (comparativ cu standardele obișnuite)
- Neglijarea activităților de zi cu zi (de exemplu, pacientul nu deschide corespondența, nu-și plătește facturile)
- Debutul târziu al tulburării de comportament alimentar (adică după vârsta de 30 de ani)
- Conduită atipică în ședințele de terapie (de exemplu, indispoziție afectivă persistentă)
- Răspuns terapeutic slab după prima etapă de TCC-O
- Ca urmare a lipsei de entuziasm și a gândirii negative, incapacitate de îndeplini sarcinile convenite ca temă de casă

*Sugestie pentru clinician:* Întrebați pacienții care sunt deranjați de obiceiurile lor alimentare cum se simt într-o „zi bună” (conform propriei aprecieri), deoarece acest lucru vă ajută să decelați problemele de dispoziție afectivă de cele legate de tulburarea de comportament alimentar.

O relatare memorabilă este aceea a rudei uneia dintre pacientele noastre: în cazul ficei sale, acel „ridică-te și umblă” s-a adevărit!

a unei tulburări de comportament alimentar, îi poate determina pe pacienți să se simtă lipsiți de valoare și antipatici, aceste percepții sugerând de asemenea prezența depresiei.

În prezent, verificăm cu mare atenție semnele depresiei clinice la pacienții noștri, deoarece aceste depresii sunt absolut tratabile și, dacă facem acest lucru, tulburarea de comportament alimentar va fi mai ușor de depășit. Detectarea acestor depresii necesită o atenție sporită acordată trăsăturilor depresive discriminatorii și care nu sunt tipice pacienților suferind de o tulburare de comportament alimentar. Tabelul 16.1 prezintă aceste trăsături, alături de altele, care în opinia noastră pot indica prezența depresiei. Cu cât sunt prezente mai multe trăsături de felul acesta, cu atât putem fi mai siguri de diagnosticul unei depresii clinice. Merită menționat faptul că pacienții care refuză medicația antidepressivă au tendința de a minimaliza ori de a nega prezența simptomelor. Dacă este așa, trebuie să discutați această chestiune cu pacientul și să subliniați faptul că este nevoie ca el să fie deschis și sincer. Deseori, este util să evaluați asemenea pacienți în mai multe rânduri, întrucât tendința aceasta de minimalizare a simptomelor poate să dispară cu timpul. Trebuie să adăugăm faptul că atunci când evaluați acești pacienți, este necesar să evaluați și riscul de suicid. Aceasta înseamnă că toți terapeuții specializați în tulburări de comportament alimentar trebuie să fie capabili să evalueze riscul de suicid. Riscul este prezent în mare măsură, dar nu în mod exclusiv, la pacienții cu depresie clinică coexistentă.

Dacă există semne ale prezenței depresiei clinice, le explicăm pacienților acest lucru, spunându-le că este important ca aceasta să fie tratată întâi, deoarece vindecarea depresiei va avea ca rezultat nu numai o ameliorare a stării lor, ci și faptul că vor fi mai capabili să-și învingă tulburarea de comportament alimentar.

Tratamentul nostru preferat în această situație este medicația antidepressivă. Acest lucru îi surprinde (și chiar îi șochează) pe unii dintre colegi, deoarece este cunoscut interesul nostru specific pentru metodele psihologice de tratament. Trebuie să menționăm faptul că, în acest context, suntem în favoarea folosirii medicației antidepressive, deoarece funcționează bine și repede, permițându-ne să trecem rapid la tratamentul psihologic al tulburării de comportament alimentar.

Pe scurt, și cu anumite excepții, modul nostru de folosire a medicației antidepressive este în felul următor:

1. Recomandăm ca pacientul să accepte medicația antidepressivă. Nu credem că este bine să existe rezerve în această privință. Discutăm în mod detaliat care sunt avantajele și dezavantajele administrării acestui tratament (vezi pagina 321), cu scopul de a-l ajuta pe pacient să ia o decizie în cunoștință de cauză.

2. În general, tratăm depresia cu fluoxetină. Acest lucru nu înseamnă că alte antidepressive nu ar fi la fel de eficiente, ci doar că experiența noastră clinică a dovedit că fluoxetina dă rezultate bune și prezintă puține complicații în majoritatea cazurilor. De obicei, începem cu o doză de 40 mg (administrată o dată pe zi, imediat după trezire), deoarece nu am întâlnit încă un pacient suferind de o tulburare de comportament alimentar care să răspundă la 20 mg. (Unii pacienți își induc voma dimineața, deși acest lucru este puțin obișnuit. În astfel de cazuri, există riscul ca ei să nu rețină medicamentele. Trebuie să discutați cu



pacientul despre această posibilitate și să identificați modalitățile prin care se poate amâna inducerea vomiei.) Pacientul este reevaluat după 2 săptămâni. Dacă doza de 40 mg este suficientă, rezultatele încep să se evidențieze după aproximativ 10-12 zile. Este bine să aveți în vedere faptul că efectul observat inițial este uneori mai redus decât pare, deoarece pacienții sunt atât de mulțumiți de schimbarea înregistrată, încât efectul pare mai puternic decât este cu adevărat.

3. Dacă nu se observă niciun răspuns terapeutic, mărim doza la 60 mg și mai așteptăm 2-3 săptămâni. Dacă doza aceasta nu este suficientă, o mărim în continuare, deoarece experiența ne-a demonstrat că există un grup semnificativ de pacienți care răspund excelent la fluoxetină, dar numai în doze mai mari decât aceasta. (Aceasta este o observație interesantă. Ar putea fi vorba despre efectul fiziologic al restricțiilor alimentare cronice ale acestor pacienți.)

4. După ce pacientul prezintă un răspuns terapeutic complet (în general, după 4-6 săptămâni de administrare a dozei active), medicația continuă în aceeași parametri în următoarele 9 luni, pentru a reduce la minimum riscul revenirii depresiei. În această perioadă, tulburarea de comportament alimentar se tratează folosind TCC-O. După cele 9 luni, în cazul în care pacientul nu este supus unui stres accentuat în perioada respectivă, medicația este întreruptă.

5. Efectele adverse ale fluoxetinei sunt în general minime la acești pacienți. Ele se împart în două grupe principale. O grupă reprezintă efectele care apar chiar la începerea administrării sau la mărirea dozei. Ele durează aproximativ 5 zile și de obicei se manifestă prin greață (de la o senzație ușoară, până la greață puternică). Cea de-a doua grupă reprezintă reacțiile adverse mai puțin frecvente, dar care tind să persiste pe toată durata administrării. Una dintre aceste reacții adverse este un tremur ușor al mâinilor (vizibil dacă pacienții își întind brațele și degetele), mai ales la pacienții care primesc doze mai mari și la aceia care sunt subponderali. Dacă tremurul este ușor, unii pacienți preferă să continue tratamentul cu același medicament, în loc să treacă la alt antidepressiv și eventual să pericliteze răspunsul terapeutic. Cu toate acestea, dacă tremurul este pronunțat, va trebui ales un alt antidepressiv. Altă trăsătură întâlnită ocazional este o ușoară dificultate la înghițire, deși aceasta este rareori deranjantă. Cea de-a treia trăsătură este scăderea (sau pierderea) apetitului sexual și a reactivității. Și aceasta este de obicei surmontabilă. Foarte puțini pacienți aleg să întrerupă medicația din acest motiv.

Mai există un aspect care trebuie subliniat. Experiența noastră a dovedit că medicamentele antidepressive acționează la fel de bine (ca agenți antidepressivi) indiferent de greutatea pacientului. Se spune deseori că antidepressivele nu au efect asupra pacienților suferind de anorexie nervoasă. După părerea noastră, acest lucru este absolut fals. Antidepressivele nu dau rezultate dacă sunt folosite ca tratament al anorexiei nervoase, dar ele dau rezultate în tratarea depresiei clinice, chiar și la pacienții subponderali.

Se întâmplă frecvent ca pacienții să fie rezervați în privința tratamentului cu antidepressive. Unele rezerve de felul acesta sunt de fapt un rezultat al depresiei și reflectă perspectiva critică asupra propriei persoane, nehotărârea și procrastinarea. Este important să analizăm cu atenție aceste rezerve, pentru a

corecta convingerile greșite, subliniind în același timp beneficiile potențiale ale medicației. Principalele aspecte care trebuie subliniate (după caz) sunt:

- Urmarea unui tratament medicamentos cu antidepresive nu este un semn de slăbiciune. Antidepresivele nu interferează cu abilitatea individului de a se confrunta cu dificultățile de fiecare zi; într-adevăr, el se va descurca mult mai bine în această privință, după ce se înlătură depresia clinică.
- Vindecarea depresiei clinice cu ajutorul medicației antidepresive va însemna că pacientul este mai pregătit să beneficieze întru totul de tratamentul psihologic pentru tulburarea de comportament alimentar.
- Medicamentele antidepresive nu produc dependență. Administrarea lor poate fi întreruptă cu ușurință, iar în cazul fluoxetinei nu există niciun sindrom de sevraj detectabil.
- Antidepresivele nu reglează dispoziția afectivă. Sunt medicamente pentru tratamentul depresiilor clinice.
- Efectele adverse sunt foarte puține; într-adevăr, majoritatea pacienților spun că nu mai simt că iau fluoxetină după ce dispar efectele secundare inițiale.
- Fluoxetina nu determină creșterea apetitului sau creșterea în greutate. Într-adevăr, la doze mai mari (60 mg), ea poate interveni reducând predispoziția de a mânca în mod compulsiv.
- Un alt aspect important care trebuie subliniat se referă la faptul că pacientul va fi mai sensibil la efectele alcoolului și de aceea trebuie să bea cu precauție.

Tratarea depresiilor clinice în felul acesta are uneori un efect asupra tulburării de comportament alimentar. Acesta este fie efectul farmacologic direct al medicamentului antidepresiv, fie rezultatul ameliorării stării psihologice a pacientului. De exemplu, după cum s-a observat în cazul pacienților care mănâncă în mod compulsiv, poate apărea o scădere a frecvenței episoadelor de binge eating și, în consecință, o diminuare a anumitor trăsături secundare (de exemplu, temerile legate de pierderea controlului asupra alimentației, nivelul stării depresive secundare). Acesta este probabil un efect farmacologic direct, întrucât cercetările indică faptul că el este identificat și la pacienți care nu au fost deprimați inițial. Se întâmplă rareori, conform experienței noastre, ca ameliorarea să se extindă la psihopatologia de bază a tulburării de comportament alimentar ori la manifestările sale directe și, probabil din acest motiv, în numeroase cazuri ea nu este durabilă. Reducerea depresiei poate influența tulburarea de comportament alimentar în alte moduri. Pacienții subponderali pot începe să se subalimenteze și mai mult, ca rezultat al sporirii entuziasmului și a hotărârii, ori pot mânca mai mult, ca rezultat al revenirii apetitului și al dorinței de a socializa.

Așadar, pornind de la cele trei întrebări formulate anterior, putem rezuma:

1. *Trăsăturile tulburării coexistente pot fi puse direct pe seama tulburării de comportament alimentar ori a consecințelor sale?*

- Multe trăsături care sugerează prezența depresiei clinice pot fi secundare unei tulburări de comportament alimentar, dând impresia greșită că avem de-a face cu două tulburări psihiatrice. Oricum, în cazul pacienților cu o depresie clinică coexistentă există trăsături depresive distincte care nu sunt tipice pacienților suferind de o tulburare de comportament alimentar (a se vedea tabelul 16.1).
2. *Este posibil ca trăsăturile tulburării coexistente să împiedice tratarea cu succes a tulburării de comportament alimentar?*
    - Trăsăturile depresive, dacă sunt pregnante, interferează într-adevăr cu abilitatea pacientului de a beneficia de TCC-O. De aceea, pacienții diagnosticați cu o depresie clinică coexistentă trebuie să o trateze întâi pe aceasta. Medicația antidepresivă dă rezultate bune în cazul acestor pacienți, indiferent de greutatea lor corporală și de diagnosticul tulburării de comportament alimentar.
  3. *Există probabilitatea ca trăsăturile tulburării coexistente să dispară, dacă tulburarea de comportament alimentar este tratată cu succes?*
    - Trăsăturile depresive secundare dispar în mod obișnuit, dacă tulburarea de comportament alimentar este tratată cu succes. Acest lucru nu este valabil pentru cazurile în care este prezentă depresia clinică.

## Alte tulburări afective

Uneori, primim pacienți diagnosticați cu tulburarea bipolară I sau II și cu o tulburare de comportament alimentar. În perioada eutimică, TCC-O se poate desfășura în coordonatele obișnuite cu acești pacienți și deseori ei răspund bine la terapie. Dificultățile, dacă apar, sunt deseori declanșate de o schimbare incipientă a dispoziției afective. Mai comună și mai greu de gestionat este coexistența unei tulburări de comportament alimentar cu anumite forme de tulburare bipolară fără altă specificație (de exemplu, atunci când apare o alternanță rapidă și frecventă [pe parcursul câtorva zile] de episoade a căror intensitate se situează aproape de pragul maniacal și de cel depresiv). Pacienții aceștia se deosebesc destul de mult de cei cu o tulburare de tip borderline, cu care pot fi confundați. Este greu să-i ajutăm cu TCC-O în perioadele în care dispoziția lor afectivă este instabilă, de aceea stabilizarea afectivă trebuie să fie prioritară. Din păcate, unele dintre medicamentele prescrise pentru stabilizarea dispoziției afective subminează controlul asupra alimentației și determină o creștere în greutate, acestea fiind efecte adverse inacceptabile pentru pacienții cu tulburări de comportament alimentar.

## Tulburările de anxietate

Tulburările de anxietate coexistă, de regulă, cu tulburările de comportament alimentar, dar nu sunt nici pe departe atât de greu de gestionat ca depresia clinică, deoarece, în general, ele nu interferează cu terapia. (Dacă trăsăturile anxietății

sau ale folosirii abuzive a unor substanțe coexistă cu depresia clinică, ele pot fi secundare acesteia. În astfel de cazuri, recomandăm ca depresia clinică să fie tratată prima, conform specificațiilor de mai sus.)

Începem cu cele trei întrebări esențiale amintite mai devreme:

1. *Trăsăturile tulburării coexistente pot fi puse direct pe seama tulburării de comportament alimentar ori a consecințelor sale?*
  - Pacienții cu o tulburare de comportament alimentar prezintă deseori trăsături indicând o tulburare de anxietate. De exemplu, evitarea socializării din pricina dificultății de a mânca în prezența altora este o trăsătură comună, mai ales în rândul pacienților subponderali. Totuși, în acest context, ea nu indică prezența fobiei sociale, deoarece teama se datorează tulburării de comportament alimentar. Același lucru este valabil pentru alimentația ritualizată și pentru hoarding, care este un efect nespecific al subponderalității severe (a se vedea Capitolul 11) și care altminteri ar putea fi considerat un simptom al tulburării obsesiv-compulsive.
2. *Este posibil ca trăsăturile tulburării coexistente să împiedice tratarea cu succes a tulburării de comportament alimentar?*
  - În cazul tulburărilor de anxietate, acest lucru este puțin obișnuit. S-a întâmplat să ni se trimită la tratament pacienți suferind de agorafobie atât de severă, încât nu se puteau prezenta la ședințele de terapie. Evident, în astfel de cazuri, agorafobia a trebuit tratată prima. Mult mai dificile, dar mai puțin frecvente, sunt cazurile de tulburare obsesiv-compulsivă, în care compulsiile afectează în asemenea măsură alimentația pacientului, încât întrețin tulburarea de comportament alimentar. De exemplu, am avut o pacientă ale cărei preocupări privind contaminarea erau focalizate asupra alimentelor și de aceea ajunsese să mănânce foarte puțin. Pentru pacienții aceștia este nevoie fie să se abordeze întâi tulburarea de anxietate, fie să se trateze cele două tulburări în tandem (de către același terapeut). Cea de-a doua abordare este dificilă și de aceea este nevoie de un terapeut extrem de priceput și experimentat care să fie capabil să adapteze TCC-O, astfel încât să poată îngloba tulburarea obsesiv-compulsivă și tratamentul acesteia.
3. *Există probabilitatea ca trăsăturile tulburării coexistente să dispară, dacă tulburarea de comportament alimentar este tratată cu succes?*
  - Trăsăturile secundare ale anxietății vor dispărea dacă tulburarea de comportament alimentar este tratată cu succes și, uneori, acest lucru este valabil pentru tulburări de anxietate coexistente, precum tulburarea de anxietate generalizată.

Unii pacienți au o tulburare de tip anxios complet separată de tulburarea de comportament alimentar, în sensul că ea nu interacționează și nici nu va afecta tratamentul. Experiența noastră indică faptul că pacienții suferind de TSPT se încadrează deseori în acest grup. În astfel de situații, ne consultăm cu pacienții

pentru a vedea care problemă doresc să o abordeze întâi, deoarece, de regulă, este nerecomandabilă inițierea concomitentă a două tratamente psihologice. De obicei, dar nu de fiecare dată, ei aleg să abordeze întâi problema de comportament alimentar. În cazul acesta, decidem împreună să reevaluăm problema coexistentă la sfârșitul tratamentului și, dacă acest lucru se impune, să programăm tratarea ulterioară a acesteia. (Adoptăm aceeași strategie cu pacienții prezentând un istoric de abuz sexual sau fizic și care doresc să fie ajutați în acest sens.)

### **Folosirea abuzivă a unor substanțe**

Folosirea abuzivă a unor substanțe este frecventă în rândul pacienților cu tulburări de comportament alimentar, deși experiența noastră a arătat că ea se limitează în general la cei care mănâncă în mod compulsiv. În principal, este vorba despre consumul excesiv de alcool, deși unii pacienți folosesc droguri recreaționale (de exemplu, marijuana, ecstasy) într-o anumită măsură, iar un număr mic dintre ei consumă cocaină ori amfetamine. În cazul din urmă, substanța poate fi folosită și ca modalitate de a controla greutatea.

Din nou, adresăm cele trei întrebări de început:

1. *Trăsăturile tulburării coexistente pot fi puse direct pe seama tulburării de comportament alimentar ori a consecințelor sale?*

- De obicei, acest lucru nu se întâmplă decât în cazurile în care substanța respectivă este folosită pentru a controla greutatea. Intoleranța la emoții poate fi prezentă în unele cazuri, întreținând atât tulburarea de comportament alimentar, cât și folosirea abuzivă a substanțelor (a se vedea Capitolul 10). În general, acești pacienți au accese intermitente de abuz de substanțe (de exemplu, consum compulsiv nonsocial de alcool), mai degrabă decât un comportament constant de consum ridicat. De asemenea, ei pot avea un istoric prezentând alte forme de comportament disfuncțional direcționat spre reglarea emoțională, în special automutilarea.

2. *Este posibil ca trăsăturile tulburării coexistente să împiedice tratarea cu succes a tulburării de comportament alimentar?*

- Intoxicațiile frecvente pe timpul zilei interferează aproape invariabil cu terapia. Noi le explicăm acest lucru pacienților și îi rugăm să mediteze asupra acestui lucru. Spre surpriza noastră, există pacienți care nu numai că decid că trebuie să renunțe ori să reducă mult cantitatea de substanță (de obicei alcool), dar și reușesc rapid acest lucru. Ei afirmă că vindecarea tulburării de comportament alimentar este atât de importantă, încât pur și simplu vor fi nevoiți să controleze folosirea substanței respective. Alți pacienți nu reușesc sau nu doresc să facă acest lucru. Noi recomandăm ca asemenea pacienți să urmeze un tratament de specialitate pentru abuzul de substanțe, înainte de începerea TCC-O. Dacă este vorba despre un consum intermitent, în general îl abordăm în

contextul terapiei tulburării de comportament alimentar și, de obicei, rezultatele sunt bune.

3. *Există probabilitatea ca trăsăturile tulburării coexistente să dispară, dacă tulburarea de comportament alimentar este tratată cu succes?*
  - Aceasta se întâmplă deseori, dacă abuzul de substanțe este moderat sau intermitent.

În ceea ce privește fumatul, acesta nu este abordat în general în terapie, deoarece constituie rareori un obstacol pentru schimbarea urmărită. Totuși, dacă se recurge la fumat pentru a rezista impulsului de a mânca, acesta trebuie descurajat și trebuie găsite alternative mai sănătoase (a se vedea intervenția „Regimul alimentar cu mese regulate”, pagina 111). Nu este recomandabil să urmărești încetarea fumatului în vreme ce abordezi tulburarea de comportament alimentar, deoarece obiectivul acesta este mult prea ambițios. Cel mai bine este să abordezi fumatul după aceea.

## **Alte tulburări psihiatrice de pe Axa I**

Pacienții cu tulburări de comportament alimentar nu sunt imuni la alte tulburări psihiatrice coexistente în afara celor prezentate deja. De exemplu, am întâlnit pacienți suferind de schizofrenie, tulburare de conversie, hipocondriază și tulburarea dismorfică corporală. Din nou, trebuie găsite răspunsurile la cele trei întrebări esențiale, atunci când decidem cum putem înțelege și gestiona cel mai bine o astfel de comorbiditate.

## **Tulburări de personalitate**

După cum am subliniat în Capitolul 2 (pagina 32), personalitatea pacienților cu o tulburare de comportament alimentar este greu de evaluat, deoarece numeroase trăsături de interes sunt direct afectate de prezența unei tulburări de comportament alimentar. După părerea noastră, stabilirea unui diagnostic de tulburare de personalitate este și mai problematică, deoarece majoritatea pacienților nu au avut probabil nicio perioadă a vârstei adulte în care să nu fi fost influențați de tulburarea de comportament alimentar. Din acest motiv și din alte motive, noi nu facem acest lucru.

Tratăm, desigur, tipurile de pacienți care sunt diagnosticați cu tulburări de personalitate. Pacienții care se automutilează ori care abuzează de substanțe atrag deseori diagnosticul de tulburare de personalitate de tip borderline, în vreme ce noi considerăm că suferă de intoleranță la emoții și au dificultăți de natură interpersonală. Cazurile acestea sunt gestionate conform coordonatelor descrise în Capitolele 10 și 13. Pacienții cu perfecționism clinic primesc uneori un diagnostic de tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă. Gestionarea acestor cazuri este discutată în Capitolul 13. Pacienții cu stimă de sine redusă ca trăsătură fundamentală pot primi un diagnostic de tulburare de personalitate evitantă sau de tulburare de personalitate dependentă. Și gestionarea lor a fost prezentată în Capitolul 13.

## AFECTIUNI MEDICALE GENERALE COEXISTENTE

### Obezitatea

Obezitatea este afecțiunea medicală cel mai des întâlnită la pacienții suferind de o tulburare de comportament alimentar, deși combinația nu este atât de frecventă cum s-ar putea crede, întrucât se limitează în mare parte la pacienții cu tulburarea de tip binge eating. Ocazional, întâlnim câte un pacient cu bulimie nervoasă care are un IMC peste 30,0, dar acesta este un lucru puțin obișnuit.

Când pacientul suferă de o tulburare de comportament alimentar și de obezitate, este esențial ca atât terapeutul, cât și pacientul să aibă clar în minte obiectivele tratamentului. Există două opțiuni fundamentale. Terapia se poate focaliza asupra scăderii în greutate, iar aceasta poate sau nu să aibă ca rezultat simultan și încetarea alimentației compulsive. De exemplu, s-a constatat că programele comportamentale pentru slăbit au un efect substanțial asupra alimentației compulsive la pacienții cu tulburarea de tip binge eating, iar noi am dezvoltat o variantă cognitiv-comportamentală a acestor abordări care se adresează în mod explicit alimentației compulsive, focalizându-se în același timp și asupra realizării pierderii în greutate (Cooper, Fairburn și Hawker, 2003). Totuși, tratamentele pentru slăbire nu sunt recomandabile pacienților cu bulimie nervoasă, deoarece ele tind să determine o intensificare a restrângerii consumului alimentar, una dintre cauzele majore ale alimentației compulsive (vezi pagina 35).

Cealaltă opțiune este aceea de a trata întâi tulburarea de comportament alimentar, urmărind ca pacienții să dobândească controlul asupra propriei alimentații, apoi pot decide dacă intervin și în privința greutății. Aceasta este strategia noastră preferată, atât pentru pacienții cu bulimie nervoasă, cât și pentru cei cu tulburare de tip binge eating. Dacă aceasta este strategia folosită, pacienții trebuie să înțeleagă faptul că tratamentul nu va avea probabil un impact important asupra greutății lor. În cazul tulburării de tip binge eating, acest lucru se întâmplă mai cu seamă din pricina faptului că excesul aportului energetic provine în cea mai mare parte din modul în care ei se alimentează în afara episoadelor de binge eating, mai degrabă decât atunci când se alimentează compulsiv. La pacienții cu bulimie nervoasă se poate observa o pierdere în greutate, dar acesta nu constituie un obiectiv al terapiei.

Dacă se adoptă cea de-a doua strategie, atunci TCC-O este o bună opțiune de tratament, deși, așa cum am menționat în Capitolul 4 (pagina 67), terapia cognitiv-comportamentală auto-administrată, cu asistență din partea terapeutului, devine o alternativă ieftină pentru multe cazuri de tulburare de tip binge eating. TCC-O completă este probabil cea mai potrivită pentru pacienții cu obezitate care prezintă o psihopatologie pregnantă a tulburării de comportament alimentar, cum ar fi alimentația declanșată de stări afective ori preocupări extreme legate de propria înfățișare.

În principal, tratamentul acestor pacienți se desfășoară la fel ca acela al pacienților care nu au obezitate. Câteva aspecte merită, totuși, menționate (și sunt discutate mai detaliat în Cooper și colab., 2003):

• *Unii dintre acești pacienți tind să raporteze că au mâncat o cantitate mai mică de alimente și că au avut mai puține episoade de binge eating.* Există pacienți ale căror fișe de automonitorizare par neverosimile, dacă luăm în considerare greutatea lor corporală și propensiunea pentru alimentația compulsivă. Această tendință de a raporta mai puțin este greu de abordat. Confruntarea nu este recomandabilă. Este mai bine să afișați o atitudine perplexă, fără nuanțe moralizatoare, adăugând eventual că ar fi util pentru tratament dacă ar exista mai multe probleme de zi cu zi pe care să le discutați și să le abordați împreună.

• *Pentru tratarea alimentației compulsive este esențială intervenția de tipul „meselor regulate” și utilizarea strategiilor și a procedurilor focalizate asupra alimentației declanșate de evenimente și de stări afective.* Pentru acești pacienți, tratamentul se concentrează de obicei asupra acestor aspecte care sunt descrise în Capitolele 6 și 10. „Analiza alimentației compulsive” are o importanță specială, atunci când abordăm episoadele reziduale de binge eating (vezi pagina 189)

• *Intervenția focalizată asupra restrângerii consumului alimentar și în particular asupra evitării unor alimente nu este incompatibilă cu alimentația sănătoasă.* Acesta este un lucru cunoscut, dar trebuie subliniat pentru pacienții noștri. Unii dintre ei nu au niciun fel de reguli de conduită alimentară, dar cei care trebuie să intervină în privința acestor reguli, deoarece este foarte probabil ca ele să contribuie la alimentația compulsivă. Există totuși riscul ca încurajarea adresată pacienților de a-și încălca regulile de conduită alimentară să fie interpretată ca o susținere a supraalimentației și a consumului unor alimente bogate în grăsimi. Acesta este rezultatul înțelegerii greșite a principiilor care stau la baza procedurii (vezi pagina 173), care sunt perfect compatibile cu alimentația sănătoasă.

• *Preocupările legate de siluetă trebuie abordate în terapie.* Terapeuții cred uneori că este explicabil ca pacienții supraponderali să fie nemulțumiți de propria înfățișare și de aceea nu mai este nevoie să intervină în privința acestor preocupări. Este complet greșit. Nu toate persoanele supraponderale sunt nemulțumite de propria înfățișare. Dacă pacienții sunt deosebit de preocupați de felul în care arată, atunci este nevoie să focalizăm tratamentul asupra acestui aspect, indiferent de gabaritul lor. Strategiile și procedurile descrise în Capitolul 8 trebuie urmate cu strictețe în cazul pacienților supraponderali, așa cum se procedează cu oricare alți pacienți. Controlul siluetei, evitarea expunerii corporale și percepția pacientului că ar fi gras vor trebui probabil abordate în ședințele de terapie, iar focalizarea asupra domeniilor marginalizate ale existenței este de asemenea importantă. Mulți dintre pacienții aceștia „își suspendă” viața personală, gândindu-se că se vor ocupa de problemele personale ori de cele de natură interpersonală după ce vor slăbi. Aceasta este o greșală, deoarece le diminuează stima de sine și contribuie la menținerea preocupărilor legate de propria înfățișare (vezi Cooper și colab., [2003] pentru mai multe informații în legătură cu terapia vizând preocupările legate de siluetă în cazul persoanelor cu obezitate).

• *Acceptarea propriei înfățișări trebuie să reprezinte un obiectiv al tratamentului.* După cum menționează Wilson (2004), trebuie să găsim un echilibru între acceptare și schimbare. Trebuie să ne străduim să schimbăm lucrurile care se pot schimba și care ne fac rău nouă ori celor din jur, dar trebuie să acceptăm acele lucruri care nu pot fi schimbate altfel decât cu sacrificii exagrate.



Această observație își dovedește și mai clar valabilitatea, atunci când vorbim despre greutatea corporală, aflată sub un puternic control fiziologic. Este greu de realizat acest lucru, din pricina opiniei vehiculate în presă și prin intermediul organizațiilor care promovează programe pentru slăbire, conform căreia greutatea poate fi controlată. Acest lucru este adevărat dacă vorbim despre greutatea corporală pe termen scurt, dar cu certitudine nu este valabil pe termen lung (Cooper și colab., 2010). Pacienții cu obezitate trebuie ajutați să ia în considerare acest fapt.

• *Pacienții trebuie învățați care sunt modalitățile sănătoase prin care pot pierde în greutate.* Odată început tratamentul tulburării de comportament alimentar, pacienții sunt deseori nerăbdători să treacă direct la un program de slăbire. Este contraindicat. Noi le recomandăm să se concentreze asupra menținerii progresului realizat în terapie o perioadă de 20 de săptămâni după încheierea acesteia (adică până la ședința de control). Apoi, la ședința respectivă, ei pot decide împreună cu terapeutul dacă doresc sau nu să încerce să slăbească. Scopul urmărit de terapeut în această analiză trebuie să fie acela de a se asigura că pacientul are obiective realiste în ceea ce privește greutatea și un plan de slăbire care nu va conduce la o agravare a tulburării de comportament alimentar. În contextul acesta se va menționa „dieta care previne alimentația compulsivă”; este vorba despre un stil de alimentație caracterizat prin restrângerea moderată a consumului, care nu are nicio regulă intrinsecă, dar care este fundamentat în schimb pe niște coordonate generale flexibile privind regimul alimentar.

## **Diabetul zaharat și alte afecțiuni medicale generale**

Tulburările de comportament alimentar pot coexista cu alte afecțiuni medicale generale și cele două tipuri de tulburări pot interacționa într-un mod dăunător. Această afirmație este exemplificată cel mai bine cu diabetul de tip 1 (diabetul insulino-dependent) care, atunci când coexistă cu o tulburare de comportament alimentar, complică extrem de mult terapia. De aceea, vom folosi diabetul pentru a ilustra principiile care trebuie să ne ghideze atunci când folosim TCC-O pentru a trata pacienți suferind de o afecțiune medicală generală.

Atunci când evaluează pacienții cu o tulburare de comportament alimentar care suferă și de o afecțiune medicală generală, terapeutul trebuie să-și adreseze următoarele șase întrebări:

1. *Cunosc această afecțiune medicală suficient de bine pentru a putea administra o evaluare și un tratament adecvat?*
  - Terapeuții care nu au o specializare medicală trebuie să învețe despre afecțiunea respectivă, apelând la manualele medicale standard ori la site-uri de încredere; de asemenea, se pot consulta cu colegi medici. Este important să consulte și literatura de specialitate care tratează combinația celor două afecțiuni.

2. *Interacționează în vreun fel cele două afecțiuni și dacă da, este vorba despre o interacțiune reciprocă?*
  - În cazul diabetului, există deseori o interacțiune reciprocă. Întâi, mulți pacienți cu tulburări de comportament alimentar modifică doza de insulină pentru a-și controla greutatea. Mai specific, ei își administrează intenționat prea puțină insulină, pierzând astfel zahăr în urină. În al doilea rând, foamea provocată de insulina injectată îi determină să reziste extrem de greu tentației de a mânca.
3. *Este combinația celor două afecțiuni deosebit de nocivă ori de periculoasă?*
  - Răspunsul este fără îndoială afirmativ în cazul diabetului, unde controlul glicemic este deseori compromis de prezența tulburării de comportament alimentar. Mai mult decât atât, folosind insuficientă insulină, pacienții se expun riscului imediat al comei diabetice și, pe termen lung, riscului de a suferi toate complicațiile grave ale diabetului.
4. *Medicii care tratează afecțiunea medicală generală sunt la curent cu existența tulburării de comportament alimentar și cu impactul pe care aceasta îl poate avea asupra stării de sănătate a pacientului?*
  - Dacă nu, trebuie să-i explicăm pacientului că medicii curanți trebuie informați. Aproape fără excepție, este contraindicat să acceptăm solicitarea pacientului de a ține secretă tulburarea de comportament alimentar. În cazul diabetului, necesitatea informării medicului curant este obligatorie.
5. *Există posibilitatea ca trăsăturile afecțiunii medicale generale ori ale tratamentului acesteia să complice tratamentul tulburării de comportament alimentar, și viceversa?*
  - Evident, diabetul este un astfel de exemplu. Foamea resimțită după injectarea insulinei face dificilă respectarea intervenției „regimului alimentar cu mese regulate” (vezi pagina 107), iar regimul pentru pacientul cu diabet poate fi în contradicție cu măsurile care trebuie întreprinse pentru tratarea tulburării de comportament alimentar (de exemplu, abordarea evitării unor alimente; vezi pagina 174). Pe de altă parte, tratamentul tulburării de comportament alimentar poate determina o deteriorare temporară a controlului glicemic. Dacă astfel de interacțiuni sunt posibile, terapeutul trebuie neapărat să colaboreze îndeaproape cu echipa de specialiști care gestionează afecțiunea medicală generală.
6. *Este nevoie să adaptăm TCC-O pentru a îngloba problemele legate de afecțiunea medicală generală?*
  - În cazul diabetului, fără îndoială că este nevoie. De exemplu, fișele de monitorizare trebuie să cuprindă detalii privind folosirea insulinei, precum și nivelurile glicemice. De asemenea, este bine

să nu administrăm terapia în perioada fixă obișnuită, deoarece progresul acestor pacienți este deseori neregulat și imprevizibil.

În practică, diabetul este exemplul extrem pentru complicațiile care pot apărea ca urmare a coexistenței unei tulburări de comportament alimentar cu o afecțiune medicală generală. Pentru alte afecțiuni, asemenea interacțiuni sunt mai puțin marcate și dăunătoare (de exemplu, boala celiacă, sindromul colonului iritabil, intoleranța alimentară, alergiile alimentare) ori nu există deloc. În aceste cazuri, TCC-O nu trebuie modificată, dar este important să păstrăm întotdeauna legătura cu medicul curant.

## **EVENIMENTELE DE VIAȚĂ ȘI CRIZELE EXISTENȚIALE**

### **Evenimentele de viață și crizele existențiale survenite anterior terapiei**

Un impediment pentru începerea TCC-O este prezența unui eveniment curent de viață ori a unei crize. Unele evenimente vor trece pur și simplu (de exemplu, o obligație profesională majoră) și trebuie doar să amânăm inițierea terapiei până când se vor încheia, dar pe altele va trebui să le abordăm în terapie. Unele situații dificile din viața pacientului sunt mai presante decât tulburarea de comportament alimentar și trebuie să le acordăm prioritate; de exemplu, am primit recent un pacient care tocmai își pierduse locuința. Alte dificultăți pe care le-am întâlnit sunt destrămarea neașteptată a unei relații îndelungate, moartea unei rude apropiate și pierderea serviciului. În fiecare dintre aceste cazuri, am ajutat pacientul să se confrunte cu criza respectivă înainte de a începe TCC-O. Deseori, nu este nevoie de o perioadă îndelungată și considerăm că acest demers servește fără îndoială procesului de implicare a pacientului în terapie.

### **Evenimente de viață și crize existențiale survenite în timpul terapiei**

TCC-O rămâne focalizată asupra tulburării de comportament alimentar, aproape indiferent de ceea ce se petrece în viața pacientului. Totuși, crizele majore survenite în perioada de tratament nu pot fi trecute cu vederea; de exemplu, părinții unuia dintre pacienții noștri tineri au dispărut pe neașteptate, lăsându-l complet dezorientat. În asemenea situații, programăm una sau mai multe „ședințe de criză” dedicate exclusiv situației de criză și rezolvării acesteia, pe lângă ședințele curente de TCC-O. Foarte rar, criza este atât de gravă, încât trebuie să întrerupem TCC-O timp de câteva săptămâni, deoarece continuarea ședințelor se dovedește nepotrivită ori imposibilă. Același lucru se întâmplă dacă survine o problemă psihiatrică, a cărei dezvoltare interferează cu tratamentul – de obicei o depresie clinică. După ce se rezolvă această problemă, reluăm tratamentul cu o ședință inițială de „actualizare”, pentru a-l reorienta pe pacient.

Un eveniment de viață specific survenit în mod obișnuit pe durata terapiei poate fi o vacanță, o aniversare sau o sărbătoare (de exemplu, Sărbătoarea Recunoștinței, Crăciunul, zile de naștere, nunți). Acestea ridică probleme speciale,

deoarece impun uneori întâlnirea pacientului cu persoane cu care are o relație dificilă; de asemenea, se presupune că toată lumea se va simți bine la evenimentele respective, iar mesele copioase sunt nelipsite. În același timp, însă, tratamentul poate fi perturbat. Aceste evenimente trebuie planificate cu mare grijă. Uneori, scopul pacientului ar trebui să fie doar acela de a „supraviețui”, fără să pună în pericol progresul realizat în cadrul terapiei. În general, nu este recomandabilă introducerea unor proceduri noi în aceste perioade, deși pacienții pot beneficia de schimbarea de situație pentru a încerca noi moduri de alimentație și noi stiluri pentru ținutele vestimentare. Încercăm să menținem contactul terapeutic în perioadele de felul acesta, prin convorbiri telefonice planificate ori prin ședințe administrate prin e-mail, dacă este necesar.

## BIBLIOGRAFIE RECOMANDATĂ

### Tulburări psihiatrice coexistente

- Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group. (1992). Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa: A multicenter, placebo-controlled, double blind trial. *Archives of General Psychiatry*, 49, 139-147.
- Franko, D.L., & Keel, P.K. (2006). Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 26, 769-782.
- Godart, N.T., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jearnmet, P., et al. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders: Critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 97, 37-49.
- Lilenfeld, L.R.R., Wonderlich, S., Riso, L.P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26, 299-320.
- Touyz, S., Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Clare, T., & Russell, J. (2007). The prevalence of co-morbid eating disorders and anxiety disorders: Do individuals with co-morbid diagnoses display more severe symptoms? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, A92.

### Afecțiuni medicale generale coexistente

- Allison, K.C., & Stunkard, A.J. (2005). Obesity and eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 55-67.
- Cooper, Z., Doll, H.A., Hawker, D.M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., O'Connor, M.E., & Fairburn, C.G. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 706-713.
- Cooper, Z., Fairburn, C.G., & Hawker, D.M. (2004). *Cognitive-behavioral treatment of obesity: A clinician's guide*. New York: Guilford Press.
- Hill, A.J. (2007). Obesity and eating disorders. *Obesity Reviews*, 8, 151-155.
- Powers, P.S. (1997). Management of patients with comorbid medical conditions. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 424-436). New York: Guilford Press.

### **Alte articole relevante pentru capitolul 16**

- Wilson, G.T. (2004). Acceptance and change in the treatment of eating disorders: The evolution of manual-based cognitive-behavioral therapy. In S.C. Hayes, V.M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 243-266). New York: Guilford Press.

# POSTFAȚĂ

În cei 30 de ani care au trecut de la elaborarea acestei terapii (ca tratament pentru bulimia nervoasă) s-au schimbat multe lucruri. Ea a fost evaluată în profunzime, a devenit mai eficientă și a cunoscut numeroase modificări, astfel încât, în prezent, ea poate răspunde cerințelor de tratament pentru toate formele tulburărilor de comportament alimentar. Este într-adevăr un progres. Dar mai rămân multe de făcut. După opinia mea, trei priorități se configurează în mod pregnant.

Prima se referă la faptul că tratamentul trebuie să devină și mai eficient. Nu toți pacienții reușesc să se vindece. Trebuie să înțelegem de ce se întâmplă acest lucru și să modificăm tratamentul în mod corespunzător. Învățăm întotdeauna mai mult din „eșecurile în tratament” (și aici mă refer la *eșecul în tratament*, nu la pacient) decât din succese. Eu nu mă număr printre cei care consideră că răspunsul trebuie să se găsească în mod necesar în domeniul TCC. Este important să rămânem mereu receptivi.

Cea de-a doua prioritate se referă la găsirea unei posibilități de a simplifica tratamentul, fie în ansamblu, fie la nivelul unor subgrupuri de pacienți. Pentru aceasta, trebuie să înțelegem cum funcționează terapia și care sunt ingredientele sale active. Pe baza acestor cunoștințe, se pot optimiza ingredientele esențiale și se poate renunța la cele inutile. Până în prezent, există puțini cercetători care au abordat aceste aspecte fundamentale.

Cea de-a treia prioritate se referă la necesitatea de a răspândi acest model de terapie. Există numeroși terapeuți care ar dori să se specializeze în TCC-O, iar numărul lor este probabil în creștere, dar nu există modalități testate empiric prin care le putem oferi pregătirea ori îndrumarea de care au nevoie. Conferințele și workshop-urile le stimulează apetitul, dar aceasta nu este de-ajuns. Instrucțiunile detaliate formulate în scris (asemenea celor oferite în această carte) se pot dovedi mai utile, dar este limpede că nu sunt suficiente fără un suport practic. Aici ne confruntăm cu altă provocare majoră.

## BIBLIOGRAFIE RECOMANDATĂ

Kraemer, H.C., Wilson, G.T., Fairburn, C.G. și Agras, W.S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry*, 59, 877-883.

# ANEXE



# EVALUAREA TULBURĂRII DE COMPORTAMENT ALIMENTAR (EDIȚIA 16.0D)

CHRISTOPHER G. FAIRBURN, ZAFRA COOPER ȘI  
MARIANNE E. O'CONNOR

## PREZENTARE GENERALĂ A EDE 16.0D

Cea de-a 16-a ediție a Evaluării tulburării de comportament alimentar – EDE este versiunea cea mai recentă a acestui instrument de evaluare larg folosit de către specialiști. Ea se deosebește de versiunea folosită în mod obișnuit (EDE 12.0D, Fairburn și Cooper, 1993) prin următoarele aspecte majore:

1. Există o modalitate suplimentară de evaluare a itemilor subscalei *Restrângere a consumului alimentar*, astfel încât restrângerea consumului cu scopul de a dobândi sentimentul de control în general poate fi cotate separat de aceea al cărei scop este influențarea siluetei sau a greutății. Aceasta este utilă pentru a detecta un tip de restrângere a consumului alimentar întâlnit mai cu seamă la pacienții tineri și în stadiile inițiale ale unei tulburări de comportament alimentar (a se vedea pagina 25). Acest tip de restrângere a consumului alimentar este întâlnit și în afara spațiului occidental. Prin urmare, se pot obține două scoruri ale subscalei *Restrângere a consumului alimentar*, precum și un scor combinat.
2. Există un modul pentru „tulburarea de tip binge eating”, bazat pe criteriile de cercetare din DSM-IV (Asociația Americană de Psihiatrie, 1994).
3. Se stabilește o distincție între formele de purgație compensatorie și noncompensatorie (a se vedea pagina 26).
4. Există un item nou – „Importanța”, dedicat detectării supraevaluării controlului asupra alimentației în sine (a se vedea pagina 25).

În ceea ce privește toate celelalte aspecte semnificative, instrumentul este identic cu EDE 12.0D și generează date compatibile cu 12.0D.

Pentru alte informații referitoare la EDE, vezi Fairburn și Cooper (1993). Pentru detalii complete referitoare la deosebirile dintre EDE 12.0D și EDE 16.0D, consultați lista de la sfârșitul schemei EDE (pagina 383). Menționăm că există o versiune a EDE concepută special pentru copii și adolescenți (Bryant-Waugh, Cooper, Taylor și Lask, 1996). Dacă oricare dintre versiunile EDE urmează a fi folosită în scopuri de cercetare, este necesar ca specialiștii urmeze un program de training.

Din *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, Christopher G. Fairburn, Zafra Cooper și Marianne E. O'Connor. Materialul acesta este disponibil online la <http://ascres.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.

## BIBLIOGRAFIE RECOMANDATĂ

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Bryant-Waugh, R.J., Cooper, P.J., Taylor, C.L., & Lask, B.D. (1996). The use of the Eating Disorder Examination with Children: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 391-397.
- Cooper, Z., & Fairburn, C.G. (1987). The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8.
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorder psychopathology: Interview or self-request questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C.G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th ed.). In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Grilo, C.M. (2005). Structured instruments. In J.E. Mitchell & C.B. Peterson (Eds.), *Assessment of eating disorders* (pp. 120-128). New York: Guilford Press.

## INSTRUCȚIUNI GENERALE PENTRU INTERVIEWATORI

EDE este un *interview administrat de un investigator*. Acesta se deosebește de interviurile bazate pe respondent, în care răspunsurile participantului la întrebările specificate sunt cotate fără a se adresa întrebări suplimentare. Interviurile bazate pe respondent sunt, în esență, chestionare de auto-evaluare administrate verbal. Ele sunt utile atunci când conceptele evaluate sunt simple și au un sens general acceptat, dar se dovedesc nesatisfăcătoare atunci când conceptele folosite sunt complexe ori când termenii cheie nu au un sens specific general acceptat. Pentru interviurile administrate de către investigator, interviuatorii au nevoie de o pregătire prealabilă, pentru a ne asigura că înțeleg pe de-a-ntregul conceptele pe care le evaluează. La interviurile de felul acesta, structura este determinată mai degrabă de specificațiile detaliate oferite interviuatorului privind conceptele cotate și schema de cotare, decât de precizia întrebărilor individuale. Pe scurt, pentru interviurile administrate de investigator, așa cum este EDE, interviuatorii trebuie să cunoască atât tehnica interviului, cât și conceptele și regulile pe care se întemeiază cotările.

Atunci când folosim EDE, este esențial să ne asigurăm că participantul înțelege scopul interviului. Interviuatorul trebuie să-i explice de ce este administrat interviul și, înainte de începerea acestuia, trebuie să încerce să stabilească o relație bună cu participantul. Împreună, cei doi vor încerca să obțină o imagine acurată a comportamentului alimentar și a atitudinilor curente ale participantului. Se va menționa faptul că interviul cuprinde un set standard de întrebări și că se poate ca unele dintre ele să nu fie aplicabile în cazul său. De asemenea, participanții trebuie anunțați în avans cât timp va dura interviul; minimum 45 de minute, dar poate ajunge până la o oră și un sfert. (Interviurile EDE nu trebuie să dureze mai mult, altfel oboseala interviuatorului și cea a participantului vor afecta calitatea cotărilor.)

Interviuatorul trebuie să explice că perioada la care se referă interviul cuprinde cele 4 săptămâni anterioare (28 de zile), deși, în cazul în care interviul urmărește și stabilirea unui diagnostic, anumite

întrebări se vor focaliza asupra unei perioade de până la 3 luni.<sup>11</sup> Pentru a ajuta participantul să-și amintească în mod clar perioada principală de interes, la începutul interviului se va alocă mai mult timp identificării evenimentelor desfășurate în cele 28 de zile. De exemplu, intervievatorul trebuie să afle dacă participantul a fost acasă ori a fost plecat și ce s-a întâmplat în fiecare dintre cele patru weekend-uri. Pentru a stabili cu claritate care sunt cele 4 săptămâni vizate în interviu, puteți folosi un calendar pregătit în avans (vezi mai jos). Dacă interviul este folosit și în scopul stabilirii unui diagnostic (observați secțiunile demarcată cu linii orizontale în schema pentru interviu), trebuie trecute și evenimentele notabile din lunile 2 și 3 (fiecare a câte 28 de zile și pe care le calculăm începând de la ultimele 28 de zile), împreună cu limitele lor temporale. Orientarea privind intervalul temporal nu ar trebui să dureze mai mult de 10 minute.

Fiecare item din EDE are una sau mai multe întrebări obligatorii (notate cu asterisc), scrise cu caractere îngroșate, la care trebuie să se răspundă. Se va acorda o atenție specială cuvintelor și expresiilor scrise cu italice. Întrebările obligatorii trebuie completate cu întrebările suplimentare alese de intervievator. Expresia „în ultimele 4 săptămâni” care precedă majoritatea întrebărilor obligatorii poate să varieze, după cum crede acesta de cuviință (de exemplu, „în ultima lună” sau „în ultimele 28 de zile”) și poate fi inserată oriunde în întrebare, dar, în rest, întrebările obligatorii trebuie adresate exact așa cum specifică schema interviului. Itemii interviului pot fi parcurși în orice ordine, deși cronologia prezentată în schemă se va dovedi adecvată pentru majoritatea obiectivelor urmărite. Este absolut justificat revenirea la itemi abordați anterior, dacă pe parcursul interviului apar și alte informații relevante pentru cotările anterioare. Interviul nu trebuie administrat niciodată fără schema completă, deoarece chiar și cei mai experimentați intervievatori au nevoie să-l consulte pentru a respecta îndeaproape întrebările, definițiile și schemele pentru cotare.

Intervievatorul va acorda mare atenție fiecărei formulări a participantului. Interviul nu trebuie grăbit. Trebuie realizat într-o manieră relaxată, într-un ritm constant, iar intervievatorul nu va trece la itemul următor decât atunci când se poate declara mulțumit că a obținut toate informațiile necesare. El nu trebuie să se lase influențat de răspunsuri rapide și, eventual, nerăbdătoare. S-a observat că răspunsurile dezinvolve, la care participantul nu pare să se gândească prea mult, sunt cele care ar trebui investigate în profunzime. În schimb, participanții care sunt extrem de vorbăreți și oferă mult prea multe detalii, trebuie temperați. Se va urmări ca participantul să înțeleagă perfect ce informații încearcă să obțină intervievatorul. Este util să verificați încă o dată răspunsurile împreună cu participantul, înainte de a stabili fiecare cotare.

Condițiile în care se desfășoară interviul sunt importante. Intervievatorul și participantul trebuie să fie așezați comod, iar intervievatorul trebuie să aibă în față schema interviului, împreună cu fișa pe care completează cotările. Elementele care ar putea distra atenția vor fi pe cât posibil evitate și, în afara unor situații excepționale, nu vor fi prezente alte persoane, fiindcă altfel participanții tind să evite răspunsurile directe și sincere.

Pentru majoritatea itemilor există instrucțiuni pe baza cărora se realizează cotările. Ele se vor face în timpul interviului (deși ar putea fi nevoie să amânați unele calcule până după încheierea interviului). Instrucțiunile pentru realizarea cotărilor sunt trecute între paranteze drepte și sunt urmate de schema de rating. Cotările itemilor privind frecvența vor avea ca reper o perioadă de 28 de zile; dacă o anumită trăsătură nu este prezentă, cotați cu 0; dacă o trăsătură este prezentă până la inclusiv 5 zile, cotați cu 1; dacă este prezentă jumătate din timp, cotați cu 3; dacă este prezentă aproape zilnic (cu până

---

<sup>11</sup> În DSM-IV, criteriile de diagnostic pentru noul diagnostic provizoriu de tulburare de tip binge eating au în vedere un interval temporal de 6 luni. Intervievatorii care doresc să deceleze aceste criterii de diagnostic trebuie să apeleze la „Modulul pentru tulburarea de tip binge eating” (vezi pagina 361), care debutează cu elementele care facilitează orientarea participantului în această perioadă extinsă de timp.

la și inclusiv 5 excepții), cotați cu 5; dacă este prezentă în fiecare zi, cotați cu 6. Unii itemi sunt cotați pe o scară a severității de 7 puncte, cuprinzând intervalul 0-6. În aceste cazuri, 0 indică absența trăsăturii respective, iar 6 reprezintă prezența sa la un nivel extrem; cotarea cu 1 se face doar dacă trăsătura este abia prezentă, iar cotarea cu 5 se face doar dacă trăsătura este prezentă la un nivel care nu este chiar atât de grav încât să justifice o cotare de 6. Cotarea cu 3 trebuie folosită pentru niveluri de severitate aflate la mijloc, între 0 și 6. *Dacă vă este greu să alegeți între două cotări, alegeți-o pe cea inferioară (mai puțin simptomatică).* (Excepție face primul item „Pattern de alimentație” pentru care scorurile mai ridicate sunt [cu excepția mâncatului nocturn] mai puțin simptomatice). Această schemă generală de cotare este prezentată în tabelul A.1.

**TABELUL A.1. Schema de cotare a EDE**

| Cotarea severității                                   | Cotarea frecvenței                   |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 0 – Absența trăsăturii                                | 0 – Absența trăsăturii               |
| 1 – Trăsătură aproape, dar nu complet, absentă        | 1 – Trăsătură prezentă în 1-5 zile   |
| 2 –                                                   | 2 – Trăsătură prezentă în 6-12 zile  |
| 3 – Severitate între 0 și 6                           | 3 – Trăsătură prezentă în 13-15 zile |
| 4 –                                                   | 4 – Trăsătură prezentă în 16-22 zile |
| 5 – Severitate aproape de 6                           | 5 – Trăsătură prezentă în 23-27 zile |
| 6 – Trăsătură prezentă într-un grad extrem de ridicat | 6 – Trăsătură prezentă în fiecare zi |

Cotați cu 8 dacă, deși ați adresat corect întrebările, este imposibil să vă decideți asupra unei cotări. Intervievatorii cu experiență au rareori nevoie de această cotare. Dacă vă este greu să alegeți între două cotări, trebuie să o alegeți pe cea mai mică (adică mai puțin simptomatică).

Cotați cu 9 valorile lipsă (sau „nu este cazul”).

## COTARE

EDE și versiunea sa de chestionar de autoevaluare, EDE-Q, generează două tipuri de informații. În primul rând, ele oferă informații despre frecvența trăsăturilor comportamentale fundamentale ale tulburărilor de comportament alimentar, precizând numărul episoadelor în care s-a manifestat comportamentul respectiv și, în anumite cazuri, numărul zilelor în care a apărut acesta. În al doilea rând, ele oferă scorurile subscalelor care reflectă severitatea aspectelor psihopatologiei tulburărilor de comportament alimentar. Subscalele sunt: *Restricție a consumului alimentar*, *Preocupări legate de alimentație*, *Preocupări legate de siluetă* și *Preocupări legate de greutate*. Pentru a obține scorul unei anumite subscale, sunt însumate cotările pentru itemii relevanți (notați mai jos), iar rezultatul se împarte la numărul total al itemilor care formează subscalea respectivă. Dacă există cotări doar pentru unii dintre itemi, se poate obține un scor împărțind totalul obținut la numărul itemilor cotați, cu condiția să fi fost cotați peste o jumătate dintre itemi. Pentru a obține un scor general sau „global”, se adună scorurile celor patru subscale, iar rezultatul se împarte la numărul subscalelor (adică, la patru). Scorurile subscalelor sunt raportate sub formă de medii și de abateri standard.

**Itemii subscalelor** (numerele reprezintă numărul itemului respectiv în EDE-Q 6.0):

*Restricție a consumului alimentar*

1 Reducere a consumului alimentar

2 Evitare a consumului alimentar

3 Evitare a unor alimente

4 Reguli de conduită alimentară

5 Stomac gol

*Preocupări legate de alimentație*

7 Preocupări legate de alimente, de consumul alimentar sau de calorii

9 Temeri legate de pierderea controlului asupra alimentației

19 Mâncatul pe ascuns

21 Mâncatul în compania altor persoane

20 Sentimentul de culpă legat de alimentație

*Preocupări legate de siluetă*

6 Stomac plat

8 Preocupări legate de siluetă sau de greutate

23 Importanță acordată siluetei

10 Teamă legată de creșterea în greutate

26 Insatisfacție legată de siluetă

27 Disconfort la vederea propriului corp

28 Evitare a expunerii corporale

11 Senzația de a fi prea gras

*Preocupări legate de greutate*

22 Importanță acordată greutății

24 Reacție la procedura de cântărire recomandată

8 Preocupări legate de siluetă sau de greutate

25 Insatisfacție legată de greutate

12 Dorință de a pierde în greutate

## ETALOANE

Informațiile din tabelul A.2 sunt obținute pe baza unui eșantion din populația generală de 243 de tinere care au fost evaluate folosind EDE și EDE-Q (vezi Fairburn și Beglin, 1994).

**TABELUL A.2. Etaloane EDE ȘI EDE-Q**

| Instrument de evaluare                     | Medie | AD    | N   |
|--------------------------------------------|-------|-------|-----|
| <u>Interviu EDE</u>                        |       |       |     |
| EDE global (patru subscale)                | 0,932 | 0,805 | 243 |
| Subscala Restricție a consumului alimentar | 0,942 | 1,093 | 243 |
| Subscala Preocupări legate de alimentație  | 0,266 | 0,593 | 243 |
| Subscala Preocupări legate de siluetă      | 1,339 | 1,093 | 243 |
| Subscala Preocupări legate de greutate     | 1,181 | 0,929 | 243 |
| <u>EDE-Q</u>                               |       |       |     |
| EDE-Q global (patru subscale)              | 1,554 | 1,213 | 241 |
| Subscala Restricție a consumului alimentar | 1,251 | 1,323 | 241 |
| Subscala Preocupări legate de alimentație  | 0,624 | 0,859 | 241 |
| Subscala Preocupări legate de siluetă      | 2,149 | 1,602 | 241 |
| Subscala Preocupări legate de greutate     | 1,587 | 1,369 | 241 |

# EVALUAREA TULBURĂRII DE COMPORTAMENT ALIMENTAR (EDIȚIA 16.00)

## SCHEMA DE INTERVIU

### IDENTIFICAREA PERIOADEI VIZATE

Urmează să realizăm un interviu parțial structurat, în care vă voi întreba despre obiceiurile dumneavoastră alimentare și despre ceea ce simțiți în legătură cu silueta și greutatea dumneavoastră. Întrucât urmează un set standard de întrebări, vă rugăm să rețineți faptul că unele dintre ele nu se vor aplica în cazul dumneavoastră.

Majoritatea întrebărilor se concentrează asupra ultimelor 4 săptămâni (adică ultimele 28 de zile), dar unele dintre ele vizează o perioadă mai îndelungată, până la 3 luni. Știu că aceasta va fi o încercare pentru memoria dumneavoastră, dat fiind faptul că amintirile despre săptămânile din urmă sunt în general amestecate.

Pentru a veni în ajutorul dumneavoastră, am alcătuit calendarul acesta pentru ultimele 28 de zile (arătați calendarul gol – vezi mai jos); ultima zi notată este cea de ieri, deoarece ziua de azi nu s-a încheiat încă. Așadar, este vorba despre perioada cuprinsă între ziua de ieri (ziua și data) și (ziua și data). Știu că pare ciudat ca zilele de weekend să cadă la mijlocul calendarului, dar pur și simplu așa s-a potrivit.

Iată datele pentru cele două luni dinaintea acesteia, din (data) până în (data). Pentru a vă ajuta să vă amintiți aceste perioade, am însemnat sărbătorile (de exemplu, Ziua muncii, Sărbătoarea Recunoștinței).

Acum, v-aș ruga să-mi povestiți dacă au avut loc anumite evenimente în ultimele 28 de zile, deoarece aceste repere ne vor ajuta să discutăm despre aceste 4 săptămâni. S-au petrecut evenimente mai speciale... cum ar fi aniversări, excursii sau zile libere? Apoi, le vom nota pe calendar.

[Acestea trebuie însemnate pe calendar (vezi tabelul A.3), iar intervievatorului și participantul îl vor utiliza ca *aide-mémoire*.]

**TABEL A. 3. Calendar EDE**

| Calendar |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|
|          |  |  |  |  |  |  |
|          |  |  |  |  |  |  |
|          |  |  |  |  |  |  |
|          |  |  |  |  |  |  |

Luna 2 din ..... până la .....

Evenimente .....

Luna 3 din ..... până la .....

Evenimente .....

Lunile 4-6\* din ..... până la .....

Evenimente .....

\*Perioada aceasta este relevantă în cazul în care sunt îndeplinite criteriile de diagnostic ale DSM-IV pentru diagnosticul de tulburare de tip binge eating. Cel mai bine este să amânați focalizarea asupra lunilor 4-6 până la inițierea modului pentru tulburarea de tip binge eating (vezi pagina 361).

## ÎNTREBĂRI INTRODUCTIVE

[După ce participantul își conturează în minte cu claritate perioada care este evaluată, se recomandă începerea interviului cu câteva întrebări introductive menite să ofere un tablou general al obiceiurilor alimentare ale participantului. Vă sugerăm mai jos câteva întrebări adecvate.]

**Pentru început, aș dori să obțin o imagine generală asupra obiceiurilor dumneavoastră alimentare din ultimele 4 săptămâni. Care este patternul dumneavoastră alimentar obișnuit?**

**Obiceiurile alimentare au variat mult de la o zi la alta?**

**Zilele săptămânii s-au deosebit de zilele de weekend?**

[În această etapă trebuie să se identifice (și să se numere) zilele de lucru și zilele de weekend în varianta care este cea mai adecvată pentru stilul de viață al pacientului (de exemplu, verificați dacă zilele libere ale participantului corespund cu zilele de weekend.)

**Au existat zile în care nu ați mâncat nimic?**

---

[Întrebați despre lunile 2 și 3.]

**Dar în cele două luni anterioare (specificați lunile)..... Obiceiurile dumneavoastră alimentare au fost aproape identice sau au fost diferite?**



**PATTERN ALIMENTAR**

**\*Aș dori să vă adresez câteva întrebări legate de patternul dumneavoastră alimentar. În ultimele 4 săptămâni, pe care dintre aceste mese sau gustări le-ați consumat în mod regulat?**

- Mic dejun [ ]
- Gustare de dimineață [ ]
- Prânz (masa de la amiază) [ ]
- Gustare de după-amiază [ ]
- Cină [ ]
- Gustare de seară [ ]
- Mâncat nocturn (adică un episod de alimentație compulsivă după ce participantul s-a dus la culcare) [ ]

[Cotați fiecare masă și fiecare gustare separat, acceptând în general clasificarea participantului (în limitele impuse de coordonatele generale de mai sus). Întrebați atât despre zilele de lucru, cât și despre weekend-uri. Mesele sau gustările trebuie cotate, chiar dacă au condus la un episod de binge eating. „Brunch” (micul dejun consumat aproape de ora prânzului) ar trebui clasat în general ca masă de prânz. Cu excepția mâncatului nocturn, se recomandă cotarea în sus (adică alegerea cotei mai ridicate), dacă este greu de ales între două variante. Cotați cu 8 mesele sau gustările greu de clasificat (de exemplu, acelea impuse de munca în ture).]

- 0 – Masă ori gustare neconsumată
- 1 – Masă ori gustare consumată în 1-5 zile
- 2 – Masă ori gustare consumată în mai puțin de jumătate din zile (6-12)
- 3 – Masă ori gustare consumată în jumătate din zile (13-15 zile)
- 4 – Masă ori gustare consumată în mai mult de jumătate din zile (16-22 zile)
- 5 – Masă ori gustare consumată aproape zilnic (23-27 zile)
- 6 – Masă ori gustare consumată zilnic

[Dacă participanții raportează episoade de mâncat nocturn, întrebați-i cât de conștienți (treji) au fost în momentul respectiv și în ce măsură își amintesc ulterior de aceste episoade.]

**Atunci când ați mâncat ...., cât de trează erați și cât de bine v-ați amintit episodul respectiv în ziua următoare?**

- 0 – niciun episod de mâncat nocturn
- 1 – episoade de mâncat nocturn fără alterare a conștienței sau a memoriei
- 2 – episoade de mâncat nocturn cu alterare a conștienței sau a memoriei

[ ]

## CIUGULITUL

**\*Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni vi s-a întâmplat să ciuguliți între mese și gustări? „A ciuguli” înseamnă a mânca într-un mod neplanificat și repetitiv.**

**Atunci când ați gătit?**

**De obicei, ce ați mâncat în aceste situații?**

**De ce nu numiți aceste episoade gustări?**

**Știați dinainte cât de mult urma să mâncați?**

[Corați numărul de zile în care a apărut ciugulitul. Pentru a fi considerat ciugulit, episodul trebuie să fi survenit fără nici o planificare, cantitatea de alimente ingerate să fi fost incertă în momentul în care a debutat episodul respectiv, iar mâncatul trebuie să fi avut un element de repetitivitate. În mod obișnuit, ceea ce se consumă este incomplet (adică este o bucată/ felie sau o cantitate mai mică decât o porție obișnuită din alimentul respectiv), dar cantitatea totală consumată nu trebuie să fie una neînsemnată (de exemplu, nu doar o coajă de pâine prăjită). În general, participanții înșiși trebuie să considere episoadele ca fiind exemple de „ciugulit”.

Ciugulitul poate fi privit în contrast cu consumarea unei „gustări”. O gustare este un episod în care cantitatea ingerată a fost una modestă (mai mică decât o masă), a fost cunoscută cu oarecare certitudine încă de la început și nu a avut elementul de repetitivitate asociat ciugulitului. Episoadele de ciugulit care se transformă în gustări, mese ori cu episoade de binge eating nu trebuie cotate. Cotarea ciugulitului poate determina necesitatea re-cotării gustărilor.]

0 – Lipsa ciugulitului

1 – Ciugulit în 1-5 zile

2 – Ciugulit în mai puțin de jumătate dintre zile (6-12 zile)

3 – Ciugulit în jumătate dintre zile (13-15 zile)

4 – Ciugulit în mai mult de jumătate dintre zile (16-22 zile)

5 – Ciugulit aproape zilnic (23-27 zile)

6 – Ciugulit zilnic

**RESTICȚIE A CONSUMULUI ALIMENTAR (Subscale ale restricției alimentare)**

**\*În ultimele 4 săptămâni, ați încercat în mod conștient să vă restrângeți (reduceți) consumul general de alimente, indiferent dacă ați reușit sau nu?**

**Ce ați încercat să faceți?**

**Ați făcut acest lucru pentru a vă influența silueta sau greutatea ori pentru a evita declanșarea unui episod de supraalimentație?**

[Cotați numărul de zile în care participantul a încercat în mod deliberat să restrângă consumul alimentar în ansamblu (adică aportul energetic), indiferent dacă a reușit sau nu acest lucru. Restricția trebuie să fi afectat *o gamă de alimente* și nu doar anumite alimente specifice („Evitarea unor alimente”). Restricția trebuie să fi fost instituită fie cu scopul de a influența silueta, greutatea ori structura corporală, fie pentru a evita declanșarea unui episod de supraalimentare, deși acesta se poate să nu fie motivul unic ori motivul principal. Trebuie să fi existat încercări planificate de a restricționa alimentația, mai degrabă decât încercări determinate de un impuls de moment, cum ar fi hotărârea de a renunța la o a doua porție.]

0 – Nicio încercare de restrângere a consumului alimentar

1 – A încercat să-și impună o restrângere a consumului alimentar în 1-5 zile

2 – A încercat să-și impună o restrângere a consumului alimentar în mai puțin de jumătate din zile (6-12 zile)

3 – A încercat să-și impună o restrângere a consumului alimentar în jumătate din zile (13-15 zile)

4 – A încercat să-și impună o restrângere a consumului alimentar în mai mult de jumătate din zile (16-22 zile)

5 – A încercat să-și impună o restrângere a consumului alimentar aproape în fiecare zi (23-27 zile)

6 – A încercat să-și impună o restrângere a consumului alimentar în fiecare zi

[ ]

**Unele persoane încearcă în mod conștient să-și restrângă consumul alimentar din alt motiv – pentru a dobândi sentimentul că dețin controlul – pentru că sunt preocupate să dețină controlul în general.**

**A fost și pentru dumneavoastră valabil lucrul acesta în ultimele 4 săptămâni?**

[Cotați din nou, dar luând în considerare *doar* acest motiv.]

[ ]

[De asemenea, cotați numărul de zile în care unul sau ambele motive menționate sunt valabile.]

[ ]

**EVITARE A CONSUMULUI ALIMENTAR (Subscale ale restricției alimentare)**

**\*Au existat în ultimele 4 săptămâni perioade de 8 sau mai multe ore din perioada de veghe în care nu ați mâncat nimic?**

**Ați făcut acest lucru pentru a vă influența silueta sau greutatea ori pentru a evita declanșarea unui episod de supraalimentație?**

[Cotați numărul de zile în care au existat mai mult de 8 ore de abținere de la mâncare (supă și băuturile cu lapte se consideră alimente, dar băuturile în general nu) în perioada de veghe. Ilustrarea duratei poate fi utilă (de exemplu, între 9:00 și 17:00). Abținerea trebuie să fi fost măcar parțial *autoimpusă*, mai degrabă decât determinată de anumite circumstanțe. Trebuie să fi avut ca obiectiv influențarea siluetei, a greutății sau a structurii corporale ori evitarea declanșării unui episod de supraalimentație, deși acesta poate să nu fie motivul unic sau motivul principal (postul din motive religioase ori politice nu se va lua în considerare). Rețineți faptul că această cotare trebuie să fie în concordanță cu cele realizate mai devreme pentru „Pattern-ul alimentar”.]

- 0 – Nu au existat zile de felul acesta
- 1 – Evitare prezentă în 1-5 zile
- 2 – Evitare în mai puțin de jumătate din zile (6-12 zile)
- 3 – Evitare în jumătate din zile (13-15 zile)
- 4 – Evitare în mai mult de jumătate din zile (16-22 zile)
- 5 – Evitare aproape în fiecare zi (23-27 zile)
- 6 – Evitare zilnică

[ ]

**Unele persoane evită să mănânce în felul acesta... timp de 8 ore sau mai mult pe durata perioadei de veghe... din alt motiv – pentru a dobândi sentimentul că dețin controlul – pentru că sunt preocupate să dețină controlul în general.**

**A fost și pentru dumneavoastră valabil lucrul acesta în ultimele 4 săptămâni?**

[Cotați din nou, dar luând în considerare *doar* acest motiv.]

[ ]

[De asemenea, cotați numărul de zile în care unul ori ambele motive menționate sunt valabile.]

[ ]

**STOMAC GOL****(Subscale ale restricției alimentare)****\*S-a întâmplat în ultimele 4 săptămâni să doriți să aveți stomacul gol?****Ați dorit acest lucru pentru a vă influența silueta sau greutatea ori pentru a evita declanșarea unui episod de supraalimentație?**

[Cotați numărul de zile în care participantul a resimțit *în mod clar dorința* de a avea stomacul complet gol, din motive legate de dietă, siluetă sau greutate. Această dorință nu trebuie să reprezinte doar o reacție la episoadele de supraalimentare percepută, ci mai degrabă ar trebui să existe între episoade de felul acesta. Cotarea pentru „Stomac gol” nu trebuie confundată cu dorința de *a simți stomacul gol* sau de a avea *stomacul plat* (a se vedea „Stomac plat”).]

0 – Nicio dorință clară de a avea stomacul gol

1 – O dorință clară prezentă în 1-5 zile

2 – O dorință clară prezentă în mai puțin de jumătate din zile (6-12)

3 – O dorință clară prezentă în jumătate din zile (13-15 zile)

4 – O dorință clară prezentă în mai mult de jumătate din zile (16-22 zile)

5 – O dorință clară prezentă aproape în fiecare zi (23-27 zile)

6 – O dorință clară prezentă în fiecare zi

[ ]

**Unele persoane doresc să aibă stomacul gol din alt motiv – pentru a dobândi sentimentul că dețin controlul – pentru că sunt preocupate să dețină controlul în general.**

**A fost și pentru dumneavoastră valabil lucrul acesta în ultimele 4 săptămâni?**[Cotați din nou, dar luând în considerare *doar* acest motiv.]

[ ]

[De asemenea, cotați numărul de zile în care unul ori ambele motive menționate sunt valabile.]

[ ]

**EVITAREA UNOR ALIMENTE****(Subscale ale restricției alimentare)**

**\*S-a întâmplat ca pe parcursul ultimelor 4 săptămâni să încercați să evitați unele alimente care vă plac, indiferent dacă ați reușit ori nu să faceți acest lucru?**

**Care au fost aceste alimente? Ați încercat să le excludeți cu totul din alimentație?**

**Ați dorit acest lucru pentru a vă influența silueta sau greutatea ori pentru a evita declanșarea unui episod de supraalimentație?**

[Cotați numărul de zile în care participantul *a încercat în mod activ să evite anumite alimente* (care îi plac sau care i-au plăcut în trecut), indiferent dacă a reușit sau nu să facă acest lucru. Obiectivul trebuie să fi fost acela de *a exclude complet alimentele* respective, nu doar să limiteze consumul lor. Băuturile nu sunt luate în considerare ca alimente. Evitarea trebuie să fi fost planificată și să fi avut ca scop fie influențarea siluetei, a greutății sau a structurii corporale, fie evitarea declanșării unui episod de supraalimentație, deși acesta poate să nu fie motivul unic sau motivul principal.]

0 – Nicio încercare de a evita alimente

1 – A încercat evitarea unor alimente în 1- 5 zile

2 – A încercat evitarea unor alimente în mai puțin de jumătate din zile (6-12 zile)

3 – A încercat evitarea unor alimente în jumătate din zile (13-15 zile)

4 – A încercat evitarea unor alimente în mai mult de jumătate din zile (16-22 zile)

5 – A încercat evitarea unor alimente aproape în fiecare zi (23-27 zile)

6 – A încercat evitarea unor alimente în fiecare zi

[ ]

**Unele persoane evită consumul anumitor alimente din alt motiv – pentru a dobândi sentimentul că dețin controlul – pentru că sunt preocupate să dețină controlul în general.**

**A fost și pentru dumneavoastră valabil lucrul acesta în ultimele 4 săptămâni?**

[Cotați din nou, dar luând în considerare *doar* acest motiv.]

[ ]

[De asemenea, cotați numărul de zile în care unul ori ambele motive menționate sunt valabile.]

[ ]

**REGULI DE CONDUITĂ ALIMENTARĂ**

(Subscale ale restricției alimentare)

**\*Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, s-a întâmplat să încercați să urmați unele reguli stricte privind alimentația, de exemplu, un număr limită de calorii, cantități de alimente prestabilite sau reguli privind ceea ce trebuie – ori nu trebuie – să mâncați? Ce ați încercat să faceți?**

Dacă se răspunde negativ:

**Au existat situații în care ați fost conștient de faptul că se poate să fi încălcat o regulă de conduită alimentară pe care v-ați impus-o?**

**Regulile acestea urmăresc să vă influențeze silueta sau greutatea ori să vă ajute să evitați declanșarea unui episod de supraalimentație?**

**A fost vorba despre niște reguli clar definite ori despre niște principii cu caracter general? Exemple de reguli clar definite ar fi „Nu trebuie să mănânc ouă” sau „Nu trebuie să mănânc prăjitură”, în vreme ce un principiu general ar fi „Ar trebui să încerc să consum alimente sănătoase.”**

[Regulile de conduită alimentară trebuie cotate ca fiind prezente dacă participantul a încercat să urmeze reguli alimentare „clare” (specifice) referitoare la alimentele consumate. Regulile trebuie să fi fost autoimpuse, deși inițial se poate ca ele să fi fost recomandate (adică regulile recomandate pot fi cotate, dacă ele au fost adoptate de către participant). Ele trebuie să fi vizat alimentele pe care trebuia să le consume participantul sau momentul în care acesta trebuia să le consume. Regulile pot impune o limită calorică (de exemplu, sub 1200 kcal), interdicția de a mânca înainte de anumite ore, interdicția de a consuma anumite alimente (a se vedea „Evitarea unor alimente”) sau interdicția completă de a mânca. Acestea trebuie să fi fost reguli specifice și nu principii generale. Dacă participantul este conștient de faptul că uneori a încălcat o regulă personală de conduită alimentară, aceasta indică faptul că au existat una sau mai multe reguli specifice. În acest caz, intervievatorul trebuie să afle detalii despre încălcarea regulii, pentru a reuși să identifice regula de bază. Regulile trebuie să fi avut ca obiectiv influențarea siluetei, a greutateii sau a structurii corporale, deși acesta poate să nu fie motivul unic sau motivul principal.

Cotați cu 0 dacă nu poate fi identificată nicio regulă de conduită alimentară. Dacă a existat mai mult de o regulă care a acoperit perioade diferite pe durata celor 4 săptămâni, aceste perioade trebuie combinate pentru a stabili cotarea.]

0 – Nu a încercat să respecte asemenea reguli

1 – A încercat să respecte asemenea reguli în 1-5 zile

2 – A încercat să respecte asemenea reguli în mai puțin de jumătate din zile (6-12 zile)

3 – A încercat să respecte asemenea reguli în jumătate din zile (13-15 zile)

4 – A încercat să respecte asemenea reguli în mai mult de jumătate din zile (16-22 zile)

5 – A încercat să respecte asemenea reguli aproape în fiecare zi (23-27 zile)

6 – A încercat să respecte asemenea reguli în fiecare zi

[ ]

**Unele persoane urmează reguli de conduită alimentară din alt motiv – pentru a dobândi sentimentul că dețin controlul – pentru că sunt preocupate să dețină controlul în general.**

**A fost și pentru dumneavoastră valabil lucrul acesta în ultimele 4 săptămâni?**

[Cotați din nou, dar luând în considerare *doar* acest motiv.]

[ ]

[De asemenea, cotați numărul de zile în care unul ori ambele motive menționate sunt valabile.]

[ ]

**PREOCUPAREA LEGATĂ DE ALIMENTE, DE ALIMENTAȚIE SAU DE CALORII****(Subscala preocupării legate de alimentație)**

**\*În ultimele 4 săptămâni, ați petrecut mult timp în perioada dintre mesele zilei gândindu-vă la mâncare, la alimentație sau la calorii?...**

**\*...Gândurile acestea legate de mâncare, de alimentație ori de calorii v-au împiedicat să vă concentrați asupra activităților obișnuite, de exemplu, să munciți, să urmăriți o conversație ori să citiți? Ce activitate au afectat ele?**

[Definirea preocupării în acest context impune existența unui deficit de concentrare. Se consideră că a fost afectată concentrarea, dacă au existat *gânduri intruzive legate de mâncare, alimentație sau despre calorii care au interferat direct cu activitățile individului*, și nu doar că mintea i-a zburat pe moment de la ceea ce făcea în clipa respectivă. Cotați numărul de zile în care s-a întâmplat acest lucru, indiferent dacă au existat sau nu și episoade bulimice.

- 0 – Nu a existat deficit de concentrare
- 1 – Deficit de concentrare în 1-5 zile
- 2 – Deficit de concentrare în mai puțin de jumătate din zile (6-12 zile)
- 3 – Deficit de concentrare în jumătate din zile (13 -15 zile)
- 4 – Deficit de concentrare în mai mult de jumătate din zile (16-22 zile)
- 5 – Deficit de concentrare aproape în fiecare zi (23-27 zile)
- 6 – Deficit de concentrare în fiecare zi

[ ]

**TEAMA LEGATĂ DE PIERDEREA CONTROLULUI ASUPRA ALIMENTAȚIEI****(Subscala preocupării legate de alimentație)**

**\*În ultimele 4 săptămâni, s-a întâmplat să vă temeți că vă veți pierde controlul asupra alimentației?**

[Cotați numărul de zile în care a fost prezentă o *teamă concretă* (termenul comun) legată de pierderea controlului asupra alimentației, indiferent dacă participantul a simțit că deține sau nu controlul. „*Pierderea controlului*” implică faptul că individul are sentimentul că nu va putea să se abțină de la mâncare ori nu va putea să se oprească din mâncat. Dacă participantul nu se simte în stare să răspundă la întrebarea aceasta din pricină că și-a pierdut deja complet controlul, cotați cu 9.]

- 0 – Nicio teamă legată de pierderea controlului asupra alimentației
- 1 – Teama de a pierde controlul asupra alimentației a fost prezentă 1-5 zile
- 2 – Teama de a pierde controlul asupra alimentației a fost prezentă în mai puțin de jumătate din zile (6-12 zile)
- 3 – Teama de a pierde controlul asupra alimentației a fost prezentă în jumătate din zile (13-15 zile)
- 4 – Teama de a pierde controlul asupra alimentației a fost prezentă în mai mult de jumătate din zile (16-17 zile)
- 5 – Teama de a pierde controlul asupra alimentației a fost prezentă aproape în fiecare zi (23-27 zile)
- 6 – Teama de a pierde controlul asupra alimentației a fost prezentă în fiecare zi

[ ]



**EPISOADE BULIMICE ȘI ALTE EPISOADE DE SUPRAALIMENTAȚIE****(Item de diagnostic)****Schemă pentru clasificare**

Se disting patru forme de „supraalimentație” episodică. Diferențierea lor se întemeiază pe prezența sau absența a două caracteristici:

1. **Pierderea controlului** (prezența sa este necesară pentru clasificarea ambelor tipuri de „episod bulimic”)
2. **Consumul unei cantități de alimente care în general este considerată a fi „mare”** (prezența sa este necesară pentru a clasifica „episoadele bulimice obiective” și „supraalimentarea obiectivă”).

Schema pentru clasificare este prezentată mai jos:

|                                                 | <i>Cantitate „mare” de mâncare ingerată (definiția EDE)</i> | <i>Cantitatea ingerată nu este „mare”, dar participantul o consideră excesivă</i> |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <i>„Pierderea controlului” prezentă</i>         | Episoade bulimice obiective                                 | Episoade bulimice subiective                                                      |
| <i>Nu este prezentă „pierderea controlului”</i> | Supraalimentare obiectivă                                   | Supraalimentare subiectivă                                                        |

**Instrucțiuni pentru administrarea secțiunii dedicate supraalimentației**

Intervievatorul trebuie să întrebe despre fiecare formă de supraalimentație. Trebuie menționat faptul că *cele patru forme de supraalimentație nu se exclud reciproc*. Este posibil ca participanții să prezinte mai multe forme de supraalimentație în perioada analizată. Pentru unii dintre participanți este util să explicăm schema folosită pentru clasificare.

Această serie de cotații se realizează în cinci etape:

1. În general, este recomandabil să începeți cu întrebările însemnate cu asterisc, pentru a identifica diversele tipuri de supraalimentație percepută sau reală survenite în ultimele 28 de zile.
2. Fiecare formă se va nota în secțiunea liberă de pe fișa de cotație.
3. Apoi, se vor obține informații amănunțite în legătură cu un exemplu reprezentativ pentru fiecare formă de supraalimentație, pentru a afla dacă a fost prezent sau nu consumul unei cantități „mari” de alimente și dacă a existat sau nu „pierderea controlului” (așa cum este definită mai jos).
4. Următoarea sarcină este aceea de a stabili pentru fiecare formă de supraalimentație numărul de zile în care s-a manifestat și numărul total de ocazii. Acolo unde există posibilitatea ca acestea să se suprapună (adică au existat două tipuri de episoade în aceeași zi), acest lucru trebuie clarificat, întrucât aceasta va afecta cotațiile „zilelor”.
5. La final, verificați totul împreună cu participantul, pentru a vă asigura că nu s-a ivit niciun fel de confuzie (de exemplu, că nu s-a omis niciun tip de episod).

Vă recomandăm să vă notați observații detaliate.

**Definirea termenilor cheie**

**„Pierderea controlului”.** Intervievatorul trebuie să-l întrebe pe participant dacă s-a întâmplat să simtă că și-a pierdut controlul asupra alimentației la un moment dat pe parcursul episodului respectiv. Dacă el descrie acest lucru în mod clar, atunci „Pierderea controlului” trebuie cotaată ca fiind prezentă. De asemenea, dacă participantul descrie că a resimțit „impulsul” ori „nevoia” de a mânca, atunci „pierderea controlului” trebuie cotaată ca fiind prezentă.

Dacă participantul raportează că nu a resimțit în vreun fel că și-ar fi pierdut controlul, dar că a simțit că nu se poate opri din mâncat ori că nu poate împiedica apariția episodului, atunci „Pierderea controlului” trebuie cotate ca fiind prezentă. Dacă participanții raportează că nu mai încearcă să-și controleze alimentația pentru că supraalimentarea este inevitabilă, „Pierderea controlului” trebuie cotate din nou ca fiind prezentă. Așadar, „Pierderea controlului” poate fi cotată pozitiv, chiar dacă episodul a fost planificat (adică participantul a știut că va mânca peste măsură și și-a făcut provizii în acest sens). Intervievatorul este cel care va decide dacă „Pierderea controlului” a fost prezentă sau nu; nu este nevoie de acordul participantului. Dacă interviuatorul este nehotărât, el trebuie să coteze „Pierderea controlului” ca fiind absentă.

**„Cantitate mare de alimente”.** Tot interviuatorul este acela care va decide dacă a fost vorba despre o cantitate „mare” de alimente sau nu; nu este nevoie de acordul participantului. „Mare” poate fi termenul prin care desemnăm cantitatea consumată din orice tip de aliment ori întreaga cantitate de alimente consumate. Această cantitate trebuie, fără îndoială, să fie mare, dar nu este nevoie să fie una enormă. Atunci când decide că o anumită cantitate consumată a fost „mare”, *interviuatorul trebuie să aibă în vedere care ar fi cantitatea de alimente consumate în mod obișnuit în condițiile respective*. Pentru aceasta, este nevoie ca el să cunoască obiceiurile alimentare ale grupului social general (nu neapărat foarte apropiat) căruia îi aparține participantul (de exemplu, tinere studente, femei în jurul vârstei de 50 de ani), precum și situațiile care tind să exercite o influență asupra alimentației (de exemplu, evenimente cum ar fi Ziua Recunoștinței, Crăciunul). Atunci când se realizează această cotare, nu se vor lua în considerare celelalte alimente consumate de către participant în ziua respectivă și nu se va lua în considerare viteza cu care a mâncat și nici dacă ulterior acesta a scuipat ori a vomitat mâncarea.

Dacă interviuatorul este indecis, cantitatea de alimente consumate nu trebuie clasificată ca fiind „mare”.

Interviutori nu le vor comunica participanților părerea lor în legătură cu cantitatea de alimente ingerate și trebuie să evite folosirea unor termeni cu tentă emoțională, cum ar fi „alimentație compulsivă” și „mâncat mult”.

**Numărul episoadelor de supraalimentare.** Atunci când calculăm numărul episoadelor de supraalimentare, se va accepta varianta de definire a episoadelor separate oferită de către participant, cu excepția cazului în care, într-un interval în cadrul episodului respectiv, a existat o oră sau mai mult în care participantul nu a mâncat. În cazul acesta, episodul inițial trebuie considerat ca fiind încheiat. Excepție face situația în care episodul a fost întrerupt temporar de un eveniment exterior și apoi a fost reluat, fiind perceput ca un singur episod (la fel cum ai apăsa pe butonul de „pauză” al unui aparat video). Atunci când estimezi lungimea unei pauze, nu trebuie să luai în considerare timpul scurs în timp ce participantul a vomitat. *Rețineți faptul că termenul de „purgație” (provocarea vărsăturilor sau folosirea abuzivă a laxativelor) nu este folosit pentru stabilirea momentului în care s-au încheiat episoadele individuale de supraalimentare.*

## ÎNTREBĂRI ADRESATE ÎN SCOPUL IDENTIFICĂRII EPISOADELOR BULIMICE ȘI A ALTOR EPISOADE DE SUPRAALIMENTARE

[Vezi subcapitolul anterior „Instrucțiuni pentru administrarea secțiunii dedicate supraalimentației”.  
Întrebările notate cu asterisc trebuie adresate în fiecare caz.]

### ÎNTREBĂRILE PRINCIPALE DE SONDAJ (pentru a obține o perspectivă generală)

- \* Aș dori să vă întreb dacă au existat episoade de supraalimentare ori de pierdere a controlului asupra alimentației care să fi survenit în ultimele 4 săptămâni.
- \* Oamenii interpretează în mod diferit termenul „supraalimentare”. Aș dori să-mi descrieți situațiile în care ați simțit că ați mâncat ori că se poate să fi mâncat prea mult.
- \* Și au existat situații în care ați perceput faptul că v-ați pierdut controlul asupra alimentației?

### ÎNTREBĂRILE SUPLIMENTARE DE SONDAJ

- \* Au existat situații în care vi s-a părut că ați mâncat prea mult, dar cei din jur nu au fost de aceeași părere?
- \* Au existat situații în care vi s-a părut că ați mâncat o cantitate obișnuită de alimente, dar ceilalți au considerat că ați mâncat prea mult?

[N.B: Pentru a fi eligibile, episoadele bulimice subiective trebuie să fie percepute de către participant ca perioade în care a consumat o cantitate exagerat de mare de alimente (adică a fost prezentă „supraalimentarea”).]

### ÎNTREBĂRILE AUXILIARE DE SONDAJ (pentru clasificarea episoadelor de supraalimentare)

Pentru a estima cantitatea de alimente pe care le-a consumat:

**Ați putea să specificați cu exactitate ce ați mâncat cu fiecare ocazie?**

[Pentru episoadele bulimice subiective (adică celea în care intervievatorul nu consideră că mâncarea a fost în „cantitate mare”).]

**Cantitatea aceasta vi s-a părut excesivă?**

Pentru a evalua contextul social:

**Care au fost împrejurările?**

**Ce au mâncat ceilalți în același timp?**

Pentru evaluarea „pierderii controlului”:

**Ați simțit atunci că v-ați pierdut controlul?**

**Vi s-a părut că ați fi putut să vă opriți odată ce ați început să mâncați?**

**Vi s-a părut că ați fi putut împiedica declanșarea episodului?**

[Pentru episoadele bulimice obiective, episoadele bulimice subiective și pentru episoadele de supraalimentare obiectivă trebuie stabilite următoarele cotați:

1. Numărul de zile (cotați 000 dacă nu este niciuna)
2. Numărul de episoade (cotați 000 dacă nu este niciunul)

În general, este preferabil să calculați întâi numărul de zile și apoi numărul episoadelor.

Cotați cu 777 dacă numărul de episoade este atât de mare, încât frecvența lor nu se poate calcula. Episoadele de supraalimentare subiectivă nu se cotează.]

Episoade bulimice obiective

zile [ ] [ ]

episoade [ ] [ ] [ ]

Episoade bulimice subiective

zile [ ] [ ]

episoade [ ] [ ] [ ]

Episoade de supraalimentare obiectivă

zile [ ] [ ]

episoade [ ] [ ] [ ]

[Întrebați în legătură cu fiecare dintre cele 2 luni precedente, luând ca puncte de referință datele și evenimentele notabile. Pentru episoadele bulimice subiective și obiective, cotați numărul de episoade survenite în ultimele 2 luni și numărul de zile în care au survenit. Cotați cu 0 dacă nu a existat niciunul și cotați cu 9 dacă nu adresați întrebarea.]

Episoade bulimice obiective

zile – luna 2 [ ] [ ] [ ]

luna 3 [ ] [ ] [ ]

episoade – luna 2 [ ] [ ] [ ] [ ]

luna 3 [ ] [ ] [ ] [ ]

Episoade bulimice subiective

zile – luna 2 [ ] [ ] [ ]

luna 3 [ ] [ ] [ ]

episoade – luna 2 [ ] [ ] [ ] [ ]

luna 3 [ ] [ ] [ ] [ ]

[De asemenea, cotați cea mai lungă perioadă (de săptămâni) în care nu au existat (nu prin forța împrejurărilor) episoade bulimice obiective în ultimele 3 luni. Cotați 99 dacă nu este cazul.]

[ ] [ ] [ ]

## MODULUL DSM-IV PENTRU „TULBURAREA DE TIP BINGE EATING”

**[Folosiți acest modul din DSM-IV doar dacă au fost prezente episoade bulimice obiective în ultimele 12 săptămâni. Folosiți stilul de interviu bazat pe respondent, în locul celui bazat pe investigator folosit pentru EDE.]**

Conform criteriilor de cercetare stabilite în DSM-IV pentru „tulburarea de tip binge eating”, pentru a stabili numărul de zile (N.B.: nu episoade) în care au survenit episoade bulimice obiective, trebuie să se realizeze o evaluare pe o perioadă de 6 luni. Așadar, după ce s-a concentrat inițial asupra a câte 28 de zile din cele 2 luni precedente (lunile 2 și 3), interviuatorul trebuie să se întoarcă la celelalte trei luni anterioare acestora (lunile 4 - 6), urmărind același număr de zile în fiecare. Pentru a ajuta pacienții să-și amintească momente atât de îndepărtate, trebuie să li se ofere date specifice. De asemenea, ei vor avea nevoie de ajutor pentru a-și aminti acea perioadă specifică (după cum am descris anterior).]

**\*Ce ne puteți spune despre cele 3 luni anterioare celor 3 despre care am discutat deja (specificați datele de la începutul și de la sfârșitul intervalului)?...**

..... **Ați avut episoade ca.....** (descrieți un episod bulimic obiectiv reprezentativ)?

**Ați avut alte episoade echivalente.....** (exemplificați, dacă este cazul, cu alte tipuri de episoade bulimice obiective raportate de participant)?

**S-au petrecut mai frecvent sau mai puțin frecvent decât în ultimele 28 de zile?**

**Să încercăm să estimăm împreună, în medie, în ultimele 6 luni (specificați lunile), câte zile pe săptămână ați avut episoade ca.....** (indicați episodul bulimic obiectiv reprezentativ)?

[Estimați un număr mediu de zile pe săptămână în care au survenit episoade bulimice obiective în ultimele 6 luni (adică, cotați între 0 și 7). Dacă nu adresați întrebarea, cotați cu 9.]

[ ]

### Trăsături asociate alimentației compulsive

[Cotați acești itemi doar dacă, în medie, în ultimele 6 luni, au existat cel puțin două zile pe săptămână în care au survenit episoade de mâncat compulsiv. Dacă nu, cotați cu 9.]

**În timpul acestor episoade (referiți-vă la episoadele bulimice obiective reprezentative pentru cele 6 luni), în mod obișnuit.....**

... **ați mâncat mult mai rapid decât normal?** [ ]

... **ați mâncat până când ați simțit un disconfort, deoarece erați prea sătul?** [ ]

... **Ați mâncat cantități mari de alimente chiar dacă nu ați simțit senzația de foame?** [ ]

... **Ați mâncat singur, deoarece vă simțeați stânjenit din cauza cantității de alimente pe care o consumați?** [ ]

... **V-ați simțit dezgustat de propria persoană, deprimat ori foarte vinovat?** [ ]

[Cotați fiecare trăsătură individual, folosind schema binară de mai jos.]

0 – Trăsătura nu este prezentă

1 – Trăsătura este prezentă

**Distresul în legătură cu alimentația compulsivă**

**În general, cât de stresat ori cât de supărat ați fost în ultimele 6 luni din pricina acestor episoade** (referiți-vă la episoadele bulimice obiective care sunt reprezentative pentru cele survenite în ultimele 6 luni)?

[Cotați prezența distresului pronunțat în legătură cu alimentația compulsivă. Aceasta poate fi provocată de comportamentul alimentar în sine ori se datorează efectului pe care îl are comportamentul respectiv asupra siluetei și asupra greutateii.]

- 0 – Nu există un distres marcat
- 1 – Distres marcat

[ ]

**RESTRICȚIILE ALIMENTARE ÎN AFARA EPISOADELOR BULIMICE (Item de diagnostic)**

**[REVENIȚI LA INTERVALUL TEMPORAL DE 3 LUNI și LA STILUL DE INTERVIEWARE EDE.** Cotați acest item doar dacă au existat cel puțin 24 de episoade bulimice în ultimele 3 luni.]

**În afara situațiilor când v-ați pierdut controlul asupra alimentației.....** (referiți-vă la episoade bulimice obiective și subiective),..... **cât de mult ați restricționat (limitat) de fapt cantitatea de alimente pe care o consumați? Ce ați mâncat într-o zi obișnuită?**

**Ați făcut acest lucru cu scopul de a vă influența silueta sau greutatea?**

[Întrebați participantul care a fost cantitatea de alimente consumate în afara perioadelor cu episoade bulimice obiective și subiective. *Cotați o zi obișnuită (indiferent dacă a cuprins sau nu un episod de supraalimentare).* Restricționarea alimentației trebuie să fi avut ca obiectiv influențarea siluetei, a greutateii ori a structurii corporale, deși se poate ca acesta să nu fi fost unicul motiv ori motivul principal. Cotați fiecare dintre cele 3 luni anterioare separat. Cotați cu 9 dacă nu ați adresat întrebarea.]

- 0 – Nu a existat nicio restricție extremă în afara episoadelor bulimice obiective și subiective
- 1 – Restricții extreme în afara episoadelor bulimice obiective și subiective (adică menținerea deliberată a unui consum energetic scăzut [de exemplu/1200 kcal])
- 2 – Nu s-au consumat deloc alimente în afara episoadelor bulimice obiective și subiective (adică „s-a postit” în mod deliberat.)

luna 1 [ ]

luna 2 [ ]

luna 3 [ ]

**MÂNCATUL ÎN COMPANIA ALTOR PERSOANE****(Subscala Preocupări legate de alimentație)**

**\*În afara situațiilor în care.....** ( referiți-vă la episoade bulimice obiective și la episoade de supraalimentare obiectivă), **ați fost preocupat în ultimele 4 săptămâni de faptul că alte persoane vă văd atunci când mâncați?**

**Cât de preocupat ați fost? Preocuparea aceasta v-a determinat să evitați ocazii de felul acesta? Ar fi putut fi mai rău?**

[N.B.: Acesta este primul item pentru severitate. Cotați gradul de preocupare în legătură cu consumul alimentar normal sau în cantități mai mici decât cele normale în fața altor persoane. *Nu luați în considerare episoadele bulimice obiective sau episoadele de supraalimentare obiectivă.* De asemenea, nu luați în considerare preocuparea resimțită de către participant doar în legătură cu membrii familiei care știu că acesta suferă de o tulburare de comportament alimentar. Pe de altă parte, preocuparea participantului poate izvorî din faptul că are anumite obiceiuri alimentare idiosincratice (de exemplu, mănâncă foarte încet, mănâncă mai puține feluri decât ceilalți, mănâncă alte feluri de alimente) ori se poate datora comportamentului asociat, cum ar fi nehotărârea atunci când trebuie să comande meniul la un restaurant. Un indice al severității unei asemenea preocupări este dacă aceasta a condus la evitare. În comun cu toți itemii pentru severitate, cotația trebuie să reprezinte în general *maniera de comportament pentru întreaga lună*. Dacă nu s-a ivit ocazia de a mânca împreună cu alte persoane, cotați cu 9.]

0 – Nicio preocupare legată de posibilitatea de a fi văzut de alte persoane în timp ce mânca și absența evitării a unor asemenea ocazii

1 –

2 – A resimțit o ușoară preocupare legată de faptul că va fi văzut de alții în timp ce mănâncă

3 –

4 – A resimțit o preocupare clară legată de faptul că va fi văzut de alții în timp ce mănâncă

5 –

6 – A resimțit o preocupare extrem de intensă legată de faptul că va fi văzut de alții în timp ce mănâncă

[ ]

**MÂNCATUL PE ASCUNS****(Subscala Preocupări legate de alimentație)**

**\*În afara situațiilor în care.....** (referiți-vă la episoade bulimice obiective și la episoade de supraalimentare obiectivă), **ați mâncat pe ascuns în ultimele 4 săptămâni?**

[Cotați numărul zilelor în care a existat cel puțin un episod de mâncat pe ascuns. *Nu luați în considerare episoadele bulimice obiective sau episoadele de supraalimentare obiectivă.* Mâncatul pe ascuns desemnează mâncatul pe furiș, pe care participantul dorește să-l ascundă, deoarece nu vrea să fie văzut mâncând (adică nu este pur și simplu mâncatul de unul singur). Nu cotați situațiile în care participantul se ascunde pentru că nu dorește să fie întrerupt sau pentru că nu dorește să împartă mâncarea cu altcineva. Sensibilitatea în legătură cu mâncatul în prezența altor persoane va fi fost cotată la rubrica „Mâncatul în compania altor persoane”, dar aceasta poate să aibă ca rezultat mâncatul pe ascuns. Dacă nu s-a ivit posibilitatea de a mânca împreună cu alte persoane, cotați cu 9.]

0 – Nu a mâncat pe ascuns

1 – A mâncat pe ascuns în 1-5 zile

2 – A mâncat pe ascuns în mai puțin de jumătate din zile (6-12 zile)

3 – A mâncat pe ascuns în jumătate din zile (13-15 zile)

4 – A mâncat pe ascuns în mai mult de jumătate din zile (16-22 zile)

5 – A mâncat pe ascuns aproape în fiecare zi (23-27 zile)

6 – A mâncat pe ascuns în fiecare zi

[ ]

**SENTIMENTUL DE VINOVĂȚIE ASOCIAT COMPORTAMENTULUI  
ALIMENTAR**
**(Subscala Preocupări legate de alimentație)**

**\*În afara situațiilor în care.....** (referiți-vă la episoade bulimice obiective și subiective), **în ultimele 4 săptămâni s-a întâmplat să vă simțiți vinovat după ce ați mâncat?**

**Ați avut sentimentul că ați făcut ceva rău? De ce?**

**Ce proporție reprezintă situațiile în care v-ați simțit vinovat, din numărul total al situațiilor în care ați mâncat?**

[N.B.: Cotarea aceasta se bazează pe numărul de situații. Cotați *proporția reprezentată de situațiile* în care participantul s-a simțit vinovat după ce a mâncat. *Nu luați în considerare episoadele bulimice obiective sau subiective*, dar luați în considerare episoadele de supraalimentare. Aceste sentimente de culpă trebuie să fie legate de efectele alimentației asupra siluetei, a greutateii ori asupra structurii corporale. *Faceți distincția între vină și regret*: vorbim despre vină atunci când individul are sentimentul că a făcut un lucru rău.]

[ ]

0 – Nu a resimțit niciun fel de vină după ce a mâncat

1 –

2 – S-a simțit vinovat după ce a mâncat în mai puțin de jumătate din *situații*

3 –

4 – S-a simțit vinovat după ce a mâncat în mai mult de jumătate din *situații*

5 –

6 – S-a simțit vinovat *de fiecare dată* după ce a mâncat



**AUTOINDUCEREA VOMEI****(Item de diagnostic)**

**\*S-a întâmplat pe parcursul ultimelor 4 săptămâni să vă provocați vărsături, ca o modalitate de a vă controla silueta sau greutatea?**

[Cotați numărul episoadelor distincte de autoinducere a vomei. Dacă participantul neagă faptul că episoadele de vărsături sunt controlate de către el, încercați să stabiliți dacă acestea au trăsăturile specifice unor episoade care nu au fost autoinduse (de exemplu, imprevizibilitate, faptul că survin în public). Dacă dovezile obținute sugerează că vărsăturile sunt controlate de către participant (adică sunt autoinduse), atunci cotați ca atare. Acceptați definiția pe care o oferă pacientul pentru un episod. Cotați cu 777 dacă numărul episoadelor este atât de mare, încât nu poate fi calculat. Cotați cu 000 dacă vărsăturile nu sunt prezente.]

[ ] [ ] [ ] [ ]

**În afara situațiilor..... (referiți-vă la episoadele bulimice obiective și subiective) de câte ori v-ați indus voma în ultimele 4 săptămâni, cu scopul de a vă controla silueta sau greutatea?**

[Cotați numărul episoadelor de vomă autoindusă „non-compensatorie”. Acceptați definiția episodului oferită de către participant. Cotați cu 000 absența vărsăturilor.]

[ ] [ ] [ ] [ ]

[Întrebați în legătură cu ultimele 2 luni. Estimați numărul episoadelor distincte de vomă autoindusă pe parcursul fiecăreia dintre cele 2 luni precedente.]

luna 2 [ ] [ ] [ ] [ ]

luna 3 [ ] [ ] [ ] [ ]

[Întrebați în legătură cu cele 3 luni anterioare perioadei amintite (pentru a stabili un diagnostic al tulburării de tip binge eating). Estimați numărul episoadelor distincte de vomă autoindusă pe parcursul acestor 3 luni.]

lunile 4-6 [ ] [ ] [ ] [ ]

## FOLOSIREA ABUZIVĂ A LAXATIVELOR

(Item de diagnostic)

**\* S-a întâmplat ca în ultimele 4 săptămâni să luați laxative pentru a vă controla silueta sau greutatea?**

[Cotați numărul episoadelor de folosire a laxativelor ca modalitate de a controla silueta, greutatea sau compoziția corporală. Acesta trebuie să fie motivul *principal* pentru care s-au luat laxative, deși se poate să nu fi fost unicul motiv. Cotați doar consumul de substanțe cu efect laxativ. Cotați cu 00 dacă nu s-au folosit laxative ori dacă vă îndoiiți asupra administrării acestora în scopul influențării siluetei, greutății sau a compoziției corporale.]

[ ][ ][ ]

[Cotați numărul mediu de laxative luate cu fiecare ocazie. Cotați cu 999 dacă nu este cazul. Cotați cu 777 dacă nu se poate cuantifica, de exemplu, dacă s-au consumat tărâțe.]

[ ][ ][ ]

[Notați tipul de laxativ folosit.]

**În afara situațiilor ..... (referiți-vă la episoadele bulimice obiective și subiective), de câte ori ați luat laxative în ultimele 4 săptămâni pentru a vă controla silueta sau greutatea?**

[Cotați numărul episoadelor de folosire abuzivă „non-compensatorie” a laxativelor. Acceptați definiția episodului oferită de către participant. Cotați cu 000 dacă folosirea abuzivă a laxativelor nu este prezentă.]

[ ][ ][ ]

[Întrebați participantul în legătură cu cele 2 luni precedente. Estimați numărul episoadelor de folosire abuzivă a laxativelor în fiecare dintre cele 2 luni precedente.]

luna 2 [ ][ ][ ]

luna 3 [ ][ ][ ]

[Întrebați participantul în legătură cu cele 3 luni anterioare celor 2 luni deja evaluate. Estimați numărul episoadelor de folosire abuzivă a laxativelor în aceste 3 luni.]

lunile 4-6 [ ][ ][ ]

## FOLOSIREA ABUZIVĂ A DIURETICELOR

(Item de diagnostic)

**\*Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, s-a întâmplat să luați diuretice pentru a vă controla silueta ori greutatea?**

[Cotați numărul episoadelor în care diureticele au fost folosite ca modalitate de a controla silueta, greutatea sau structura corporală. Acesta trebuie să fie *principalul* motiv pentru care s-au folosit diureticele, deși se poate să nu fi fost unicul motiv. Cotați doar substanțele cu efect diuretic clar. Cotați cu 000 dacă nu s-au folosit diuretice sau dacă nu sunteți siguri că diureticele au fost luate în primul rând cu scopul de a influența silueta, greutatea sau compoziția corporală.]

[ ][ ][ ]

[Cotați numărul mediu de diuretice administrate cu fiecare ocazie. Cotați cu 999 dacă nu este cazul.]

[ ][ ][ ]

[Notați tipul de diuretic folosit.]

**În afară de... (referiți-vă la episoadele bulimice obiective și subiective), de câte ori s-a întâmplat în ultimele 4 săptămâni să luați diuretice pentru a vă controla silueta sau greutatea?**

[Cotați numărul de episoade de folosire abuzivă „non-compensatorie” a diureticelor. Acceptați definiția episodului oferită de către participant. Cotați cu 000 dacă nu este prezentă folosirea abuzivă a diureticelor.]

[ ][ ][ ]

[Întrebați pacientul despre cele 2 luni anterioare. Estimați numărul episoadelor de folosire abuzivă a diureticelor pentru fiecare dintre cele 2 luni precedente.]

luna 2 [ ][ ][ ]

luna 3 [ ][ ][ ]

[Întrebați despre cele 3 luni anterioare perioadei amintite mai sus. Estimați numărul episoadelor de folosire abuzivă a diureticelor în aceste 3 luni anterioare.]

lunile 4-6 [ ][ ][ ]

**EXERCIȚIILE FIZICE AUTOIMPUSE****(Item de diagnostic)**

**\*În ultimele 4 săptămâni s-a întâmplat să practicați exerciții fizice intense în scopul menținerii controlului asupra greutateii, al modificării siluetei ori a cantității de grăsime corporală sau pentru a arde calorii?**

**\*Ați simțit un impuls ori obligația de a face exerciții fizice?**

**Ce formă de exerciții ați ales de obicei? Cât de intens ați exersat? V-ați solicitat organismul în mod excesiv?**

**Ați continuat exercițiile, chiar dacă s-a întâmplat ca acestea să interfereze cu alte obligații ori să vă pricinuiască vreo vătămare?**

**Au existat situații în care, dintr-un anumit motiv, nu ați putut face exerciții? Cum v-ați simțit atunci?**

[Cotați numărul zilelor în care participantul s-a angajat în practicarea „autoimpusă” a exercițiilor fizice. Acestea trebuie să fi fost deosebit de intense și să aibă un caracter compulsiv. Participantul poate relata că s-a simțit obligat să facă exercițiile. Alte indicii ale acestui caracter compulsiv sunt practicarea exercițiilor în mod atât de intens încât acestea interferează în mod semnificativ cu funcționarea de zi cu zi (de exemplu, îl împiedică pe individ să răspundă obligațiilor de natură socială sau profesională ori sunt practicate chiar și atunci când pot vătăma – de exemplu, atunci când individul este accidentat). Altă trăsătură sugestivă este reacția negativă puternică atunci când individul nu poate să-și facă exercițiile. Cotați doar exercițiile compulsive al căror obiectiv a fost *mai ales* acela de a arde calorii ori de a modifica silueta, greutatea ori compoziția corporală. Exercițiile fizice care au urmărit în mod exclusiv menținerea sănătății și a formei fizice nu trebuie cotate. Cotați cu 00 dacă exercițiile fizice practicate în mod compulsiv nu sunt prezente.]

[ ][ ]

[Cotați perioada *medie* (în minute) pe care o petrece zilnic individul cu exerciții fizice. Luați în considerare doar zilele în care participantul a făcut exerciții. Cotați cu 999 dacă astfel de exerciții nu sunt prezente.]

[ ][ ][ ]

[Întrebați participantul despre cele 2 luni precedente. Cotați numărul de zile în care acesta a practicat exerciții fizice în maniera aceasta în fiecare dintre aceste 2 luni precedente. Dacă nu ați adresat întrebarea, cotați cu 99.]

luna 2 [ ][ ]

luna 3 [ ][ ]

**ALTE COMPORTAMENTE EXTREME DE CONTROL AL GREUTĂȚII**

**\* În ultimele 4 săptămâni, ați făcut și altceva pentru a vă controla silueta sau greutatea?**

[Cotați alte forme disfuncționale notabile (adică potențial eficiente) de comportament de control (de exemplu, scuipatul alimentelor, administrarea insuficientă de insulină, folosirea abuzivă a medicației pentru tiroidă). Cotați numărul de zile și natura comportamentului. Cotați 00 dacă asemenea comportament nu există.]

luna 1 [   ] [   ]

---

luna 2 [   ] [   ]

luna 3 [   ] [   ]

---

**PERIOADE ÎN CARE COMPORTAMENTUL EXTREM DE CONTROL AL GREUTĂȚII ESTE ABSENT**

[Adresați această întrebare doar dacă cel puțin una dintre cele cinci metode principale ale comportamentului de control al greutății a fost cotate pozitiv la nivelul de severitate specificat, pe parcursul ultimelor 3 luni. Cele cinci forme de comportament sunt:

- Postul (cotare de 1 sau 2 la „Restricții alimentare în afara episoadelor bulimice”)
- Autoinducerea vomei (în medie, cel puțin de două ori pe săptămână)
- Folosirea abuzivă a laxativelor (în medie, cel puțin de două ori pe săptămână)
- Folosirea abuzivă a diureticelor (în medie, cel puțin de două ori pe săptămână)
- Practicarea exercițiilor fizice în mod compulsiv – Nu se ia în considerare în contextul acesta]

**A existat în ultimele 3 luni o perioadă de 2 sau mai multe săptămâni în care nu ați.....**

[Întrebați la fel ca pentru itemii individuali. Stabiliți numărul săptămânilor consecutive din ultimele 3 luni în care „au lipsit” (adică nu s-au ridicat până la sau peste pragurile stabilite) toate cele cinci forme de comportament extrem de control al greutății. Nu cotați abținerea datorată unor împrejurări speciale. Cotați cu 99 dacă nu este cazul.]

[   ] [   ]

---

Urmează să vă adresez câteva întrebări legate de siluetă și de greutate.....

### NEMULȚUMIRE FAȚĂ DE GREUTATEA CORPORALĂ

(Subscala Preocupări legate de greutate)

**\*S-a întâmplat pe parcursul ultimelor 4 săptămâni să fiți nemulțumit(ă) în legătură cu greutatea dumneavoastră (..... valoarea indicată de cântar)? Cum a fost?**

**De ce ați fost nemulțumit(ă) de greutatea pe care o aveți? Ați fost atât de nemulțumit(ă) încât v-ați simțit nefericit(ă)? Ați fi putut să vă simțiți mai rău? Cât timp a durat acest sentiment?**

[Cotați doar nemulțumirea legată de faptul că participantul consideră că greutatea sa este prea mare. Evaluați atitudinea participantului față de propria greutate și cotați-o în consecință. La fel ca în cazul tuturor celorlalți itemii pentru severitate, cotarea trebuie să reprezinte în general *maniera de comportament pentru întreaga lună*. Cotați cu 4, 5 sau 6 doar dacă participantul a manifestat și distres. Nu oferiți sugestii folosind termeni cum ar fi „ușor”, „moderat” sau „marcat”. Cotarea aceasta se poate face cu participanți care nu-și cunosc cu exactitate greutatea. Cotați cu 9 doar pentru participanții care nu știu deloc ce greutate au.]

- 0 – Nicio nemulțumire
- 1 –
- 2 – Ușoară nemulțumire (neasociată cu distres)
- 3 –
- 4 – Nemulțumire moderată (oarecare distres asociat)
- 5 –
- 6 – Nemulțumire marcată (preocupare și distres extreme; greutatea este total inacceptabilă)

[ ]

### DORINȚA DE A PIERDE ÎN GREUTATE

(Subscala Preocupări legate de greutate)

**\* În ultimele 4 săptămâni, ați dorit să aveți o greutate mai mică (din nou, mă refer la valoarea de pe cântar)?**

**Ați avut o dorință puternică de a slăbi?**

[Cotați numărul zilelor în care a existat o *dorință puternică* de a pierde în greutate. Această cotare se poate face cu participanți care nu-și cunosc greutatea exactă. Cotați cu 9 doar în cazul în care participanții care nu-și cunosc deloc greutatea.]

- 0 – Nici o dorință puternică de a pierde în greutate
- 1 – O dorință puternică resimțită în 1-5 zile
- 2 – O dorință puternică resimțită în mai puțin de jumătate din zile (6-12 zile)
- 3 – O dorință puternică resimțită în jumătate din zile (13-15 zile)
- 4 – O dorință puternică resimțită în mai mult de jumătate din zile (16-22 zile)
- 5 – O dorință puternică resimțită aproape în fiecare zi (23-27 zile)
- 6 – O dorință puternică resimțită în fiecare zi

## GREUTATEA DORITĂ

**\*În medie, în ultima lună, ce greutate v-ați dorit să aveți?**

[Cotați greutatea în kilograme. Cotați 888 dacă participantul nu este interesat de propria greutate. Cotați 777 dacă nu există nicio greutate anume pe care să o considere suficient de scăzută. Cotați cu 666 dacă participantul este interesat în primul rând de siluetă, dar este oarecum preocupat și de greutate (fără să țină seama de greutate specifică). Cotați cu 555 dacă nu se poate cota.]

[ ] [ ] [ ]

## CÂNTĂRIREA

**\*Cât de des v-ați cântărit în ultimele 4 săptămâni?**

[Calculați frecvența aproximativă cu care s-a cântărit participantul. Dacă nu s-a cântărit, trebuie să stabiliți dacă acest lucru nu este cumva rezultatul evitării. Cotați cu 777 dacă acest lucru se datorează evitării.]

[ ] [ ] [ ]

## REAȚIA FAȚĂ DE CÂNTĂRIREA RECOMANDATĂ

(Subsacala Preocupări legate de greutate)

**\*Cum ați fi reacționat în cele 4 săptămâni trecute, dacă vi s-ar fi cerut să vă cântăriți o dată pe săptămână timp 4 săptămâni..... doar o dată pe săptămână; nici mai des, nici mai rar?**

[Cotați intensitatea reacției negative față de perspectiva necesității cântăririi săptămânale (nu mai des, nici mai rar) pe durata următoarelor 4 săptămâni. Aceasta presupune faptul că participantul urma să-și afle greutatea. Reacțiile pozitive trebuie cotate cu 9. La fel ca în cazul tuturor celorlalți itemi de severitate, cotarea trebuie să reprezinte în *general maniera de comportament caracteristică întregii luni*. Rugați participantul să descrie detaliat cum ar fi reacționat și cotați în mod corespunzător. Verificați dacă ar fi fost influențate alte aspecte ale vieții sale. Nu oferiți sugestii folosind termeni cum ar fi „ușor”, „moderat” sau „marcat”. Dacă participantul nu ar fi acceptat cântărirea aceasta deoarece ar fi găsit-o extrem de stresantă, cotați cu 6.]

0 – Nicio reacție

1 –

2 – Reacție ușoară

3 –

4 – Reacție moderată (reacție clară, dar rezonabilă)

5 –

6 – Reacție marcată (reacție pronunțată care ar afecta alte aspecte ale vieții participantului)

[ ]

## SENSIBILITATEA FAȚĂ DE CÂȘTIGUL ÎN GREUTATE

**\*În ultimele 4 săptămâni, ce greutate acumulată pe parcursul unei săptămâni v-ar fi supărat în mod sigur?**

[Stabiliți care este câștigul în greutate (adăugat la greutatea medie a participantului din ultimele 4 săptămâni) care ar fi condus la o *reacție negativă marcată*. Verificați mai multe numere. Fiți deosebit de atenți, pentru a alege în mod corect codul pentru numărul respectiv. Acesta ar trebui să reprezinte nivelul mediu de sensibilitate pentru întreaga lună.]

0 – 3,5 kg (sau mai mult) ar fi generat o reacție negativă marcată, sau niciun fel de câștig în greutate nu ar fi generat acest tip de reacție

1 – 3 kg ar fi generat o reacție negativă marcată

2 – 2,5 kg ar fi generat o reacție negativă marcată

3 – 2 kg ar fi generat o reacție negativă marcată

4 – 1,5 kg ar fi generat o reacție negativă marcată

5 – 1 kg ar fi generat o reacție negativă marcată

6 – 0,5 kg (adică orice câștig în greutate) ar fi generat o reacție negativă marcată

[ ]

## NEMULȚUMIRE FAȚĂ DE SILUETĂ

(Subscala Preocupări legate de siluetă)

**\*S-a întâmplat ca în ultimele 4 săptămâni să fiți nemulțumit(ă) de propria siluetă (înfățișare)? Cum a fost?**

**De ce ați fost nemulțumit(ă) de silueta dumneavoastră? Ați fost atât de nemulțumit(ă) încât v-ați simțit nefericit(ă)? S-ar fi putut să vă simțiți mai rău? Cât timp ați avut acest sentiment?**

[Cotați doar insatisfacția legată de siluetă ori de înfățișarea generală pentru că participantul se consideră prea corpulent. Această insatisfacție se referă la preocupări legate de proporțiile generale ale corpului, dar nu și la acelea vizând părți specifice ale corpului. Nu cotați preocupările legate de tonusul muscular. Evaluați atitudinea participantului față de propria siluetă și cotați în consecință. La fel ca în cazul tuturor celorlalți itemi pentru severitate, cotarea trebuie să fie o reprezentare generală a *manierei de comportament pentru întreaga lună*. Cotați cu 4, 5 sau 6 doar dacă s-a semnalat distres asociat. Nu oferiți sugestii folosind temeni cum ar fi „ușor”, „moderat”, sau „marcat.” Relatările vizând dezgustul ori repulsia față de propria siluetă trebuie cotate cu 6.]

0 – Nicio nemulțumire legată de siluetă

1 –

2 – Ușoară nemulțumire legată de siluetă (fără distres asociat)

3 –

4 – Nemulțumire moderată legată de siluetă (oarecare distres asociat)

5 –

6 – Nemulțumire marcată legată de siluetă (preocupare extremă și distres; silueta este total inacceptabilă)

[ ]



**PREOCUPĂRI LEGATE DE SILUETĂ ORI DE GREUTATE****(Subscalele Preocupări legate de siluetă și de greutate)**

**\*Ați petrecut mult timp în ultimele 4 săptămâni gândindu-vă la silueta sau la greutatea dumneavoastră?.....**

**\*..... Faptul că v-ați gândit la propria siluetă sau greutate v-a împiedicat să vă concentrați asupra activităților curente, cum ar fi, de exemplu, munca, urmărirea unei conversații sau lectura? Ce a afectat această preocupare?**

[Această definiție a preocupării presupune existența unui deficit de concentrare. Concentrarea este deficitară dacă există *gânduri intruzive legate de siluetă ori de greutate care au interferat cu activitățile în care este angajat individul*, nu dacă s-a întâmplat ca mintea să-i zboare pur și simplu, pentru moment, de la o activitate curentă. Cotați numărul zilelor în care s-a întâmplat acest lucru, indiferent dacă au survenit sau nu episoade bulimice.]

0 – Niciun deficit de concentrare

1 – Deficit de concentrare prezent în 1-5 zile

2 – Deficit de concentrare prezent în mai puțin de jumătate din zile (6-12 zile)

3 – Deficit de concentrare prezent în jumătate din zile (13-15 zile)

4 – Deficit de concentrare prezent în mai mult de jumătate din zile (16-22 zile)

5 – Deficit de concentrare prezent aproape în fiecare zi (23-27 zile)

6 – Deficit de concentrare prezent în fiecare zi

## IMPORTANȚA ACORDATĂ GREUTĂȚII, SILUETEI ȘI CONTROLULUI STRICT AL ALIMENTAȚIEI

(Itemi de diagnostic, subscalele Preocupare legată de greutate și de siluetă)

### *Greutate*

**\*Urmează acum o întrebare destul de complexă – poate că nu v-ați gândit la lucrul acesta înainte. În ultimele 4 săptămâni, credeți că greutatea (valoarea indicată de cântar) a influențat în mod decisiv modul în care vă vedeți (judecați, percepeți, evaluați) ca persoană?**

**\*..... Dacă vă gândiți la lucrurile care influențează modul în care vă vedeți (judecați, percepeți, evaluați) – cum ar fi (performanțele profesionale, calitatea de părinte, căsnicia, relațiile cu ceilalți) - și așezați toate acestea în ordinea importanței, unde credeți că este locul greutateii corporale?**

**(Dacă, în ultimele săptămâni, greutatea dumneavoastră s-ar fi schimbat indiferent în ce mod, acest lucru ar fi afectat imaginea dumneavoastră despre propria persoană?)**

**(În ultimele 4 săptămâni, a fost important pentru dumneavoastră ca greutatea să *nu* se schimbe? Ați întreprins ceva pentru a vă asigura că aceasta nu se va schimba?)**

### *Silueta*

**\*Dar silueta? Unde se plasează – ca importanță, față de greutate, în privința influenței pe care o exercită asupra modului în care vă percepeți ca persoană?**

[N.B.: Realizați toate coterile pentru „siluetă” și „greutate” fără ajustări la acest punct.]

### *Controlul strict asupra alimentației*

**\*Ce spuneți despre menținerea unui control strict asupra alimentației? Comparativ cu importanța acordată greutateii și siluetei, în ce măsură a influențat acesta percepția pe care o aveți asupra propriei persoane?**

[Întâi, estimați care este nivelul importanței pe care participantul o acordă greutateii corporale și poziția acesteia în schema sa de autoevaluare. Cotarea se poate face pentru participanții care nu știu cu precizie ce greutate au – se poate cota importanța acordată greutateii presupuse. Pentru a realiza cotarea, este nevoie să facem comparații cu alte aspecte din viața participantului care sunt importante în schema proprie de autoevaluare (de exemplu, calitatea relațiilor, calitatea de părinte, performanțele profesionale sau cele realizate în activități desfășurate în timpul liber), inclusiv silueta și menținerea unui control strict asupra alimentației. La fel ca în cazul tuturor celorlalți itemi pentru severitate, cotarea trebuie să reprezinte în general *tiparul de comportament pentru întreaga lună*.

Cei trei itemi pentru „Importanță” sunt greu de cotați. Vă recomandăm să începeți cu o discuție despre greutatea corporală și apoi să abordați problema siluetei. În acest punct, trebuie să fie realizate coterile pentru importanța greutateii și a siluetei. Apoi, menținerea unui control strict asupra alimentației trebuie adăugată ecuației și, la urmă, se va cota importanța tuturor celor trei domenii (adică importanța greutateii corporale și a siluetei se cotează de două ori).

Atunci când începem cu greutatea, este recomandabil ca intervievatorul să adreseze împreună cele două întrebări obligatorii de sondaj. Apoi, intervievatorul trebuie să-l ajute pe participant să formuleze răspunsul. După aceea, este recomandabil să repete cele două întrebări-test pentru a se asigura că participantul a înțeles pe deplin conceptul care este evaluat. Întrebările trecute între paranteze se vor adresa doar dacă participantul neagă faptul că greutatea ar avea importanță pentru el, dar comportamentul său sugerează contrariul. Nu oferiți sugestii folosind termeni cum ar fi „oarecare”, „moderată” ori „supremă”.]

0 – Nicio importanță

1 –

2 – Oarecare importanță (în mod clar un aspect al autoevaluării)

3 –

4 – Importanță moderată (în mod clar unul dintre aspectele importante ale autoevaluării)

5 –

6 – Importanța supremă (nimic altceva nu este mai important în schema de autoevaluare a participantului)

Greutate (cotare neajustată) [ ]

Siluetă (cotare neajustată) [ ]

[Întrebați participantul despre cele 2 luni precedente. Cotați cu 9 dacă nu adresați întrebarea.]

Greutate (neajustată) luna 2 [ ]

Greutate (neajustată) luna 3 [ ]

Siluetă (neajustată) luna 2 [ ]

Siluetă (neajustată) luna 3 [ ]

Menținerea unui control strict asupra alimentației [ ]

Greutate (ajustată pentru controlul strict asupra alimentației) [ ]

Siluetă (ajustată pentru controlul strict asupra alimentației) [ ]

**TEAMA LEGATĂ DE CÂȘTIGUL ÎN GREUTATE****(Item de diagnostic, Subscala Preocupare legată de siluetă)****\*În ultimele 4 săptămâni, v-ați temut că ați putea câștiga în greutate?**

[Pentru participanții care au câștigat recent în greutate, întrebarea poate fi reformulată „.....v-ați temut că ați putea să câștigați *mai mult* în greutate?”]

**Cât de mult v-ați temut?**

[Cotați numărul de zile în care a existat o *teamă evidentă* (expresie comună) în această privință. Exclueți reacțiile la câștigul efectiv în greutate.]

- 0 – Nicio teamă reală privind câștigul în greutate
- 1 – Teama *evidentă* legată de câștigul în greutate în 1-5 zile
- 2 – Teama *evidentă* legată de câștigul în greutate în mai puțin de jumătate din zile (6-12 zile)
- 3 – Teama *evidentă* legată de câștigul în greutate în jumătate din zile (13-15 zile)
- 4 – Teama *evidentă* legată de câștigul în greutate în mai mult de jumătate din zile (16-22 zile)
- 5 – Teama *evidentă* legată de câștigul în greutate prezentă aproape în fiecare zi (23-27 zile)
- 6 – Teama *evidentă* legată de câștigul în greutate prezentă în fiecare zi

[ ]

---

[Pentru participanții a căror greutate corporală îi face eligibili pentru diagnosticul de anorexie nervoasă, trebuie să adresați întrebări vizând și cele 2 luni precedente. Cotați cu 9 dacă nu adresați întrebările.]

luna 2[ ]

luna 3[ ]

**DISCONFORT LA VEDEREA PROPRIULUI CORP****(Subscala Preocupare legată de siluetă)**

**\*În ultimele 4 săptămâni, ați resimțit disconfort la vederea propriului corp, de exemplu, în oglindă, reflectat într-o vitrină, atunci când vă dezbrăcați ori când faceți baie sau duș?**

**Cum v-ați simțit în acele momente? S-ar fi putut să vă fi simțit mai rău? Ați evitat să vă priviți corpul?**

[Cotați doar disconfortul pe care participantul l-a resimțit în legătură cu silueta ori înfățișarea generală din cauza faptului că se consideră prea corpulent. Disconfortul nu trebuie să fie provocat de sensibilitatea față de unele aspecte specifice ale înfățișării (de exemplu, de acnee) ori de pudoarea participantului. Un indice al severității acestui disconfort îl oferă faptul că a condus ori nu la un comportament de evitare (solicitați exemple; de exemplu, cum se comportă atunci când se spală). La fel ca în cazul tuturor celorlalți itemi pentru severitate, cotația are menirea de a reprezenta în general *tiparul de comportament pentru întreaga lună*.]

0 – Absența oricărui disconfort la vederea propriului corp

1 –

2 – Un oarecare disconfort la vederea propriului corp

3 –

4 – Disconfort clar la vederea propriului corp

5 –

6 – Disconfort extrem la vederea propriului corp (de exemplu, este considerat a fi dezgustător)

[ ]

**DISCONFORT LEGAT DE EXPUNEREA CORPORALĂ****(Subscala Preocupare legată de siluetă)**

**\*În ultimele 4 săptămâni, ați resimțit un disconfort în legătură cu faptul că *alte persoane v-au văzut corpul*, de exemplu, în vestiar sau atunci când ați fost la înot ori când ați purtat haine care vă evidențiau silueta? Dar atunci când partenerul ori prietenii v-au văzut corpul?**

**Cum v-ați simțit în aceste situații? S-ar fi putut să vă fi simțit mai rău?**

**Ați evitat să vă expuneți corpul în fața altora? Ați ales să purtați haine care să vă mascheze silueta?**

[Cotați doar disconfortul datorat preocupărilor privind silueta ori înfățișarea în general (deoarece participantul consideră că este prea corpulent). Nu luați în considerare disconfortul limitat la membrii familiei, care știu că participantul suferă de o tulburare de comportament alimentar. Disconfortul nu trebuie să fie provocat de sensibilitatea față de aspecte specifice ale înfățișării (de exemplu, de acnee) ori de pudoare. Un indice al severității acestui disconfort este reprezentat de faptul că a condus ori nu la un comportament de evitare (solicitați exemple, de exemplu, cum se comportă participantul atunci când se îmbracă). Dacă nu s-a ivit posibilitatea expunerii, cotați cu 9. La fel ca în cazul tuturor celorlalți itemi pentru severitate, cotarea are menirea de a reprezenta în general *tiparul de comportament pentru întreaga lună*.]

0 – Niciun disconfort legat de expunerea corporală

1 –

2 – Un oarecare disconfort legat de expunerea corporală

3 –

4 – Disconfort clar legat de expunerea corporală

5 –

6 – Disconfort extrem legat de expunerea corporală

**SENZAȚIA DE A FI GRAS****(Item de diagnostic, Subscala Preocupare legată de siluetă)**

**\*În ultimele 4 săptămâni s-a întâmplat să „vă simțiți gras”?** [Pentru participanții care au admis deja existența unor sentimente de felul acesta, întrebarea va trebui precedată de o formulă de scuză.]

[Cotați numărul zilelor în care participantul „s-a simțit gras” în general (nu în legătură cu o parte anume a corpului), acceptând modul în care el folosește această expresie. Faceți distincția între „a se simți grasă” în general și a se simți balonată înainte de ciclul menstrual, în afara cazului în care această ultimă situație este percepută de către participantă ca o senzație că ar fi grasă.]

- 0 – Nu s-a simțit gras
- 1 – S-a simțit gras 1-5 zile
- 2 – S-a simțit gras în mai puțin de jumătate din zile (6-12 zile)
- 3 – S-a simțit gras în jumătate din zile (13-15 zile)
- 4 – S-a simțit gras în mai mult de jumătate din zile (16-22 zile)
- 5 – S-a simțit gras aproape în fiecare zi
- 6 – S-a simțit gras în fiecare zi

[ ]

---

[În cazul participanților a căror greutate îi poate face eligibili pentru un diagnostic de anorexie nervoasă, adresați întrebări despre fiecare dintre cele 2 luni precedente. Cotați cu 9 dacă nu ați adresat aceste întrebări.]

luna 2[ ]

luna 3[ ]

**GRĂSIMEA LOCALIZATĂ**

**\*S-a întâmplat ca în ultima lună să simțiți că o anumită parte a corpului dumneavoastră este prea grasă?**

[Cotați numărul de zile în care participantul s-a gândit că una sau mai multe părți specifice ale corpului său sunt fără îndoială prea „grase”. Aceasta nu exclude părerea sa că întregul corp este prea „gras”.]

- 0 – Percepția legată de grăsimea localizată nu este prezentă
- 1 – Percepția legată de grăsimea localizată prezentă în 1-5 zile
- 2 – Percepția legată de grăsimea localizată prezentă în mai puțin de jumătate din zile (6-12 zile)
- 3 – Percepția legată de grăsimea localizată prezentă în jumătate din zile (13-15 zile)
- 4 – Percepția legată de grăsimea localizată prezentă în mai mult de jumătate din zile (16-22 zile)
- 5 – Percepția legată de grăsimea localizată prezentă aproape în fiecare zi (23-27 zile)
- 6 – Percepția legată de grăsimea localizată prezentă în fiecare zi

[ ]

## VIGILENȚĂ ÎN LEGĂTURĂ CU SILUETA

**\*În ultimele 4 săptămâni, v-ați monitorizat în mod activ silueta..... de exemplu, verificându-vă cu atenție în oglindă, măsurându-vă, ciupindu-vă ori verificând în mod repetat dacă vă sunt bune anumite haine?**

[Cotați numărul de zile în care participantul și-a *monitorizat în mod activ* silueta cu intenția de a detecta orice schimbare. Participantul trebuie să fie încredințat că metoda folosită îi permite să detecteze schimbările.]

- 0 – Vigilența nu este prezentă
- 1 – Vigilența este prezentă în 1-5 zile
- 2 – Vigilența este prezentă în mai puțin de jumătate din zile (6-12 zile)
- 3 – Vigilența este prezentă în jumătate din zile (13-15 zile)
- 4 – Vigilența este prezentă în mai mult de jumătate din zile (16-22 zile)
- 5 – Vigilența este prezentă aproape în fiecare zi (23-27 zile)
- 6 – Vigilența este prezentă în fiecare zi

[ ]

## STOMAC PLAT

(Subscala Preocupare legată de siluetă)

**\*În ultimele 4 săptămâni, s-a întâmplat să resimțiți o dorință clară de a avea stomacul complet plat?**

[Cotați numărul de zile în care participantul a resimțit o *dorință clară de a avea stomacul plat sau concav*. Demonstrați ținând vertical un creion. Participanții care au deja stomacul plat pot fi cotați, în vreme ce dorința de a avea un stomac „mai plat” (adică mai puțin bombat) nu trebuie cotată.]

- 0 – Dorința clară de a avea un stomac plat nu este prezentă
- 1 – Dorința clară de a avea un stomac plat este prezentă în 1-5 zile
- 2 – Dorința clară de a avea un stomac plat este prezentă în mai puțin de jumătate din zile (6-12 zile)
- 3 – Dorința clară de a avea un stomac plat este prezentă în jumătate din zile (13-15 zile)
- 4 – Dorința clară de a avea un stomac plat este prezentă în mai mult de jumătate din zile (16-22 zile)
- 5 – Dorința clară de a avea un stomac plat este prezentă aproape în fiecare zi (23-27 zile)
- 6 – Dorința clară de a avea un stomac plat este prezentă în fiecare zi

[ ]



## COMPOZIȚIA CORPORALĂ

**\*În ultimele 4 săptămâni, v-ați gândit la compoziția corpului dumneavoastră?... procentul de grăsime comparativ cu cel reprezentat de musculatură..... cum arată țesuturile corpului dumneavoastră?**

**Cât de preocupat ați fost de compoziția corpului dumneavoastră?**

[Cotați intensitatea preocupării participantului în legătură cu procentul de grăsime din propriul corp. *Nu cotați preocuparea legată de faptul că „ar fi gras” ori preocupările vizând anumite părți ale corpului. Nu oferiți sugestii folosind termeni cum ar fi „ușor”, „moderat” sau „marcat”. La fel ca în cazul tuturor celorlalți itemi pentru severitate, cotația are menirea de a reprezenta în general tiparul de comportament caracteristic pentru întreaga lună.]*

● – Preocuparea pentru compoziția corporală nu este prezentă

1 –

2 – Ușoară preocupare legată de compoziția corporală (participantul este conștient de aceasta, dar nu prezintă importanță pentru el)

3 –

4 – Preocupare moderată legată de compoziția corporală (este în mod clar interesat de compoziția corpului și se gândește la aceasta în mod regulat)

5 –

6 – Prezintă o preocupare intensă legată de compoziția corporală (manifestă interes extrem pentru compoziția propriului corp și se gândește la aceasta în mod frecvent)

[ ]

## GREUTATE ȘI ÎNĂLȚIME

**(Item de diagnostic)**

[Trebuie măsurate greutatea și înălțimea participantului.]

Greutatea în kg [ ][ ][ ]

Înălțimea în cm [ ][ ][ ]

**MENTȚINEREA UNEI GREUTĂȚI SCĂZUTE****(Item de diagnostic)**

[Realizați cotarea pentru pacienții a căror greutate îi poate face eligibili pentru un diagnostic de anorexie nervoasă. Dacă aveți îndoieli, realizați această cotare.]

**În ultimele trei luni, ați încercat să slăbiți?**

Dacă nu: **Ați încercat să acționați în așa fel încât să vă asigurați că nu veți câștiga în greutate?**

[Cotați prezența încercărilor de a pierde în greutate ori de a evita câștigul în greutate. Cotați cu 9 dacă nu ați adresat întrebarea.]

0 – Nu au existat încercări de a slăbi și nici de a evita câștigul în greutate în ultimele 3 luni

1 – Au existat încercări de a slăbi ori de a evita câștigul în greutate în ultimele 3 luni, din motive ce țin de preocupările legate de siluetă sau de greutate

2 – Au existat încercări de a slăbi ori de a evita câștigul în greutate în ultimele 3 luni, pentru alte motive  
[ ]

**CICLUL MENSTRUAL****(Item de diagnostic)**

**\*S-a întâmplat să nu aveți ciclu menstrual în vreuna dintre ultimele luni?**

**Câte cicluri menstruale ați avut?**

**\*Folosiți anticoncepționale orale?**

[La femeile postmenarhice, cotați numărul ciclurilor menstruale din ultimele 3 și 6 luni. Cotați cu 33 dacă participanta nu a avut niciodată ciclu menstrual; cotați cu 44 dacă a luat un contraceptiv oral pe durata lunilor vizate; cotați cu 55 dacă a fost însărcinată sau a alăptat; cotați cu 66 dacă nu a avut ciclu menstrual din cauza unei proceduri ginecologice (de exemplu, o histerectomie); cotați cu 77 dacă se află în mod clar în perioada de postmenopauză; și cotați cu 88 dacă participantul este bărbat.]

lunile 0-3[ ][ ]

lunile 0-6[ ][ ]

**SFÂRȘITUL SCHEMEI EDE**

## DEOSEBIRI ÎNTRE EDE 16.0D ȘI EDE 12.0D

### Itemi noi în EDE-16.0D

Ciugulit

Modul pentru tulburarea de tip binge eating:

Frecvența medie (zile pe săptămână) pe durata ultimelor 6 luni

Trăsături asociate

- mâncat mai rapid
- mâncat până la senzația de sațietate
- mâncat în lipsa senzației de foame
- mâncat singur
- sentiment de dezgust

Distres în legătură cu alimentația compulsivă

Alte metode extreme de control al siluetei sau al greutății

Cântărire

Sensibilitate la câștigul în greutate

Menținerea unui control strict asupra alimentației

Grăsime localizată

Vigilență în legătură cu silueta

Compoziție corporală

### Modificări aduse itemilor EDE-12.0D

Mâncat nocturn

- nivel de vigilență

Restrângere a consumului alimentar

- pentru a dobândi sentimentul de control
- siluetă și greutate/ sentiment de control

Evitare a consumului alimentar

- pentru a dobândi sentimentul de control
- siluetă și greutate/ sentiment de control

Stomac gol

- pentru a dobândi sentimentul de control
- siluetă și greutate/ sentiment de control

Evitare a unor alimente

- pentru a dobândi sentimentul de control
- siluetă și greutate/ sentiment de control

Reguli de conduită alimentară

- pentru a dobândi sentimentul de control
- siluetă și greutate/ sentiment de control

Importanța acordată greutății

- ajustată pentru control

Importanța acordată siluetei

- ajustată pentru control

Episoade bulimice subiective

- număr de zile în luna 2
- număr de zile în luna 3
- număr de episoade în luna 2
- număr de episoade în luna 3

Autoinducerea vomei

- episoade independente de episoadele bulimice obiective și subiective
- număr de episoade în lunile 4-6

Folosirea abuzivă a laxativelor

- episoade independente de episoadele bulimice obiective și subiective
- număr de episoade în lunile 4-6

Folosirea abuzivă a diureticelor

- episoade independente de episoadele bulimice obiective și subiective
- număr de episoade în lunile 4-6

### **Itemi din EDE-12.0D care au fost excluși**

Autoinducerea vomei, Folosirea abuzivă a laxativelor și Folsirea abuzivă a diureticelor

- 4 săptămâni (număr de zile)

### **Itemi a căror denumire a fost schimbată în EDE-16.0D**

„Exerciții fizice intense pentru a controla silueta și greutatea” a devenit „Exerciții fizice autoimpuse”

„Evitarea expunerii” a devenit „Disconfort legat de expunere”

„Senzații legate de grăsime” a devenit „Senzația de a fi gras”

### **Modificări în cotare**

Pentru itemii de severitate, cotările se bazează acum pe *tiparul de comportament* din ultimele 28 de zile, mai degrabă decât pe medie.

# CHESTIONARUL DE EVALUARE A TULBURĂRII DE COMPORTAMENT ALIMENTAR (EDE-Q 6.0)

CHRISTOPHER G. FAIRBURN și SARAH BEGLIN

## INTRODUCERE

EDE-Q 6.0 (Fairburn și Beglin, 1994) este versiunea de autoevaluare a Evaluării tulburării de comportament alimentar (EDE), interviu binecunoscut, bazat pe interviuator (Fairburn și Cooper, 1993). Cotarea se realizează la fel ca pentru EDE (vezi pagina 344). Calitățile psihometrice ale EDE-Q 6.0 au fost comparate cu cele ale EDE și ale altor instrumente în numeroase studii (a se vedea Peterson și Mitchell, 2005) și s-a constatat că în anumite domenii este performant, iar în altele nu. Etaloanele pentru populația generală sunt disponibile pentru adulți (vezi pagina 345 și Mond și colab., 2006) și pentru adolescenți (Carter, Stewart și Fairburn, 2001).

## BIBLIOGRAFIA RECOMANDATĂ

- Carter, J.G., Stewart, D.A., & Fairburn, C.G. (2001). Eating Disorder Examination Questionnaire: Norms for adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 625-632.
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorder psychopathology: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C.G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th ed.). In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B., & Owen, G. (2006). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for young adult women. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 53-62.
- Peterson, C.B., & Mitchell, J.E. (2005). Self-report measures. In J.E. Mitchell & G.B. Peterson (Eds.), *Assessment of eating disorders* (pp. 120-128). New York: Guilford Press.

## Studii dedicate EDE-Q

- Binford, R.B., Le Grande, D., & Jellar, C. (2005). Eating Disorder Examination versus Eating Disorder Examination Questionnaire in adolescents with full and partial-syndrome bulimia nervosa and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 44-49.
- Carter, J.C., Aime, A.A., & Mills, J.S. (2001). Assessment of bulimia nervosa: A comparison of interview and self-report questionnaire methods. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 187-192.
- Carter, J.C., Stewart, D.A., & Fairburn, C.G. (2001). Eating Disorder Examination Questionnaire: Norms for young adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 625-632.
- Decaluwe, V., & Braet, C. (2004). Assessment of eating disorder psychopathology in obese children and adolescents: Interview versus self-report questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 799-811.
- Engelsen, B.K., & Laberg, J.C. (2001). A comparison of three questionnaires (EAT-12, EDI, and EDE-Q) for assessment of eating problems in healthy female adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 129-135.
- Goldfein, J.A., Devlin, M.J., & Kamenetz, C. (2005). Eating Disorder Examination Questionnaire with and without instruction to access binge eating in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 107-111.
- Grilo, C.M., Masheb, R.M., & Wilson, G.T. (2001). A comparison of different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 317-322.
- Kalarchian, M.A., Wilson, G.T., Brolin, R.E., & Bradley, L. (2000). Assessment of eating disorders in bariatric surgery candidates: Self-report questionnaire versus interview. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 465-469.
- Luce, K.H., & Crowther, J.H. (1999). The reliability of the Eating Disorder Examination — Self-report questionnaire version (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders*, 25, 349-351.
- Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B., & Owen, C. (2006). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDEQ): Norms for young adult women. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 53-62.
- Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B., Owen, C., & Beurnont, R.J.V. (2004). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 551-567.
- Passi, V.A., Bryson, S.W., & Lock, J. (2003). Assessment of eating disorders in adolescents with anorexia nervosa: Self-report questionnaire versus interview. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 45-54.
- Peterson, C.B., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A., Joiner, T., Crow, S.J., Mitchell, J.E., Bardone-Cone, A.M., Klein, M., & Le Grande, D. (2007). Psychometric properties of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Factor structure and internal consistency. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 386-389.
- Reas, D.L., Grilo, C.M., & Masheb, M. (2006). Reliability of the Eating Disorder Examination Questionnaire in patients with binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 43-51.
- Sysko, R., Walsh, B.T., Fairburn, C.G. (2005). Eating Disorder Examination Questionnaire as a measure of change in patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 100-106.

- Wilfley, D.E., Schwartz, M.B., Spurrell, E.B., & Fairburn, C.G. (1997). Assessing the specific psychopathology of binge eating disorder patients: Interview or self-report? *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1151-1159.
- Wolk, S.L., Loeb, K.L., & Walsh, B.T. (2005). Assessment of patients with anorexia nervosa: Interview versus self-report. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 401-408.

## CHESTIONARUL DE ALIMENTAȚIE

**Instrucțiuni:** Următoarele întrebări se referă doar la ultimele 4 săptămâni (28 zile). Vă rugăm să citiți cu atenție fiecare întrebare. Vă rugăm să răspundeți la toate întrebările. Vă mulțumim.

**Întrebările 1-12:** Vă rugăm să încercuiți numărul adecvat din partea dreaptă a fișei. Rețineți faptul că întrebările se referă doar la ultimele 4 săptămâni (28 de zile).

| În câte dintre ultimele 28 de zile...                                                                                                                                                                             | Niciuna | 1-5 zile | 6-12 zile | 13-15 zile | 16-22 zile | 22-27 zile | Zilnic |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|-----------|------------|------------|------------|--------|
| 1. Ați <i>încercat</i> în mod deliberat să limitați cantitatea de alimente pe care o consumați, pentru a vă influența silueta sau greutatea (indiferent dacă ați reușit sau nu)?                                  | 0       | 1        | 2         | 3          | 4          | 5          | 6      |
| 2. Ați petrecut timp îndelungat (8 sau mai multe ore în perioada de veghe) fără să mâncați absolut nimic, pentru a vă influența silueta sau greutatea?                                                            | 0       | 1        | 2         | 3          | 4          | 5          | 6      |
| 3. Ați <i>încercat</i> să excludeți din dietă alimente care vă plac, pentru a vă influența silueta sau greutatea (indiferent dacă ați reușit sau nu)?                                                             | 0       | 1        | 2         | 3          | 4          | 5          | 6      |
| 4. Ați <i>încercați</i> să urmați reguli clare de conduită alimentară (de exemplu, respectarea unei limite calorice), pentru a vă influența silueta sau greutatea (indiferent dacă ați reușit sau nu)?            | 0       | 1        | 2         | 3          | 4          | 5          | 6      |
| 5. Ați resimțit dorința clară de a avea stomacul <i>gol</i> , cu scopul de a vă influența silueta sau greutatea?                                                                                                  | 0       | 1        | 2         | 3          | 4          | 5          | 6      |
| 6. Ați resimțit dorința clară de a avea un stomac <i>complet plăt</i> ?                                                                                                                                           | 0       | 1        | 2         | 3          | 4          | 5          | 6      |
| 7. V-ați gândit la <i>alimente, alimentație ori calorii</i> , iar acest lucru v-a împiedicat să vă concentrați asupra lucrurilor care vă interesează (de exemplu, munca, urmărirea unei conversații sau lectură)? | 0       | 1        | 2         | 3          | 4          | 5          | 6      |
| 8. V-ați gândit la <i>siluetă ori la greutate</i> , iar acest lucru v-a împiedicat să vă concentrați asupra lucrurilor care vă interesează (de exemplu, munca, urmărirea unei conversații sau lectură)?           | 0       | 1        | 2         | 3          | 4          | 5          | 6      |
| 9. Ați resimțit o teamă clară legată de faptul că veți pierde controlul asupra alimentației?                                                                                                                      | 0       | 1        | 2         | 3          | 4          | 5          | 6      |
| 10. Ați resimțit o teamă clară legată de faptul că ați putea câștiga în greutate?                                                                                                                                 | 0       | 1        | 2         | 3          | 4          | 5          | 6      |
| 11. V-ați simțit gras?                                                                                                                                                                                            | 0       | 1        | 2         | 3          | 4          | 5          | 6      |
| 12. Ați resimțit o dorință puternică de a pierde în greutate?                                                                                                                                                     | 0       | 1        | 2         | 3          | 4          | 5          | 6      |



**Întrebările 13-18: Vă rugăm să completați cu numărul corespunzător în partea dreaptă a fișei. Nu uitați faptul că aceste întrebări se referă doar la ultimele 4 săptămâni (28 de zile).**

**În ultimele 4 săptămâni (28 zile)...**

13. De câte ori ați mâncat o cantitate de alimente pe care alții ar considera-o neobișnuit de mare (ținând seama de situația respectivă)? .....
14. De câte ori, în situațiile de mai sus, ați simțit că v-ați pierdut controlul asupra propriei alimentații (în momentele în care consumați alimentele respective)? .....
15. În câte zile au apărut asemenea episoade de supraalimentare (adică episoade în care ați consumat o cantitate neobișnuit de mare de alimente, simțind în același timp că v-ați pierdut controlul)? .....
16. De câte ori v-ați indus voma, ca o modalitate de a vă controla silueta ori greutatea? .....
17. De câte ori ați luat laxative, ca o modalitate de a vă controla silueta ori greutatea? .....
18. De câte ori ați practicat exerciții fizice în mod excesiv sau „compulsiv”, ca o modalitate de a vă controla silueta, greutatea ori cantitatea de grăsime corporală sau pentru a arde calorii? .....

**Întrebările 19-21: Vă rugăm să încercuiți numărul adecvat. Vă rugăm să rețineți faptul că termenul „binge eating” înseamnă consumul unei cantități de alimente pe care cei de aceeași vârstă și de același gen cu dumneavoastră ar considera-o neobișnuit de mare ținând seama de situația respectivă, însoțit de sentimentul pierderii controlului asupra propriei alimentații.**

19. În ultimele 28 de zile, de câte ori ați mâncat pe ascuns (adică pe furiș)?  
Nu luați în considerare episoadele de binge eating.

| Niciodată | 1-5 zile | 6-12 zile | 13-15 zile | 16-22 zile | 22-27 zile | Zilnic |
|-----------|----------|-----------|------------|------------|------------|--------|
| 0         | 1        | 2         | 3          | 4          | 5          | 6      |

20. În ce proporție din totalul situațiilor în care ați mâncat v-ați simțit vinovat (ați avut sentimentul că ați făcut ceva rău) din pricina efectului său asupra siluetei sau asupra greutății?  
Nu luați în considerare episoadele de binge eating.

| Niciodată | De câteva ori | Mai puțin de jumătate | În jumătate din situații | În mai mult de jumătate din situații | Aproape de fiecare dată | De fiecare dată |
|-----------|---------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-----------------|
| 0         | 1             | 2                     | 3                        | 4                                    | 5                       | 6               |

21. Pe parcursul ultimelor 28 de zile, cât de îngrijorat ați fost în legătură cu faptul că alte persoane vă văd mâncând?  
Nu luați în considerare episoadele de binge eating.

| Deloc | Îngrijorare ușoară | Îngrijorare moderată | Îngrijorare intensă |   |   |   |
|-------|--------------------|----------------------|---------------------|---|---|---|
| 0     | 1                  | 2                    | 3                   | 4 | 5 | 6 |

**Întrebările 22-28 : Vă rugăm să încercuiți numărul adecvat din partea dreaptă a fișei. Rețineți faptul că întrebările se referă doar la ultimele 4 săptămâni (28 zile).**

| În câte dintre ultimele 28 de zile...                                                                                                                                             | Deloc | Ușor | Moderat | Marcat |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|---------|--------|---|---|---|
| 22. <i>Greutatea</i> dumneavoastră (valoarea indicată de cântar) a influențat modul în care vă priviți (judecați) ca persoană?                                                    | 0     | 1    | 2       | 3      | 4 | 5 | 6 |
| 23. <i>Silueta</i> dumneavoastră a influențat modul în care vă priviți (judecați) ca persoană?                                                                                    | 0     | 1    | 2       | 3      | 4 | 5 | 6 |
| 24. Cât de mult v-ar fi supărat dacă vi s-ar fi cerut să vă cântăriți o dată pe săptămână (nici mai des, nici mai rar) în următoarele 4 săptămâni?                                | 0     | 1    | 2       | 3      | 4 | 5 | 6 |
| 25. Cât sunteți de nemulțumit în legătură cu greutatea dumneavoastră (valoarea indicată de cântar)?                                                                               | 0     | 1    | 2       | 3      | 4 | 5 | 6 |
| 26. Cât sunteți de nemulțumit în legătură cu silueta dumneavoastră?                                                                                                               | 0     | 1    | 2       | 3      | 4 | 5 | 6 |
| 27. Cât de neplăcut v-ați simțit atunci când v-ați văzut corpul (de exemplu, silueta reflectată în oglindă, într-o vitrină sau în vreme ce vă îmbrăcați ori faceți baie ori duș)? | 0     | 1    | 2       | 3      | 4 | 5 | 6 |
| 28. Cât de neplăcut v-ați simțit în legătură cu faptul că alții v-au văzut corpul (de exemplu, într-un vestiar, la înot ori atunci când purtați haine strâmte)?                   | 0     | 1    | 2       | 3      | 4 | 5 | 6 |

Care este greutatea dumneavoastră în momentul de față? (Vă rugăm să estimați cât puteți mai exact.)

Care este înălțimea dumneavoastră? (Vă rugăm să estimați cât puteți mai exact.)

Dacă sunteți femeie: S-a întâmplat ca pe parcursul ultimelor 3-4 luni să nu aveți ciclu menstrual?

Dacă da, de câte ori? .....

Folosiți anticoncepționale orale? .....

**VĂ MULȚUMIM.**

# CHESTIONARUL DE EVALUARE A DEFICITULUI CLINIC (CIA 3.0)

KRISTIN BOHN ȘI CHRISTOPHER G. FAIRBURN

## NATURA ȘI UTILITATEA CIA

Chestionarul de evaluare a deficitului clinic (CIA) este un instrument de autoevaluare alcătuit din 16 itemi, conceput pentru stabilirea severității deficitului psihosocial datorat trăsăturilor tulburării de comportament alimentar. Chestionarul se focalizează asupra ultimelor 28 de zile. Cei 16 itemi vizează deficite în domenii ale existenței afectate în mod obișnuit de psihopatologia tulburării de comportament alimentar: dispoziția afectivă și percepția de sine, funcționarea cognitivă, funcționarea în cadrul relațiilor interpersonale și performanța profesională. Obiectivul CIA este acela de a oferi un indice unic simplu al severității deficitului psihosocial secundar trăsăturilor tulburării de comportament alimentar.

CIA se completează imediat după completarea unui instrument de evaluare a trăsăturilor prezente ale tulburării de comportament alimentar și care vizează aceeași perioadă (de exemplu, Chestionarul de evaluare a tulburării de comportament alimentar, EDE-Q; vezi pagina 385). În felul acesta, ne asigurăm de faptul că pacienții au „în minte” trăsăturile tulburării lor de comportament alimentar atunci când completează CIA.

CIA este menit să ajute la evaluarea clinică a pacienților atât înainte, cât și după tratament. De asemenea, este adecvat și pentru realizarea studiilor epidemiologice.

## STATUTUL CIA

S-au efectuat teste de fidelitate, de validitate și de predicție și s-a testat capacitatea instrumentului de a prezice statusul cazului; rezultatele tuturor acestor testări sunt în favoarea folosirii sale (Bohn și colab., 2008; vezi mai jos).

Din *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, Kristin Bohn și Christopher G. Fairburn. Acest material este disponibil online la <http://ascresd.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>

## COTAREA CIA

Fiecare item este cotate pe o scală Likert cu opțiunile de răspuns „Deloc”, „Puțin”, „Destul de mult” și „Foarte mult”. Răspunsurile acestea sunt notate 0, 1, 2 și respectiv 3, numărul mai mare indicând un nivel mai ridicat al deficitului. Dat fiind faptul că obiectivul CIA este acela de a realiza o *evaluare generală a severității* deficitului psihosocial secundar, se calculează un scor global al deficitului rezultat în urma administrării CIA. Pentru a obține indicele global de deficit CIA, scorurile tuturor itemilor se adună împreună cu media scorurilor pentru cotările lipsă, cu condiția să fi fost cotați cel puțin 12 itemi din 16. Scorul rezultat este între 0 și 48, scorul mai ridicat indicând un nivel mai ridicat al deficitului psihosocial secundar.

## REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

- Bohn, K., Doll, H.A., Cooper, Z., O'Connor, M.E., Palmer, R.L., & Fairburn, C.G. (2008). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1105-1110.
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In C.G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309-313). New York: Guilford Press.

**INSTRUCȚIUNI**

Vă rugăm să marcați un „X” în coloana care descrie cel mai bine modul în care obiceiurile dumneavoastră alimentare, exercițiile fizice sau sentimentele pe care le-ați avut în legătură cu alimentația, silueta sau greutatea dumneavoastră v-au afectat viața în ultimele 4 săptămâni (28 de zile). Vă mulțumim.

|     | În ultimele 28 de zile, în ce măsură<br>... obiceiurile dumneavoastră alimentare<br>... exercițiile fizice<br>sau sentimentele legate de alimentație, siluetă<br>ori greutate | Deloc | Puțin | Destul<br>de<br>mult | Foarte<br>mult |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|----------------------|----------------|
| 1.  | ... v-au determinat să vă concentrați cu dificultate?                                                                                                                         |       |       |                      |                |
| 2.  | ... v-au determinat să fiți autocritic?                                                                                                                                       |       |       |                      |                |
| 3.  | ... v-au împiedicat să ieșiți în oraș cu alții?                                                                                                                               |       |       |                      |                |
| 4.  | ... v-au afectat performanța profesională (dacă este cazul)?                                                                                                                  |       |       |                      |                |
| 5.  | ... v-au determinat să fiți neatent                                                                                                                                           |       |       |                      |                |
| 6.  | ... v-au afectat abilitatea de a lua decizii de zi cu zi?                                                                                                                     |       |       |                      |                |
| 7.  | ... v-au împiedicat să luați masa cu familia ori cu prietenii?                                                                                                                |       |       |                      |                |
| 8.  | ... v-au provocat supărare?                                                                                                                                                   |       |       |                      |                |
| 9.  | ... v-au determinat să vă simțiți rușinat de propria persoană?                                                                                                                |       |       |                      |                |
| 10. | ... v-au împiedicat să mâncați în oraș cu alte persoane?                                                                                                                      |       |       |                      |                |
| 11. | ... v-au determinat să vă simțiți vinovat?                                                                                                                                    |       |       |                      |                |
| 12. | ... v-au împiedicat să faceți anumite lucruri care vă plăceau?                                                                                                                |       |       |                      |                |
| 13. | ... v-au determinat să fiți distrat?                                                                                                                                          |       |       |                      |                |
| 14. | ... v-au determinat să vă simțiți un ratat?                                                                                                                                   |       |       |                      |                |
| 15. | ... v-au afectat relațiile cu ceilalți?                                                                                                                                       |       |       |                      |                |
| 16. | ... v-au provocat îngrijorare?                                                                                                                                                |       |       |                      |                |

## A

Abdomen. *A se vedea* Stomac  
 Absenteism, 52-53, 83  
 Abuz fizic și sexual, 325  
 Acceptare și schimbare, 269, 280, 287, 329  
 Adolescenți. *A se vedea* Pacienți tineri  
 Agendă. *A se vedea* Agenda ședinței  
 Angajare a pacienților. *A se vedea* Motivare  
 Anorexia (pierderea poftei de mâncare), 26, 29  
 Anorexia nervoasă. *A se vedea de asemenea*  
   Recâștigarea în greutate;  
     alimentație compulsivă și, 29, 33, 214, 240  
     Ascetism, 28, 178, 179  
     criterii de diagnostic, 22, 199  
     educație, 206-210  
     evoluție, 33-34, 199, 240  
     formulare, 207-212  
     Menținerea greutății; Subpondere purgării, 240  
     teorie cognitiv-comportamentală, 37-39  
     tratament, 71-256  
 Atitudine față de tratament, 52-53, 58, 67, 74-76, 82-85, 99-100, 126-127, 129, 199, 202-204, 215-224, 230-231, 232-233, 272, 290, 292  
 Atractivitate, 155, 222  
 Autoeducație, 67, 68, 328  
 Autovătămare, 32, 193, 197, 325-326

## B

Bărbați, 32, 41, 145  
 Biasări cognitive, 46, 113-114, 160, 181-182  
 Binge eating  
   alimentație compulsivă obiectivă, 26, 29-30  
   alimentație compulsivă reziduală, 189-191  
   alimentație compulsivă subiectivă, 26, 30  
   analiză a alimentației compulsive, 189-191, 247  
   definiție, 26  
   educare în legătură cu, 106-108  
   pacienți subponderali, 240

regim alimentar cu mese regulate și, 107, 115  
 teorie cognitiv-comportamentală, 35-37, 170-172

Bulimie nervoasă  
   autoeducația (self-help), 67  
   criterii de diagnostic, 22  
   curs, 33-34  
   obezitate și, 327  
   teorie cognitiv-comportamentală, 35-37  
   tratament, 16, 71-198, 243-256, 337

## C

Cântărire. *A se vedea de asemenea* Greutate, verificare a greutății  
   cântar, 92  
   cântărire în cadrul ședinței de terapie, 82, 92-95, 203, 204, 205, 297  
   evaluare inițială și, 59  
   post-tratament, 247, 249  
 Cazuri complexe, 317-333  
 Chestionar de Evaluare a tulburării de comportament alimentar (EDE-Q), 385-389  
   chestionare, 60  
   fizic, 61  
   inițial, 57-64  
   persoane chestionate, 58-60  
   rezultat al, 60-64  
   risc de suicid, 61-62  
 Chestionarul de evaluare a tulburării de comportament alimentar (EDE-Q 6.0), 344-345, 385-389  
   chestionar, 387-389  
   cotare, 344-345  
   folosirea în terapie, 60, 126, 239, 245, 252, 293  
   introducere, 385  
   studii, 385-386  
 CIA. *A se vedea* Evaluare a deficitului clinic  
 Clasificare a tulburărilor de comportament alimentar. *A se vedea* Diagnostic  
 Comorbiditate  
   comorbiditate medicală generală, 327-331, 332-333

comorbiditate psihiatrică, 317-326, 332  
 Comparații cu ceilalți, 152-155, 269, 279-280  
 Conceptualizare a cazului. *A se vedea* Formulare  
 Control, 27, 46, 161, 184, 219, 288  
*A se vedea de asemenea* Supraestimare a  
 controlului

## D

### Deficit

alimentație compulsivă și, 30  
 depresie și, 318  
 dietă și, 28, 169, 178  
 evaluare și, 391-393/perfecționism și, 263  
 greutate scăzută și, 28, 206, 210, 217  
 încheiere a tratamentului și, 54, 246  
 îngrijorări legate de siluetă și, 27, 155

Dependență de tratament, 51-52

Depresie clinică. *A se vedea* Depresia

### Depresie

caracteristici, 32, 318-319  
 impact asupra tratamentului, 62, 318-319  
 recidivă în cazul tulburării de  
 comportament alimentar, cauză a,  
 250-252  
 riscul de suicid, 61-62, 320  
 tratament, 320-323, 332

Detășare, 47, 78, 161

Diabet zaharat, 329-331

### Diagnostic

caracter arbitrar al diagnosticului, 32  
 criterii de diagnostic pentru tulburările de  
 comportament alimentar, 22, 39-40  
 distribuția diagnosticilor, 21-25  
 modificare a diagnosticului, 34

Dietă. *A se vedea* Dieta pentru prevenirea  
 alimentației compulsive; Restricționarea  
 aportului alimentar; Restricții alimentare;  
 Evitarea unor alimente

Dietă de prevenire a alimentației compulsive,  
 180, 248, 329

Diete vegetariene și diete vegane, 176-177

Dieteticieni, 50, 177, 304

Dispoziție afectivă și psihopatologie a  
 tulburărilor de comportament alimentar,  
 184, 189-197

alimentație compulsivă și, 36, 192  
 exerciții fizice și, 122, 192  
 purgații și, 117, 192

## E

EDE. *A se vedea* Evaluare a tulburării de  
 comportament alimentar

Educare, 106-107, 254. *A se vedea de asemenea*  
*subiecte specifice (de exemplu, alimentație*  
*compulsivă)*

Electroliți, 66

Evaluare a deficitului clinic (CIA 3.0), 391-393  
 chestionar, 393  
 cotare, 392  
 folosire în tratament, 60, 126, 239, 245,  
 252

introducere, 391

Evaluare a deficitului clinic (CIA), 391-393

Evaluare. *A se vedea de asemenea subiecte specifice*  
*(de exemplu, Depresie, Perfecționism)*

TCC-O extinsă și, 256-260

Evenimente de viață și crize existențiale

abordare, 331-332  
 evenimente din trecut, 161  
 impact asupra tratamentului, 62, 332  
 modificări de comportament alimentar  
 declanșate de evenimente externe,  
 185-189

Evitare a alimentelor, 26, 28, 175-177, 240,  
 330. *A se vedea de asemenea* Restricțiile  
 alimentare

Examinare corporală. *A se vedea* Verificare a  
 siluetei; Verificare a greutății  
 Imaginea corporală. *A se vedea* Atractivitate.  
 Imagine corporală distorsionată;  
 Nemulțumire legată de forma corpului;  
 Îmbrăcăminte; Comparații cu ceilalți;  
 Sentimentul că ești prea gras; Senzație de  
 sațietate; Folosire a oglinzii; Supraestimare  
 a siluetei și a greutății; Siluetă; Stomac;  
 Greutate. Cântărire

### Exerciții fizice

auto-impuse, 26, 29  
 compensatorii, 121  
 efecte adverse, 120-122  
 excesive, 26, 29, 120-122  
 noncompensatorii, 121  
 pacienți subponderali, 225-229, 240, 310  
 sporturi și, 122  
 tratament, 120-122, 240-241, 310

Experimente comportamentale, 47, 92

## F

Foame, 111, 207

Folosire abuzivă a unor substanțe, 32, 62, 129,  
 193, 325-326,

### Formulare

anorexie nervoasă, 37, 207-212  
 bulimie nervoasă, 35-38  
 elaborare a, 76-80, 207-212, 296  
 revizuire a, 100, 130, 213

transdiagnostic, 37, 79-81, 207  
 Fumat, 326  
 Funcționare sexuală, 27, 209, 235, 322

## G

Greutate scăzută  
     definiție, 31  
     educație în privința, 206-212  
     efecte fizice, 28, 208-210  
     efecte psihosociale, 28, 208-210  
     tratament al pacienților subponderali, 199-242  
 Greutate scăzută. *A se vedea* Subponderalitate

## I

Imagine corporală distorsionată, 26, 27  
 IMC. *A se vedea* Indice de masă corporală  
 Implicare a familiei, 291, 293. *A se vedea de asemenea*  
     Persoane semnificative din anturaj  
 Indecizie, 28, 207, 208, 210, 223, 322  
 Indice de masă corporală (IMC). *A se vedea de asemenea* Greutate  
     definiție, 31  
     diagnostice pentru tulburarea de  
     comportament alimentar și, 22  
     praguri, 31, 101-102  
     tabele cu centile, 31, 293  
 Interviu de Evaluare a tulburării de  
 comportament alimentar (EDE), 341-384  
 Interviu de evaluare a tulburării de  
 comportament alimentar (EDE 16.0D),  
 341-384  
     cotare, 344-345  
     deosebiri între EDE 16.0 și EDE 12.0,  
     383-384  
     etaloane, 345  
     folosirea în terapie, 60  
     instrucțiuni, 342-344  
     schema de interviu, 346-382  
 Intoleranță la emoții, 192-197  
 Izolare socială, 27, 207, 209

## Î

Îmbrăcăminte  
     achiziționare, 237  
     haine strâmte, 119-120, 237, 241  
     îmbrăcat, 152  
 Începere a tratamentului  
     amânare a tratamentului, 62  
     contraindicații pentru, 61-64  
     importanță a începerii corecte a  
     tratamentului, 42, 55, 73-74  
     procedură de, 73-103, 201-212

Încheiere a tratamentului  
     încetare treptată a procedurilor de  
     tratament, 248-249  
     menținere a schimbărilor realizate,  
     241-242, 244-248  
     reducere a riscurilor de recidivă, 166,  
     241-242, 249-256  
     ședință de control post-terapie, 252-254  
 Îndatorare, 26, 121, 182  
 Înfașurare. *A se vedea* Atractivitate; Depreciere  
     a imaginii corporale; Insatisfacție legată  
     de imaginea corporală; Îmbrăcăminte;  
     Comparații cu ceilalți; Folosirea oglinzii;  
     Supraevaluare a siluetei și a greutateii; Siluetă;  
     Abdomen  
 Înregistrare. *A se vedea* Monitorizare  
 Întrerupere a tratamentului, 52-53, 83  
 Întreruperi ale tratamentului, 53-54, 331-332

## J

Jurnal sau fișe pentru monitorizarea alimentației.  
*A se vedea* Monitorizare

## L

Lăcomie, 220-221, 231, 238  
 Laxative. *A se vedea* Purgații  
 Liste de așteptare,  
     evitare, 27, 92  
     grafice, 94-96, 227, 239  
 Greutate. *A se vedea de asemenea* Indice  
     de masă corporală; Suprapondere;  
     Greutate scăzută; Cântărire  
     menținere a greutateii, 225, 232, 238-239,  
     247  
     obiective, 101-102, 226, 238, 242  
     pacienți tineri, 293  
     praguri pentru pacienți cu tulburări de  
     comportament alimentar, 31  
     preocupare legată de, 27-28, 240-241  
     recăștigare în greutate, 225-238, 247  
     schimbare a tratamentului, 84, 101-102,  
     226-227, 238  
     verificare, 27, 92, 100-102, 144

## M

Management medical, 64-68, 200  
     afecțiuni medicale generale, 327-331,  
     332-333  
     caracteristici care provoacă îngrijorare, 32,  
     65-66, 293  
     investigații, 66  
     pacienți tineri, 290-291, 293  
     potasiu, 66  
     tratament, 66-67



Mâncat amânat, 26, 28, 178  
 Mâncatul ritualizat, 115, 208, 306  
 medicație antidepresivă  
     efect antibulimic, 68  
     folosire ca antidepresiv, 319-323  
 Mese în societate, 27, 111, 169, 171, 179, 220-222  
 Monitorizare  
     analiză a, 95-99  
     încetare treptată a, 248-249  
     noncompliance la, 97  
     stabilire a, 85-89, 296-297  
 Motivate  
     întărire a, 47, 57-58, 73-76, 82-83, 91, 99, 126-127, 235, 255, 290, 296  
     menținere a, 230, 235  
     sprijinire a pacientului în decizia de a realiza o schimbare, 215-223

## N

Nemulțumire legată de forma corpului, 26, 27  
 Numărat al caloriilor, 26, 28, 184

## O

Oase, 66, 67, 209, 241, 291  
 Obezitate și suprapondere  
     binge eating (tulburare de tip) și, 31, 327  
     prag IMC pentru, 31  
     preocupări legate de siluetă și, 155-156, 328-329  
     supraalimentarea în, 31  
     tratament, 327-329  
 Obstacole în calea schimbării, 127-130  
 Osteoporoza. *A se vedea* Oase

## P

Pacienți tineri, 288-300  
     evaluare, 292-294  
     implicare a familiei, 291, 293, 295-296  
     management medical, 290-291, 293  
     tratament, 293-300  
 Părinți. *A se vedea* Persoane semnificative din anturaj  
 Parteneri. *A se vedea* Persoane semnificative din anturaj  
 Perspectivă transdiagnostică, 34-35  
 Persoane semnificative din anturaj, 49-50, 122-124, 231-232, 291-292, 295-296, 303  
 Perfecționism clinic. *A se vedea* Perfecționism  
 Probleme legate de consumul de alcool. *A se vedea* Folosirea abuzivă a unor substanțe  
 Perfecționism  
     caracteristici, 32, 129, 262-264  
     identificare a, 262-266

    tratament, 264-272, 286-287  
 Probleme de natură fizică. *A se vedea*  
     Managementul medical  
 Probleme interpersonale. *A se vedea de asemenea*  
     Evenimente de viață și crize existențiale  
         caracteristici, 128, 281  
         identificare a, 282  
         tratament, 281-286  
         pacienți tineri, 290  
 Psihoterapie interpersonală (IPT), 282-286  
 Perioada de sarcină, 251, 253  
 Psihopatologie de bază, 25-28, 134-168, 182-183  
 Psihoeducație. *A se vedea* Educație  
 Psihopatologia tulburărilor de comportament alimentar  
     fundamentală, 25-28, 134-168, 182-183  
     generală, 25  
     specifică, 25-31  
 Purgații  
     compensatorii, 26, 30  
     educația în legătură cu, 108-109, 116  
     noncompensatorii, 26, 30  
     alte funcții ale, 117-118  
     reziduale, 117  
     tratament al, 116-118

## R

Răspândire a TCC-O, 337  
 Recidivă  
     blocaj, 54, 164-168, 241-242, 248, 250-254  
     menținere a schimbărilor realizate, 241-242  
     reducere a riscurilor, 166, 241-242, 249-256  
     scăpare versus recidivă, 150, 253  
     semne timpurii ale, 166-167, 238, 241-242, 248, 253  
 Regim alimentar cu mese regulate, 107-114, 120, 170, 180, 188, 193, 214, 234, 240, 251, 263, 298, 330  
 Relație terapeutică, 46, 234  
 Restricții alimentare  
     efecte adverse, 208  
     caracteristici, 26-28  
     tratament, 223-238, 247  
 Restricționarea aportului alimentar  
     caracteristici, 26-28, 169  
     educare în legătură cu, 172-173  
     efecte adverse, 169-172  
     reguli legate de dietă, 26, 28, 169-183  
     tratament, 169-183, 240, 247  
     verificare a consumului alimentar, 182

Restructurare cognitivă, 46, 196, 277-280

Rezolvare de probleme, 185-189

Rigiditate, 128, 181, 208, 235

## S

Sățietate, 111, 113, 117, 118-120, 209, 211, 234, 247

Scurpat, 30, 117

Secrete, 123

Senzație de a fi gras, 27, 118-120, 156-159, 247

Senzație de sățietate. *A se vedea* Sățietate

Siluetă, verificare a siluetei; Greutate, verificarea greutății

Siluetă

evitare, 27, 155-156

comparație cu ceilalți, 152-156

control, 27, 141, 143-155, 247, 255

preocupare, 27-28, 134-168, 255

Sindromul mâncatului nocturn, 25

Socrate și dialogul socratic, 47

Stil de alimentație, 114-116

Stimă de sine redusă ca trăsătură fundamentală.

*A se vedea* Stimă de sine redusă

Stimă de sine redusă

caracteristici, 32, 129, 273-274, 277

identificare, 273-274

tratament, 275-281, 287

Stomac

gol, 117

bombat, 119, 147-148, 158, 236

plat, 117

Subalimentare *A se vedea* Restricții alimentare

Suplimente alimentare, 228, 229-230, 238

Supraalimentarea, 30-31, 57, 115-116, 184, 327-328

Supraevaluarea conformației corporale și a greutății

caracteristici, 25-27, 134-141

domenii marginalizate ale existenței, 137, 141-143, 241, 247

expresii ale, 140-141

identificare a, 135-141

recăștigarea în greutate și, 240-242

tratament, 134-168, 247

Supraevaluarea controlului asupra alimentației, 27, 182-183, 341

## Ș

Ședințe de terapie

număr de, 42, 44, 105

schemă de programare a, 42

stabilire a agendei, 97-99

structură, 104-105

ședință inițială, 74-91

ședințe largite, 262

## T

TCC. *A se vedea* Terapie cognitiv-comportamentală în general

TCC-E de grup, 314-315

TCC-O extinsă. *A se vedea* Terapie cognitiv-comportamentală optimizată

TCC-O pentru pacientul spitalizat, 301-316

alimentație asistată, 306-307

binge eating și, 307

etape, 304-305

indicații, 293-294, 301

menținere a progresului, 309

persoane semnificative din anturaj, 303, 308-309

personal, 304, 305

pregătire, 302-303

probleme, 309-310

recăștigare în greutate și, 306

ședințe de analiză, 304

TCC-O. *A se vedea* Terapie cognitiv-comportamentală optimizată

Teamă de schimbare, 83-84, 219

Teme pentru acasă, 89, 98

Terapeuți

absențe, 53

calificare a, 48

experiență, pericole de, 51

gen, 48

implementare a tratamentului, 130

infățișare a, 48, 154-155

presiune pentru schimbare, 234

suplinire, 53

tulburări de comportament alimentar în, 48

vacanțe, 53

Terapie cognitivă pentru tulburările de comportament alimentar,

alte forme, 55

*A se vedea* de asemenea Terapie cognitiv-comportamentală optimizată

Terapie cognitiv-comportamentală în general, 19-20

comparație cu terapia cognitiv-comportamentală optimizată, 45-48

conceptualizare a cazului. *A se vedea*

Formularea

experimente comportamentale, 47, 92-93

restructurare cognitivă, 46, 196, 277-280

sarcini repartizate ca temă pentru acasă,

89, 98

Terapie cognitiv-comportamentală optimizată (TCC-O)

- analiză a progresului, 125-130, 224-225, 235
- atitudine a pacienților față de, 129
- combinare cu alte tratamente, 50, 292
- dezvoltare a, 16-20
- diferențe față de terapia cognitiv-comportamentală standard, 45-48
- forme ale, 44
- grup de terapeuți și, 50, 291-292
- începere a tratamentului, 73-103
- încheiere a tratamentului, 243-256
- lipsă de responsivitate la, 54
- pacienți tineri și, 288-300
- planificare a tratamentului pacientului, 130-133
- proceduri folosite, 45-48
- răspândire a, 337
- recidive și obstacole, 165-168, 238, 241, 248
- strategie, 41-43
- structură, 41-43
- training și supraveghere, 18, 128-130
- versiune ambulatorie intensivă, 310-314
- versiune de grup, 314-315
- versiune extinsă, 44, 130, 192, 259-263
- versiune focalizată, 44, 71-256
- versiune pentru pacientul spitalizat, 301-310

Terapie cognitiv-comportamentală transdiagnostică. *A se vedea* Terapie cognitiv-comportamentală optimizată

Tipare mentale, 47, 111, 162-168, 234, 238, 272

Training și supervizare, 18, 128-129, 337

Trăsături ale înfometării. *A se vedea* Greutate scăzută

Trăsături de personalitate

- evaluare a, 32
- greutate scăzută, efecte asupra, 208-210, 210, 212
- preocupări ale pacienților legate de, 84, 219

Trăsături obsesionale, 32, 324

Tulburare de purgație, 24

Tulburare de tip binge eating

- autoeducația (self-help), 67
- criterii de diagnostic, 22-23

- evoluție, 33
- obezitate și, 327
- obiceiuri alimentare, 28-29
- procese de menținere, 37-38
- tratament, 45, 73-168, 184-198, 243-256, 327-328

Tulburări de anxietate, 32, 323-325

Tulburări de comportament alimentar fără altă specificație (FAS)

- evoluție, 33
- diagnostic, 21-25
- subgrupe, 23-24
- tratament, 71-256

Tulburări de comportament alimentar

- caracteristici clinice, 25-31, 39-40
- clasificare, 21-25
- criterii de diagnostic, 22, 40

Tulburări de dispoziție afectivă. *A se vedea de asemenea* Depresia

- tulburare bipolară I sau II, 323
- tulburare bipolară fără altă specificație, 323

Tulburări de pe Axa I. *A se vedea* Comorbiditate psihiatrică

Tulburări de pe Axa II. *A se vedea* Tulburări de personalitate

Tulburări de personalitate

- concept, 32, 47
- diagnosticare a pacienților cu tulburări de comportament alimentar, 32, 326
- tulburare de personalitate de tip borderline, 32, 192, 323, 326
- tulburare de personalitate dependentă, 326
- tulburare de personalitate evitantă, 326
- tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă, 326

## U

Utilizare a oglinzii, 150-152, 247

## V

Vacanțe și alte absențe

- ale pacienților, 53, 332
- ale terapeuților, 53

Verificare. *A se vedea* Restrângere a consumului alimentar, verificarea consumului alimentar.

Viteza cu care se mănâncă, 115-116

Vomă, autoindusă. *A se vedea* Purgații

# INDEXUL DE MASĂ CORPORALĂ (IMC)

|                                                         |       |                   | ÎNĂLȚIME (inci, metri) |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|---------------------------------------------------------|-------|-------------------|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|                                                         |       |                   | inci<br>metri          | 58,0 | 59,0 | 60,0 | 61,0 | 62,0 | 63,0 | 64,0 | 65,0 | 66,0 | 67,0 | 68,0 | 69,0 | 70,0 | 71,0 | 72,0 | 73,0 | 74,0 | 75,0 | 76,0 |
| GREUTATE<br>(livre,<br>kilograme,<br>stone<br>și livre) | kg    | stone<br>și livre |                        | 1,47 | 1,50 | 1,52 | 1,55 | 1,57 | 1,60 | 1,63 | 1,65 | 1,68 | 1,70 | 1,73 | 1,75 | 1,78 | 1,80 | 1,83 | 1,85 | 1,88 | 1,91 | 1,93 |
|                                                         |       |                   |                        |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 80,0                                                    | 36,3  | 5 st 10 lb        | 16,8                   |      | 16,1 | 15,7 | 15,1 | 14,7 | 14,2 | 13,7 | 13,3 | 12,9 | 12,6 | 12,1 | 11,9 | 11,5 | 11,2 | 10,8 | 10,6 | 10,3 | 10,0 | 9,7  |
| 85,0                                                    | 38,6  | 6 st 1 lb         | 17,9                   | 17,2 | 16,7 | 16,1 | 15,7 | 15,1 | 14,5 | 14,2 | 13,7 | 13,4 | 12,9 | 12,6 | 12,2 | 11,9 | 11,5 | 11,3 | 10,9 | 10,6 | 10,4 | 10,4 |
| 90,0                                                    | 40,9  | 6 st 6 lb         | 18,9                   | 18,2 | 17,7 | 17,0 | 16,6 | 16,0 | 15,4 | 15,0 | 14,5 | 14,2 | 13,7 | 13,4 | 12,9 | 12,6 | 12,2 | 12,0 | 11,6 | 11,2 | 11,0 | 11,0 |
| 95,0                                                    | 43,1  | 6 st 11 lb        | 19,9                   | 19,2 | 18,7 | 17,9 | 17,5 | 16,8 | 16,2 | 15,8 | 15,3 | 14,9 | 14,4 | 14,1 | 13,6 | 13,3 | 12,9 | 12,6 | 12,2 | 11,8 | 11,6 | 11,6 |
| 100,0                                                   | 45,5  | 7 st 2 lb         | 21,1                   | 20,2 | 19,7 | 18,9 | 18,5 | 17,8 | 17,1 | 16,7 | 16,1 | 15,7 | 15,2 | 14,9 | 14,4 | 14,0 | 13,6 | 13,3 | 12,9 | 12,5 | 12,2 | 12,2 |
| 105,0                                                   | 47,7  | 7 st 7 lb         | 22,1                   | 21,2 | 20,6 | 19,9 | 19,4 | 18,6 | 18,0 | 17,5 | 16,9 | 16,5 | 15,9 | 15,6 | 15,1 | 14,7 | 14,2 | 13,9 | 13,5 | 13,1 | 12,8 | 12,8 |
| 110,0                                                   | 50,0  | 7 st 12 lb        | 23,1                   | 22,2 | 21,6 | 20,8 | 20,3 | 19,5 | 18,8 | 18,4 | 17,7 | 17,3 | 16,7 | 16,3 | 15,8 | 15,4 | 14,9 | 14,6 | 14,1 | 13,7 | 13,4 | 13,4 |
| 115,0                                                   | 52,3  | 8 st 3 lb         | 24,2                   | 23,2 | 22,6 | 21,8 | 21,2 | 20,4 | 19,7 | 19,2 | 18,5 | 18,1 | 17,5 | 17,1 | 16,5 | 16,1 | 15,6 | 15,3 | 14,8 | 14,3 | 14,0 | 14,0 |
| 120,0                                                   | 54,5  | 8 st 8 lb         | 25,2                   | 24,2 | 23,6 | 22,7 | 22,1 | 21,3 | 20,5 | 20,0 | 19,3 | 18,9 | 18,2 | 17,8 | 17,2 | 16,8 | 16,3 | 15,9 | 15,4 | 14,9 | 14,6 | 14,6 |
| 125,0                                                   | 56,8  | 8 st 13 lb        | 26,3                   | 25,2 | 24,6 | 23,6 | 23,0 | 22,2 | 21,4 | 20,9 | 20,1 | 19,7 | 19,0 | 18,5 | 17,9 | 17,5 | 17,0 | 16,6 | 16,1 | 15,6 | 15,2 | 15,2 |
| 130,0                                                   | 59,1  | 9 st 4 lb         | 27,3                   | 26,3 | 25,6 | 24,6 | 24,0 | 23,1 | 22,2 | 21,7 | 20,9 | 20,4 | 19,7 | 19,3 | 18,7 | 18,2 | 17,6 | 17,3 | 16,7 | 16,2 | 15,9 | 15,9 |
| 135,0                                                   | 61,4  | 9 st 9 lb         | 28,4                   | 27,3 | 26,6 | 25,6 | 24,9 | 24,0 | 23,1 | 22,6 | 21,8 | 21,2 | 20,5 | 20,0 | 19,4 | 19,0 | 18,3 | 17,9 | 17,4 | 16,8 | 16,5 | 16,5 |
| 140,0                                                   | 63,6  | 10 st             | 29,4                   | 28,3 | 27,5 | 26,5 | 25,8 | 24,8 | 23,9 | 23,4 | 22,5 | 22,0 | 21,3 | 20,8 | 20,1 | 19,6 | 19,0 | 18,6 | 18,0 | 17,4 | 17,1 | 17,1 |
| 145,0                                                   | 65,9  | 10 st 5 lb        | 30,5                   | 29,3 | 28,5 | 27,4 | 26,7 | 25,7 | 24,8 | 24,2 | 23,3 | 22,8 | 22,0 | 21,5 | 20,8 | 20,3 | 19,7 | 19,3 | 18,6 | 18,1 | 17,7 | 17,7 |
| 150,0                                                   | 68,2  | 10 st 10 lb       | 31,6                   | 30,3 | 29,5 | 28,4 | 27,7 | 26,6 | 25,7 | 25,1 | 24,2 | 23,6 | 22,8 | 22,3 | 21,5 | 21,0 | 20,4 | 19,9 | 19,3 | 18,7 | 18,3 | 18,3 |
| 155,0                                                   | 70,5  | 11 st 1 lb        | 32,6                   | 31,3 | 30,5 | 29,3 | 28,6 | 27,5 | 26,5 | 25,9 | 25,0 | 24,4 | 23,6 | 23,0 | 22,3 | 21,8 | 21,1 | 20,6 | 19,9 | 19,3 | 18,9 | 18,9 |
| 160,0                                                   | 72,7  | 11 st 6 lb        | 33,6                   | 32,3 | 31,5 | 30,3 | 29,5 | 28,4 | 27,4 | 26,7 | 25,8 | 25,2 | 24,3 | 23,7 | 22,9 | 22,4 | 21,7 | 21,2 | 20,6 | 19,9 | 19,5 | 19,5 |
| 165,0                                                   | 75,0  | 11 st 11 lb       | 34,7                   | 33,3 | 32,5 | 31,2 | 30,4 | 29,3 | 28,2 | 27,5 | 26,6 | 26,0 | 25,1 | 24,5 | 23,7 | 23,1 | 22,4 | 21,9 | 21,2 | 20,6 | 20,1 | 20,1 |
| 170,0                                                   | 77,3  | 12 st 2 lb        | 35,8                   | 34,4 | 33,5 | 32,2 | 31,4 | 30,2 | 29,1 | 28,4 | 27,4 | 26,7 | 25,8 | 25,2 | 24,4 | 23,9 | 23,1 | 22,6 | 21,9 | 21,2 | 20,8 | 20,8 |
| 175,0                                                   | 79,5  | 12 st 7 lb        | 36,8                   | 35,3 | 34,4 | 33,1 | 32,3 | 31,1 | 29,9 | 29,2 | 28,2 | 27,5 | 26,6 | 26,0 | 25,1 | 24,5 | 23,7 | 23,2 | 22,5 | 21,8 | 21,3 | 21,3 |
| 180,0                                                   | 81,8  | 12 st 12 lb       | 37,9                   | 36,4 | 35,4 | 34,0 | 33,2 | 32,0 | 30,8 | 30,0 | 29,0 | 28,3 | 27,3 | 26,7 | 25,8 | 25,2 | 24,4 | 23,9 | 23,1 | 22,4 | 22,0 | 22,0 |
| 185,0                                                   | 84,1  | 13 st 3 lb        | 38,9                   | 37,4 | 36,4 | 35,0 | 34,1 | 32,9 | 31,7 | 30,9 | 29,8 | 29,1 | 28,1 | 27,5 | 26,5 | 26,0 | 25,1 | 24,6 | 23,8 | 23,1 | 22,6 | 22,6 |
| 190,0                                                   | 86,4  | 13 st 8 lb        | 40,0                   | 38,4 | 37,4 | 36,0 | 35,1 | 33,8 | 32,5 | 31,7 | 30,6 | 29,9 | 28,9 | 28,2 | 27,3 | 26,7 | 25,8 | 25,2 | 24,4 | 23,7 | 23,2 | 23,2 |
| 195,0                                                   | 88,6  | 13 st 13 lb       | 41,0                   | 39,4 | 38,3 | 36,9 | 35,9 | 34,6 | 33,3 | 32,5 | 31,4 | 30,7 | 29,6 | 28,9 | 28,0 | 27,3 | 26,5 | 25,9 | 25,1 | 24,3 | 23,8 | 23,8 |
| 200,0                                                   | 90,9  | 14 st 4 lb        | 42,1                   | 40,4 | 39,3 | 37,8 | 36,9 | 35,5 | 34,2 | 33,4 | 32,2 | 31,5 | 30,4 | 29,7 | 28,7 | 28,1 | 27,1 | 26,6 | 25,7 | 24,9 | 24,4 | 24,4 |
| 205,0                                                   | 93,2  | 14 st 9 lb        | 43,1                   | 41,4 | 40,3 | 38,8 | 37,8 | 36,4 | 35,1 | 34,2 | 33,0 | 32,2 | 31,1 | 30,4 | 29,4 | 28,8 | 27,8 | 27,2 | 26,4 | 25,5 | 25,0 | 25,0 |
| 210,0                                                   | 95,5  | 15 st             | 44,2                   | 42,4 | 41,3 | 39,8 | 38,7 | 37,3 | 35,9 | 35,1 | 33,8 | 33,0 | 31,9 | 31,2 | 30,1 | 29,5 | 28,5 | 27,9 | 27,0 | 26,2 | 25,6 | 25,6 |
| 215,0                                                   | 97,7  | 15 st 5 lb        | 45,2                   | 43,4 | 42,3 | 40,7 | 39,6 | 38,2 | 36,8 | 35,9 | 34,6 | 33,8 | 32,6 | 31,9 | 30,8 | 30,2 | 29,2 | 28,5 | 27,6 | 26,8 | 26,2 | 26,2 |
| 220,0                                                   | 100,0 | 15 st 10 lb       | 46,3                   | 44,4 | 43,3 | 41,6 | 40,6 | 39,1 | 37,6 | 36,7 | 35,4 | 34,6 | 33,4 | 32,7 | 31,6 | 30,9 | 29,9 | 29,2 | 28,3 | 27,4 | 26,8 | 26,8 |
| 225,0                                                   | 102,3 | 16 st 1 lb        | 47,3                   | 45,5 | 44,3 | 42,6 | 41,5 | 40,0 | 38,5 | 37,6 | 36,2 | 35,4 | 34,2 | 33,4 | 32,3 | 31,6 | 30,5 | 29,9 | 28,9 | 28,0 | 27,5 | 27,5 |
| 230,0                                                   | 104,5 | 16 st 6 lb        | 48,4                   | 46,4 | 45,2 | 43,5 | 42,4 | 40,8 | 39,3 | 38,4 | 37,0 | 36,2 | 34,9 | 34,1 | 33,0 | 32,3 | 31,2 | 30,5 | 29,6 | 28,6 | 28,1 | 28,1 |
| 235,0                                                   | 106,8 | 16 st 11 lb       | 49,4                   | 47,5 | 46,2 | 44,5 | 43,3 | 41,7 | 40,2 | 39,2 | 37,8 | 37,0 | 35,7 | 34,9 | 33,7 | 33,0 | 31,9 | 31,2 | 30,2 | 29,3 | 28,7 | 28,7 |
| 240,0                                                   | 109,1 | 17 st 2 lb        | 50,5                   | 48,5 | 47,2 | 45,4 | 44,3 | 42,6 | 41,1 | 40,1 | 38,7 | 37,8 | 36,5 | 35,6 | 34,4 | 33,7 | 32,6 | 31,9 | 30,9 | 29,9 | 29,3 | 29,3 |
| 245,0                                                   | 111,4 | 17 st 7 lb        | 51,6                   | 49,5 | 48,2 | 46,4 | 45,2 | 43,5 | 41,9 | 40,9 | 39,5 | 38,5 | 37,2 | 36,4 | 35,2 | 34,4 | 33,3 | 32,5 | 31,5 | 30,5 | 29,9 | 29,9 |
| 250,0                                                   | 113,6 | 17 st 12 lb       | 52,6                   | 50,5 | 49,2 | 47,3 | 46,1 | 44,4 | 42,8 | 41,7 | 40,2 | 39,3 | 38,0 | 37,1 | 35,9 | 35,1 | 33,9 | 33,2 | 32,1 | 31,1 | 30,5 | 30,5 |
| 255,0                                                   | 115,9 | 18 st 3 lb        | 53,6                   | 51,5 | 50,2 | 48,2 | 47,0 | 45,3 | 43,6 | 42,6 | 41,1 | 40,1 | 38,7 | 37,8 | 36,6 | 35,8 | 34,6 | 33,9 | 32,8 | 31,8 | 31,1 | 31,1 |
| 260,0                                                   | 118,2 | 18 st 8 lb        | 54,7                   | 52,5 | 51,2 | 49,2 | 48,0 | 46,2 | 44,5 | 43,4 | 41,9 | 40,9 | 39,5 | 38,6 | 37,3 | 36,5 | 35,3 | 34,5 | 33,4 | 32,4 | 31,7 | 31,7 |
| 265,0                                                   | 120,5 | 18 st 13 lb       | 55,8                   | 53,6 | 52,2 | 50,2 | 48,9 | 47,1 | 45,4 | 44,3 | 42,7 | 41,7 | 40,3 | 39,3 | 38,0 | 37,2 | 36,0 | 35,2 | 34,1 | 33,0 | 32,3 | 32,3 |
| 270,0                                                   | 122,7 | 19 st 4 lb        | 56,8                   | 54,5 | 53,1 | 51,1 | 49,8 | 47,9 | 46,2 | 45,1 | 43,5 | 42,5 | 41,0 | 40,1 | 38,7 | 37,9 | 36,6 | 35,9 | 34,7 | 33,6 | 32,9 | 32,9 |
| 275,0                                                   | 125,0 | 19 st 9 lb        | 57,8                   | 55,6 | 54,1 | 52,0 | 50,7 | 48,8 | 47,0 | 45,9 | 44,3 | 43,3 | 41,8 | 40,8 | 39,5 | 38,6 | 37,3 | 36,5 | 35,4 | 34,3 | 33,6 | 33,6 |
| 280,0                                                   | 127,3 | 20 st             | 58,9                   | 56,6 | 55,1 | 53,0 | 51,6 | 49,7 | 47,9 | 46,8 | 45,1 | 44,0 | 42,5 | 41,6 | 40,2 | 39,3 | 38,0 | 37,2 | 36,0 | 34,9 | 34,2 | 34,2 |
| 285,0                                                   | 129,5 | 20 st 5 lb        | 59,9                   | 57,6 | 56,1 | 53,9 | 52,5 | 50,6 | 48,7 | 47,6 | 45,9 | 44,8 | 43,3 | 42,3 | 40,9 | 40,0 | 38,7 | 37,8 | 36,6 | 35,5 | 34,8 | 34,8 |
| 290,0                                                   | 131,8 | 20 st 10 lb       | 61,0                   | 58,6 | 57,0 | 54,9 | 53,5 | 51,5 | 49,6 | 48,4 | 46,7 | 45,6 | 44,0 | 43,0 | 41,6 | 40,7 | 39,4 | 38,5 | 37,3 | 36,1 | 35,4 | 35,4 |
| 295,0                                                   | 134,1 | 20 st 1 lb        | 62,1                   | 59,6 | 58,0 | 55,8 | 54,4 | 52,4 | 50,5 | 49,3 | 47,5 | 46,4 | 44,8 | 43,8 | 42,3 | 41,4 | 40,0 | 39,2 | 37,9 | 36,8 | 36,0 | 36,0 |
| 300,0                                                   | 136,4 | 20 st 6 lb        | 63,1                   | 60,6 | 59,0 | 56,8 | 55,3 | 53,3 | 51,3 | 50,1 | 48,3 | 47,2 | 45,6 | 44,5 | 43,1 | 42,1 | 40,7 | 39,9 | 38,6 | 37,4 | 36,6 | 36,6 |

- Rodica Felicia Balteș, *Emoțiile induse de muzică. Corelate psihofiziologice și diferențe interindividuale*, 2012.
- Russell A. Barkley, *Copilul dificil. Manualul terapeutului pentru evaluare și pentru trainingul părinților*, 2011.
- Adriana Băban, *Consiliere educațională. Ghid metodologic pentru orele de dirigenție și consiliere*, 2011.
- Adriana Băban, Diana Tăut, Catrinel Crăciun, Lavinia Damian (coordonatorii ediției în limba română), *Strategii de suport pentru o alimentație sănătoasă la adolescenți*, 2013.
- A.T. Beck, A. Freeman, D.D. Davis și colaboratorii, *Terapia cognitivă a tulburărilor de personalitate*, 2011.
- Oana Benga (coordonator), *Jocuri terapeutice*, 2012.
- Adina Botiș Matanie, Anca Axente, *Disciplinarea pozitivă sau cum să disciplinezi fără să rănești*, 2011.
- Mircea Breaz, *Literatura pentru copii. Repere teoretice și metodologice*, 2011.
- Mircea Breaz, *Retorică și discurs tautologic în comunicarea didactică persuasivă*, 2011.
- Constanța Buzea, Freeman, D.D. Davis și colaboratorii, *Terapia cognitivă a tulburărilor de personalitate*, 2011.
- Kate Caine, *Abilitatea de a citi. Dezvoltare și dificultăți*, 2013
- David A. Clark, Aaron T. Beck, *Terapia cognitivă a tulburărilor de anxietate. Știința și practica*, vol I și II, 2012.
- Sofia Chirică, Daniela Andrei, Cătălina Ciuce, *Aplicații practice ale psihologiei organizaționale*, 2009.
- Corneliu-Marius Cioara, *Biasarea atenției în anxietate*, 2009.
- Georgia DeGangi, Anne Kendall, *Cum să fi un părinte eficient pentru copilul dificil. Manual pentru dezvoltarea abilităților parentale*, 2013.
- Sempronia Filipoi, *Basmе terapeutice pentru copii, adolescenți și părinți*, 2012.
- Vasile Frăteanu, *Tratat de metafizică*, 2014.
- Vasile Frăteanu, *Treatise on metaphysics*, 2014.
- Robert D. Friedberg, Jessica M. McClure, Jolene Hillwig Garcia, *Tehnici de terapie cognitivă pentru copii și adolescenți. Instrumente pentru optimizarea practicii clinice*, 2013.
- Theodor Hellbrügge, J. Hermann von Wimpffen, *Primele 365 de zile din viața unui copil*, 2009.
- Thea Ionescu, *Copiii fac ordine! Categorizarea la vârsta preșcolară*, 2012.
- Philippe Jonnaert, Moussadak Ettayebi, Rosette Defise, *Curriculum și competențe. Un cadru operațional*, 2010.
- Kállay Éva, *Trauma. From pathology to growth*, 2011.
- Robert L. Leahy, Stephen J. Holland, *Planuri de tratament și intervenții pentru depresie și anxietate*, 2010.
- Robert L. Leahy, *Psihologia și mintea economică. Conceptualizare și procese cognitive*, 2012.
- Gabriela Lemeni, Anca Axente, *Consiliere și Orientare. Ghid de educație pentru carieră. Activități pentru clasele IX-XII/SAM*, 2011.
- Gabriela Lemeni, Loredana Mihalca, *Codruța Mih, Consiliere și Orientare. Ghid de educație pentru carieră. Activități pentru clasele I-IV*, 2010.
- Gabriela Lemeni, Mihaela Porumb, *Consiliere și Orientare. Ghid de educație pentru carieră. Activități pentru clasele V-VIII*, 2011.
- Gabriela Lemeni, Mircea Micla, *Consiliere și Orientare. Ghid de educație pentru carieră*, 2010.
- Viorel Lupu, *Abordarea cognitiv-comportamentală în sexologie*, 2010.
- Daciana Lupu, *Activități de consiliere. Reușita și stima de sine în viața preadolescenților*, 2013.

- Viorel Lupu, *Introducere în hipnoterapia și în psihoterapia cognitiv-comportamentală a copilului și a adolescentului*, 2012.
- Ghislain Magerotte, Éric Willaye, *Intervenția comportamentală clinică. Formarea în A.B.A.*, 2012.
- Viorel Mih, *Psihologie educațională* (vol. I și II), 2010.
- Michel Minder, *Didactica funcțională. Obiective, strategii, evaluare. Cognitivismul operant*, 2011.
- Andrei C. Miu, *Emoție și cogniție. Lateralizare cerebrală, diferențe individuale și de gen*, 2008.
- Giorgio Nardone, *Călărind propriul tigru. Stratagemele folosite în artele marțiale sau cum să rezolvăm probleme dificile recurgând la soluții simple*, 2014.
- Oana Negru, *Growing up to be the best. Achievement motivation in the transition to adulthood*, 2012.
- Adriana Nicu, *Politici educaționale. Repere teoretice și pragmatice*, 2013.
- Mariana Norel, Oana Alina Bota, *Didactica domeniului experiențial Limbă și comunicare*, 2013.
- Cristian Opariuc-Dan, *Statistică aplicată în științele socio-umane. Noțiuni de bază – statistici univariate*, 2009.
- Ionel Papuc, Monica Albu, Nicolae Jurcău, *Procesul decizional managerial în sfera educațională*, 2011.
- Octav Pancu-Iași, *Țara unde vinerierajoi. Antologie de schițe și povestiri*, 2012.
- Ronald M. Rapee, Ann Wignall, Jennifer L. Hudson, Carolyn A. Schniering, *Tratamentul anxietății la copii și adolescenți. O abordare fundamentată științific*, 2011.
- Ronald M. Rapee, Susan H. Spence, Vanessa Cobham, Ann Wignall, *Cum să vă ajutați copilul cu probleme de anxietate*, 2011.
- Florin A. Sava, *Analiza datelor în cercetarea psihologică*, 2011.
- Rudolph Schaffer, *Introducere în psihologia copilului*, 2010.
- Catrinel A. Ștefan, Kállay Éva, *Dezvoltarea competențelor emoționale și sociale la preșcolari. Ghid practic pentru educatori*, 2010.
- Catrinel A. Ștefan, Kállay Éva, *Dezvoltarea competențelor emoționale și sociale la preșcolari. Ghid practic pentru părinți*, 2010.
- Bogdan Tudor Tulbure, *Anxietatea - Procesări informaționale și evaluarea lor*, 2011.
- Pierre Vianin, *Ajutorul strategic pentru elevii cu dificultăți școlare. Cum să dai elevului cheia reușitei*, 2011.
- Laura Visu-Petra, *The multidimensional development of executive functioning. A neuropsychological approach*, 2008.
- Laura Visu-Petra, Lavinia Cheie (coord.), *Dezvoltarea memoriei de lucru. Exerciții pentru preșcolari și școlari*, 2012.
- Ion Vlasiu, *Lumea poveștilor*, 2014.
- Ion Vlasiu, *Mese, mese, móka*, 2014.
- Ion Vlasiu, *Welt der Märchen*, 2014.
- Aldert Vrij, *Detecția minciunii și a comportamentului simulant: Dileme și oportunități*, 2012.
- Wass Albert, *Povești. Cartea pădurilor. Cartea lacurilor*, 2010.

\*

#### SOFTURI EDUCAȚIONALE

*Cifrele* (pentru copii de 5-9 ani), 2010.

*Literele* (pentru elevii din clasele I și a II-a), 2010.

*Naufrația pe insula calculelor* (pentru elevii din clasele I și a II-a), 2010.

\*

#### E-BOOK

Ozana Budău, Adela Perțe, *Metafore psihoterapeutice*, CD, 2011.

Kállay Éva, *Managementul echilibrului viață personală-viață profesională*, CD, 2011.

Mircea Miclea (coordonator), *Povestea literelor*, e-book & soft educațional, CD, 2011.

Mircea Miclea (coordonator), *Povestea cifrelor*, e-book & soft educațional, CD, 2011.