

## 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 ineficientă. 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 diureticelor*

- Fie pentru a compensa în urma unui episod de supraalimentare reală ori percepută, fie ca o formă obișnuită de control al greutății

- Ineficiență: 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 greutateii, cauzând deshidratarea (prin pierderea de fluide sub forma diareii 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 greutateii.
- Relativ ineficiente ca modalitate de control al greutateii
- Pot fi „autoimpuse”, iar în cazul acesta există o compulsie 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://ascred.ro/images/attach/Formulare-CompAlim.pdf>.