

# TULBURĂRI DE COMPORTAMENT ALIMENTAR ASOCIATE CU ANXIETATE ȘI DEPRESIE LA O ADOLESCENTĂ – STUDIU DE CAZ –

*Voichița Ana Șoldan<sup>1</sup>, Adriana Neghirlă<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>psiholog-logoped autonom, asistent medical principal pediatrie,

<sup>2</sup>medic primar medicină generală pediatrie, formator, Dispensar Medical Școlar, Târgu Mureș

## Rezumat

Tulburările de comportament alimentar (TCA) se constituie într-un grup de afecțiuni psihopatologice prezente atât la adulți cât și la copii și adolescenți, dar incidența cea mai mare se înregistrează la adolescenți și tineri, predominând sexul feminin. Prezentăm cazul unei adolescente la care debutează manifestări de tip

TCA la vârsta de 13 ani și care la vârsta de 19 ani se structurează ca anorexie nervoasă atipică, de tip restrictiv, formă ușoară, în contextul unui dezechilibru psihoemoțional și a scăderii stimei de sine, cu evoluție favorabilă după 6 luni de psihoterapie.

Cuvinte cheie: **tulburări de comportament alimentar, anxietate, depresie, adolescent**

---

## Feeding and eating disorders associated with anxiety and depression to a adolescent – case study –

### Abstract

Feeding and eating disorders is a group of psychopathological disorders present in both adults and children and adolescents, but the highest incidence is seen in adolescents and youths, predominantly female. We present the case of a teenager in whom feeding and eating disorders type manifestations start

at the age of 13 years and at the age of 19 years it is structured as an atypical nervous anorexia, restrictive type, mild form, in the context of a psychoemotional imbalance and decreased self-esteem, with favorable evolution after 6 months of psychotherapy.

Key words: **Feeding and eating disorders, anxiety, depression, adolescent**

---

### Introducere

Comportamentul alimentar reprezintă ansamblul acțiunilor și atitudinilor legate de alimentație.

Tulburările de comportament alimentar (TCA) se constituie într-un grup de afecțiuni psihopatologice prezente atât la adulți cât și la copii și adolescenți care

includ: pica, ruminația, tulburări alimentare evitante/restrictive, anorexia și bulimia nervoasă, tulburări de mâncat compulsiv –și alte tulburări de comportament alimentar, codificate conform tabelului nr. 1. Pentru a fi considerate TCA aceasta nu trebuie să fie secundară unui diagnostic medical sau unei alte tulburări emoționale (Fairburn & Brownell, 2002). [1,2,3]

---

\* **Autor corespondent:** Adriana Neghirlă, medic primar MG, Dispensar școlar Tg Mureș, email: adi\_neghirla@yahoo.com

**Articol primit în 20.04.2018, acceptat: 23.04.2018, publicat: 30.04.2018**

**Citare:** Șoldan VA, Neghirlă A. Feeding and eating disorders associated with anxiety and depression to a adolescent – case study. Journal of School and University Medicine 2018;5(2):5-14

Tabel nr. 1: Clasificarea și codificarea tulburărilor de comportament alimentar conform ICD (F50)

TCA	ICD – 9 – CM Versiuni 2006– 2015	ICD -10 – CM Versiuni 2016– 2018
Pica	307.52	F 98.3 (pentru copii) F 50.8 (pentru adulti)
Ruminația	307.53	F 98.21
Tulburări evitante/restrictive	307.59	F 50.82
Anorexia nervoasă – tip restrictiv	307.1	F 50.00 F 50.01
– tip mâncat compulsiv/evacuare		F 50.02
Anorexia nervoasă atipică		F 50.1
Bulimia nervoasă	307.51	F 50.2
Bulimia nervoasă atipică		F 50.3
Apetit excesiv asociat cu alte tulburări psihologice		F 50.4
Voma asociată cu alte tulburări psihologice		F 50.5
Tulburare de mâncat compulsiv (binge – eating disorder)	307.51	F 50.81
Alte TCA specificate (bulimia nervoasă sau tulburare de mâncat compulsiv cu episoade rare și/sau de scurtă durată, TCA evacuare în absența episoadelor de mâncat compulsiv, sindromul de alimentație nocturnă)	307.59	F 50.89
TCA nespecificate	307.50	F 50.9

**Conform ICD – 10 AM** (Codificarea Internațională a Bolilor, revizia 10, Australia, preluată de OMS) și ICD – 10 CM (versiunea americană), care au intrat în vigoare la sfârșitul anului 2015), *sindroamele comportamentale asociate perturbărilor fiziologice și factorilor fizici* (F50 – F59):

- includ: Tulburări privind modul de a mânca (F50)
- exclud: Anorexia nespecificată (R63.0)
- (de) hrănire:
- dificultăți și proastă administrare (R63.3)
- tulburare la sugar sau copil (F98.2)
- polifagia (R63.2).

• *Anorexia nervoasă* (F50.0), conform ICD-10 AM/CM, este o tulburare caracterizată prin pierderea deliberată a greutateii, indusă și susținută de pacient. Se produce de cele mai multe ori la fetele adolescente și femeile tinere, dar băieții adolescenți și tinerii bărbați pot fi de asemenea afectați, așa cum pot și copiii care se apropie de pubertate și femeile mai în vârstă până la menopauză. Tulburarea este asociată cu o psihopatologie specifică în care frica de a se îngrășa și de

a avea un corp gras persistă ca o idee săcâitoare și supraevaluată, iar pacienții își impun ei înșiși o limită de greutate scăzută. Există de obicei o subnutriție de severitate variabilă, cu schimbări secundare endocrine și metabolice și perturbări ale funcțiilor corpului. Simptomele includ alegerea restrictivă a regimului, exerciții excesive, vomă și purgație induse și folosirea de substanțe contra apetitului și diuretice, dar se exclude: pierderea apetitului nespecificată (R63.0) și psihogenă (F50.8). [1,2]

• *Anorexia nervoasă atipică* (F50.1) se caracterizează prin tulburări care au unele dintre trăsăturile anorexiei nervoase, dar în care tabloul clinic complet nu justifică acest diagnostic. De exemplu, unul din simptomele cheie, cum ar fi amenoreea sau frica deosebită de îngrășare, poate să lipsească în prezența unei pierderi de greutate marcate și a unui comportament de reducere a greutateii. Acest diagnostic nu ar trebui să fie pus în prezența tulburărilor fizice cunoscute asociate cu pierderea de greutate. [1,2]

• *Bulimia nervoasă* (F50.2) este un sindrom caracterizat prin accese repetate de apetit excesiv și o preocupare excesivă pentru controlul greutateii corpului, ducând la un mod de a mânca peste măsură, urmat de vomă sau folosirea purgativelor. Această tulburare are multe trăsături psihologice comune cu anorexia nervoasă, incluzând o preocupare excesivă față de forma corpului și greutate. Voma repetată provoacă probabil tulburări hidroelectrolitice corpului și complicații fizice. Deseori, dar nu întotdeauna, există un istoric mai timpuriu al unui episod de anorexie nervoasă, intervalul de timp fiind de la câteva luni la mai mulți ani. Codul F50.2 include și bulimia nespecificată și hiperorexie nervoasă.

• *Bulimie nervoasă atipică* (F50.3) include tulburări care cuprind unele dintre trăsăturile bulimiei nervoase, dar în care întregul tablou clinic nu justifică acel diagnostic. De exemplu, pot exista accese recurente de apetit excesiv și folosirea exagerată a purgativelor, fără schimbarea importantă a greutateii, sau poate fi absentă preocuparea tipică excesivă față de forma corpului și greutate. [1,2]

• *Apetit excesiv asociat cu alte tulburări psihologice* (F50.4) este apetitul excesiv datorit unor evenimente stressante, cum ar fi pierderea ireparabilă, accident, naștere, etc. Apetit excesiv psihogen exclude obezitatea (E66.-) ca element diagnostic, deși poate fi una dintre cauzele acesteia. [1,2]

• *Voma asociată cu alte tulburări psihologice* (F50.5) include voma repetată care se produce în tulburările disociative (F44.-) și în tulburarea hipochondriacală (F45.2) și care nu se datorează numai afecțiunilor clasificate în afara acestui capitol. De asemenea, această subcategorie poate fi folosită adițional la codul O21 (voma excesivă în timpul sarcinii) atunci când factorii emoționali sunt predominanți în provocarea greții și vomei recurente din timpul sarcinii. Voma psihogenă exclude: greața (R11) și voma nespecificată (R11), care se codifică separat. [1,2]

• *Alte tulburări de apetit* (F50.8) includ pica la adulți și pierderea psihogenă a apetitului, excluzând pica la sugari și copii (F98.3). *Tulburarea de apetit, nespecificată* se codifică F50.9. [1,2]

**Criteriile de diagnostic DSM-IV-TR pentru TCA sunt:**

- *Anorexie nervoasă* [4]:

A. Refuzul de a păstra greutatea corporală la sau deasupra unui nivel minim normal pentru vârstă și înălțime (de exemplu, pierdere în greutate care duce la menținerea unei greutăți mai mici de 85% din cea expectată; sau nerealizarea câștigului în greutate expectat în perioada de creștere, ducând la o greutate a corpului mai mică de 85% din cea expectată).

B. Frică intensă de câștigul în greutate sau de a deveni gras(ă), deși este subponderal(ă).

C. Perturbarea modului în care este percepută greutatea sau forma (silueta) corpului, influență exagerată a greutății sau siluetei corpului asupra autoevaluării sau negarea gravității greutății curente scăzute.

D. La femeile postmenarhă, amenoree, absența a cel puțin trei cicluri menstruale consecutive – se consideră că o femeie are amenoree și dacă ciclurile ei nu au loc decât după administrarea de hormoni.

Se specifică:

– Tip restrictiv dacă pe parcursul episodului curent de anorexie nervoasă persoana nu s-a angajat regulat în comportament de mâncat compulsiv sau de evacuare forțată (vărsături autoinduse sau automedicație cu laxative/diuretice sau clisme).

– Tip mâncat compulsiv /evacuare forțată dacă pe parcursul episodului curent de anorexie nervoasă persoana s-a angajat regulat în comportamente de mâncat compulsiv sau de evacuare forțată (vărsături autoinduse sau automedicație cu laxative diuretice sau clisme).

Se specifică de asemenea, gradul de severitate al anorexiei nervoase, care poate fi ușoară, medie sau severă, în funcție de diminuarea indicelui de masă corporală expectat în raport cu vârsta și sexul. Copiii și adolescenții sub 18 ani se consideră ca fiind subponderali dacă au indicii de masă corporală, evaluat în raport cu vârsta și sexul, sub percentila 5%; peste vârsta de 18 ani se poate aprecia doar în funcție de valoarea IMC, ca fiind:

1. Ușoară:  $IMC > 17 \text{ kg/m}^2$
2. Medie:  $IMC = 16 - 16,9 \text{ kg/m}^2$
3. Severă:  $IMC 15 - 15,9 \text{ kg/m}^2$
4. Extremă:  $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

• *Bulimia nervoasă*[4]:

A. Episoade recurente de alimentare de tip mâncat compulsiv. Un episod de mâncat compulsiv se caracterizează prin ambele din următoarele:

(1) consumarea, într-o perioadă definită de timp (de exemplu într-o perioadă de 2 ore) a unei cantități de alimente care este clar mai mare decât ceea ce ar mânca majoritatea oamenilor într-o perioadă de timp asemănătoare și în circumstanțe similare.

(2) senzația de lipsă de control asupra mâncatului în cursul episodului (de exemplu, simțământul că nu se poate opri din mâncat sau că nu poate controla ce sau cât mănâncă).

B. Comportament compensator recurent inadecvat, pentru a preîntâmpina creșterea în greutate, cum ar fi vărsăturile autoinduse, abuzul de laxative, diuretice sau alte medicamente, clisme, încetarea alimentării („post“) sau exercițiu fizic excesiv.

C. Alimentarea de tip mâncat compulsiv și comportamentul compensator inadecvat se manifestă ambele, în medie de cel puțin 2 ori pe săptămână, timp de 3 luni.

D. Evaluarea de sine este excesiv influențată de forma (aspectul) și greutatea corpului.

E. Tulburarea nu apare doar în cursul episoadelor de anorexie nervoasă.

Se specifică tipul bulimiei nervoase:

- Tip evacuator dacă în cursul episodului curent de bulimie nervoasă persoana s-a angajat cu regularitate în autoinducerea de vărsături sau în abuzul de laxative, diuretice sau clisme.
- Tip neevacuator dacă în cursul episodului curent de bulimie nervoasă persoana a folosit alte comportamente compensatorii inadecvate, cum ar fi postul (nealimentarea) sau exercițiul fizic excesiv, dar nu s-a angajat regulat în autoinducerea comportamentelor de tip evacuator: vărsături sau abuz de laxative, diuretice sau clisme.

Se specifică gradul de severitate, apreciat în funcție de frecvența episoadelor de comportamente compensatorii inadecvate, astfel:

1. Ușoară: 1-3 episoade/săptămână
2. Moderată : 4-7 episoade/săptămână
3. Severă: 8-13 episoade/săptămână
4. Extremă: cel puțin 14 episoade/săptămână

**Criteriile de diagnostic din DSM-V** modificate definițiile pentru anorexia și bulimia nervoasă ale DSM – IV-TR, astfel:

- tulburarea de mâncat compulsiv devine o tulburare de alimentație distinctă;
- amenoreea nu mai este un simptom necesar pentru diagnosticul anorexiei nervoase;
- bulimia va include persoanele care prezintă episoade de tip mâncat compulsiv/evacuator cel puțin o dată/săptămână, pentru 3 luni. Anterior, dacă aveau loc de mai puțin de 2 episoade/săptămână pentru 3 luni, erau diagnosticați cu TCA nespecificat.
- TCA nespecificată este o tulburare de alimentație care nu se încadrează în criteriile de diagnostic pentru o tulburare specifică de alimentație, conform noilor reîncadrări. [5]

• **Tulburarea de mâncat compulsiv**, conform DSM-V are următoarele criterii de diagnostic[5]:

A. Episoade recurente de mâncat compulsiv. Un episod de mâncat compulsiv se caracterizează prin:

(1) consumarea, într-o perioadă definită de timp (de exemplu într-o perioadă de 2 ore) a unei cantități de alimente care este clar mai mare decât ceea ce ar mânca majoritatea oamenilor într-o perioadă de timp asemănătoare și în circumstanțe similare.

(2) senzația de lipsă de control asupra mâncatului în cursul episodului (de exemplu, simțământul că nu se poate opri din mâncat sau că nu poate controla ce sau cât mănâncă).

B. Episodul de mâncat compulsiv se asociază cu cel puțin 3 dintre următoarele:

1. Mâncatul mult mai rapid decât normal
2. Mâncatul până la senzația de preaplin/prea sătul care creează discomfort
3. Mâncatul unei cantități mari de hrană atunci când nu există senzația de foame
4. Mâncatul de unul singur din cauză că se simte rușinat de cât de mult mănâncă
5. Se simte dezgustat(ă) de propria persoană, depresiv(ă) sau foarte vinovat(ă) după un astfel de episod

C. Stress marcat legat de existența episoadelor de mâncat compulsiv

D. Episodul de mâncat compulsiv apare, cel puțin o dată/săptămână, timp de 3 luni.

E. Episodul de mâncat compulsiv nu este asociat cu comportamentele compensatorii inadecvate ca

în bulimia nervoasă și nu apare în cursul bulimiei nervoase sau anorexiei nervoase.

Se precizează dacă este:

1. Remisie parțială – dacă criteriile majore pentru tulburarea de mâncat compulsiv au fost îndeplinite în episoade cu o frecvență mai mică de o dată/săptămână pentru o perioadă mai lungă de timp
2. Remisie totală – dacă toate criteriile majore de tulburare de mâncat compulsiv au lipsit o perioadă mai lungă de timp.

Se specifică de asemenea gradul de severitate a tulburării de mâncat compulsiv, în funcție de frecvența săptămânală a episoadelor, astfel:

1. Ușoară: 1-3 episoade/săptămână
2. Moderată: 4-7 episoade/săptămână
3. Severă: 8-13 episoade/săptămână
4. Extremă: cel puțin 14 episoade/săptămână.

Indiferent de vârstă, TCA sunt legate în special de emoții, nu de alimente. Schimbările de comportament cu alimente ar putea semnala că un copil sau un adolescent se confruntă cu probleme emoționale, sociale sau de dezvoltare, cum ar fi depresia, tachinarea, agresiunea sau abuzul. Adesea, TCA se dezvoltă pentru un copil ca o modalitate de a se simți controlat asupra a ceea ce se întâmplă în viața lor: conflicte intrafamiliale, teama de abandon, culpabilitate legată de trezirea sexualității, eșecuri școlare, schimbarea domiciliului sau a școlii, separarea sau divorțul părinților, traume emoționale puternice, tulburări de stres post-traumatic. Studiile au arătat că pot fi și factori genetici predispozanți pentru TCA, mai ales dacă la rudele de gradul întâi au existat cazuri de TCA, depresie, anxietate, tulburări obsesiv compulsive, tulburări bipolare, dar și factori legați de sănătatea mamei în timpul sarcinii și/sau de complicațiile apărute în timpul nașterii. TCA apar mai frecvent la adolescenți și tineri, cu o prevalență mai mare la persoanele de sex feminin, raportul fiind de 10:1, față de prevalența la sexul masculin, sunt mai rare după vârsta de 40 de ani, incidența variază în funcție de tipul de TCA, între 0,5-1,5%, se întâlnesc mult mai frecvent în țările puternic industrializate și dezvoltate din punct de vedere economic decât în celelalte țări. Anorexia nervoasă se întâlnește mai frecvent la fetele aflate la pubertate sau

adolescente, acestea reprezentând 40% dintre cazuri. [3,6,7,8,9,10,11]

Comorbiditățile cele mai frecvente ale TCA sunt depresia, anxietatea, tulburările obsesiv compulsive, tulburarea bipolară. [1,2,3,4,5]

## STUDIUL DE CAZ

Prezentăm în continuare cazul unei adolescente în vârstă de 19 ani, din Târgu Mureș, elevă în clasa a XII la un liceu din oraș, dar care are și un loc de muncă după-amiaza și care s-a adresat medicului la insistențele părinților, pentru amețeli, vărsături, comportament alimentar restrictiv, crize de plâns fără motiv, crize de isterie, stări de agitație și anxietate; adolescența își cunoștea problemele, dar încerca să le rezolve singură.

„Sinceră să fiu nici nu știu cu ce să încep.... Mă numesc Andreea, am 19 ani și sunt anorexică, asta după ce am fost bulimică. Totul a început în urmă cu 3 ani... Știți, eu întotdeauna am vrut să fiu slabă, lumea îmi zicea că arăt bine, dar eu voiam să fiu mai slabă... asta nu era mare lucru pentru că nu îmi făceam un scop în viață din asta... câteva cure de slăbit pe care nu reușeam întotdeauna să le duc până la bun sfârșit, până la capăt. Dar am avut o cădere nervoasă, deoarece băiatul pe care-l iubesc mă înșela cu o fată care era mai slabă decât mine și acest lucru m-a determinat să am o alimentație dezordonată. Recunosc, niciodată nu am avut un stil alimentar ordonat, adică mâncam la diverse ore, când simțeam că îmi este foame. La început, din cauza supărării nu puteam deloc să mănânc decât foarte puțin – o dată pe zi, deoarece nu-mi era foame, iar când mâncam simțeam că îmi stă mâncarea în gât, și mă gândeam că sunt grasă, de aceea Cris mă înșela cu Dea... Dea era o prietenă de-a mea, dar e adevărat că de prietene e bine să te ferești când ai un prieten, pentru a nu avea această surpriză. După 3 săptămâni lumea mă întreba ce am, ce-i cu mine, de ce am slăbit așa de mult și mă sfătuiau să mănânc pentru a nu mă îmbolnăvi.“ (Numele reale ale persoanelor au fost înlocuite cu pseudonime.)

Antecedente personale fiziologice: primul copil născut la termen prin operație cezariană pentru sarcină cu risc (iminență de avort, HTA oscilantă, fără tratament medicamentos în timpul sarcinii, făt mare), greutatea la naștere 4000 g, fără complicații postna-

tale; a fost alimentat natural 4 luni, apoi mixt și diversificat corect, în evoluție dezvoltare neuropsihomotorie și staturoponderală corespunzătoare vârstei; antecedente patologice personale și heredocolaterale nesemnificative. Familia este formată din cei doi părinți naturali (mama 30 an, respectiv tata 32 ani la nașterea copilului) și o soră cu 3 ani mai mică, toți sănătoși.

Anamneza socioculturală relevă faptul că familia este compactă, cu o situație economică de nivel mediu, relațiile în rândul membrilor familiei fiind armonioase; dar începând de la vârsta de 13 ani, părinții îi făceau uneori observații „să mănânce mai cumpătat“ pentru a nu se îngrășa, deoarece „va arăta urât și nu-și va găsi nici un prieten“. În prezent din cauza programului de la școală și de la locul de muncă, adolescența are un regim alimentar dezordonat. Actualele acuze s-au declanșat în contextul în care aceasta locuia singură în apartamentul familiei (părinții locuind mai mult la țară), s-a îndrăgostit de un băiat cu care „se înțelegea bine“, „și-au făcut planuri de viitor“, dar care după câteva luni „a înșelat-o“ cu colega ei, care era mai „slăbuță“ decât ea.

Examenul clinic obiectiv arată o dezvoltare staturoponderală armonică mijlocie, corespunzătoare vârstei, greutate 51 kg, înălțime 165 cm, IMC = 18,73 kg/m<sup>2</sup>, fără modificări evidente la examenul pe aparate și sisteme, dezvoltare motrică corespunzătoare, echilibrul static bine dezvoltat, coordonare motrică bună, fără elemente de focar, acuitate vizuală și auditivă normale, vorbire nazală.

#### Evaluarea psihologică:

1. Observațiile generale din timpul evaluării psihologice relevă o cooperare dificilă cu specialistul, la început are o stare de permanentă agitație, după care în următoarele ședințe colaborarea devine mult mai bună, adolescența atașându-se de psihoterapeut și verbalizând nemulțumirile ei. A fost învățată să verbalizeze, să spună ceea ce nu-i place, să nu se mai închidă în sine, să nu mai manifeste crize de isterie, să înceteze să nu mai plângă fără motive bine întemeiate și să nu se mai răzbune pe sine.

2. Evaluarea particularităților proceselor de cunoaștere:

a) Atenția: se constată o ușoară instabilitate a atenției; capacitatea de concentrare pe sarcină este relativ bună, întreruptă însă de permanenta grijă de a nu fi prea grasă.

b) Memoria de lungă durată și cea de scurtă durată sunt bine dezvoltate.

c) Testul Woodworth, STAI – X1, al stimei de sine și al somatizării relevă faptul că adolescența este foarte anxioasă, are o stimă de sine scăzută, este hiperemotivă (scor 160, valori normale (N) =0-80), psihastenică (scor 120, N=80-120), tendință depresivă (scor 180, N=120-180), instabilă emoțional (scor 105, N=0-80);

d) Gândirea – conform testului Raven – inteligență de nivelul mediu

#### 3. Evaluarea dezvoltării sociale:

a) Autonomia personală – deprinderile elementare sunt bine dezvoltate

b) Maturitatea socială – evaluată cu ajutorul testului SPIN, se constată că inițial adolescența este foarte agitată și discută foarte puțin cu cei din jur.

#### 4. Lateralitatea este bine dezvoltată

5. Evaluarea motricității – mișcările bine coordonate, echilibrul este bun, motricitatea fină este formată.

6. Orientarea în timp și spațiu sunt bine dezvoltate.

7. Acuzele principale prezentate la consultul psihologic sunt: crizele de anxietate și căderile depressive, amețeli, paloare.

8. Istoricul tulburărilor prezente: totul a început când fata avea vârsta de 13 ani, iar părinții îi făceau observație că începe să se îngrășe. Aceste fapte însă s-au accentuat în ultima perioadă. Părinții au sesizat problemele fetei, dar nu i-au acordat o atenție majoră fiind preocupați de activitățile economico-financiare. Factori predispozanți: vârsta copilului – perioada tranziției pubertate – adolescență, observațiile adulților, imaginile corporale ideale de tip „modeling“ create de media.

9. Evaluarea cognițiilor și comportamentelor actuale: Actualmente, adolescența manifestă comportament crize de anxietate, vărsături, comportament alimentar restrictiv. Distorsiunea cognitivă prezentă este gândul că ea va fi ridiculizată de cei din jur că este prea grasă, că va rămâne singură în această lume, lipsită de afecțiunea prietenilor și în special al unui eventual iubit. [13]

Pe baza datelor clinicoanamnestice și evaluărilor psihologice interpretăm cazul ca tulburare de comportament alimentar de tipul anorexie nervoase atipice asociată cu anxietate și episoade depresive.

O caracteristică importantă a anorexiei este incapacitatea pacienților de a-și evalua obiectiv condiția fizică; majoritatea anorexicilor consideră că sunt prea grași, ceea ce sugerează o imagine deformată a propriului corp, percependu-se mult mai grași decât sunt de fapt (Atkinson & col., 2002), ceea ce s-a confirmat și la cazul prezentat, adolescenta având un IMC la limita inferioară a normalului. Terapeutul va identifica și evalua trăsăturile psihopatologice pe care pacientul le percepe ca fiind o problemă pentru sine. În cadrul terapiei se va aborda subiectul avantajelor și dezavantajelor schimbării comportamentelor alimentare și se va insista asupra conștientizării diferențelor existente între consecințele pe termen lung și cele pe termen scurt ale schimbării, pacienții cu TCA având tendința de a se raporta mai mult la prezentul imediat și mai puțin la viitor. Studiile bazate pe dovezi au identificat o serie de terapii care au redus severitatea și prezența bulimiei nervoase și a tulburărilor de alimentație binară, inclusiv terapiile cognitiv-comportamentale (CBT), psihoterapia interpersonală și terapia comportamentului dialectic. CBT a avut cea mai puternică dovadă a efectelor cele mai mari și mai rapide. Aceste terapii au fost mai eficiente dacă au fost abordări individuale, față în față. CBT a fost eficientă și în tratamentul cazurilor atipice de TCA, pentru pacienți care nu sunt subponderali. Dezvoltarea unui program de activitate fizică adaptată (Moscone et al. 2011), practicarea activităților artistice de expresia corporală, cum ar fi dansul, teatrul, etc., ar putea fi de asemenea un suport în tratamentul anorexiei și bulimiei (Methods Whith Evan; Krantz 1999). Tratamentele medicamentoase nu și-au dovedit eficiența în TCA și nici asocierea lor cu psihoterapia nu s-a dovedit mai eficientă. [3,6,7,8,9,10,11,12,14,15]

În TCA alegerea tehnicilor terapeutice trebuie să vizeze întărirea motivației pentru schimbare a pacienților și contra-atacarea efectelor înfometării. Garner și Benis (1982) au accentuat importanța motivării pacienților prin formarea unei alianțe terapeutice sănătoase și puternice între pacient/client – terapeut, bazată pe respectarea sistemului de norme și valori ale pacientului. O a doua problemă importantă în cursul

psihoterapiei este revenirea la o greutate normală. Cu excepția cazurilor în care scăderea în greutate este rapidă și dramatică sau a celor cu complicații somatice severe, programul de creștere în greutate poate fi urmat în cadrul unei terapii de tip ambulatoriu. Înainte de a trece la acest program, terapeutul va acorda o atenție sporită consolidării relației psihoterapeutice, după care creșterea în greutate va înceta să mai fie o problemă negociabilă. Pacienții vor fi asigurați că nu vor depăși greutatea dorită, iar creșterea în greutate va fi controlată, graduală, de aproximativ un 1 kg/săptămână, demers ce va fi combinat cu alte strategii cognitiv comportamentale, de tipul restructurării cognitive. Restructurarea cognitivă presupune mai multe etape: 1. *Scoaterea la lumina a gândurilor automate*. Terapeutul poate să propună experiențe (cântărire săptămânală, consumarea unor alimente „interzise“ sau a căror valoare calorică nu este cunoscută, să se compare cu alte femei, să poarte haine mulate sau costum de baie, etc), jocuri de rol, exerciții de imaginație, care să provoace apariția gândurilor automate, cu recomandarea pentru pacient de a le nota în fișa de monitorizare a comportamentelor alimentare. Acestea vor fi analizate în cadrul ședințelor de terapie. 2. *Modificarea gândurilor automate*. Odată ce au fost identificate gândurile automate, terapeutul va ajuta pacienta să facă diferența între senzațiile sale corporale, supraestimarea permanentă a greutății și realitate, fără a confunda creșterea ușoară a greutății cu obezitatea. Argumentele „pro și contra“ vor fi discutate în timpul interviurilor, urmate de o evaluare la domiciliu în carnetul alimentar. 3. *Scoaterea în lumină a postulatelor*. Abordarea cognitivă caută să modifice credințele iraționale organizate în postulate superstițioase, prin care se leagă succesul și fericirea de imaginea unui corp perfect și de perfectionism. 4. *Discutarea postulatelor*. Astfel de idei sunt curente în cultura actuală. Intensitatea, frecvența și dificultatea de modificare a postulatelor le fac să fie patologice. Punerea lor în discuție și găsirea unor soluții pe termen scurt, mediu și lung la problemele ce apar din postulate, trebuie să conducă la adoptarea unor valori și credințe mai puțin extreme, mai puțin generale, mai puțin personale, dar mai realiste. 5. *Corpul din oglindă*. De cele mai multe ori pacientele au o părere foarte proastă despre propriul corp și întâmpină dificultăți în acceptul de a-și privi corpul. În aceste cazuri

se aplică tratamentul prin „expunere“, care va consta în multiplicarea treptată a ocaziilor în care să-și observe corpul; astfel încât ele să ajungă să nu mai evite oglinzile, să meargă la piscină sau să facă gimnastică în grup. Deasemenea li se va dezvolta capacitatea de a

corecta mai indulgent erorile sistematice de estimare a siluetei. [3,6, 8,9,10,11,12,14,15]

În cazul de față este evident că mecanismul care întreține starea de panică a adolescenței este teama de a nu fi grasă și părăsită de iubit, iar planul intervenției terapeutice este prezentat în tabelul nr. 2.

Tabel nr. 2: Planul intervenției terapeutice la cazul prezentat

Problema	Scopurile terapeutice	Metode terapeutice
Crizele de anxietate, panică	Reducerea crizelor de panică în momentul în care vrea să mănânce	Restructurare cognitivă, expunerea și terapia relational emotivă
Depresia	Dezvoltarea autonomiei personale și a stimei de sine	Jocurile imaginare

Intervenția terapeutică cu subiectul a început în urmă cu 6 luni, cu o frecvență de 1 ședință pe săptămână, fără ca aceasta să absenteze în primele 2 săptămâni, care sunt esențiale pentru evoluția și succesul planului terapeutic.

Metodele folosite au fost:

- ✓ Psihoeducația – a avut scopul ca adolescenta să înțeleagă că nimeni nu vrea să o părăsească, că părinții ei o iubesc și nu o vor părăsi nici ei și nici cei din jur chiar dacă va fi mai „plinuță“.
- ✓ Restructurarea cognitivă – este folosită pentru a identifica acele gânduri care provoacă starea de anxietate. Se recomandă automonitorizarea gândurilor care însoțesc anxietatea și depresia.
- ✓ Vizualizarea – adolescenta este rugată în timpul terapiei să își imagineze cu ochii închiși un scenariu „catastrofic“: că se va îngrășa și unii băieți nu o vor mai curta – „ce se va întâmpla cu ea?!“ – să verbalizeze, să descrie ceea ce vede în acel moment și ce simte, ce gândește. Se introduce prin sugestie, anumite soluții pentru a-i schimba starea, pregătind pacientul să abordeze rațional temerile viitoare.
- ✓ Expunerea – terapeutul împreună cu pacienta rămân singuri în cameră, i se pune muzică de relaxare și se lucrează cu imagistica. I se aduce un platou cu bunătăți, pe care ea în mod obișnuit le refuză, și este rugată să mănânce din ele, fără să-și producă apoi vărsături. Terapia psihologică cu subiectul a fost finalizată cu succes.

Etapele intervenției psihoterapeutice au fost:

✓ *Ședința 1*

- Evaluarea situației și a subiectului, aplicarea testelor: Woodworth, scala de somatizare, stima de sine, testul STAI forma X-1, testul SPIN.
- Fixarea unor repere privind așteptările reciproce cu privire la intervenția psihoterapeutică:
  - Obligatiile psihoterapeutului: să mențină o relație bazată pe profesionalism și respect reciproc, să comunice pacientului atunci când intervin schimbări de plan sau program, să evalueze situația cât mai obiectiv, să consulte și alți profesioniști în cazul în care actul psihoterapeutic nu pare a fi eficient.
  - Obligatiile clientului/pacientului: să răspundă cu sinceritate la întrebările psihoterapeutului, să continue actul psihoterapeutic prin completarea caietului de observații, urmarea sfaturilor și obiectivelor propuse și adaptate de comun acord.
- Tema: să integreze momentele de slăbiciune și gândurile sale cu privire la mâncare, comportamentul alimentar. Durata ședinței: o oră și jumătate
- Obiectiv: până la ședința următoare va trebui să mănânce cel puțin 3 mese/zi, chiar dacă mănâncă foarte puțin la o masă.
- ✓ *Ședințele 2-5:* S-a discutat comportamentul alimentar înregistrat după modelul din tabelul nr. 3



Tabelul nr. 3: Monitorizarea și înregistrarea comportamentului alimentar în TCA (exemplul unei zile)

Data	Ora	Alimente si Lichide consumate	Locul	Comportament nedorit	Context si comentarii
Luni	7.00	Un biscuite	Bucătărie	-	Mi-e teama să nu mă îngraș
Luni	12.00	Un ceai si un biscuite	Birou	-	Am avut tendința de a voma. M-am abținut
Luni	13.00	Un sandwich cu pâine dietetică	Birou	-	Mi-e teamă să nu mă îngraș. Mă doare stomacul
Luni	16.00	-	Baie	M-am cantarit. Am 52,5 kg.	Dacă mă îngraș, o să râdă colegii de mine
Luni	19.00	O supa goală fără orez	Bucătărie	-	Am sunat-o pe sora mea pentru a uita de tendința de a voma

- Obiective: declararea comportamentului de a vomita, întărirea comportamentului de a mânca sănătos și regulat. Psihoterapeutul o va învăța pe clientă să-și ofere recompense de câte ori mănâncă 3 mese/zi și nu vomită, iar atunci când această dorință este foarte puternică este învățată să sune o prietenă/sora/o rudă apropiată, să iasă din casă să se plimbe, să dezvolte un comportament alternativ (să roadă gumă de mestecat, să practice exerciții fizice sau de relaxare)
  - Pacientei i se oferă articole cu privire la anorexia nervoasă cu caracter științific cu scopul de a sublinia pericolul pentru sănătate a comportamentului compensator inadecvat (declanșarea vărsăturilor și administrarea de laxative).
- ✓ *Ședintele 6-10*
- Se discută din nou fișa de automatizare a comportamentului alimentar
  - Se identifică și alte comportamente și activități care îi fac plăcere și care o distrag de la tendința de a-și declanșa vărsăturile. Subiectul este rugat să aleagă preparate pe care nu este dispusă să le vomite și să introducă treptat la o masă/zi câte un aliment pe care și l-a interzis.
- ✓ *Ședintele 11-18*
- Accentuarea comportamentului de alimentare regulată și cântărirea săptămânală;
  - Modificarea distorsiunilor cognitive legate de aspectul fizic și greutatea corporală, consolidarea unei imagini corporale corecte și a unei stime de sine ridicate, raportarea la calități sufletești și intelectuale și mai puțin la cele fizice.
- ✓ *Ședintele 20-25*
- Se discută lista de gânduri autonome. (vezi tabel nr. 4)
  - Au loc jocuri de rol – reproducere a unor situații familiale sau de la serviciu.
  - Clienta este ajutată să reconstituie sentimentele și gândurile pe care le are și să le discute în ședintele terapeutice. Se utilizează și tehnicile de vizualizare, de imagistică, însoțite de un fond muzical relaxant (meloterapie pasivă).
  - Introducerea unor reguli de alimentație corectă, porția trebuie să fie făcută pe măsura persoanei: o lingură la fiecare fel de mâncare, iar persoana să nu se simtă foarte sătulă. Mesele trebuie să se desfășoare după un program, la ore fixe.

Tabel nr. 4: Fișa de monitorizare a gândurilor autonome

Situație	Emotie	Gânduri automate
Sâmbătă seara, singură, am vorbit cu o prietenă, care mi-a spus că l-a văzut pe prietenul meu cu cealaltă	tristețe anxietate	Toată lumea m-a abandonat. Nu sunt bună de nimic Dacă aş arăta mai bine... poate m-ar fi iubit

Terapia psihologică a avut un rezultat foarte bun, starea adolescentei îmbunătățindu-se simțitor, mănâncă regulat, fără să-și mai autoinducă vărsături, au dispărut manifestările anxioase și depresive, s-a îmbunătățit stima de sine și percepția asupra imaginii corporale. A mai rămas de finalizat terapia relațională emotivă pentru care se propune pentru părinți o perioadă de terapie de suport în care să învețe să-i ofere fetei mai multă atenție și afectivitate.

Particularitatea cazului prezentat constă în faptul că adolescenta, pe fondul hiperemotivității, instabilității emoționale și tendințelor depresive prezintă elemente de TCA, care în timp se structurează ca anorexie nervoasă atipică, de tip restrictiv, formă ușoară, în contextul unui dezechilibru psihoemoțional și a scăderii stimei de sine, cu evoluție favorabilă în urma intervenției psihoterapeutice.

„Sănătatea nu este numai un echilibru biologic, ci și un mod de a relaționa cu sine însuși și cu lumea, capabil de a anticipa, de a alege și evalua. Sănătatea este integrare psihomedicosocială. Nici o boală nu este în exclusivitate somatică, toate bolile sunt psihosomatice și psihosociale.“ (C. Mertens, *Psychologie medicale*)

## Bibliografie

1. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, (ICD-10)-2015-WHO, Version for 2018
2. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 9th Revision, (ICD-9) – 2014 – WHO

3. Enea V, Moldovan A, Aton R. Tulburările de comportament alimentar și obezitatea la copii și adolescenți. Editura Polirom, Iași 2017

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. American Psychiatric Association 1994

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association 2013

6. Tanofsky-Kraff M. Binge eating among children and adolescents. In: Jelalian E, Steele R (eds). Handbook of Child and Adolescent Obesity. Springer: New York 2008;41–57

7. Duthoit N. Anorexie, Boulimie et Activité Physique, Journal of School and University Medicine 2016;3(2):47-50

8. Waller G. Treatment Protocols for Eating Disorders: Clinicians' Attitudes, Concerns, Adherence and Difficulties Delivering Evidence-Based Psychological Interventions. Current Psychiatry Reports 2016;18:36. doi:10.1007/s11920-016-0679-0.

9. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders, Lancet 2003;361:407–416. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12378-1

10. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, et al. Transdiagnostic cognitive-behavioural therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60 week follow-up. Am J Psychiatr. 2009;166:311–319. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08040608.,,

11. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, Hollenbeck CS, Ornstein RM. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. Journal of Eating Disorders 2014;2:21. doi:10.1186/s40337-014-0021-3.

12. Robert LL, Stephen JH. Planuri de tratament și intervenții pentru depresie și anxietate. Editura ASCR, Cluj Napoca 2012;13-150, 299-304

13. Coșan A. Îndrumător pentru evaluarea personalității. Editura „Dimitrie Cantemir“, Târgu Mureș 2005

14. d Geller J, Nrcross CJ, Orlinsky ED. Formarea pentru psihoterapie, perspective ale pacientului și clinicianului. Editura Trei, București 2008;60-72

15. Briers S. Terapia cognitiv comportamentală. Editura ALL 2016;41 – 215