

12. Intervenții terapeutice specifice în tulburările de comportament alimentar

12.1. *Terapia cognitiv-comportamentală*

Terapiile cognitiv-comportamentale sunt terapii cu o durată limitată în timp, de obicei bazate pe manuale de tratament și ghiduri specifice, și abordează – ca strategie principală de tratament al tulburării – cognițiile și comportamentele presupuse a fi mecanisme etiologice (factori declanșatori, de menținere, de vulnerabilitate etc.) ale tulburării (Hay și McDermott, 2007). Terapiile cognitiv-comportamentale au o susținere empirică deosebit de robustă în psihoterapia copiilor și adolescenților, în special în ceea ce privește tulburările afective și anxioase (Compton *et al.*, 2004).

Tratamentul care este cel mai bine susținut empiric dintre toate formele de tratament pentru tulburările de comportament alimentar este cel cognitiv-comportamental al bulimiei. Grupul CREDO de la Oxford (condus de Christopher Fairburn) a dovedit eficiența acestui tratament pentru persoanele afectate de bulimie într-o serie de studii (Fairburn *et al.*, 1993 ; Agrad *et al.*, 2000). Prevalența bulimiei este mai mare decât a anorexiei și, în plus, persoanele afectate de bulimie resimt un distres emoțional mai puternic decât cele afectate de anorexie.

Din aceste motive, din punct de vedere metodologic, este mult mai dificil să se organizeze și să se desfășoare studii clinice controlate ale anorexiei.

Punctul central de la care au pornit Fairburn și echipa sa în dezvoltarea tratamentului pentru bulimie este cel numit de ei psihopatologia centrală a tulburărilor de comportament alimentar (atât bulimia, cât și anorexia): scăderea în greutate și a fi slab sunt dorite cu ardoare datorită tendinței de a judeca valoarea personală în mare parte (dacă nu exclusiv) în termeni de control al comportamentului alimentar, al formei corporale și al greutății (Fairburn, 2002a). De asemenea, un alt punct comun al acestor persoane este stima de sine scăzută, acești pacienți având o convingere puternică că nu sunt valoroși. Aceste convingeri încurajează și mai mult evaluarea în termeni de formă și greutate corporală și control al comportamentului alimentar (Fairburn, 2002a). Cu alte cuvinte, persoanele care dezvoltă TCA ajung să gândească despre ele însele ceva similar cu: „Nu sunt bună de nimic, nu am nimic special, nu am pentru ce să fiu apreciată. Singurul mod prin care pot să fiu valorizată este felul în care arăt”. Având acest mod de gândire, încep perioade de dietă care se manifestă ca o încercare de a controla comportamentul alimentar și de a ajunge la o formă corporală mai bună. Perioadele intense de dietă și reținere de la anumite alimente creează terenul propice pentru apariția episoadelor de mâncat compulsiv, urmate de o stare emoțională deosebit de negativă. Această stare emoțională negativă amenință tocmai nevoia de control și stimulează îngrijorările cu privire la greutate și formă corporală („O să mă îngraș”) și convingerile negative despre propria persoană („O să fiu un nimeni; toți o să vadă cât de lipsită de valoare sunt”). Ca urmare a anxietății generate de aceste gânduri, apar comportamentele purgative (vomatul, utilizarea laxativelor sau exercițiul fizic foarte intens) ca o „soluție” rapidă pentru anxietatea legată de efectele episodului de mâncat compulsiv. Pe termen scurt, aceste strategii (vomatul, laxativele, exercițiul fizic intens) reduc anxietatea,

efect care întărește probabilitatea lor de apariție. Pe termen lung însă, ele întrețin tocmai convingerile negative despre sine (Fairburn, 2002a). Practic, persoana cu bulimie ajunge să gândească cam așa : „Sunt o persoană groaznică, care nu se poate abține de la mâncare. Ajung să mănânc ca un porc, fără să mă pot abține, și apoi să vomez. Cât de dezgustătoare pot să fiu...”, ceea ce generează din nou același lanț de evenimente. Din nou și din nou. Este un carusel de gânduri chinuitoare și emoții negative foarte puternice, carusel din care persoana în cauză percepe că nu poate coborî nicicum, nu găsește o ieșire, o soluție. Un carusel în care elementele se stimulează unele pe altele. De exemplu, nevoia de a ține dietă apare ca urmare a supraevaluării formei și greutateii corporale, dar se și accentuează ca urmare a episoadelor de mâncat compulsiv. Episoadele de mâncat compulsiv au ca urmare stări de anxietate și afect negativ, dar sunt adesea și declanșate de astfel de stări emoționale. Comportamentele de purgare apar ca o soluție pentru episoadele de mâncat compulsiv, însă, ulterior, faptul că persoana știe că are o soluție la îndemână (vomatul) face să crească frecvența episoadelor de mâncat compulsiv (Fairburn, 2002a).

Acest mecanism descris în figura de mai jos este principalul mecanism de menținere a bulimiei, în viziunea cognitiv-comportamentală a tulburării, și stă la baza „croirii” tratamentului pentru bulimie. Acest model este susținut empiric de o serie de studii descriptive și experimentale (Laessle *et al.*, 1996 ; Polivy, 1996 ; Howard și Porzelius, 1999), dar și de studii ale efectelor terapiei cognitiv-comportamentale asupra bulimiei. Aceste studii au arătat nu doar eficiența tratamentului, ci și faptul că eliminarea din tratament a elementelor de restructurare cognitivă scade cu mult eficiența tratamentului (Fairburn, 2002a).

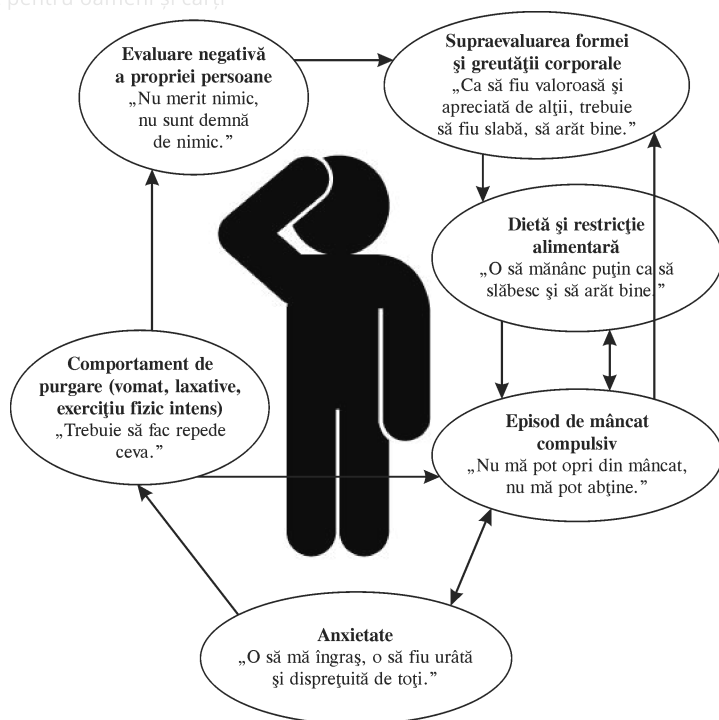


Figura 1: Modelul cognitiv-comportamental al mecanismelor de menținere a bulimiei, după Fairburn, 2002a.

Tratamentul cognitiv-comportamental al bulimiei are trei etape majore :

Etapa 1 urmărește trei obiective : (a) conceptualizarea tulburării și explicarea mecanismului fundamental al supraevaluării formei și greutateii corporale ; (b) psihoeducația pacientului (și a familiei) în ceea ce privește tulburarea și corectarea convingerilor eronate despre alimentație, dietă și slăbire ; (c) normalizarea patternului alimentar, care contribuie și la reducerea episoadelor de mâncat compulsiv.

Etapa 2 continuă să accentueze importanța menținerii unei alimentații regulate, dar tratamentul se adâncește, cuprinzând

și abordarea supraevaluării formei și greutateii corporale, a convingerilor negative despre propria persoană și a comportamentelor care derivă din aceste mecanisme cognitive (de exemplu, cântăritul repetat pentru a se asigura că nu s-a îngrășat). În această etapă, se adresează în terapie și alte mecanisme cognitive problematice cu caracter mai general. Astfel de mecanisme pot fi stima de sine scăzută, perfecționismul, impulsivitatea, anxietatea socială etc. (Fairburn, 2002a). Ele sunt numite „generale” pentru că nu sunt specifice TCA (precum supraevaluarea formei și greutateii corporale), putând fi întâlnite în multe alte afecțiuni mentale, însă prezența lor trebuie identificată și abordată, întrucât ele complică tratamentul. Progresul tratamentului TCA depinde de cât de multe dintre aceste mecanisme cognitive sunt prezente la pacient, cât de accentuate sunt și cât de dificilă este modificarea lor în cadrul procesului terapeutic.

Etapa 3 are drept scop menținerea progreselor obținute. Această menținere are două elemente-cheie: pacientul trebuie să accepte că, în anumite circumstanțe de viață, este foarte probabil să apară recăderi și să pregătească, împreună cu terapeutul, un plan pentru a gestiona aceste recăderi.

Eficiența acestui tratament a fost testată în mai multe studii clinice controlate (Fairburn *et al.*, 1993; Fairburn *et al.*, 1995; Shapiro *et al.*, 2007). Cele mai importante concluzii ale acestor studii și ale analizelor sistematice arată că terapia cognitiv-comportamentală are efecte semnificative asupra comportamentelor de purgare și mâncat compulsiv (80% dintre cei care finalizează tratamentul reduc semnificativ frecvența acestora, iar 40-50% dintre ei încetează cu totul) și asupra elementelor de psihopatologie. Pacienții tratați își îmbunătățesc dispoziția (se reduce rata de depresie), imaginea despre sine și funcționarea socială.

Acest tratament, propus inițial de Fairburn în 1981 (Fairburn, 1981), a fost adaptat ulterior de echipa sa și pentru anorexie, date fiind rezultatele încurajatoare ale tratamentului pentru bulimie și similaritățile dintre aceste două tulburări în ceea ce privește mecanismele. Modelul cognitiv-comportamental al anorexiei include elementele responsabile de menținerea în

prezent a tulburării, nu neapărat elemente mai distale din etiologia inițială a tulburării. Elementul central al tulburării este același ca în cazul bulimiei : supraevaluarea formei și greutateii corporale în reprezentarea valorii personale și nevoia ridicată de control al acestora și al comportamentului alimentar (Vitousek, 2002). Ceea ce apare diferit față de bulimie este natura ego-sintonică a simptomelor. Persoana cu anorexie se simte bine atât timp cât se află în control și, de cele mai multe ori, este refractară la tratament, în timp ce persoana afectată de bulimie resimte simptomele ca fiind ego-distonice (creează stres) și își dorește să se poată opri, căutând tratament. Aceste diferențe duc la o structură puțin diferită a tratamentului, astfel :

Etapă 1 se referă la dezvoltarea și menținerea motivației pentru schimbare. Această etapă este esențială pentru următorii pași, așa că i se alocă în terapie atât timp cât este necesar. Data fiind reticența de a participa la tratament, se recomandă terapeutului o atitudine non-confruntativă cu care se abordează elemente de psihoeducație despre tulburare, convingerile despre sine, formă, greutate și dietă. Și, de asemenea, se discută filosofia de viață a pacientului și felul în care simptomele sale îi folosesc. De asemenea, se discută despre teama de schimbare (Vitousek, 2002). Această etapă trebuie menținută activă pe toată durata tratamentului, terapeutul trebuind să verifice permanent motivația pentru schimbare a pacientului.

Etapă 2 se referă la managementul comportamentului alimentar și al greutateii. Se stabilește împreună cu pacientul o greutate țintă. Pacientul este susținut activ de către terapeut în încercarea sa de a-și normaliza comportamentul alimentar. Acest lucru se întâmplă uneori în cadrul unor ședințe de terapie în care terapeutul asistă persoana în timp ce mănâncă un anumit aliment, pentru a o ajuta să facă față stărilor emoționale cu care se confruntă (Vitousek, 2002).

Etapă 3 se referă la modificarea convingerilor despre greutate și alimentație. Terapeutul încurajează pacientul să își verbalizeze, dispute și testeze convingerile defectuoase pe care le are despre alimentație și greutate (Vitousek, 2002). Aceste