

Violeta Enea, Ion Dafinoiu

ANOREXIA NERVOASĂ

Teorie, evaluare și tratament

POLIROM
2012

Colectia Psihologie clinică și psihoterapie este coordonată de Ion Dafinoiu.

© 2012 by Editura POLIROM

Această carte este protejată prin copyright. Reproducerea integrală sau parțială, multiplicarea prin orice mijloace și sub orice formă, cum ar fi xeroxarea, scanarea, transpunerea în format electronic sau audio, punerea la dispoziția publică, inclusiv prin internet sau prin rețele de calculatoare, stocarea permanentă sau temporară pe dispozitive sau sisteme cu posibilitatea recuperării informațiilor, cu scop comercial sau gratuit, precum și alte fapte similare săvârșite fără permisiunea scrisă a detinătorului copyrightului reprezentă o încălcare a legislației cu privire la protecția proprietății intelectuale și se pedepsesc penal și/sau civil în conformitate cu legile în vigoare.

Foto copertă: © R. Gino Santa Maria/Dreamstime.com

www.polirom.ro

Editura POLIROM

Iași, B-dul Carol I nr. 4; P.O. BOX 266, 700506

București, Splaiul Unirii nr. 6, bl. B3A, sc. 1, et. 1, sector 4,
040031, O.P. 53, C.P. 15-728

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României:

ENEA, VIOLETA

Anorexia nervoasă: teorie, evaluare și tratament / Violeta Enea, Ion Dafinoiu. – Iași: Polirom, 2012

ISBN print: 978-973-46-3281-7

ISBN ePUB: 978-973-46-3320-3

ISBN PDF: 978-973-46-3321-0

I. Dafinoiu, Ion

616.89-008.441.42

Printed in ROMANIA

Cuprins

<i>Mulțumiri</i>	9
<i>Cuvânt înainte</i>	11
Partea I	
Aspecte teoretice	
Criteriile de diagnostic al anorexiei nervoase	15
Diagnostic diferențial și comorbiditate.....	28
Scurt istoric al anorexiei nervoase	33
Epidemiologie	37
Etiologie	40
Factorii biologici și genetici	41
Factorii socioculturali	42
Factorii psihologici.....	48
Modelul biopsihosocial pentru anorexie nervoasă.....	51
Schimbări care semnalează debutul anorexiei nervoase	53
Schimbări fizice	54
Schimbări la nivel cognitiv și emoțional	56
Schimbări în comportament.....	58
Evoluția anorexiei	62
Anorexia nervoasă la copii și adolescenți.....	68
Anorexia nervoasă în copilăria timpurie.....	70
Anorexia nervoasă la bărbați.....	76
Prevenirea apariției anorexiei nervoase	80
Prevenția primară	80
Prevenția secundară	84

Website-urile pro-ana	89
<i>Bibliografie</i>	96

Partea a II-a Evaluare psihologică

Particularitățile evaluării anorexiei nervoase	
la copii și adolescenți	III
Evaluarea multidimensională a anorexiei nervoase.....	117
Evaluarea statusului fizic și nutrițional	120
Evaluarea psihologică și motivațională.....	122
Evaluarea imaginii corporale	131
Evaluarea comportamentelor.....	133
Evaluarea credințelor centrale și a atitudinilor asociate cu anorexia nervoasă.....	134
Evaluarea coexistenței condițiilor medicale și psihiatrice ...	135
Evaluarea familiei	136
<i>Bibliografie</i>	138

Partea a III-a Tratamentul în anorexia nervoasă

Decizii posibile ca urmare a evaluării : internarea în spital sau îngrijirea în ambulatoriu.....	147
Tratarea anorexiei nervoase în spital	148
Spitalizarea parțială pentru anorexie nervoasă	159
Problema deontologică a spitalizării involuntare	163
Tratamentul psihologic în anorexia nervoasă.....	169
Tratamente validate științific în anorexia nervoasă.....	169
Obiectivele tratamentului în abordarea anorexiei nervoase ...	172
Terapia cognitiv-comportamentală în tratamentul anorexiei nervoase	174
Introducere	174
Cercetări empirice	176
Programe de terapie cognitiv-comportamentală	178
Terapia familiei	186
Terapia structural intensivă	186
Modelul Maudsley (MFBT).....	188

Psihoterapia interpersonală	192
Terapia comportamental dialectică.....	195
Psihoterapia psihodinamică	198
Realitatea virtuală în tratarea anorexiei nervoase	200
Realitatea virtuală în tratarea imaginii corporale distorsionate.....	203
Hipnoza clinică în tratarea anorexiei nervoase	207
Caz clinic	216
<i>Bibliografie</i>	220

Numărul cercetărilor privind anorexia la bărbați este extrem de redus, iar majoritatea acestora s-au limitat la studii de caz (Carlat, Carmago & Herzog, 1997).

Faptul că tulburările de comportament alimentar sunt considerate predominant tulburări ale femeilor (McVittie, Cavers & Hepworth, 2005) influențează modul în care sunt percepți bărbații diagnosticăți cu anorexie nervoasă. Astfel, aceștia este mai probabil să fie văzuți ca feminini și ca având o identitate masculină atipică (Hepworth, 1999). De asemenea, tulburările de comportament alimentar sunt în mod comun atribuite bărbaților homosexuali (Herzog, Bradburn & Newman, 1990; Russell & Keel, 2002) și bărbaților care nu au dezvoltat pe deplin sentimentul de identitate masculină (Lakkis, Ricciardelli & Williams, 1999).

Există atât asemănări, cât și deosebiri între anorexia nervoasă la bărbați și anorexia nervoasă la femei. Astfel, la bărbați apare o problemă de diagnostic al anorexiei datorată criteriilor DSM-IV-TR (APA, 2000), care iau în considerare amenoreea la femei, dar fără un criteriu analog pentru bărbați. În locul perturbărilor endocrine identificate la femei, la bărbați se identifică un declin în nivelul producției de testosteron (Carlat *et al.*, 1997), care are ca rezultat diminuarea dorinței și a performanței sexuale. Burge, Lanzi, Skarda și Eaton (1997) au descoperit că o reducere în secreția de gonadotropină la bărbații anorectici poate fi corespondentul amenoreei.

Cercetările au demonstrat că bărbații cu tulburări de comportament alimentar au un profil psihologic analog cu cel al femeilor cu aceste tulburări, cuprinzând atât un sentiment de ineficacitate interpersonală, cât și o inabilitate de a-și controla emoțiile (DeAngelis, 1997). Lista caracteristicilor comune ale anorexiei la bărbați și femei este sintetizată de Crossscope-Happel, Hutchins, Getz și Hayes (2000):

- bărbații anorectici, ca și femeile, trăiesc o mare insatisfacție în legătură cu corpul lor ;
- spre deosebire de femeile anorectice, majoritatea bărbaților au fost supraponderali anterior dezvoltării anorexiei nervoase ;
- pe lângă dietă, exercițiile excesive sunt deseori un precursor al comportamentului anorectic ;
- orientarea și identificarea sexuală pot fi o preocupare pentru bărbații anorectici ;
- retragerea socială sau tendința de a fi singuratic este comună ;
- trăsăturile caracterologice sunt deseori prezente, cele mai proeminente fiind caracteristicile borderline, obsesiv-compulsive, dependente, pasiv-agresive și evitante ;
- dispoziția disforică este comună ;
- producția de testosterone descrește gradual la bărbații anorectici ca rezultat al inanției ;
- pierderea apetitului sexual este experiențiată și diminuază funcția sexuală ;
- ca și femeile, bărbații anorectici deseori sunt perfecționisti, cu stimă de sine scăzută, trăind viață la extrem în timp ce se angajează în gândire de tipul totul sau nimic.

Diferențele dintre femeile și bărbații cu tulburări de comportament alimentar au fost surprinse de Anderson (1992).

Astfel, prima diferență implică motivele pentru a ține dieta. Femeile țin dietă pentru că se simt grase, în timp ce bărbații fac acest lucru deoarece au fost supraponderali la un moment dat în viață. În al doilea rând, bărbații, mai des decât femeile, țin dietă pentru a atinge anumite obiective în sport sau pentru a evita anumite leziuni în sporturi care sunt

relaționate cu luarea în greutate. De altfel, Halperin (1996) susține că, spre deosebire de fete, băieții își formează imaginea propriului corp prin participarea la activități sportive. Tot prin sport, bărbății cu tulburări de comportament alimentar compensează perturbările imaginii corporale din dorința de a atinge standardele de atractivitate ale societății și tipul ideal de corp masculin (Goldfield, Harper & Blouin, 1998).

În studiul lor privind imaginea corpului și tulburările de comportament alimentar, Kearney-Cooke și Steichen-Asch (1990) au descoperit că de la naștere băieții devin indoctrinați cu ceea ce înseamnă a fi bărbat. Independența, competitivitatea, preocuparea privind cariera, agresivitatea, puterea fizică și curajul sunt comportamente, atitudini considerate a fi specifice unui bărbat (Crossscope-Happel, Hutchins, Getz & Hayes, 2000). Nerealizarea unor astfel de obiective conduce la izolare emoțională ce are drept consecință comportamentul problematic (Kearney-Cooke & Steichen-Asch, 1990).

În al treilea rând, există un număr mare de bărbăți care țin dietă pentru a evita potențialele probleme medicale.

Crisp *et al.* (2006) au susținut existența unor predictori diferenți între sexe ai prognosticului anorexiei. Astfel, la bărbăți absența activității sexuale premorbide prezice tulburarea, în timp ce în cazul femeilor cele abstinente sexual au evoluat mai bine pe termen lung.

Bărbății consideră că ținând dietă vor deține controlul și făcând exerciții se vor simți masculini, ceea ce va conduce la un respect mai mare din partea celorlalți (Anderson, 1992).

Prevenirea apariției anorexiei nervoase

În România nu există programe de prevenție care să demonstreze luarea unei atitudini față de tulburările de comportament alimentar. În alte țări însă, pornind de la asumția că este mai ușor să previi decât să tratezi, s-au aplicat numeroase strategii de prevenție primară și secundară.

Prevenția primară

Strategiile de prevenție primară optimă sunt cele direcționate spre reducerea factorilor de risc în grupurile cu risc crescut (Noordenbos, 2007a). Factorii de risc crescut cei mai importanți sunt stima de sine scăzută, imaginea negativă a propriului corp, internalizarea idealului de a fi slab, teama de a fi gras și dieta extremă (Jacobi *et al.*, 2004).

Factorii de protecție includ stima de sine crescută, autoeficiența crescută, optimismul, creativitatea, spiritualitatea, o rețea suportivă a familiei, modelele cu rol pozitiv, participarea la activitățile extracurriculare, abilități de rezolvare de probleme și participarea la sporturile non-elitiste. Strategiile de prevenție variază dependent de ținta audienței și scopul programului (Lucas, 2004).

Strategiile de prevenție aplicate au fost: programe de prevenție pentru elevi și pentru părinți (psihoeducația), intervenții pentru îmbunătățirea imaginii și stimei de sine, intervenția în contracararea culturii corpului gracil prin programele de instruire media.

Programele educaționale preventive au vizat grupele de vârstă considerate cu risc crescut pentru dezvoltarea unei tulburări de comportament alimentar, precum și factorii de risc culturali, sociali și psihologici. Astfel, programele educaționale au vizat elevii de gimnaziu și de liceu, atitudinea negativă față de greutatea ridicată, stima de sine scăzută și imaginea negativă a corpului (Noordenbos, 2007a). S-au centrat pe cultul corpului gracil, pe pubertate și schimbările care au loc în corp în această perioadă. Numărul de ședințe a variat între una și opt. Aceste programe nu au vizat numai elevii, ci și profesorii au fost instruiți în legătură cu modul în care să discute despre tulburările de alimentație cu elevii suspectați că ar fi în mare risc (Noordenbos, 2007a). Prin aceste programe se intenționa promovarea unei discuții între elevi privind dieta, pornind de la materiale video despre cultura slăbirii și dietă. Se furnizau informații despre caracteristicile anorexiei și bulimiei nervoase și consecințele acestora, precum și despre metodele de tratament. Evaluarea eficienței a indicat că aceste programe preventive sporesc cunoștințele, fără să se observe însă schimbări în comportament (Stice & Shaw, 2004). S-a constatat că programele de prevenție au fost mai eficiente când nu erau descrise ca programe de prevenție a tulburărilor de comportament alimentar *per se*.

Concluzia este că în cazul anorexiei încercările educaționale de prevenire pot de fapt să sporească ocurența anorexiei

nervoase prin atragerea atenției tinerilor spre concentrarea excesivă asupra dietei, asupra nutriției și a conștientizării corpului (Lucas, 2004). Cei care sunt deja vulnerabili la dezvoltarea anorexie nervoasă pot totuși să ignore informația sau să se simtă încurajați cu privire la preoccupările nesănătoase (Lucas, 2004).

Există puține programe de prevenție primară care să implice părinții, deși discutăm de factori de risc parental, precum exprimarea negativă a emoțiilor, dieta sau criticismul privind forma corpului copiilor lor (Jacobi *et al.*, 2004). Unul dintre puținele programe în care părinții au avut un rol central a fost „Mănâncă intelligent, mănâncă pentru mine”, dezvoltat de Smolak (1999). În acest program, părinții au primit scrisori de informare privind obiectivele proiectului de prevenție. Copiii au primit sarcini de realizat împreună cu părinții și au comunicat despre mâncare. Nu se știe însă dacă implicarea părinților a contribuit la eficiența programului (Graber *et al.*, 1999). Comunicarea părinte-adolescent despre atitudinea și comportamentele față de mâncare se pare că a fost îmbunătățită prin participarea activă a părinților. De exemplu, programele de prevenire a obezității au arătat că au avut efecte pozitive nu doar pentru fiice, ci și pentru mame (Fitzgibbon *et al.*, 1995).

Alte strategii de prevenție au vizat idealizarea corpului gracil care, promovată prin mass-media, poate predispune la tulburări de comportament alimentar, în special la femeile cu o stimă de sine scăzută și o imagine a corpului negativă (Noordenbos, 2007a). În acest sens, activiștii media au protestat față de idealurile nesănătoase portretizate în reclame și au pledat pentru utilizarea unor modele cu proporții mai sănătoase ale corpului (Levine *et al.*, 1999). Încă din 1997,