



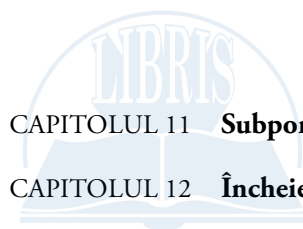
## INTRODUCERE

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”): 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 tratamentului</b>	125
CAPITOLUL 8	<b>Preocupări privind silueta, verificarea siluetei, senzația de a fi gras și tipare mentale</b>	134
CAPITOLUL 9	<b>Restrângerea consumului alimentar, reguli de regim 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

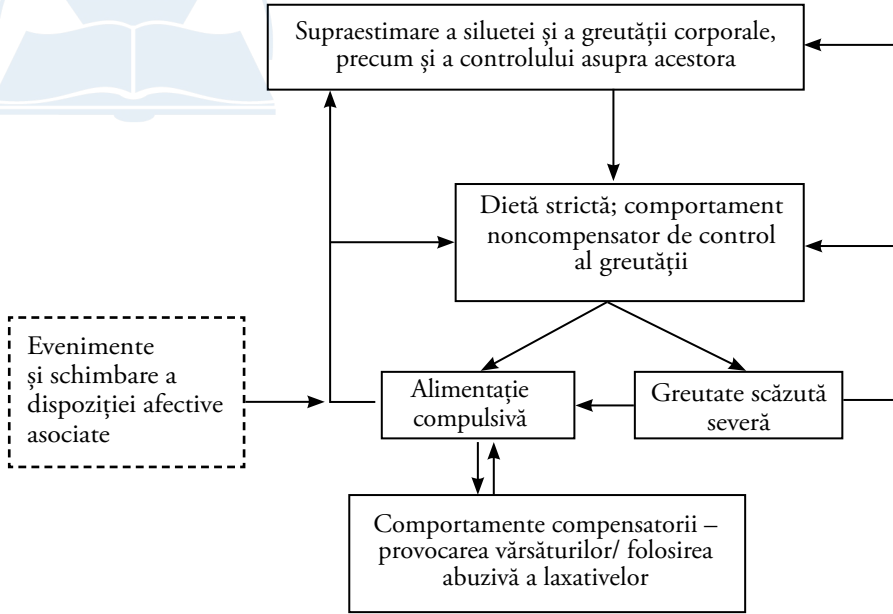


FIGURA 5.1. Formularea transdiagnostică combinată

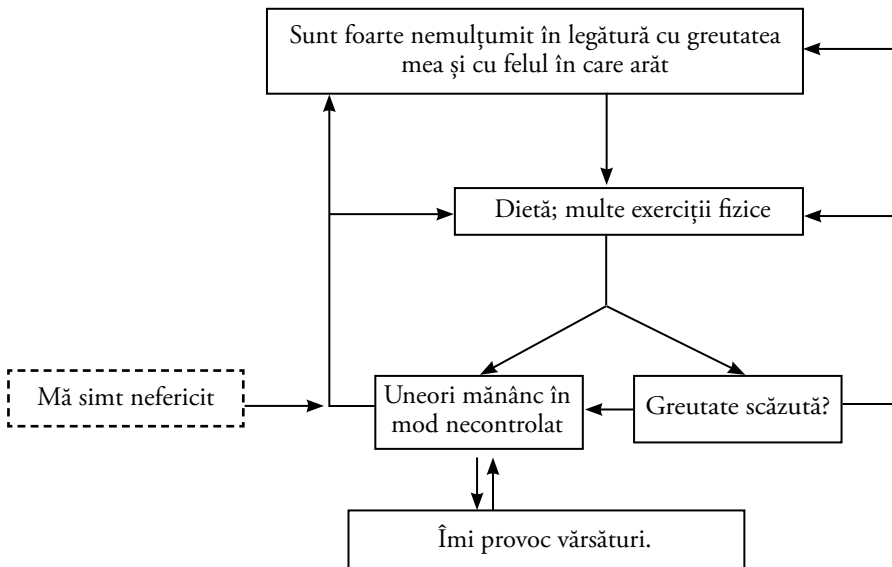


FIGURA 5.2 Formularea unui caz de tulburare de comportament alimentar FAS (folosind cuvintele pacientului)

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G.Fairburn. Copyright 2008 al Guilford Press. Figurile acestea sunt disponibile online la [www.psych.ox.ac.uk/credo/cbt\\_and\\_eating\\_disorders](http://www.psych.ox.ac.uk/credo/cbt_and_eating_disorders).

## 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”. Iați 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 observăți 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, reincepeți 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.

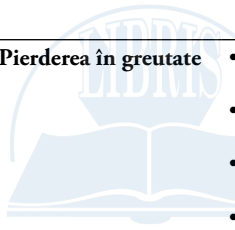
Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press.

**TABELUL 12.1. Model de „Plan pentru menținerea progresului pe termen scurt”  
(a se folosi în formă personalizată, adaptată fiecărui pacient)**

<b>Probleme vizate</b>	<b>Modul de abordare</b>
<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 îmbrăcămintei, 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 propriul corp (de exemplu, purtând haine diferite, mergând la masaj).</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 infometare, 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>Recâștigarea 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 recâștigarea în greutate pe termen lung. Nu uitați, aveți nevoie de un surplus de 500 de calorii zilnic pentru a recâștiga în medie 0,5 kg într-o săptămână.</li> </ul>

---

### Pierderea în greutate



- Încercarea de a slăbi este riscantă pentru persoanele care suferă de o tulburare de comportament alimentar.
- Obiectivul de a pierde în greutate este adecvat doar în cazul în care supraponderea reprezintă o problemă medicală.
- Amintiți-vă să nu încercați să pierdeți în greutate în următoarele 20 de săptămâni.
- Evitați regulile de conduită alimentară rigide și extreme.
- 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).
- Stabiliți unui obiectiv realist în privința greutății, pe care îl puteți atinge fără a urma un regim strict.
- Nu uitați că este nerealist și nesănătos să pierzi în greutate mai mult de 0,5 kg pe săptămână.

### Greșeli și derapaje minore

- Greșelile și derapajele minore sunt explicabile și de așteptat.
- 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).
- Dacă nu reușiți să vă redresați, luați legătura cu \_\_\_\_\_.
- Este deosebit de grav dacă ajungeți subponderal. Dacă indicele de masă corporală este sub 18,5 (\_\_\_\_ kg) la două citiri consecutive ale greutății, contactați \_\_\_\_\_.

### Altele

---

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press.

## 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 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>.

## TABELUL 5.2. Instrucțiuni pentru automonitorizare

### Instrucțiuni pentru automonitorizare

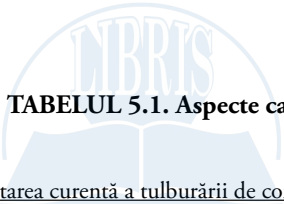
În timpul tratamentului, este important să notați *tot* ceea ce mâncați sau beți și ceea ce se petrece în momentul respectiv. Noi numim aceasta „automonitorizare”. Prin aceasta se realizează două obiective: întâi, se obține o imagine detaliată a alimentației, evidențiind pentru dumneavoastră și pentru 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.



## 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 kaloriilor, limitarea kaloriilor, 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
- Înălțuirea 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, accidentele, 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

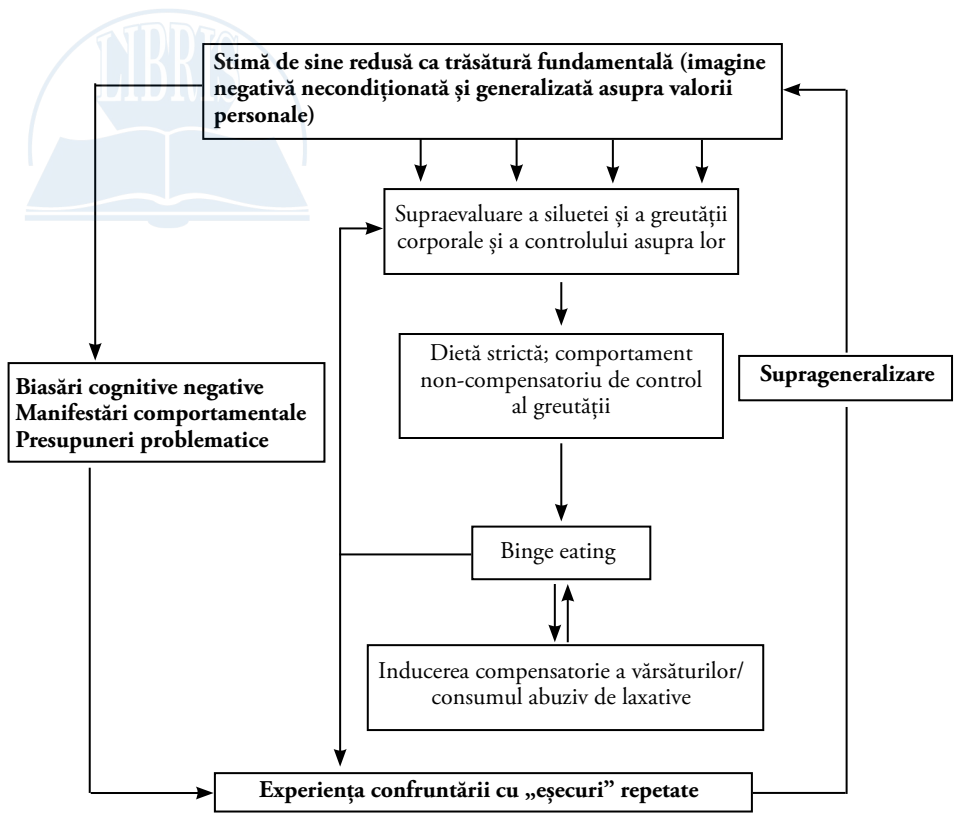
- Sănătatea fizică în prezent (inclusiv ciclul menstrual)
- Istoricul medical general (inclusiv relația dintre pubertate și apariția tulburării de comportament alimentar)
- Medicația curentă (inclusiv pastilele contraceptive)

#### 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

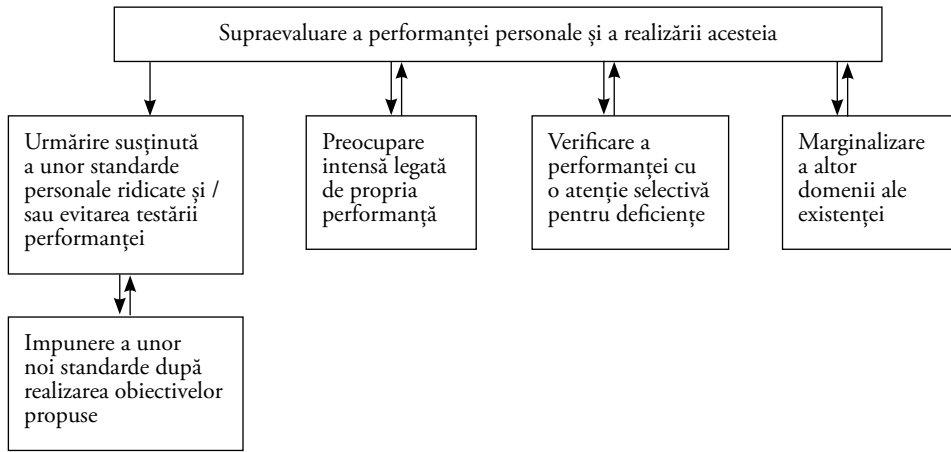
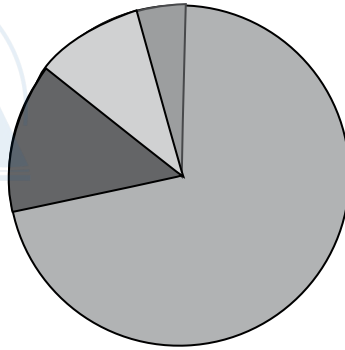
#### Alte observații?

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



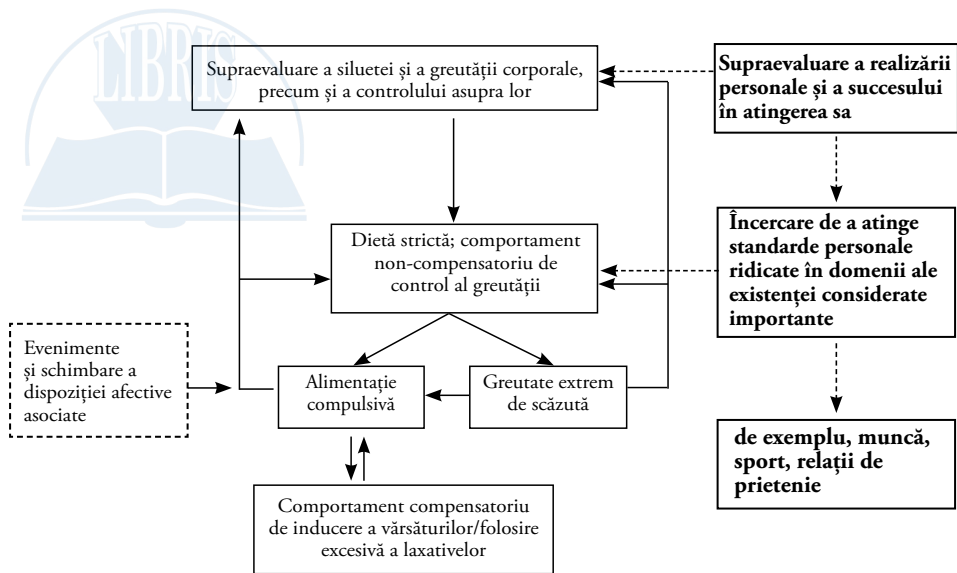
**FIGURA 13.3.** Formularea pentru bulimia nervoasă, completată cu stima de sine redusă ca trăsătură fundamentală

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press.



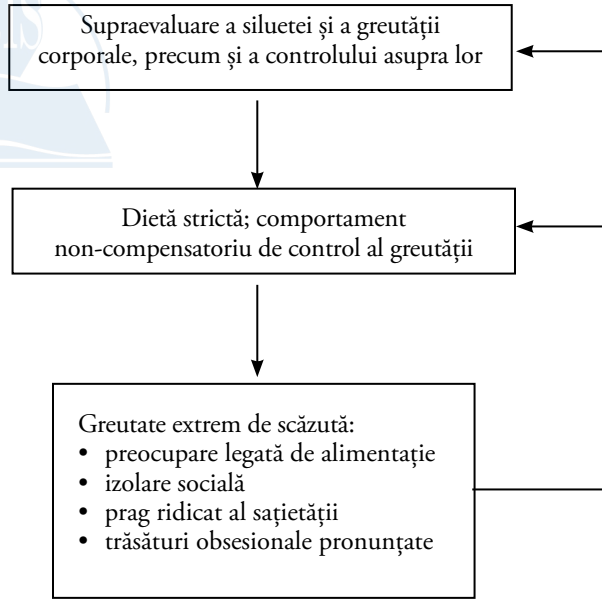
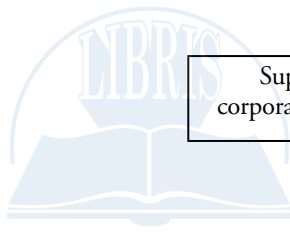
**FIGURA 13.2.** Supraevaluarea performanței personale și a realizării acesteia: o „formulare extinsă”.

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press.

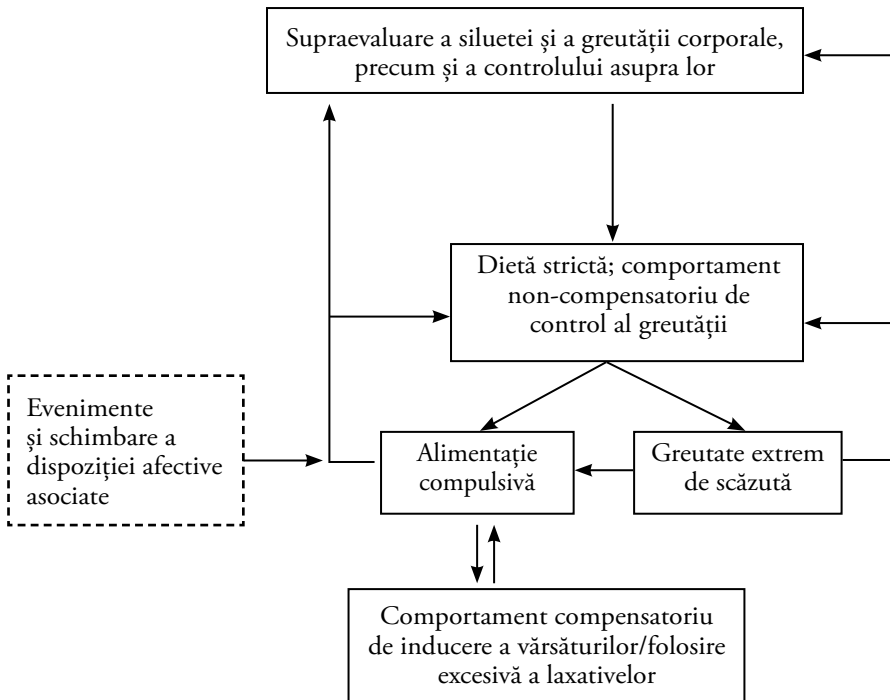


**FIGURA 13.1.** Formularea transdiagnostică cuprinzând perfecționismul clinic  
 Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press.



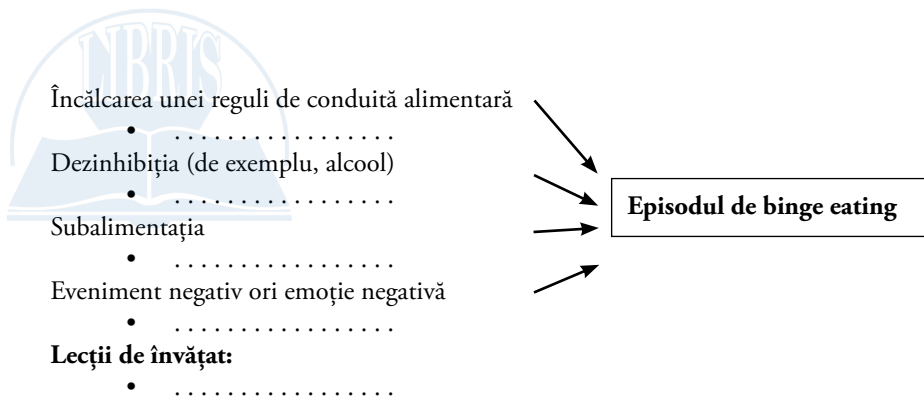


**FIGURA 11.1.** Formularea pentru anorexia nervoasă „restrictivă”



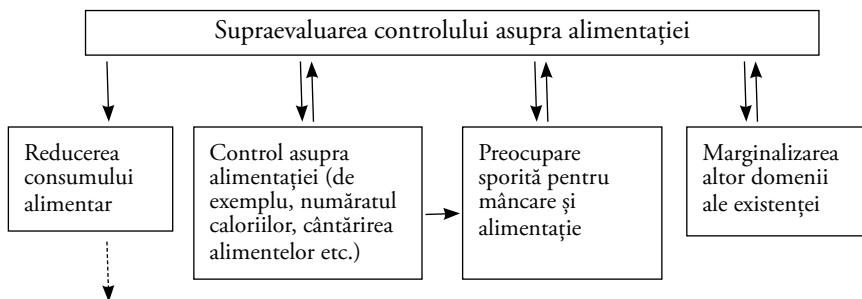
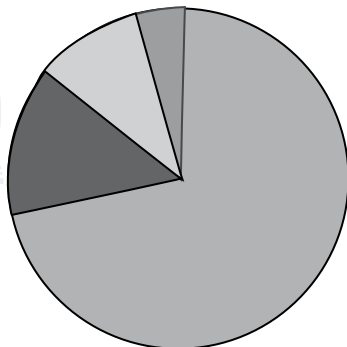
**FIGURA 11.2.** Formularea pentru anorexia nervoasă cu alimentație compulsivă/purgații

Din *Terapia cognitivă și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press.



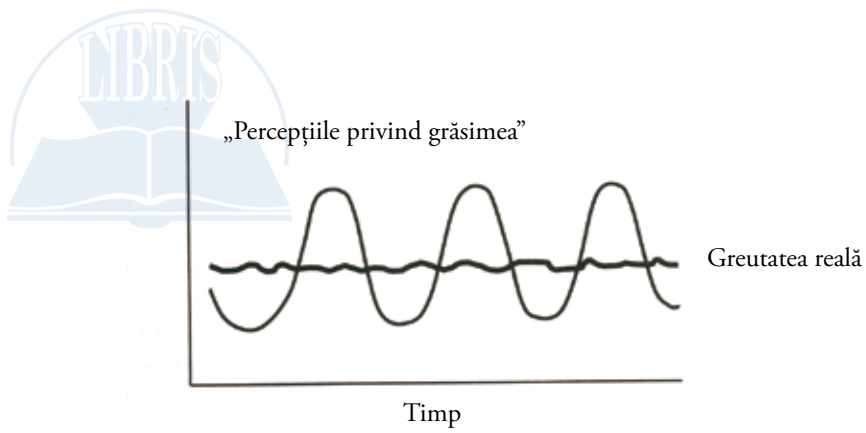
**FIGURA 10.2.** Analiza episodului de binge eating

Din Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press.

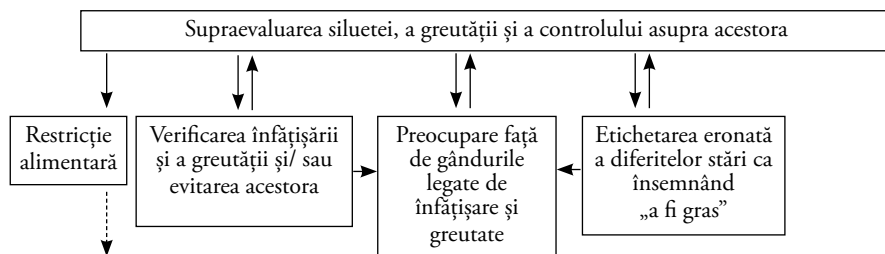
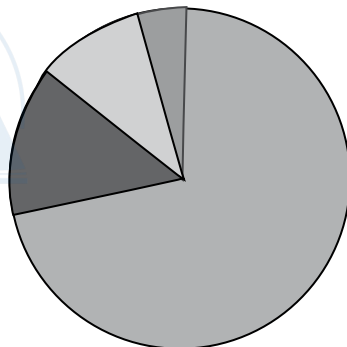


**FIGURA 9.3.** Supraevaluarea controlului asupra alimentației: o „formulare extinsă”

Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press.



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

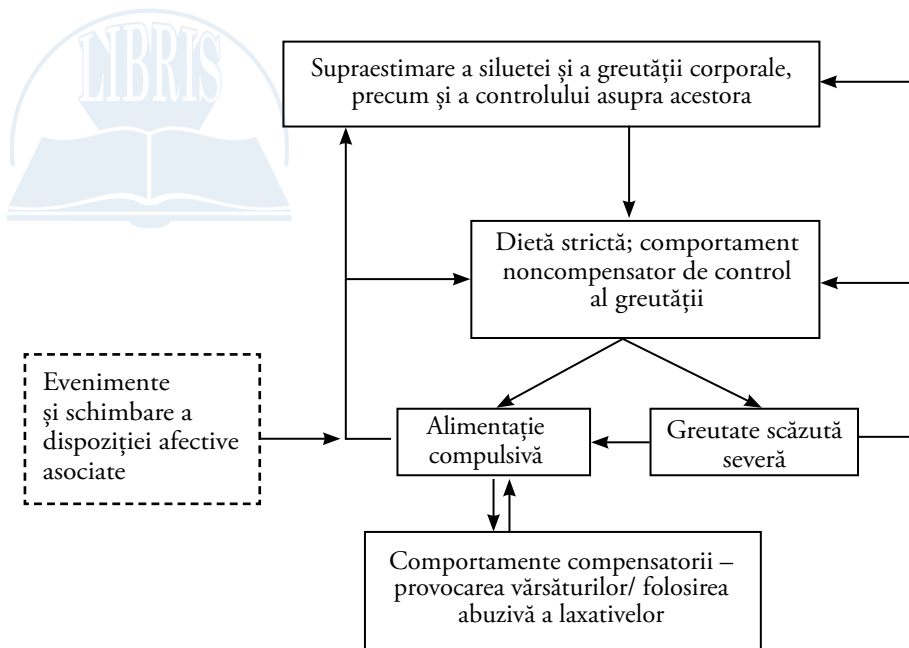
Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008, The Guilford Press.

Ziua . . . . .

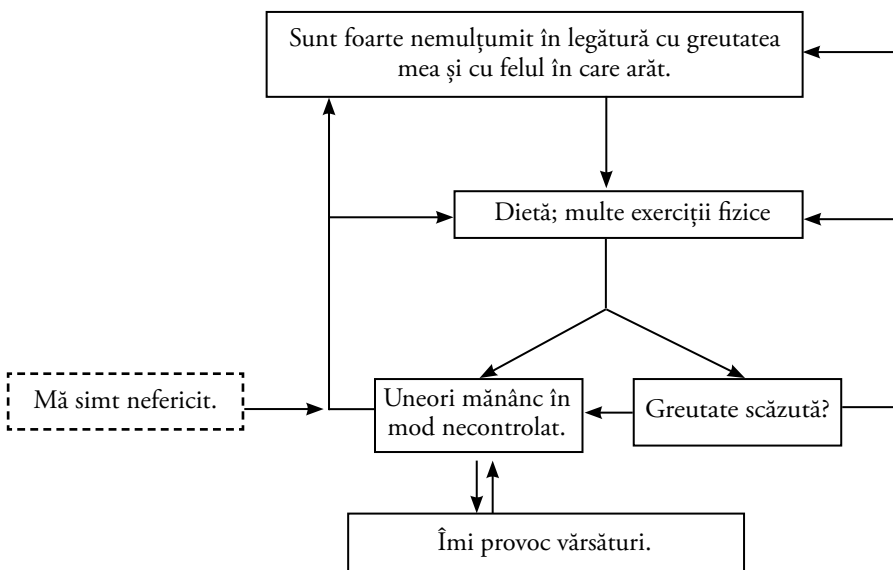
Data . . . . .

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 Cafea neagră	Cafenea			Trebuie să fiu cuminte și să nu mănânc necontrolat azi!
11:45	Sandviș cu curcan afumat Maioneză dietetică Cola dietetică	Bufet			Prânzul obișnuit
18:40 la	O felie de plăcintă cu mere 1,5 kg de înghețată	Bucătărie	*		Ajutor - nu mă pot opri din mâncat. Mi-am pierdut complet controlul. Mă urâsc.
19:30	4 felii de pâine prăjită cu unt de arahide		*	V	
	Cola dietetică		*		
	Covrig cu stafide		*		
	2 felii de pâine prăjită cu unt de arahide		*		
	Cola dietetică		*		
	Unt de arahide din borcan		*		
	Covrig cu stafide		*		
	Baton „Snickers”			V	Sunt dezgustătoare. De ce fac acest lucru? Am început să mănânc imediat după ce am intrat. Am mai stricat o zi.
	Cola dietetică mare				
9:30	Prăjitură din orez cu brânză degrasată Cola dietetică	Bucătărie			Sunt foarte singură. Mă simt grasă și urâtă. Simt că renunț.

**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.

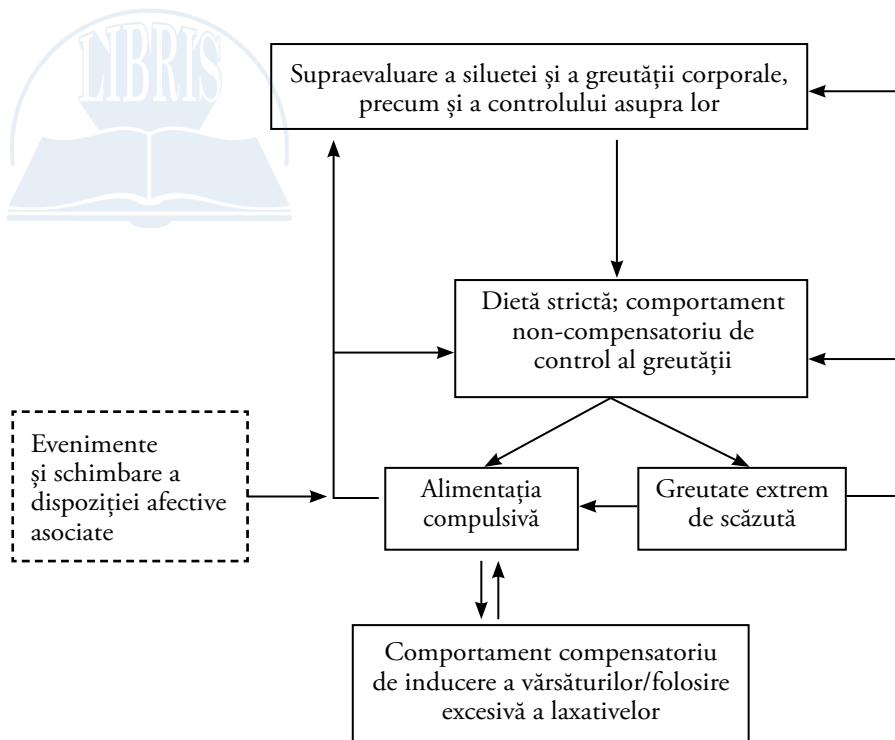


**FIGURA 5.1.** Formularea transdiagnostică combinată



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

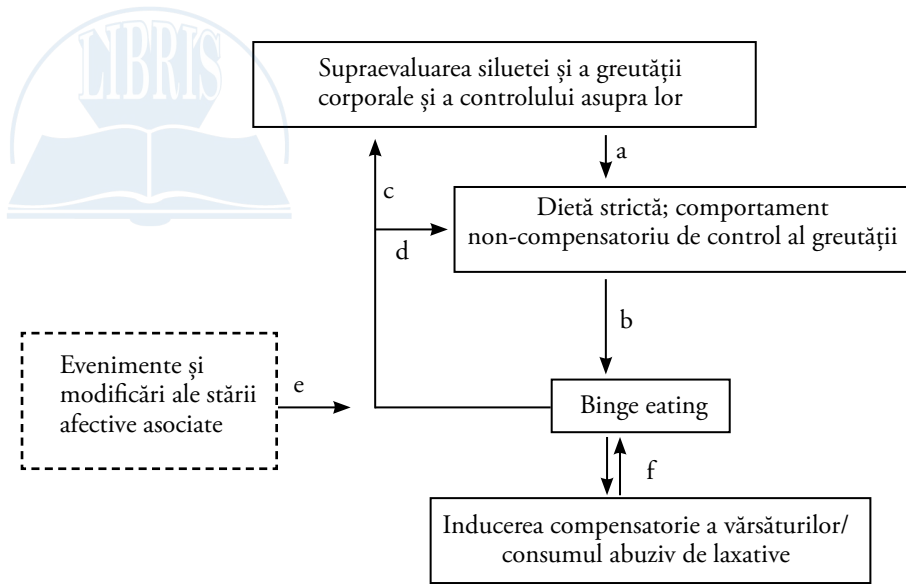
Din *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar* de Christopher G. Fairburn. Copyright 2008 al Guilford Press.



**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 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.