

În cadrul acestui model teoretic este evidențiată importanța gândurilor automate, a credințelor referitoare la importanța greutateii și formei și a prejudecăților în prelucrarea informațiilor. Persoanele care suferă de această tulburare au tendința de a interpreta realitatea din jurul lor și situațiile cu care se confruntă în termeni de greutate și formă. Preocupările extreme în această privință conduc la stabilirea unor diete stricte, caracterizate prin reguli rigide (de exemplu, „Trebuie să mănânc mai puțin de 1.000 de calorii” ; „Nu trebuie să mănânc deloc ciocolată”). Asemenea reguli, uneori imposibil de respectat, fac ca dieta să fie ușor de perturbat, în special în contextul unei stări afective negative.

Abaterile minore inevitabile de la aceste reguli autoimpuse sunt considerate catastrofale, veritabile dovezi de slăbiciune. Sub impulsul unei stări afective negative generate de aceste evaluări, anumiți pacienți abandonează temporar tot controlul asupra comportamentului lor alimentar, făcând posibilă apariția episoadelor de mâncat excesiv și recurent.

Atitudinile disfuncționale cu privire la comportamentul alimentar sunt implicite și se bazează pe reguli nenominalizate, prin care pacienții atribuie sens și valoare experiențelor lor. Credințele și valorile reflectă funcționarea anumitor stiluri disfuncționale de raționament sau tulburări în ceea ce privește procesarea informațiilor. Printre ele se numără gândirea dihotomică, suprageneralizarea și erorile de atribuire, de exemplu, credința că alimentele pot fi pur și simplu clasificate ca fiind surse de „îngrășare” sau „nonîngrășare”. Modul de gândire dihotomică împreună cu efectele fiziologice și psihologice ale reținerii alimentare conduc la episoade incontrolabile de mâncat excesiv. O astfel de poftă de mâncare tinde să ofere confort emoțional pe termen scurt, dar, de asemenea, activează și consolidează preocupările legate de formă și greutate. Persoana încearcă să amelioreze impactul episodului de mâncat excesiv prin purgare, de obicei prin inducerea vărsăturilor.

Modelul lui Fairburn pentru menținerea simptomelor BN a primit suport empiric de-a lungul timpului. Fairburn, Cooper și Shafran (2003) au examinat acest model într-un studiu longitudinal realizat pe parcursul a cinci ani. Supraevaluarea formei și greutateii,

un istoric de obezitate din copilărie, adaptare socială deficitară și durată perturbărilor alimentare au reprezentat predicatori semnificativi ai simptomelor persistente ale BN. De asemenea, în conformitate cu modelul, mâncatul excesiv persistent a prezis apariția episoadelor de vărsături, iar aceste episoade au prezis, la rândul lor, pofta de mâncare persistentă. A fost luată în considerare și posibilitatea ca factorii biologici să perpetueze acest ciclu, deși ipoteza nu a fost testată empiric. De asemenea, ideea conform căreia persoanele cu BN consideră că a fi gras este ceva neplăcut, în timp ce a fi slab este ceva pozitiv a primit suport științific (Mai *et al.*, 2015).

Modelul lui Wilson

Wilson (1989) a propus un model pentru BN care include teama și factorii sociali, dar și stările de dispoziție psihopatologice (de exemplu, depresia), imaginea corporală distorsionată și distorsiunile cognitive.

În acest model, mâncatul excesiv funcționează ca o evadare de la conștientizare. Astfel, comportamentul specific persoanelor cu BN reprezintă un mijloc de reducere a gradului de conștientizare a cognițiilor disfuncționale referitoare la comportamentul alimentar. Modelul a fost dezvoltat prin propunerea unui cadru multinivelar de prelucrare, care indică faptul că problemele cauzate de abandon și neglijare joacă un rol esențial în activarea schemelor alimentare.

Conform modelului lui Wilson, următorii factori justifică apariția și menținerea în timp a simptomelor BN: (1) percepțiile despre greutate, formă, produse alimentare și modul de gândire disfuncțională; (2) frica de creștere în greutate și de a se îngrășa; (3) mâncatul excesiv urmat de perioade de restricții alimentare, facilitare de starea afectivă negativă, furie sau stres; (4) purgarea prin vărsături, abuz de laxative sau perioade de negare excesivă a alimentelor; (5) efectele psihologice postpurgare, care implică atât epuizare fizică și psihică, cât și îngrijorare cu privire la consecințele psihologice și fizice. Sub impulsul îngrijorării, persoana promite că nu va mai face excese alimentare („promisiune de purificare”), iar apoi sporește regulile de dietă. Acest model este o paralelă a modelului restricției alimentare, care a subliniat locul central al

perioadelor de limitări alimentare, urmate de o încălcare a regulilor referitoare la dietă.

Modelul lui Cooper

Cooper (2003) a propus o teorie cognitivă folosind date ale cercetărilor cu privire la BN și evoluțiile recente ale teoriei cognitive generale. Astfel, el oferă un cadru teoretic detaliat, incluzând cogniții, comportamente, emoții.

Modelul său oferă o explicație atât pentru menținerea, cât și pentru dezvoltarea BN. Se pornește de la ideea că anumite credințe centrale („Nu sunt bun”) și intermediare sau declarații condiționate de tipul dacă-atunci (de exemplu, „Dacă mă îngraș înseamnă că am un eșec”) stau la baza dezvoltării diferitelor tulburări. Credințele intermediare permit persoanei să facă ceva pentru a-și îmbunătăți situația, în timp ce credințele centrale nu fac posibil acest lucru. Credințele intermediare fac trecerea la credințele centrale, oferind o punte de legătură între ele și gândurile automate. Evoluțiile recente ale teoriei cognitive au identificat patru tipuri de credințe centrale – despre sine, lume, alții și despre viitor. Din punct de vedere clinic, credințele despre sine sunt de obicei mult mai evidente și mai importante în dezvoltarea și menținerea BN.

- *Procese care stau la baza dezvoltării bulimiei nervoase*

Conform modelului, experiențele timpurii neplăcute sau traumatice determină formarea unor credințe centrale, în special a unor credințe negative cu privire la sine. Experiența timpurie este importantă în dezvoltarea lor. Cu toate acestea, nu a fost acordată o mare atenție originilor lor în modelele cognitive. Experiența clinică referitoare la cazurile de persoane care prezintă BN sugerează faptul că credințele intermediare sunt de obicei formate la începutul adolescenței sau chiar mai înainte. Asemenea credințelor centrale, ele apar ca rezultat al experiențelor timpurii, trăite de multe ori în mediul familial sau în cadrul relațiilor cu colegii. La persoanele care prezintă BN, astfel de experiențe se concentrează de multe ori în jurul problemelor legate de greutate și formă. Despre influența negativă majoră a familiei și a grupului de egali am discutat deja într-o secțiune anterioară.

Experiențele timpurii care conduc la dezvoltarea acestor credințe pot fi extreme, precum abuzul sexual, fizic ori emoțional, sau implică neglijarea și indiferența. Astfel de experiențe influențează puternic formarea imaginii și a stimei de sine. Pentru a face față unor credințe centrale negative despre sine, se dezvoltă anumite strategii compensatorii, care implică de obicei două tipuri de credințe : dieta va asigura unei persoane acceptarea din partea celorlalți, pe de o parte, și acceptarea de sine, pe de altă parte (de exemplu, „Dacă voi pierde în greutate, acest lucru înseamnă că voi fi apreciat mai mult”). În cele mai multe cazuri se dezvoltă și anumite credințe omoloage negative cu privire la aceste scheme (de exemplu, „Dacă voi câștiga în greutate, cei din jur nu mă vor respecta”).

Se pot dezvolta de asemenea credințe centrale care reprezintă o punte de legătură între comportamentul alimentar și credințele centrale negative despre propria persoană (de exemplu, „Dacă nu mănânc înseamnă că sunt mai valoros”). Aceste tipuri de credințe centrale reprezintă de obicei concluziile la care unii oameni au ajuns ca urmare a experiențelor trăite în decursul dezvoltării. Ele ar putea fi învățate în context familial, de la colegi sau din mass-media.

• *Procesele care stau la baza menținerii bulimiei nervoase*

Un eveniment sau o experiență specifică va întreține dezvoltarea tulburării. Astfel de experiențe pot fi relevante pentru greutatea unei persoane, forma ei sau felul în care mănâncă, dar pot fi și evenimente fără legătură cu comportamentul alimentar. Este suficient să determine formarea unei credințe negative despre sine (de exemplu, „Nu sunt bun”), care declanșează gânduri automate negative, precum și emoții asociate (de exemplu, anxietate, vinovăție).

Sunt activate două seturi disonante de credințe cu privire la consecințele consumului de alimente, atât cu valență pozitivă, cât și negativă. Credințele pozitive se formează în jurul ideii că mâncatul va ajuta o persoană să facă față gândurilor negative. În același timp, persoana în cauză prezintă credințe despre consecințele negative ale mănăcării, cum ar fi „Mă voi îngrășa” sau „Voi câștiga în greutate”. Disonanța dintre cele două seturi de credințe determină apariția unui sentiment de amenințare și pericol, care este diminuat

prin gânduri permissive (de exemplu, „Voi mânca o singură prăjitură”). Pentru a reduce stresul cognitiv și emoțional, apare acțiunea de a mânca. În momentul în care un gând pozitiv (de exemplu, „Voi lua în greutate”) începe să predomină, acțiunea de a mânca încetează, apar vărsăturile, iar cercul vicios se încheie (Cooper, 2003).

Compensarea și evitarea sunt deosebit de importante în menținerea simptomelor BN. Compensarea implică un mod de a face față credințelor de bază, de exemplu, „Dacă aș pierde în greutate, voi avea mai mult succes”. Acestea sunt expresii de credințe intermediare formulate pozitiv. Emoțiile au un rol specific în ciclul de întreținere a tulburării, deoarece însoțesc credințele centrale. Evitarea presupune o modalitate de a limita conștientizarea credințelor și a emoțiilor asociate, specifice anxietății, depresiei și disperării. Dorința de reducere a suferinței emoționale poate declanșa mâncatul excesiv (Cooper, 2003).

În concluzie, Cooper și colegii săi au identificat diferite tipuri de cogniții implicate în ciclul de întreținere a tulburării, precum gânduri pozitive și negative despre consumul de alimente, gânduri cu privire la absența controlului și gânduri permissive. Studiile empirice susțin modelul, arătând că evaluările negative cu privire la propria persoană se asociază cu emoțiile negative. Mai departe, aceste emoții se asociază cu credințe pozitive și negative referitoare la comportamentul alimentar, iar mâncatul excesiv, cu alte credințe negative referitoare la propria persoană. Totuși, rolul gândurilor permise a fost pus la îndoială, iar studiile nu au susținut existența unei legături directe între comportamentul compensator și credințele negative cu privire la propria persoană (Bergin & Wade, 2012).

Modelul sistemic de familie

Teoria sistemelor familiale s-a dezvoltat pornind de la două școli principale de gândire, reprezentate de abordarea strategică și abordarea structurală. Deși ele subliniază diferite aspecte ale sistemului familial și recomandă abordări diferite pentru terapia de familie, au o serie de principii centrale comune. În conformitate cu o abordare

sistemică de familie a tulburărilor de alimentație, familia reprezintă un sistem social complex, care nu reprezintă cauza tulburărilor de alimentație, ci mai degrabă contextul în cadrul căruia tulburarea de alimentație este dezvoltată. Se consideră că ea nu doar se dezvoltă în contextul unui anumit set de relații de familie, ci devine parte a acelor relații. În continuare vom prezenta pe scurt principiile care stau la baza menținerii tulburării, conform acestei perspective teoretice (cf. Ogden, 2010) :

- a) *Simptomele ca acte de comunicare.* Conform teoriei sistemelor, simptomele BN sau ale altor tulburări de alimentație apar în cadrul relațiilor de cuplu sau de familie și sunt considerate acte de comunicare nonverbală între membrii sistemului. Mai exact, simptomele atrag atenția asupra faptului că ceva nu funcționează bine și reprezintă încercări de a schimba situațiile dificile existente. Astfel, un simptom apare atunci când o persoană se află într-o situație dificilă (din care încearcă să iasă).
- b) *Familia homeostatică.* Cel de-al doilea principiu de bază este cel al homeostaziei și indică importanța echilibrului în cadrul sistemului familial. În acest context, simptomele exprimate de membrii sistemului sunt considerate mecanisme de restabilire și menținere a echilibrului.
- c) *Legăturile interpersonale.* O abordare sistemică de familie subliniază de asemenea importanța legăturilor dintre indivizi în cadrul familiei, care sunt descrise în termeni de proximitate și distanță. Legăturile delimitează terenul fiecărui membru în cadrul activităților familiale, precum și responsabilitățile fiecăruia. Manifestările disfuncționale apar atunci când legăturile sunt perturbate. Printre aceste manifestări se pot număra și tulburările de alimentație.
- d) *Evitarea conflictelor.* Un rol important al familiei este cel de evitare sau aplanare a conflictelor, atunci când acestea se produc. Unele familii evită conflictele, însă nu întotdeauna într-un mod eficient. Simptomele specifice BN pot apărea ca un mijloc de a distra atenția de la orice conflict în curs de desfășurare.