

ASOCIAȚIA PSIHOLOGILOR DIN ROMÂNIA

Ghid de evaluare și intervenție psihologică pentru tulburările de comportament alimentar

25 iulie 2023

Elaborat de (în ordine alfabetică):

Cezar GIOSAN (coord.)

Maria GEMESCU

Cătălina-Maria POPOVICIU

Conținutul acestui document este proprietatea [Asociației Psihologilor din România \(APR\)](#)

© 2023. Cererile privind acest document ar trebui adresate către: contact@apsi.ro.

Adoptat formal

Acest document a fost adoptat formal de Consiliul Asociației Psihologilor din România pe data de 25 iulie 2023.

Referința corectă către acest document:

Giosan, C., Gemescu, M., & Popoviciu, C. (2023). *Ghid de evaluare și intervenție psihologică pentru tulburările de comportament alimentar*. București: APR.

MULȚUMIRI

Acest document a fost pregătit pentru Asociația Psihologilor din România pe parcursul a mai mult de un an, de o echipă coordonată de Cezar GIOSAN, căruia îi mulțumim în mod formal și pe această cale.

Mulțumiri se cuvin și echipei care a contribuit, anume Maria GEMESCU, Cătălina-Maria POPOVICIU.

CUPRINS

INTRODUCERE ȘI ADRESABILITATE	6
Scopul și adresabilitatea ghidului	6
Utilizarea ghidului	6
Motivația elaborării ghidului	6
ETIOPATOGENEZA TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT ALIMENTAR.....	8
Factorii de risc pentru tulburările de comportament alimentar la copii și adolescenți	8
Factorii de risc pentru tulburările de comportament alimentar la adulți.....	9
EVOLUȚIA TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT ALIMENTAR	9
Factorii de prognostic pozitiv pentru tulburările de comportament alimentar	9
Factorii de prognostic negativ pentru tulburările de comportament alimentar.....	10
RECOMANDĂRI PENTRU SCREENING-UL, PSIHODIAGNOZA ȘI INTERVENȚIA ÎN CAZUL TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT ALIMENTAR.....	11
1. Recomandări pentru screeningul tulburărilor de comportament alimentar	11
2. Recomandări pentru psihodiagnoza tulburărilor de comportament alimentar.....	11
3. Recomandări pentru intervenția în cazul tulburărilor de comportament alimentar	13
3.1 Intervenția psihologică pentru tulburările de comportament alimentar la pacienții de orice vârstă.....	13
3.2. Intervenția psihologică pentru tulburările de comportament alimentar la copii și adolescenți.....	14
3.3. Intervenția psihologică pentru tulburările de comportament alimentar la adulți.....	14
CONCLUZIE	16
ANEXA 1. Instrumente de screening și psihodiagnostic.....	17
ANEXA 2. Tratamentul centrat pe familie.....	19
ANEXA 3. Psihoterapia cognitiv-comportamentală individuală transdiagnostică	20
Bibliografie	22

INTRODUCERE ȘI ADRESABILITATE

Scopul și adresabilitatea ghidului

Principalul scop al acestui ghid este să le ofere practicienilor din domeniul sănătății mintale informații și recomandări bazate pe dovezi științifice, referitoare la aspecte teoretice sau practice importante ale tulburărilor de comportament alimentar: atât etiopatogeneza și evoluția tulburărilor de comportament alimentar, cât și screening-ul, psihodiagnoza, și intervenția psihologică pentru tulburările de comportament alimentar. Un alt scop al ghidului este să promoveze și faciliteze deciziile clinice bazate pe dovezi științifice în rândul practicienilor din domeniul sănătății mintale.

Ghidul se adresează psihologilor implicați direct în înțelegerea, identificarea, evaluarea, și tratamentul tulburărilor de comportament alimentar. Prin urmare, ghidul reprezintă un instrument adecvat psihologilor clinicieni, consilierilor psihologici, psihoterapeuților, dar și psihologilor cu alte specializări care sunt interesați de subiectul tulburărilor de comportament alimentar.

Utilizarea ghidului

Ghidul nu impune anumite standarde pentru practica psihologilor, ci prezintă sinteze ale dovezilor științifice și recomandări, menite să sprijine psihologii în decizii legate de tulburările de comportament alimentar. Sintezele dovezilor științifice și recomandările menționate în acest ghid sugerează o anumită conduită profesională, considerată a fi importantă în asigurarea unor servicii psihologice utile. Totodată, asigurarea unor servicii psihologice utile din punct de vedere clinic depinde și de raționamentul psihologilor, motiv pentru care acest ghid încurajează adaptarea recomandărilor curente la caracteristicile fiecărei situații profesionale, precum și la preferințele beneficiarilor sau aparținătorilor acestora.

Motivația elaborării ghidului

Tulburările de comportament alimentar reprezintă o provocare pentru sănătatea publică, din cauza severității, complexității, și a dificultăților care apar frecvent în demersuri precum prevenția primară, screening-ul, psihodiagnoza, și intervenția psihologică. Atât costurile directe și indirecte, cât și limitările funcționale asociate tulburărilor de comportament alimentar reprezintă probleme alarmante de sănătate publică (Hudson et al., 2007; Krauth et al., 2002).

Incidența și prevalența tulburărilor de comportament alimentar

Potrivit datelor meta-analitice extrase din populații generale din diverse țări, prevalența tulburărilor de comportament alimentar este de 0.91% pe parcursul vieții și 0.43% pe parcursul unui an (Qian et al., 2021). Mai specific, prevalența pe parcursul vieții/unui an este de 0.16%/0.02% pentru anorexia nervoasă, 0.63%/0.31% pentru bulimia nervoasă și 1.53%/0.93% pentru tulburarea de alimentație compulsivă. În plus, 3.2% din populație prezintă alte tulburări de comportament alimentar specificate și 2.2% prezintă tulburări de comportament alimentar nespecificate (Qian et al., 2021). Conform aceleiași meta-analize efectuate de Qian et al. (2021), tulburările de comportament alimentar afectează femeile mai mult decât bărbații (2.58% vs. 0.74%). Datele epidemiologice sunt inexistente sau limitate pentru pica, tulburarea de ruminație, și tulburarea de aport alimentar de tip evitant/restrictiv (German Society for Psychosomatic Medicine and Medicinal Psychotherapy, 2018). În România datele epidemiologice sunt foarte limitate, însă unele studii arată proporții la adolescenți de 0.1% pentru anorexia nervoasă și de 0.6% pentru bulimia nervoasă (Krizbai, 2007).

Începând cu anul 2000, s-a observat o creștere a proporției incidenței cumulate a tulburărilor de comportament alimentar, comparativ cu anii 1987–1999 (Javaras et al., 2015). În mare parte, la anorexia nervoasă, această tendință este explicată, atât la femei, cât și la bărbați, de practicile din ce în ce mai eficiente de centralizare a datelor persoanelor diagnosticate (Javaras et al., 2015). Pentru celelalte tulburări de comportament alimentar, însă, la femeile născute între 1991–2001, rata de incidență este mai mare, comparativ cu cele născute între 1979–1990.

Mortalitatea tulburărilor de comportament alimentar

Mortalitatea la anorexia nervoasă este de 5.86%, iar la bulimia nervoasă de 1.93%¹ (Arcelus et al., 2011). Unul din cinci decese ale persoanelor cu anorexie nervoasă este cauzat de suicid.

Serviciile psihologice pentru tulburările de comportament alimentar

La nivel european, există o varietate de servicii psihologice destinate tulburărilor de comportament alimentar (Hilbert et al., 2017), implementate pe parcursul tuturor etapelor clinice: de la prevenția primară și identificarea timpurie a tulburărilor de comportament alimentar până la tratamentul acut și prevenția secundară sau terțiară a acestor tulburări. Serviciile psihologice pot fi acordate în regim ambulatoriu sau în regim de spitalizare, precum și în diverse unități de sănătate din rețeaua privată și de stat.

Deoarece recuperarea în tulburările de comportament alimentar este un proces de lungă durată, la nivel european se recomandă ca tratamentul acestora să presupună intensificarea graduală a serviciilor psihologice din diferite unități de sănătate (German Society for Psychosomatic Medicine

and Medicinal Psychotherapy, 2018; Hilbert et al., 2017). Însă, pentru anumite cazuri de tulburări de comportament alimentar care prezintă riscuri fizice crescute sau comorbidități severe, intensificarea graduală a serviciilor psihologice poate fi contraproductivă, cazuri în care, încă dintr-o primă etapă clinică, se indică o abordare intensivă a tratamentului.

Discrepanța între stadiul cunoașterii științifice și practica psihologică

În ciuda progreselor remarcabile înregistrate în ultimele decenii în legătură cu prevenția primară, screening-ul, psihodiagnoza și tratamentul tulburărilor de comportament alimentar, un studiu robust bazat pe date din 14 țări, printre care și România, indică faptul că doar 47.4% dintre adulții cu bulimie nervoasă și 38.3% dintre adulții cu tulburare de alimentație compulsivă beneficiază de un tratament specific tulburării lor (Kessler et al., 2013). Mai mult, tratamentele specifice utilizate în practica psihologică de rutină sunt adesea implementate diferit față de protocoalele aferente tratamentelor validate științific pentru tulburările de comportament alimentar (Kazdin et al., 2017), ceea ce mărește discrepanța dintre stadiul cunoașterii științifice legate de tulburările de comportament alimentar și practica psihologică propriu-zisă.

Sincronizarea practicii psihologice la stadiul actual al cunoașterii științifice reprezintă un demers dificil deoarece presupune actualizarea continuă a cunoștințelor și abilităților practicienilor. În cadrul acestui demers, o etapă importantă o reprezintă diseminarea rezultatelor științifice în rândul practicienilor, care poate fi realizată cu ajutorul ghidurilor de bune practici bazate pe dovezi științifice. Astfel de ghiduri au fost publicate de multe asociații profesionale și științifice internaționale².

ETIOPATOGENEZA TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT ALIMENTAR

Factorii de risc pentru tulburările de comportament alimentar la copii și adolescenți

Principalii factori de risc pentru dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar la copii și adolescenți sunt: sexul feminin, evenimentele adverse, istoricul familial de anorexie nervoasă, diagnosticul de tulburare cu deficit de atenție/hiperactivitate, insatisfacția legată de masa și forma corporală, controlul inhibitor proactiv deficitar, victimizarea legată de aspectul fizic, afectivitatea negativă, presiunea socioculturală percepută de a fi slab(ă), și preocupările legate de masa corporală (Jacobi, Hayward, et al., 2004; Killen et al., 1996; Nazar et al., 2016; Prnjak et al., 2021; Smith et al., 2018; Solmi et al., 2021; Strober et al., 1985).

Factorii de risc pentru tulburările de comportament alimentar la adulți

Principalii factori de risc pentru dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar la adulți tineri și maturi sunt: diagnosticul de tulburare cu deficit de atenție/hiperactivitate, perfecționismul nevrotic, perfecționismul centrat pe sine, perfecționismul prescris social, trăsăturile compulsive, nevrotismul, impulsivitatea, narcisismul, afectivitatea negativă, reactivitatea crescută la stres, evitarea pericolelor, cooperarea scăzută, conceptul negativ despre sine, și activitatea fizică ridicată (Cassin & von Ranson, 2005; Jacobi, Hayward, et al., 2004; Nazar et al., 2016).

EVOLUȚIA TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT ALIMENTAR

Pentru anorexia nervoasă, mortalitatea este de 5.9%, fiind cea mai mare valoare a acestui indicator pentru o tulburare psihică, fapt care se datorează, în mare parte, suicidului și consecințelor malnutriției (German Society for Psychosomatic Medicine and Medicinal Psychotherapy, 2018). În medie, 20.8% dintre cazurile cu anorexie nervoasă aflate sau nu sub tratament se cronicizează, 46.9% prezintă o remisiune completă și 33.5% o remisiune parțială (Steinhausen, 2002). Durata medie de recuperare a anorexiei nervoase aflate sub tratament este de șase ani (Working Group of the Clinical Practice Guideline for Eating Disorders, 2009).

Pentru bulimia nervoasă, mortalitatea este 1.93% în absența tratamentului, o cauză frecventă a acesteia constituind-o suicidul (German Society for Psychosomatic Medicine and Medicinal Psychotherapy, 2018). Pe parcursul a 12 ani, 70.1% dintre persoanele cu bulimie nervoasă tratată înregistrează o remisiune completă (72% pe parcursul a 20 de ani) (German Society for Psychosomatic Medicine and Medicinal Psychotherapy, 2018). Pe parcursul a 12 ani, 67% dintre persoanele cu tulburare de alimentație compulsivă aflată sub tratament nu mai prezintă nicio tulburare de comportament alimentar, 8% prezintă în continuare un diagnostic de tulburare de alimentație compulsivă, 9% prezintă bulimie nervoasă, 13% prezintă o tulburare de comportament alimentar nespecificată, iar 3% au decedat (German Society for Psychosomatic Medicine and Medicinal Psychotherapy, 2018).

Factorii de prognostic pozitiv pentru tulburările de comportament alimentar

Factorii de prognostic pozitiv pentru anorexia nervoasă sunt trăsăturile histrionice de personalitate, stima de sine crescută, simptomatologia ușoară a tulburării, și motivația crescută față de

tratament, în vreme ce pentru bulimia nervoasă, aceștia sunt inițierea timpurie a tratamentului și adaptabilitatea socială crescută (German Society for Psychosomatic Medicine and Medicinal Psychotherapy, 2018; Working Group of the Clinical Practice Guideline for Eating Disorders, 2009).

Factorii de prognostic negativ pentru tulburările de comportament alimentar

Factorii de prognostic negativ pentru anorexia nervoasă sunt trăsăturile obsesiv–compulsive de personalitate, trăsăturile evitante de personalitate, durata crescută a prezenței tulburării, indicele scăzut de masă corporală, vârsta crescută, comorbiditatea psihiatrică, provocarea vărsăturilor, alimentația compulsivă, abuzul de laxative, și exercițiile fizice excesive, în vreme ce pentru bulimia nervoasă aceștia sunt istoricul de abuz de substanțe, istoricul familial de abuz de alcool, supraponderalitatea infantilă, istoricul de aport alimentar evitant în copilărie, funcționarea psihosocială scăzută, tulburarea obsesiv–compulsivă comorbidă, durata crescută a comportamentelor alimentare patologice și a comportamentelor compensatorii, abuzul de laxative, supraevaluarea formei și a masei corporale, afectarea imaginii corporale, și motivația crescută de a fi slab(ă) (German Society for Psychosomatic Medicine and Medicinal Psychotherapy, 2018; Working Group of the Clinical Practice Guideline for Eating Disorders, 2009).

Cel mai important factor de prognostic negativ pentru tulburarea de alimentație compulsivă este severitatea patologiei alimentare generale (German Society for Psychosomatic Medicine and Medicinal Psychotherapy, 2018).

RECOMANDĂRI PENTRU SCREENING-UL, PSIHODIAGNOZA ȘI INTERVENȚIA ÎN CAZUL TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT ALIMENTAR

1. Recomandări pentru screeningul tulburărilor de comportament alimentar

1.1. Psihologul trebuie să evalueze într-o primă etapă toți pacienții copii și adolescenți care beneficiază de servicii psihologice cu ajutorul unui screening rapid, pentru a se identifica riscul prezenței tulburărilor de comportament alimentar. (*Pentru exemple de instrumente de screening adesea utilizate în practica internațională și regăsite în literatură, vezi **Anexa 1***).

1.2. Psihologul trebuie să realizeze o evaluare rapidă a satisfacției corporale, a înălțimii, și a masei corporale.¹

1.3. Psihologul trebuie să urmeze punctele de la alineatul 4.2 dacă în urma screening-ului beneficiarilor (punctele 1 și 2 de mai sus), se obține un scor care indică riscul crescut pentru prezența unei tulburări de comportament alimentar.

2. Recomandări pentru psihodiagnoza tulburărilor de comportament alimentar

2.1. Psihologul trebuie să evalueze aprofundat comportamentele compensatorii și de alimentație compulsivă, incluzând caracteristici centrale ale acestora precum *frecvența, durata, și cantitatea de alimente consumate într-un episod de alimentație compulsivă*.

2.2. Psihologul trebuie să evalueze gradul în care comportamentele compensatorii și de alimentație compulsivă cauzează suferință, afectarea semnificativ clinică a funcționării în diverse domenii de viață, sau afectarea sănătății fizice.²

2.3. Psihologul trebuie să realizeze o psihodiagnoză categorială, bazată pe criteriile tulburărilor de comportament alimentar dintr-o versiune actuală a unui sistem de diagnostic.³

¹ Dacă se înregistrează valori alarmante ale raportului între înălțime și masa corporală, psihologul trebuie să furnizeze pacientului respectiv o recomandare către o evaluare medicală aprofundată urgentă.

² Scopul este de a stabili diagnosticul adecvat pentru simptomatologia pacientului, de a evalua severitatea și durata tulburării de comportament alimentar, de a evalua comorbiditățile psihice, de a estima riscurile psihiatrice și medicale, și de a redacta o formulare biopsihosocială a cazului, urmată de recomandări clinice.

³ Poate fi utilizat Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale, și psihodiagnoza poate fi efectuată cu ajutorul unor interviuri clinice structurate sau semistructurate valide.

2.4. Psihologul trebuie să apeleze și la o psihodiagnoză dimensională, precedentă psihodiagnozei categoriale, cu scopul de a evalua mai aprofundat severitatea simptomatologiei tulburărilor de comportament alimentar.

2.5. Psihologul trebuie să evalueze și alte simptome transdiagnostice unora dintre tulburările de comportament alimentar, precum comportamentele alimentare dezorganizate, slaba calitate nutrițională a alimentelor consumate, preocupările legate de alimentație, supraevaluarea formei și masei corporale, preocupările legate de imaginea corporală, insatisfacția corporală, și fricile de îngrășare.⁴

2.6. Psihologul trebuie să evalueze istoricul simptomatologiei și să încadreze tabloul clinic în contextul de viață al pacientului.

2.7. Psihologul trebuie să evalueze atât istoricul unor alte tulburări de comportament alimentar, cât și potențialele comorbidități psihice, precum disfuncțiile cognitive, tulburările de personalitate, comportamentele de autovătămare, ideea suidară, consumul de substanțe, tulburările de control al impulsurilor, simptomatologia depresivă, anxioasă, psihotică și obsesiv-compulsivă.⁵

2.8. Psihologul trebuie să evalueze funcționarea în domeniul familial, social, și economic al pacientului.

2.9. Psihologul trebuie să evalueze și simptomele specifice anorexiei nervoase, precum subponderalitatea, inabilitatea de a recupera masa corporală pierdută și sațietatea precoce în timpul alimentației.

2.10. Psihologul trebuie să integreze datele clinice obținute din surse diferite. Mai specific, se recomandă obținerea unui istoric aprofundat prin intermediul interviului cu părinții, reprezentantul legal sau al altor persoane din rețeaua socială a pacientului.

2.11. Psihologul trebuie să recomande o evaluare psihiatrică, nutrițională și medicală completă.^{6 7}

⁴ Câteva exemple de comportamente alimentare dezorganizate sunt alimentația pacientului de unul singur/una singură, alimentația ritualică prin prelungirea duratei mesei sau prin diviziunea alimentelor în părți foarte mici. Dacă nu sunt prezente preocupările legate de imaginea corporală, psihologul poate investiga prezența comportamentelor de verificare compulsivă a masei corporale, precum cântărirea frecventă.

⁵ Ideea obsesivă și simptomatologia depresivă sau anxioasă pot fi consecințe reversibile ale alimentației restrictive.

⁶ Malnutriția și comportamentele compensatorii pot avea efecte asupra sănătății fizice și creșterii pacientului, dintre care unele pot fi tratate cu ajutorul unei diete adecvate și al stabilizării masei corporale, în vreme ce altele (ca infertilitatea, densitatea osoasă scăzută), prezente la anumiți pacienți cu subponderalitate de lungă durată, pot rămâne ireversibile. Mai mult, în urma evaluării psihiatrice, nutriționale, și medicale complete, se poate stabili dacă pacientul trebuie spitalizat urgent pentru tratamentul comorbidităților fizice ale tulburărilor de comportament alimentar.

⁷ Evaluarea medicală și psihiatrică trebuie să includă măsurarea următoarelor variabile: înălțimea, masa corporală, ritmul cardiac, tensiunea arterială, temperatura corporală, modificările masei corporale, și istoricul menstruației în cazul adolescentelor.

3. Recomandări pentru intervenția în cazul tulburărilor de comportament alimentar

3.1 Intervenția psihologică pentru tulburările de comportament alimentar la pacienții de orice vârstă⁸

3.1.1. Psihologul trebuie să includă în planul de tratament al oricărei tulburări de comportament alimentar intervenții informate de rezultate științifice consistente care le susțin siguranța și eficiența pentru categoria de vârstă respectivă.

3.1.2. Psihologul trebuie să comunice planul de tratament familiei sau reprezentantului legal al pacientului și pacientului însuși, dacă vârsta celui din urmă permite un astfel de demers.

3.1.3. Psihologul trebuie să utilizeze ca prima formă de tratament intervenția în regim ambulatoriu, deoarece aceasta este la fel de eficientă precum cea acordată în regim de spitalizare, iar cea din urmă poate avea consecințe negative, precum separarea pacientului de familia sa, comunitatea sa, și alte grupuri de apartenență.

3.1.4. Psihologul trebuie să apeleze la o intervenție intensivă, precum spitalizarea medicală generală sau psihiatrică parțială sau completă, în cazurile în care intervenția în regim ambulatoriu nu este disponibilă sau eficientă pentru un anumit pacient, pacientul prezintă complicații medicale, o complianță scăzută la o astfel de intervenție sau un discernământ afectat.

3.1.5. Psihologul trebuie să apeleze la o durată scăzută a tratamentului și implicarea familiei sau a reprezentantului legal în tratament, pentru a reduce consecințele negative ale spitalizării.

3.1.6. Psihologul trebuie să implice familia sau a reprezentantul legal în tratament doar dacă pacientul în cauză este de acord și dacă nu există contraindicații, precum istoricul de abuz domestic.

3.1.7. Psihologul trebuie să fie conștient de impactul negativ al unei spitalizări involuntare asupra alianței terapeutice, pentru a apela din vreme la strategii de dezvoltare a acesteia.

⁸ În afara recomandărilor generale, facem și următoarele precizări adiționale:

1. Recomandările generale pentru dezvoltarea complianței la tratamentul multidisciplinar implică utilizarea unor metode de intervenție psihosocială, precum psihoeducația și interviul motivațional, cu scopul de a dezvolta motivația pacientului de schimbare.

2. Intervenția psihologică acută trebuie să fie urmată de o intervenție de prevenție terțiară.

3. În cazul tulburărilor de comportament alimentar severe și de lungă durată, tratamentul trebuie să adopte un model colaborativ de reabilitare psihiatrică, incluzând atât o evaluare psihologică extinsă a factorilor de menținere și a funcționalității pacientului și intervenții de prevenție secundară și terțiară, cât și alte intervenții psihosociale care să fie centrate asupra acutelor nevoi nutriționale, economice, recreaționale, ocupaționale, și de autoîngrijire ale pacienților cu astfel de simptomatologii.

4. Deoarece obiectivul principal al acestui tratament nu este diminuarea simptomatologiei tulburărilor de comportament alimentar, ci mai degrabă creșterea funcționalității și a calității vieții pacientului, intervențiile psihosociale adjuvante trebuie să dezvolte sentimentele de competență și autoeficacitate ale pacientului în diverse domenii ale vieții sale.

3.1.8. Psihologul trebuie să continue intervenția intensivă cu intervenția în regim ambulatoriu, aspect față de care pacientul și familia sau reprezentatul său legal trebuie să fie informați.⁹

3.1.9. Psihologul trebuie să includă o *echipă multidisciplinară* în cadrul intervenției intensive pentru a crește eficiența tratamentului.¹⁰

3.1.10. Pentru ***tratamentul tulburărilor de comportament alimentar***, se recomandă stabilirea următoarelor obiective: (1) Dezvoltarea complianței la tratamentul multidisciplinar; (2) Stabilizarea medicală; (3) Tratamentul disfuncțiilor cognitive asociate malnutriției; (4) Implementarea intervenției psihologice acute.

3.2. Intervenția psihologică pentru tulburările de comportament alimentar la copii și adolescenți¹¹

3.2.1. Se recomandă ca psihologul să utilizeze ***Tratamentul Centrat pe Familie*** (vezi **Anexa 2** pentru o descriere), aceasta fiind intervenția recomandată internațional pentru copiii și adolescenții cu anorexie nervoasă de durată mai mică de trei ani.

3.2.2. Psihologii trebuie să dezvolte planuri personalizate de intervenție bazate pe componente comportamentale, precum desensibilizarea progresivă, pentru a trata cazurile cu tulburarea de aport alimentar de tip evitant/restrictiv.

3.3. Intervenția psihologică pentru tulburările de comportament alimentar la adulți¹²

3.3.1. Se recomandă ca psihologul să utilizeze ***psihoterapia cognitiv-comportamentală individuală*** în cazul anorexiei nervoase, bulimiei nervoase și al tulburării de alimentație compulsivă, în diversele

⁹ Se recomandă ca o astfel de informare să fie realizată de către practician încă dinaintea externării din tratamentul intensiv, alături de aplicarea metodelor de dezvoltare a complianței la intervenția mai puțin intensivă.

¹⁰ În mod tipic, o astfel de echipă este formată dintr-un psihoterapeut, un psihiatru, un pediatru și un medic specializat în diabet, nutriție, și boli metabolice. Membrii echipei multidisciplinare ar trebui să fie localizați în proximitatea pacientului, să dețină cunoștințe de psihologia dezvoltării și să aibă competențe în abordarea respectivelor simptomatologii și categorii de vârstă.

¹¹ Pentru anorexia nervoasă și bulimia nervoasă la copii și adolescenți, există puține intervenții psihologice în regim ambulatoriu susținute empiric, iar intervențiile psihologice pentru tulburarea de alimentație compulsivă la aceste categorii de vârstă au fost slab documentate. Pentru tulburarea de aport alimentar de tip evitant/restrictiv, nu există intervenții psihologice validate științific. Printre puținele intervenții validate empiric, se numără atât intervențiile de familie, cât și intervențiile individuale.

¹² Din cauza numărului scăzut de studii comparative și a volumelor scăzute ale loturilor de cercetare, comparațiile directe între diferitele abordări psihoterapeutice ale anorexiei nervoase sunt limitate. Există puține intervenții psihologice validate științific pentru menținerea unei mase corporale stabile după tratamentul medical, la cazurile de anorexie nervoasă. Literatura de specialitate abundă în cercetări științifice care atestă eficacitatea crescută a psihoterapiei cognitiv-comportamentale individuale, comparativ cu alte abordări psihoterapeutice, pentru bulimia nervoasă. Psihoterapia cognitiv-comportamentală individuală pentru tulburarea de alimentație compulsivă a fost mai puțin investigată, studiile arătând că aceasta dispune de o eficacitate pe termen scurt comparativă cu programele comportamentale de slăbit. Pe termen lung, însă, eficacitatea psihoterapiei cognitiv-comportamentale individuale pentru tulburarea de alimentație compulsivă este crescută

sale variante, precum psihoterapia cognitiv-comportamentală transdiagnostică (vezi **ANEXA 3** pentru o descriere a psihoterapiei cognitiv-comportamentale transdiagnostice).¹³

3.3.2. Psihologul trebuie să utilizeze, indiferent de varianta psihoterapiei cognitiv-comportamentale individuală, componentele clasice de restructurare cognitivă și comportamentală cu scopul de a modifica mecanismele psihologice implicate în menținerea anorexiei nervoase, bulimiei nervoase și a tulburării de alimentație compulsivă.

3.3.3. Psihologul poate să utilizeze, atunci când consideră că este cazul, alte abordări psihoterapeutice individuale recomandate în literatura de specialitate, precum psihoterapia interpersonală, psihoterapia cognitiv-analitică, și psihoterapia focală.

3.3.4. Se recomandă ca psihologul să utilizeze psihoterapia cognitiv-comportamentale pentru menținerea unei mase corporale stabile a pacientului, raportat la consilierea nutrițională.

3.3.5. Psihologul trebuie să adapteze intervențiile psihologice pentru anorexia nervoasă, bulimia nervoasă, sau tulburarea de alimentație compulsivă completă la simptomatologiile particulare (tulburări de comportament alimentar specificate și tulburările de comportament alimentar nespecificate).

față de cea a programelor comportamentale de slăbit. Nu există o documentare științifică robustă a eficacității intervențiilor psihologice pentru alte tulburări de comportament alimentar specificate și tulburările de comportament alimentar nespecificate, însă recomandările generale constau în adaptarea intervențiilor psihologice pentru anorexia nervoasă, bulimia nervoasă, sau tulburarea de alimentație compulsivă completă la aceste simptomatologii particulare.

¹³ Intervențiile de tip Schema Therapy (intervenții centrate pe scheme cognitive) câștigă din ce în ce mai mult teren în tratamentul tulburărilor de comportament alimentar, oferind o perspectivă care integrează atât factorii care țin de dezvoltare, cât și de personalitate. Pentru o lectură mai aprofundată a tratamentului centrat pe scheme cognitive, recomandăm Simpson & Smith (2020).

CONCLUZIE

Ghidul de față reprezintă un instrument util practicienilor din domeniul sănătății mintale deoarece prezintă sinteze ale dovezilor științifice și recomandări, menite să sprijine psihologii în deciziile centrate asupra tulburărilor de comportament alimentar. Pe de altă parte, proiectarea și implementarea unor servicii psihologice utile din punct de vedere clinic depind și de raționamentul psihologilor, motiv pentru care acest ghid încurajează adaptarea recomandărilor curente la caracteristicile fiecărui context profesional, precum și la preferințele beneficiarilor sau aparținătorilor acestora.

ANEXA 1. Instrumente de screening și psihodiagnostic

Instrumente de screening utilizate în mod frecvent pentru identificarea cazurilor de tulburări de comportament alimentar la copii și adolescenți

Branched Eating Disorders Test (BET)

Eating Attitudes Test-40 (EAT-40) (Jacobi et al., 2004)

Mențiuni:

- Nu există instrumente de screening care să diferențieze între tulburările complete de comportament alimentar și cele parțiale (Jacobi et al., 2004). Nu există versiuni adaptate la populația română ale BET sau EAT-40.

Screening-ul tulburărilor de comportament alimentar la adulți

Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS)

Chestionarul SCOFF (Jacobi et al., 2004).

Eating Disorder Examination (EDE) – (Cooper & Fairburn, 1987) – ultima versiune fiind **17.0**

Mențiuni:

- Nu există instrumente de screening care să diferențieze între tulburările complete de comportament alimentar și cele parțiale (Jacobi et al., 2004).
- Deși EDDS a fost tradus în limba română (vezi researchcentral.ro), nu există o versiune adaptată la populația română a acestui instrument. Ca și în cazul celorlalte instrumente prezentate anterior, nu există o versiune adaptată la populația română a chestionarului SCOFF.
- Alte instrumente folosite pentru identificarea cazurilor de tulburări de alimentație la adulții tineri și maturi sunt EAT-40 și EAT-26 (Jacobi et al., 2004) pentru anorexia nervoasă și Bulimic Investigatory Test (BITE, 36 itemi) și Bulimia Test-Revised (BULIT-R, 36 itemi) (Jacobi et al., 2004) pentru bulimia nervoasă. Nu există versiuni adaptate la populația română ale acestor instrumente.

Psihodiagnoza tulburărilor de comportament alimentar la copii și adolescenți

La copii și adolescenți, interviul clinic semistructurat Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) este printre cele mai recomandate instrumente de evaluare psihologică generală pentru psihodiagnoza categorială a tulburărilor de comportament alimentar (German Society for Psychosomatic Medicine and Medicinal Psychotherapy, 2018).

Chestionarul Eating Disorder Inventory (EDI) este printre cele mai frecvent recomandate instrumente de evaluare psihologică specifică pentru psihodiagnoza dimensională a tulburărilor de comportament alimentar la adolescenți (Lock & La Via, 2015).

La copii, adolescenți și tineri adulți, cu vârste cuprinse între 10 și 22 de ani, pentru a identifica Sindromul Pica, tulburarea de aport alimentar de tip evitant/restrictiv și tulburarea de ruminație, poate fi utilizat interviul Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview (PARDI; Bryant-Waugh et al., 2019).

Psihodiagnoza tulburărilor de comportament alimentar la adulți

La adulții tineri și maturi, Interviul clinic structurat pentru tulburările din DSM-5 (SCID-5) este instrumentul de evaluare psihologică generală cel mai frecvent recomandat pentru psihodiagnoza categorială a tulburărilor de comportament alimentar (German Society for Psychosomatic Medicine and Medicinal Psychotherapy, 2018).

Chestionarul EDI este utilizat frecvent și în psihodiagnoza dimensională a tulburărilor de comportament alimentar la adulții tineri și maturi (German Society for Psychosomatic Medicine and Medicinal Psychotherapy, 2018).

ANEXA 2. Tratamentul centrat pe familie

Există rezultate consistente care susțin eficacitatea crescută a intervenției de familie, în mod particular a Tratamentului centrat pe familie, comparativ cu intervenția individuală, pentru anorexia nervoasă (Lock & La Via, 2015). În plus, există câteva studii care arată că Tratamentul centrat pe familie este mai eficient decât psihoterapia individuală suportivă în reducerea comportamentelor de evacuare și alimentație compulsivă la pacienții cu bulimie nervoasă completă sau parțială (Lock & La Via, 2015). O contraindicație a intervenției de familie constă în inabilitatea unui membru al familiei de a se implica în tratament (Hay et al., 2014). În astfel de cazuri, este recomandată psihoterapia individuală, precum cea de orientare psihodinamică sau cognitiv-comportamentală transdiagnostică (Hay et al., 2014).

Tratamentul centrat pe familie este o terapie de familie, care constă în 10–20 de ședințe, pe parcursul a 6–12 luni de tratament, în timpul cărora psihoterapeutul îi încurajează pe părinții pacientului să își asume angajamentul de a se implica în creșterea masei corporale a acestuia prin reducerea frecvenței comportamentelor compensatorii și a comportamentelor alimentare restrictive (Lock & La Via, 2015).

După stabilizarea acestor comportamente și a masei corporale, este monitorizat gradul de autonomie pe care pacientul și-l dezvoltă în raport cu propria sa alimentație și reglare a masei corporale. Atunci când gradul de autonomie este crescut, tratamentul se centrează asupra problematicilor psihologice specifice adolescenței.

ANEXA 3. Psihoterapia cognitiv-comportamentală individuală transdiagnostică

Deoarece psihoterapia cognitiv-comportamentală individuală transdiagnostică este una dintre puținele intervenții standardizate recomandate pentru tulburările clasice de comportament alimentar, prezentăm succint aici structura acestei intervenții, care abordează distorsiunile cognitive implicate în aceste tulburări, cu scopul de a ghida intervenția psihologică a clinicienilor.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală individuală transdiagnostică se bazează pe teoria transdiagnostică a menținerii tulburărilor de comportament alimentar, care prezintă următoarele mecanisme psihologice implicate în menținerea acestor simptomatologii: supraevaluarea alimentației, a formei, și a masei corporale, precum și supraevaluarea controlului acestora (Fairburn et al., 2003). În plus, o altă asumție a teoriei susține că următoarele mecanisme psihologice se asociază celor amintite anterior, contribuind astfel la menținerea tabloului clinic: perfecționismul clinic, stima de sine scăzută, intoleranța afectivă, și dificultățile interpersonale (Fairburn et al., 2003).

Protocolul acestei intervenții, diseminat de Fairburn et al. (2008), recomandă ca planul de intervenție psihologică să fie personalizat, în acord cu factorii psihologici stabiliți a fi implicați în menținerea simptomatologiei în etapa de formulare biopsihosocială a cazului. Totuși, anumite caracteristici centrale ale intervenției trebuie să rămână standardizate: durata totală de 20 de săptămâni și numărul de 20 de ședințe cu o frecvență săptămânală (Fairburn et al., 2008). Este contraindicată prelungirea duratei intervenției psihologice pentru a continua reducerea severității simptomatologiei până la obținerea remisiunii complete deoarece modificarea mecanismelor psihologice implicate în menținerea simptomatologiei este de fapt obiectivul principal al intervenției psihologice.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală individuală transdiagnostică este structurată în patru stadii și o ședință de evaluare a efectelor psihologice obținute (Fairburn et al., 2008).

Primul stadiu cuprinde opt ședințe bisăptămânale ce au următoarele obiective psihoterapeutice:

- (a) dezvoltarea complianței la intervenția psihologică,
- (b) formularea colaborativă a cazului,
- (c) informarea pacientului cu privire la mecanismele psihologice transdiagnostice implicate în menținerea tulburărilor de comportament alimentar
- (d) organizarea comportamentului alimentar prin intermediul monitorizării episoadelor alimentare, al implementării unui program alimentar, și al cântăririi între sesiuni (Fairburn et al., 2008).

Al doilea stadiu este mai puțin intensiv decât cel precedent, fiind compus din două sesiuni săptămânale, pentru cazurile fără subponderalitate, ce au ca obiective psihoterapeutice monitorizarea

colaborativă a efectelor intervenției psihologice și a rezistențelor față de schimbare, precum și reformularea cazului și adaptarea protocolului de intervenție psihologică în acord cu această reformulare (Fairburn et al., 2008).

Al treilea stadiu este centrat asupra obiectivului psihoterapeutic de modificare a mecanismelor psihologice transdiagnostice implicate în menținerea tulburărilor de comportament alimentar, în cadrul unor opt ședințe săptămânale (Fairburn et al., 2008).

În cel de-al patrulea stadiu, format din trei sesiuni bilunare, se urmărește obiectivul psihoterapeutic de consolidare a efectelor intervenției, până la ultima ședință de prevenție a recăderilor pe termen lung (Fairburn et al., 2008).

Componentele utilizate în cadrul intervenției psihologice sunt cognitive și comportamentale, de o importanță crescută fiind componentele de experiment comportamental și de analiză colaborativă a manifestării și a efectelor supraevaluării alimentației, formei, și masei corporale (Fairburn et al., 2008).

Pentru pacienții care prezintă tulburări de personalitate comorbide sau tablouri clinice complexe, este recomandată o formă extinsă a psihoterapiei cognitiv-comportamentale individuale transdiagnostice, care include trei module suplimentare de tratament, centrate asupra modificării perfecționismului clinic, stimei de sine scăzute, și a dificultăților interpersonale (Fairburn et al., 2008; Hay et al., 2014).

Bibliografie

- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Bryant-Waugh, R., Micali, N., Cooke, L., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2019). Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10–22. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 378–387.
- Cassin, S., & von Ranson, K. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895–916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The eating disorder examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1–8. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198701\)6:1](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198701)6:1)
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2008). Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders (“CBT-E”): An overview. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 23–34). Guilford Press.
- German Society for Psychosomatic Medicine and Medicinal Psychotherapy. (2018). Joint German Guideline “Diagnosis and Treatment of Eating Disorders”
<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-026.html>
- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., & Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 977–1008. <https://doi.org/10.1177/0004867414555814>
- Hilbert, A., Hoek, H. W., & Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 423–437.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360>
- Jacobi, C., Abascal, L., & Taylor, C. B. (2004). Screening for eating disorders and high-risk behavior: Caution. *International Journal of Eating Disorders*, 36(3), 280–295.
<https://doi.org/10.1002/eat.20048>

- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19–65.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>
- Javaras, K. N., Runfola, C. D., Thornton, L. M., Agerbo, E., Birgegård, A., Norring, C., Yao, S., Råstam, M., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Bulik, C. M. (2015). Sex- and age-specific incidence of healthcare-register-recorded eating disorders in the complete swedish 1979-2001 birth cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1070–1081.
<https://doi.org/10.1002/eat.22467>
- Kazdin, A. E., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Wilfley, D. E. (2017). Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 170–189.
<https://doi.org/10.1002/eat.22670>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Maria Haro, J., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., ... Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904–914.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D. M., Hammer, L., Kraemer, H., Blair-Greiner, A., & Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 936–940. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.936>
- Krizbai, K. (2007). An Epidemiological Study of Eating Disorders Among High School Students in Romania. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 10(1), 77–86.
- Lock, J., & La Via, M. C. (2015). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Eating Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(5), 412–425. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.01.018>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). Eating disorders: Recognition and treatment. www.nice.org.uk/guidance/ng69
- Nazar, B. P., Bernardes, C., Peachey, G., Sergeant, J., Mattos, P., & Treasure, J. (2016). The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 49(12), 1045–1057.
<https://doi.org/10.1002/eat.22643>

- Prnjak, K., Hay, P., Mond, J., Bussey, K., Trompeter, N., Lonergan, A., & Mitchison, D. (2021). The distinct role of body image aspects in predicting eating disorder onset in adolescents after one year. *Journal of Abnormal Psychology*, 130(3), 236–247. <https://doi.org/10.1037/abn0000537>
- Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., & Yu, D. (2021). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>
- Schema Therapy for Eating Disorders: Theory and Practice for Individual and Group Settings. (2020). Routledge & CRC Press. Retrieved July 1, 2023, from <https://www.routledge.com/Schema-Therapy-for-Eating-Disorders-Theory-and-Practice-for-Individual/Simpson-Smith/p/book/9780367272401>
- Smith, K. E., Mason, T. B., Johnson, J. S., Lavender, J. M., & Wonderlich, S. A. (2018). A systematic review of reviews of neurocognitive functioning in eating disorders: The state-of-the-literature and future directions. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 798–821. <https://doi.org/10.1002/eat.22929>
- Solmi, M., Radua, J., Stubbs, B., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., Carvalho, A. F., Dragioti, E., Favaro, A., Monteleone, A. M., Shin, J. Il, Fusar-Poli, P., & Castellini, G. (2021). Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(3), 314–323. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1099>
- Steinhausen, H.-C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284–1293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>
- Strober, M., Morrell, W., Burroughs, J., Salkin, B., & Jacobs, C. (1985). A controlled family study of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2–3), 239–246. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(85\)90024-X](https://doi.org/10.1016/0022-3956(85)90024-X)
- Working Group of the Clinical Practice Guideline for Eating Disorders. (2009). Clinical practice guideline for eating disorders. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_440_Eat_Disorders_compl_en.pdf
- Yager, J., Devlin, M. J., Halmi, K. A., Herzog, D. B., Mitchell, J. E., Powers, P., & Zerbe, K. J. (2014). Guideline Watch (August 2012): Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition. *FOCUS*, 12(4), 416–431. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.120404>