

GASTRIMARGHIA: CAUZE, MANIFESTĂRI, ABORDARE TERAPEUTICĂ

Arhim. drd. Siluan ȘANDOR

Facultatea de Teologie Ortodoxă a Universității „Babeș Bolyai” din Cluj

Abstract

Eating more than needed is a common habit nowadays. Man sins as he/she replaces the desire for God, the only one that can fully delight soul, with the pleasure of quantity or quality of food. In the last decades there has been much talk on the eating disorders. The symptoms of this disorder show the effects that are transmitted to body and soul due to man's breaking from the communion with God. In the present article these disorders are presented (in some places in detail) in order for the consequences of breaking from God to be understood as they are transmitted to all the constituent parts of the human person: bio-psycho-social and spiritual, but also for underlining the necessity of the therapeutic process to be performed by a multidisciplinary team that should also comprise the priest.

Keywords: gastrimargy, bulimia, anorexia, orthorexia, food addiction.

Introducere

Alimentația umană este influențată de diverși factori, pornind de la cei biologici, până la obiceiuri, preferințe, comportamente, credințe și gusturi, ceea ce indică complexitatea abordării. Astfel, este de la sine înțeles că factorii psihologici, sociali, culturali și spirituali fac parte din procesul de consum alimentar. De aceea investigarea acestui fenomen nu se poate limita doar la studiul factorilor biologici, ci necesită o abordare multidisciplinară¹.

Centre de slăbire, chirurgie estetică, diete miraculoase, corpuri perfecte, greutate corporală perfectă, teama de a crește în

¹ S. Barber, P. Bolaños-Cacho, Ch. López, A. Ostrosky, *Los extremos en los trastornos alimenticios*, în „Psicologia Iberoamericana”, nr. 3, 1996, pp. 20-34; și *Trastornos del comportamiento alimentario*, Documentos Técnicos de Salud Pública, Edición 07-2003, pp. 11-16.

greutate, insatisfacție corporală reprezintă adevărate puncte de interes ale societății de azi². Legat de acestea, asistăm la un ade-vărat „bombardament” promoțional cu variate produse de cosmetică, de slăbire, regimuri dietetice³, care promet să aducă sănăta-tea și fericirea în viața celor care le cumpără și le utilizează. Pro-liferarea acestui tip de produse și metode lipsite de fundamente științifice este neîncetată⁴.

În plus față de cele prezentate, regăsim în lumea de azi un mare paradox: pe de o parte, se pretind canoane estetice marcate de suplețea corporală, și, în același timp, se face mare publicitate mâncării, lumea devenind astfel o uriașă fabrică de dependenți de mâncare și de obezi⁵, pe care mai apoi îi disprețuiește.

1. Perspective spirituale. Gastrimarghia

Știm că Dumnezeu l-a creat pe om trup și suflet, reprezentând sinteza a două lumi. Înțelegem astfel că, deși este corolarul creației,

² Folosind motorul de căutarea Google, la tastarea „weight loss” au fost prezentate cca 295.000.000 de rezultate, în timp ce la tastarea „economic crisis” – cca. 18.900.000, „terrorism” – cca. 1.230.000, „child and youth care” – cca. 63.800.000, „cosmetice” – cca 509.000.000 rezultate. Deci este foarte evident inter-esul asupra subiectului din mediul online (accesat pe 2 iunie 2017).

³ În dicționarul Academiei Regale a Spaniei, cuvântul „dieta” („dieta”) sem-nifică, în prima sa accepție, un regim de viață (din latină *diaeta* și greacă *diaita*), și surprinde trei aspecte: 1. Regim care trebuie respectat de bolnavi/persoane con-valescente și constă în anumite mâncăruri și băuturi; 2. Privare completă de mân-care; 3. Complex de substanțe care sunt ingerate cu regularitate drept aliment. Este adăugat, de asemenea, și conceptul de dietă mediteraneană, definită ca și regim folosit de cei din țările din bazinul Mării Mediterane bazat pe cereale, le-gume, fructe, ulei de măsline și vin (<http://dle.rae.es/?id=DiU68a5|Did4MII>, accesat pe 2 iunie 2017). Conceptul „dieta” este definit azi ca o restricție intenționată și susținută de la ingestia calorică, cu dorința de a scădea în greutate sau de a o controla. Cf. Gemma López-Guimerá, David Sánchez-Carracedo, *Prevención de las alteraciones alimentarias. Fundamentos teóricos y recursos prácticos*, Ediciones Pirámide, Madrid, 2010, p. 54.

⁴ Gemma López-Guimerá, *op. cit.*, pp. 21-22.

⁵ Prof. dr. Enrique Echeburúa (licențiat și doctor în Psihologie la Universitatea Complutense din Madrid și specialist în Psihologie Clinică, Cercetător în ca-drul Centrului de Investigații Biomedicale de Sănătate Mentală – CIBERSAM, membru fondator al Institutului Basc de Criminologie, președinte al Societății Basce de Victimologie – 2004-2008, autorul a 32 de cărți de specialitate și peste 420 de articole – în cărți sau reviste de specialitate, <http://padres20.org/blog/>

creat fiind ca și stăpân al ei, el depinde de aceasta. Această legătură vizează cu precădere partea biologică a ființei sale, dar cu repercusiuni adânci asupra vieții lui spirituale. Creatorul Însuși i-a pus omului în această creație toate cele necesare pentru a putea viețui. Numai că, odată cu păcatul, s-a pervertit atitudinea omului față de hrană și de băutură, fără de care nu-și putea asigura buna desfășurare a vieții. Plăcerea a luat-o înaintea nevoii, care prin excesele inesațiabile devine potrivnică firii, aducându-i tot felul de dereglări. Părinții Bisericii numără patima lăcomiei pântecelui ca fiind una dintre cele șapte care trebuie să fie avute în vedere în lucrarea ascetică. Termenul „gastrimarghie” s-ar traduce prin „nebunia stomacului”, avându-se în vedere stările de foame cu care erau confrunțați cei ce posteau. Este definită ca patimă care se manifestă prin căutarea plăcerii de a mânca sau, altfel spus, dorința de a mânca de dragul plăcerii. Această patimă are două forme principale, putându-se îndrepta spre:

- calitatea mâncării – omul preocupându-se de mâncărurile gustoase și fine; și
- cantitatea mâncării, ce cuprinde dorința de a mânca mult.

2014/06/el-dr-en-psicologia-clinica-dr-enrique-echeburua-nuevo-asesor-de-padres-2-0-en-adicciones-las-nuevas-tecnologias/, accesat pe 2 iunie 2017), prezintă *¿Adicciones sin drogas?*, calculul indicelui de masă corporală (IMC) care pune în evidență stadiile de greutate corporală, începând de la cea normală, până la stadiul de obezitate morbidă. IMC se calculează împărțind greutatea corporală (în kg) la indicele de înălțime a persoanei, ridicat la pătrat. Indicele obținut încadrează persoana într-una din următoarele categorii de greutate: mai mic de 16: subponderal sever; 16.00-16.99: subponderal moderat; 17-18.49: ușor subponderal; mai mic de 18.50; ușor subponderal; 18.50-24.99: normal; 25: supraponderal; 25-29.99: pre-obezi; 30: obezi; 30-34.99: obezi clasa I; 35-39.99: obezi clasa II; 40 și mai mult: obezi clasa III. Vezi și http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (accesat pe 2 iunie 2017); Caroline Davis, *From Passive Overeating to „Food Addiction”: A Spectrum of Compulsion and Severity*, Hindawi Publishing Corporation, ISRN Obesity, Volume 2013, p. 1. Vezi și Gómez Jarabo Gregorio și Alonso Fernández Francisco, *Consideraciones psicobiológicas sobre las adicciones alimentarias*, în „Salud Mental”, vol. 24, nr. 2, april 2001, Instituto Nacional de Psiquiatria Ramon de la Fuente Muñiz, Distrito Federal, México, p. 16; Violeta Enea, Adela Moldovan, Raluca Anton, *Tulburările de comportament alimentar și obezitatea la copii și adolescenți*, Editura Polirom, București, 2017, pp. 9-11; Enrique González Duro, *El riesgo de vivir. Las nuevas adicciones del siglo XXI*, Ediciones Temas de Hoy, Madrid, 2005, pp. 161-166.

După cum se poate observa, avem de-a face cu plăcerea gustului și cea a pântecelui. În ambele este vorba de căutarea unei plăceri trupești, de aceea ea poate fi trecută printre patimile trupești⁶. Gastrimarghia nu se naște direct din nevoia trupului, dovedă fiind că dorința depășește de multe ori nevoia reală, așa cum este și în cazul bulimiei⁷. Important este că nu hrana creează patima și nici funcția vitală de hrănire⁸, ci felul greșit în care omul se folosește de ea. Schimbarea rostului hranei prin libertatea omului aduce păcatul⁹. Abuzul, care constituie patima, nu înseamnă numai a mânca mai mult decât este necesar, ci și a căuta plăcerea în puținul necesar. Prin această patimă, omul păcătuiește pentru că, dorind plăcerea pentru calitatea sau cantitatea hranei o pune în locul doririi lui Dumnezeu, singura care poate desfăta sufletul deplin. Astfel se ajunge la idolatrie, lacomii de mâncare făcând

⁶ Jean Claude Larchet, *Terapeutică Bolilor Spirituale*, Editura Sophia, București, 2006, p. 129.

⁷ Sf. Ioan Scărarul, Cuvântul XIV, 30, în *Filocalia*, vol. 9, Editura Humanitas, București, p. 199.

⁸ „Nu ceea ce intră în gură spurcă pe om” (Matei 15, 11); „Dumnezeu a făcut bucatele... spre gustare cu mulțumire... orice făptură este bună și nimic un este de lepădat, dacă se ia cu mulțumire” (I Timotei 4, 3-4). „Imboldul la mâncare este firesc și nevătmător pentru făptura lui Dumnezeu, neavând în sine nici un păcat”. Cf. Sfântul Ioan Casian, *Scrieri alese*, în col. „Părinți și scriitori bisericești” (PSB), vol. 57, EIBMBOR, București, 1990, p. 176.

⁹ „Mâncările s-au făcut pentru două pricini: pentru hrană și pentru tămăduire. Prin urmare, cei ce se împărtășesc de ele, în afară de aceste pricini, se vor osândi ca unii care s-au datat desfătărilor, folosind rău cele date de Dumnezeu spre trebuință. Și în toate lucrurile reaua folosire este păcat.” Sfântul Maxim Mărturisitorul, *Capete despre dragoste*, III, 86, în *Filocalia*, vol. 2, Editura Humanitas, București, p. 103. Sfântul Grigorie cel Mare spune: „Păcatul nu stă în hrană, ci în felul cum o primești. De aceea, se poate să mănânci feluri gustoase și gătitе cu grijă, fără să păcătuiești în vreun fel și să înghiți mâncăruri de rând și să te întinezi cu ele”. Cf. Grigorie cel Mare, *Tâlcuire la Iov*, XXX, 18 (PL 75-76), tr. parțială de R. Wasselynk, *Les écrits de saints*, Namur, 1964, *apud* Jean Claude Larchet, *op. cit.*, p. 130; „Mulți dintre dascălii Bisericii consideră că lacomia este imboldul care a pus în mișcare sufletul spre neascultare și trupul spre gustare a ceea ce era oprit prin poruncă divină. Cu aceasta intră păcatul în lume. De aici, din lacomie, s-a desfășurat întreg dezastrul maladiilor spirituale, ea fiind prima zală a lanțului patimilor sau a gândurilor răutății, care îl robeau pe om devastându-i sufletul.” Pr. prof. dr. Sorin Cosma, *Ascetica*, Editura Marineasa, Timișoara, 2003, p. 132.

din „pântece dumnezeul lor” (Filipeni 3, 19). Lacomul, cuprins de această patimă, în loc să se bucure de hrană mulțumindu-I lui Dumnezeu, Care i-a dat-o, și prin ea să se bucure de Dumnezeu, el voiește să se desfăteze cu bucatele, uitând de Dumnezeu, și în loc de a se folosi de mâncare pentru a se înălța la El, face un zid între el și Dumnezeu.

Aducând mulțumire lui Dumnezeu pentru mâncarea pe care i-o dă, omul se sfințește pe sine și funcțiile trupești legate de actul hrănirii, hrănindu-se astfel nu numai cu hrană, ci cu Însuși Dumnezeu, mâncarea devenindu-i un îndoit izvor de viață. În același timp, prin sfințirea hranei se sfințește întregul cosmos, pe care-l unește cu Dumnezeu, așa cum a și voit El de la început, când L-a făcut pe om. Dimpotrivă, lăcomia îl desparte pe om de Dumnezeu, și, în el, pe toate cele create. „Prin pierderea sensului ei spiritual, în reaua folosire pe care i-o dă omul, ea devină pricină a morții, în vreme ce el se amăgește crezând că este cea care-l ține în viață”¹⁰. Această patimă se consideră a fi „stăpânul patimilor”¹¹, „tirana tuturor muritorilor”¹² care dă naștere la nenumărate rele: „curvie, învârtoșarea inimii, lenea, vorba multă, născocirea râsului, glumele, împotrivirea în cuvânt, grumazul țeapăn, neauzirea, nesimțirea, fala, cutezanța, iubirea de podoabe, cărora le urmează rugăciunea întinată și gândurile împrăștiate, dar adeseori și nenorociri deznădăjduite și neașteptate, cărora le urmează, iarăși, deznădejdea, cea mai cumplită dintre toate”¹³.

Această patimă e greu de înlăturat, imposibil chiar, fără ajutorul lui Dumnezeu. Sfântul Ioan Scărarul spune: „Pe mine (lăcomia, *n.n.*) mă războiește, dar nu mă biruiește amintirea păcatelor, mă dușmănește gândul morții. Dar nimic nu mă desființează cu totul din oameni. Cel ce a dobândit pe Mângâietorul se roagă Acestuia împotriva mea. Și Acesta, înduplecat, nu mă lasă să lucrez în chip rodnic. Iar cei ce nu L-au gustat pe Acela cer să

¹⁰ Sfântul Isaac Sirul, *Cuvinte despre nevoiță*, 43, traducere de J. Touraille, Paris, 1981, *apud* Jean Claude Larchet, *op. cit.*, p. 131.

¹¹ Sfântul Ioan Scărarul, Cuvântul XIV, 26, în *Filocalia*, vol. 9, Editura Humanitas, București, p. 199.

¹² *Ibidem*, p. 214.

¹³ *Ibidem*, p. 201, vezi și Sfântul Ioan Casian, *Scrieri alese*, în col. „Părinți și scriitori bisericești” (PSB), nr 57, EIBMBOR, București, 1990, p. 168.

se îndulcească numai decît cu dulceața mea. Pe aceasta o biruiește bărbăția. Și cel ce a biruit-o e vădit că se grăbește spre nepătimire și spre neprihănirea cea mai deplină”¹⁴.

Iar pentru *vindecarea* ei, Sfântul Ioan Casian învață că este nevoie de multă trezvie¹⁵: „să nu-și îngăduie, biruit de ispită, să guste ceva băutură sau mâncare, în afara mesei și înainte de pauză, sau de ora stabilită pentru masa comună, dar nici după terminarea acesteia, să nu-și permită nici o îmbucătură oricât de mică”¹⁶; „de aceea supunem trupul la chinul înfrânării, ca să putem ajunge prin acest post la curăția inimii”; „trebuie aleasă o hrană, care nu numai să potolească clocotul poftei aprinse și să o ațâțe mai puțin”.

Grigore Sinaitul (†1346) sintetizând dreapta socoteală a Părinților, stabilește trei criterii orientative în terapia lăcomiei pântecelui: „Părinții au spus că sunt multe deosebiri între trupuri în privința hranei. Unul are trebuință de puțină, altul de multă hrană pentru ținerea puterii sale firești, fiecare îndestulându-se după puterea și deprinderea sa. Dar cel ce se liniștește trebuie să fie întotdeauna în lipsire, nesăturându-se. Căci îngreunându-se stomacul și tulburându-se prin aceasta mintea, nu mai poate zice rugăciunea cu tărie și curăție. Ci, biruită de somn din pricina abuzului multor mâncări, dorește să doarmă degrabă, din care pricină îi vin în minte în vremea somnului nenumărate năluciri... Trei hotare are mâncarea: *înfrânarea, îndestularea și săturarea*. Înfrânarea stă în a se scula cineva flămând de la masă. Îndestularea, în a mânca atît cît să nu rămână flămând, dar nici să nu se îngreuneze.

¹⁴ *Ibidem*, p. 215.

¹⁵ „Cu ploaia lacrimilor izvorâte din plânsul inimii vom putea stinge cuptorul trupului nostru aprins neconținut de păcatele și patimile... prin harul lui Dumnezeu și prin Duhul Său... clocotul poftelor trupești va putea fi potolit cu totul... cu văzul îndreptat spre virtute, trebuie nu numai să înăbușim orice poftă de mâncare fără de măsură, dar chiar cea trebuincioasă naturii însăși să o primim nu fără o neliniște sufletească, de parcă ar fi potrivnică neprihănirii... în nici un alt chip nu vom putea disprețui plăcerile mâncărilor trupești, decît dacă mintea, pironită în contemplare divină, își va găsi desfătarea mai degrabă în dragostea pentru virtuți și în frumusețea hranei cerești.” Sfântul Ioan Casian, *Scrieri alese*, în col. „Părinți și scriitori bisericești” (PSB), nr. 57, EIBMBOR, București, 1990, p. 172.

¹⁶ *Ibidem*, p. 175.

Săturarea stă în a se îngreuna puțin. Iar, dacă mai mănâncă cineva după ce s-a săturat, a deschis poarta lăcomiei pântecului prin care intră curvia. De aici, și remediul acestei patimi prin aplicarea legii împărătești a dreptei socoteli: Tu, știind aceasta cu de-amănuntul, alege ce este mai bun după puterea ta, neîntrecând hotarele (măsura)¹⁷.

Sfântul Ioan Scărarul numește lăcomia „tirana tuturor muritorilor”.

2. Dependența de mâncare

Întorcându-ne la perspectiva seculară, a mânca mai mult decât ceea ce este necesar este un fenomen obișnuit în țările dezvoltate și care nu ridică probleme, decât în măsura în care are ca și consecință diverse boli asociate. Pentru mulți dintre oameni, masa a devenit un moment de divertisment, de relaționare sau o cale de evadare din fața tulburărilor și solicitărilor vieții cotidiene. În ultimele decenii s-a vorbit mult despre anumite tipuri de alimente cu un mare potențial adictiv¹⁸ (alimentele foarte savuroase¹⁹; deși

¹⁷ *Cuvânt despre mâncare*, în *Filocalia*, vol. 7, EIBMBOR, București, 1977, pp. 193-194.

¹⁸ În ceea ce privește asemănările, specificăm că s-au făcut cercetări, prin rezonanță magnetică, între reacțiile produse asupra creierului de către substanțele adictive (alcool, tabac, cocaină etc.) și cele produse de alimentele foarte apetisante. Investigațiile au demonstrat că, în ambele cazuri, se produce activarea diverselor zone cerebrale relaționate cu recompensa. De asemenea, diferitele experimente pe șobolani arată că aceștia dezvoltă simptome de comportament și modificări neurochimice, care sunt comparabile cu consumul de droguri, atunci când aceștia au acces intermitent la zahăr și hrană. Cf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3207274/> (accesat pe 2 martie 2017).

Alte asemănări au legătură cu ceea ce ne spune DSM IV Tr (Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mentale): „Elementul esențial al dependenței de o substanță îl constituie un grup de simptome cognitive, comportamentale și fiziologice, indicând că individul continuă uzul substanței în disprețul unor probleme importante în legătură cu substanța. Există un pattern de autoadministrare repetată, care duce de regulă la toleranță, abstenență și la un comportament de luare compulsivă a drogului... Simptomele de dependență sunt similare în raport cu diversele categorii de substanțe, însă pentru anumite clase unele simptome sunt mai puțin evidente, iar în câteva cazuri nu toate simptomele sunt prezente. Deși nu este menționată ca atare drept un item, criteriu, „dorința ardentă” (*craving*) (o impulsivitate subiectivă puternică de a face uz de o substanță) este posibil să fie experimentată de cei mai mulți indivizi cu

s-au observat similitudini între mecanismele neurologice implicate în adicții și consumul diferitelor alimente, până în 2015 conceptul de „dependență de mâncare” nu era recunoscut oficial²⁰)

dependență de o substanță (dacă nu de toți). Dependența este definită ca un grup de trei sau mai multe dintre simptomele menționate mai jos, survenind oricând în cursul aceleiași perioade de 12 luni.

Criteriile pentru Dependența de o Substanță: „Un pattern dezadaptativ de uz de o substanță care duce la deteriorare sau detresă semnificativă clinic manifestată prin trei sau mai multe din următoarele și care survin oricând în cursul aceleiași perioade de 12 luni:

1. toleranță, așa cum este definită de oricare dintre următoarele:

a) necesitatea de cantități considerabil crescute de substanță pentru a ajunge la intoxicație sau la efectul dorit;

b) efect redus considerabil prin continuarea uzului aceleiași cantități de substanță;

2. abstinență, manifestată prin oricare dintre următoarele:

a) sindromul de abstinență caracteristic substanței (se referă la criteriile A și B ale setului de criterii pentru abstinența de substanțele specifice);

b) aceeași substanță (sau o substanță strâns înrudită) este luată pentru a ușura sau evita simptomele de abstinență;

3. substanța este luată adesea în cantități mai mari sau o perioadă mai lungă de timp decât era preconizat;

4. există o dorință persistentă sau eforturi infructuoase de a suprima sau controla uzul de substanță;

5. o mare parte a timpului este risipită în activități necesare obținerii substanței (de exemplu vizitarea mai multor doctori sau condus pe distanțe mari), uzului substanței (de exemplu fumatul în lanț) sau recuperării din efectele acesteia.

6. activități sociale, profesionale sau recreative sunt abandonate sau reduse din cauza uzului de substanță;

7. uzul de substanță este continuat în disprețul faptului că știe că are o problemă somatică sau psihologică, persistentă sau recurentă, care este posibil să fi fost cauzată sau exacerbată de substanță (de exemplu uz curent de cocaină deși știe că aceasta induce depresie sau băut continuu deși știe că un ulcer este agravat de consumul de alcool).

Cf. *DSM IV*, text revizuit, Editura Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2003, p. 197.

¹⁹ „Chiar dacă pentru unii autori alimentele nu pot fi considerate substanțe generatoare de adicții, sunt destule dovezi care atestă contrariul – așa cum s-a dovedit pe șobolani efectul adictiv al zaharozei.” L. Rojo-Moreno (și colab.), *Adicción a la restricción en trastornos alimentarios. Desarrollo del Cuestionario Valencia de Adicción a la Restricción y estudio caso-control*, în „Revista de Patología Dual”, p. 2.

²⁰ Aguera Zaida, I. Wolz, I.M. Sanchez, Anne Sauvaget, *Adicción a la comida: Un constructo controvertido*, en la „Cuaderno de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace. Revista Iberoamericana de Psicosomática”, Madrid, p. 18.

și tulburările de comportament alimentar (cum ar fi anorexia nervoasă, bulimia nervoasă și tulburarea de alimentație compulsivă).

Conceptul de „dependență de mâncare” a fost folosit pentru prima dată în 1956 de Dr. Theron Randolph²¹ (cercetător alergolog din SUA, care a studiat și alergiile alimentare²²). „Dependența de mâncare” a fost definită ca fiind o boală cronică și recurentă a creierului, care se caracterizează prin căutarea și consumul compulsiv al anumitor alimente (de exemplu a celor cu un conținut mare de zahăr și grăsimi; mâncarea devenind axul central al vieții²³), care creează obezitate și diverse boli.

3. Creierul, apetitul și sațietatea

Creierul este considerat unitatea centrală de control a întregului organism. Funcția sa este de a controla activitatea organelor din corp, având ca bază o uriașă cantitate de informație, care ajunge la el neîntrerupt, prin toate semnalele chimice și fizice. Din punct de vedere emoțional, creierul are un rol foarte important (punct de vedere la care vom face referire de multe ori pe parcursul lucrării noastre). Prezentăm pe scurt câteva caracteristici pe care este nevoie să le cunoaștem: consumul mare de energie²⁴ și complexitatea²⁵.

²¹ *Ibidem.*

²² https://en.wikipedia.org/wiki/Theron_Randolph (accesat pe 2 martie 2017).

²³ Manuel Alvarez Romero, *Adicciones psicológicas perspectiva pricosomática*, în „Revista Psiquiatría”, 2011, <http://hdl.handle.net/10401/4349>, p. 12 (accesat pe 2 martie 2017); Dr. José A. García del Castillo, *Adicciones tecnológicas: el auge de las redes sociales*, în „Health and Addictions”, 2013, vol. 13, nr. 1, p. 7; vezi și Lurence J. Nolan, *Is it time to consider the „food use disorder?”*, în „Appetite”, 2017, nr. 1-3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2017.01.029>, p. 1 (accesat pe 2 martie 2017).

²⁴ Având în vedere rolul lui important, necesarul de energie este foarte mare. De aceea se consideră că, în timpul copilăriei, perioada în care se produc cu mare intensitate noi interconexiuni neuronale și se dezvoltă creierul, consumul de energie ar putea ajunge la 40% din consumul total necesar corpului, ajungând ca la vârsta adultă să consume între 20-30%. Cf. <http://www.psychclinic.ro/Regimul%20alimentar%20si%20tulburarile%20psihice.html> (accesat pe 2 martie 2017), Luis Jimenez, *El Cerebro Obeso*, noviembre 2014, Edición digital (version Kindle), pp. 14-17.

²⁵ Creierul conține mai mult de 80 de miliarde de neuroni (neuronul este alcătuit dintr-un corp celular, cu diametrul de 70 micrometri și prelungiri neuronale –

Hipotalamusul, ca și structură cerebrală implicată în gestionarea alimentației, este situat la baza creierului, poziționat în partea ventrală (inferioară) a diencefalului²⁶, chiar sub talamus și deasupra glandei hipofize²⁷. În ciuda dimensiunii sale mici (la adulți, dimensiunea medie e similară cu cea a unei alune) are o mulțime de roluri. În principiu, această porțiune a creierului controlează temperatura corpului, senzațiile de foame, sete și oboseală, ciclul circadian, dar are un rol important și în procesul de homeostază, în metabolismul glucidelor și al grăsimilor, în reglarea unor funcții

dendritele și axonul. Dendritele sunt foarte ramificate, iar axonul, care este foarte lung, poate atinge aproape un metru. Axonul se ramifică în porțiunea terminală, ultimele ramificații fiind butonate (butoni terminali), aceștia conținând, printre alte componente, și vezicule în care este stocată o substanță numită mediator chimic. Legătura dintre neuroni se realizează prin sinapse (din *syn.* – greacă, „a reuni”; un neuron poate stabili între 1.000 și 10.000 de sinapse, putând fi stimulat, la rândul său, de un număr egal de alți neuroni). Acestea sunt formațiuni structurale specializate, care se realizează între axonul neuronului presinaptic (neuronul care transmite impulsurile către sinapsă) și dendritele sau corpul celular al neuronului postsinaptic (neuronul care transmite semnalul electric de la sinapsă). Legătura interneuronală se face între segmentul presinaptic reprezentat de butonul terminal al axonului și segmentul postsinaptic, reprezentat de o zonă mică din membrana neuronului postsinaptic pe care se aplică butonul terminal. Cele două segmente sinaptice sunt separate printr-un spațiu sinaptic. Deci legătura dintre neuroni nu se face prin contact direct, ci este mediată chimic, prin eliberarea mediatorului în fanta sinaptică mediator numit neurotransmițător (substanță chimică eliberată la nivelul terminațiilor nervoase presinaptice și care se fixează pe situsuri receptoare specifice de la nivelul neuronilor postsinaptici). Dendritele unui neuron dețin receptori specifici neurotransmițătorilor.

O clasificare a neurotransmițătorilor îi grupează astfel: 1. Amine (Neuroamine): Acetilcolina, Dopamina, Noradrenalina, Adrenalina, Serotonina, Histamina; 2. Aminoacizi (Neuroaminoacizi): Glicina, Acid glutamic, Acid aspartic, Acid gamaaminobutiric (GABA); 3. Neuropeptide: Tachikinine (substanța P, neurokinine), Peptide opiacee (Endorfine, Enkefaline - Met-enkefaline, Leu-enkefaline, Dismorfine). Cf. *Neuronul*, http://www.bio.unibuc.ro/pdf/Masterat_2014/Neurobiologie.pdf, pp. 52-54 (accesat pe 1 martie 2017), și *Introducere în sistemul nervos*, http://cis01.central.ucv.ro/educatie_fizica-kineto/pdf/studenti/cursuri%20master/note_curs_nervos.pdf, pp. 1-7 (accesat pe 1 martie 2017).

²⁶ *Diencefal* – „regiune centrală a creierului, acoperită și mascată de cele două emisfere cerebrale, care se unesc de fiecare parte”. *Dicționar de Medicină Larousse*, Editura Univers Enciclopedic, București, 1998, p. 187.

²⁷ *Ibidem*, p. 315; *Neuroanatomie*, Seres Sturm Ludovic, University Press (Universitatea de Medicină și Farmacie), Târgu Mureș, 2006, p. 95.

gastro-intestinale, reglarea tensiunii arteriale, și a funcțiilor sexuale, reglarea emoției și a altor funcții psihice²⁸.

Una dintre funcțiile esențiale ale acestuia este cea de menținere constantă a temperaturii organismului, independentă de temperatura mediului exterior. De asemenea, este responsabil cu structurarea ritmului circadian²⁹. Funcția hipotalamusului, care ne interesează cel mai mult acum, este ceea ce am putea-o numi moderator energetic, pentru că el este cel care controlează ingestia de alimente, pentru a se asigura necesarul energetic, menținând un echilibru numit „homeostazie”³⁰. Astfel înțelegem cum această structură

²⁸ *Curs de Neurologie*, Rodica Bălașa și Ion Pascu, Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu Mureș, University Press, Târgu Mureș, 2006, pp. 73-77. Printre stimulii la care hipotalamusul răspunde enumerăm: „lumina, factor determinant pentru ciclul circadian; diferiți stimuli olfactivi (feromonii pot fi un exemplu); informații trimise de inimă, stomac și de sistemul reproductiv; temperatura exterioară; stresul; diferite microorganisme care ajung în corp. Printre hormonii secretați de această parte a creierului sunt: *oxitocina* – hormon peptidic cu rol în dilatarea colului uterin și în provocarea secreției de lapte; dopamina; vasopresina – numit și hormonul antidiuretic, ce stimulează rinichii să conserve apa și, de asemenea, are un rol important în homeostazie”. Cf. <http://www.medicina101.com/hipotalamus-localizare-definitie-si-roluri/> (accesat pe 1 martie 2017).

²⁹ „Ritmul circadian reprezintă ciclul de aproximativ 24 de ore care are loc la nivel fizic, mental și comportamental, ca răspuns al organismului la alternanța lumina-întuneric din mediul înconjurător. Ritmul circadian este legat de rotația pe care Pământul o face în jurul axei sale pe parcursul a 24 de ore. Multe funcții ale organismului au un ritm circadian, de la ciclul somn – stare de veghe, până la semnele vitale ale corpului. Pe măsură ce știința devine din ce în ce mai exactă în măsurătorile pe care le face, din ce în ce mai multe ritmuri circadiene sunt recunoscute; astfel, s-a descoperit recent că până și creșterea oaselor are loc după un ritm circadian. Ritmul circadian are un rol important asupra ciclului somn – stare de veghe, temperatura corpului, producția de hormoni, foame etc. Totodată, afectarea ritmului circadian poate avea un impact negativ asupra stării de sănătate și stării de bine generale a organismului, putând duce la tulburări ale somnului, obezitate, depresie, diabet etc.” Cf. <http://anatomie.ro-medic.ro/ritmul-circadian> (accesat pe 24 februarie 2017), https://www.nigms.nih.gov/education/pages/factsheet_circadianrhythms.aspx (accesat pe 24 februarie 2017).

³⁰ „Primele teorii despre homeostazie sau al echilibrului de energie erau simple. Una dintre ele vorbea de modelul glucostatic, care arăta că cea care realiza acest lucru era concentrația de glucoză din sânge. Dacă nivelul de glucoză era scăzut, hipotalamusul ar fi detectat aceasta și ne-ar fi transmis senzația de foame; dacă era mare ne-ar fi transmis sațietatea. Un alt model propus ar fi cel numit model lipostatic, legat de nivelul de lipide. Studiile realizate pe animalele de laborator au confirmat că acest model este mai precis decât cel glucostatic, dat totuși prea elementar.” Luis Jimenez, *op. cit.*, pp. 32-33.

cerebrală știe cu mare precizie când și cât să mâncăm. Disfuncționalitățile hipotalamusului ar putea determina transmiterea în mod eronat a mesajelor referitoare la senzațiile de foame și sațietate³¹. Există dovezi care atestă faptul că nivelul scăzut de serotonină la nivel cerebral joacă un rol central în consumul compulsiv de hrană³².

Procesul începe cu semnalele transmise prin simțuri – văz, miros –, care captează prezența alimentelor și a căror caracteristici sunt trimise la creier, care procesează informația în direcția luării unei decizii. Odată ajunse în gură, gustul și textura sunt preluate de senzorii din interiorul acesteia, precum și cei din nas, care generează semnale ce vor fi trimise la creier, la lobul frontal situat chiar deasupra ochilor. În această parte, care interacționează cu hipotalamusul în mod continuu, sunt interpretate diversele arome

³¹ Pofta de mâncare este reglată de centrii nervoși ai foamei localizați în hipotalamus (structură cerebrală situată sub talamus). Hormonii din sistemul digestiv responsabili cu reglarea apetitului sunt: *grelina*, produsă de stomac și intestinul subțire, care în absența alimentelor în sistemul digestiv, stimulează apetitul; *peptidele YY* sunt secretate de ileon și colon ca răspuns la prezența alimentelor în tractul digestiv, inhibând astfel apetitul. Balanța ponderală și energetică este dependentă de centrul ponderostatic din hipotalamus, ce asigură echilibrul dintre depunerea de rezerve adipoase și mobilizarea din această rezervă. În cadrul ponderostatului, se găsesc zonele de integrație primară ale alimentației: centrul foamei și centrul sațietății. Centrul foamei este situat în hipotalamusul lateral. Distrugerea lui determină lipsa completă a senzației de foame și afagie. Centrul sațietății se găsește în hipotalamusul medial, nucleul ventro-median. Distrugerea acestui centru face să dispară senzația de sațietate, ceea ce determină o continuă ingestie de hrană (bulimie), ducând la obezitate hipostatică. Starea de excitație în acest centru induce hipofagie, din cauza instalării rapide, la mici cantități de hrană, a senzației de sațietate. Studiile pe animalele de laborator au dovedit că leziunile hipotalamusului pot determina exces de ingestie – hiperfagie, sau scăderea ingestiei – hipofagia, în funcție de zona care este afectată. Cf. <http://www.psihiatrie-timisoara.ro/material/hipotalamusul.pdf> (accesat pe 24 februarie 2017); <http://anatomie.romedic.ro/sistemul-digestiv> (accesat pe 24 februarie 2017); Mona Vintilă, Compendiu de Neuropsihologie, ediția a V-a, Universitatea de Vest Timișoara, Timișoara 2009, p. 17; *Fisiologia del appetito*, <http://www.dietasmatematicas.es/parametros/apetito01.htm> (accesat pe 24 februarie 2017); Daniel M. Blumenthal, Mark S. Gold, *Neurobiology of food addiction*, pp. 360-363, DOI:10.1097/MCO.0b013e32833ad4d4 (accesat pe 24 februarie 2017).

³² http://www.sfatulmedicului.ro/Psihologie-si-psihoterapie/mancatul-compulsiv_13394 (accesat pe 24 februarie 2017).

și posibilele gusturi pe care le putem identifica. După aceasta, în timpul procesului de digestie, sunt generate diverse semnale și fluxuri hormonale, care ajung la creier prin intermediul sistemului circulator și nervos³³.

4. Motivele consumului de alimente

În 2013, experți de la Universitatea din Alabama au elaborat un instrument de evaluare pentru a ilustra motivele pentru care se consumă alimentele gustoase. Autorii s-au focalizat pe alimentele care sunt considerate cele mai căutate și aducătoare de satisfacție: dulciuri (ciocolată, biscuiți, caramele, înghețată etc.), gustări și *fast food* (hamburgeri, pizza, cartofi prăjiți etc.) și băuturi cu zahăr (băuturi răcoritoare, sucuri etc.)³⁴. La fel ca și drogurile³⁵, alimentele

³³ Luis Jimenez, *op. cit.*, pp. 34-43.

³⁴ Chestionarul includea o listă cu motivele cele mai frecvent identificate: „1. Pentru a uita de griji; 2. Pentru că le consumă și prietenii tăi; 3. Pentru că te ajută să savurezi mai mult o sărbătoare; 4. Pentru că te ajută când te simți deprimat și nervos; 5. Pentru a fi sociabil; 6. Pentru a te anima; 7. Pentru că îți plac senzațiile; 8. Pentru ca alții să nu facă glume pe seama ta că nu le mănânci; 9. Pentru că este emoționant; 10. Pentru a obține senzații; 11. Pentru a face mai amuzante reuniunile; 12. Pentru a te simți integrat în grup; 13. Pentru că oferă senzație de plăcere; 14. Pentru că îmbunătățește sărbătorile și festivitățile; 15. Pentru că oferă încredere în tine însuși; 16. Pentru a sărbători ocaziile speciale cu prietenii; 17. Pentru a uita de probleme; 18. Pentru că este amuzant; 19. Pentru mulțumire; 20. Pentru a nu se simți exclus.” După cum putem observa, nu există nici un singur motiv relaționat cu echilibrul energetic de care am vorbit mai sus, nici cu nevoia de hrănire, dar apare o alimentare din *motive emoționale, sociale și psihologice*. *Ibidem*, pp. 53-56.

³⁵ S-ar crede că alimentele nu pot fi considerate substanțe generatoare de adicții, există însă suficiente dovezi în sens opus, cum ar fi de exemplu zaharoza, ale cărei capacități adictive s-au descoperit pe șoareci. *Revista de Patologia Dual*, 2014; 1 (1):4; <http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.01.4> (accesat pe 24 februarie 2017). Alte experimente au demonstrat că unele alimente, în special cele care sunt foarte gustoase și cele bogate în sare, zahăr și grăsimi, activează aceiași centri ai recompensei și plăcerii din creier, la fel ca și drogurile (precum cocaina și heroina). Ph.D. Steven T. Griggs, *La psicología de Todas las Adicciones*, ediție digitală Kindle, septembrie 2016, loc 725; unii autori folosesc termenul *carboholici*, desemnând prin acesta persoanele dependente de alimentele bogate în carbohidrați, fiind asemănaute cu alcoolicii. Enrique Gonzáles Duro, *El riesgo de vivir. Las nuevas adicciones del siglo XXI*, Ediciones Temas de Hoy, Madrid, 2005, pp. 169-171.

foarte apetisante cresc nivelul substanțelor chimice (ca de exemplu dopamina) care dau senzația de plăcere.

În urma aplicării acestui instrument, s-a putut constata că mâncarea este consumată și din alte motive decât pentru completarea nivelului energetic și hrănire. Este consumată și pentru plăcere, iar această plăcere o găsim implicată în așa numitul mecanism de recompensă³⁶. Odată ce persoanele experimentează senzație de plăcere, asociată cu creșterea nivelului de dopamină în circuitul de recompensă al creierului, nevoia de a consuma astfel de alimente crește tot mai mult.

Semnalele de recompensă transmise în urma consumării alimentelor foarte apetisante pot anula semnalele de sațietate, iar, ca urmare, persoana dependentă va mânca chiar și atunci când nu îi este foame³⁷.

Astfel, în fața consumului unui aliment apare:

Nevoia de stabilizare energetică – energie (nevoie), în funcție de datele procesate de hipotalamus;

Mecanismul de recompensă – dorință (plăcere), în funcție de senzațiile produse de alimentul prezent (gust, miros, aspect);

Procesul decizional – rațiune (decizie), realizat de creierul prefrontal, care este interconectat cu alte zone ale creierului, în special cu memoria, analizând pro și contra, în funcție de toate informațiile deținute – educația nutrițională, obiectivele, ideile și principiile personale³⁸.

5. Tulburări de comportament alimentar

Având în vedere că cel puțin 30 de milioane de persoane de toate vârstele suferă de tulburări de comportament alimentar în

³⁶ Mecanismul de recompensă se referă la senzația de plăcere sau de motivare pozitivă, care se percepe ca și răspuns la o acțiune sau un anumit comportament. Zonele cerebrale implicate în acest mecanism sunt interconectate, formând așa numitul „circuit de recompensă”. În ceea ce privește alimentația, în marea majoritate, aceste zone sunt situate în apropierea hipotalamusului, principalul neurotransmițător implicat este dopamina, iar principalele alimente care stimulează acest neurotransmițător sunt zahărul și grăsimea.

³⁷ <https://www.adiccion.co/adiccion-a-la-comida.html>, p. 1 (accesat pe 18.01.2017).

³⁸ Luis Jimenez, *op. cit.*, pp. 58-72.

SUA³⁹, că, la fiecare 62 de minute, cel puțin o persoană moare ca rezultat direct al unei tulburări de comportament alimentar⁴⁰ și că tulburările alimentare au cea mai mare rată de mortalitate în rândul oricărei boli mentale⁴¹, se impune cu mare necesitate studierea lor. În acest subcapitol ne vom referi doar la două dintre acestea: tulburarea de alimentație compulsivă (TAC) și ortorexia.

a. Tulburarea de alimentație compulsivă (TAC)⁴²

Ne vom folosi de DSM V⁴³, pentru a prezenta caracteristicile acestei tulburări.

³⁹ J.I. Hudson, E. Hiripi, H.G. Pope, R.C. Kessler, *The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication*, în „Biological Psychiatry”, 61(3), 2007, pp. 348–358; D. Le Grange, S.A. Swanson, S.J. Crow, K.R. Merikangas, *Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population*, în „International Journal of Eating Disorders”, 45(5), 2012, pp. 711-718.

⁴⁰ *Eating Disorders Coalition, Facts About Eating Disorders: What The Research Shows*, http://eatingdisorderscoalition.org.s208556.gridserver.com/couch/uploads/file/fact-sheet_2016.pdf (accesat pe 18.01.2017).

⁴¹ F.E. Smink, D. van Hoeken, H.W. Hoek, *Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates*, în „Current Psychiatry Reports”, 14(4), 2012, pp. 406-414.

⁴² Compulsie – (engl. *Compulsion*) – „tendință interioară imperativă, care îl determină pe un subiect să îndeplinească o anumită acțiune sau să se gândească la o anumită idee, în timp ce o reprobă și și-o interzice pe plan conștient. În pofida caracterului ei irezistibil, subiectul poate lupta contra acestei tendințe, a cărei neexecutare este pentru dânsul generatoare de angoasă. Uneori i se întâmplă să nu treacă la act sau să-l transforme în ritualuri repetitive inofensive.” *Larrouse, Dicționar de psihiatrie și psihopatologie clinică*, Editura Univers Enciclopedic, București, 1998, p. 130.

- trastorno de atracónes (termen folosit în DSM V, Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5^ª, Impreso en España, Madrid, 2014, p. 350; cuvânt definit de dicționarul Academiei Regale Spaniole m. *Atracón - Exceso en una actividad cualquiera, exces al unei activități*, sursa <http://dle.rae.es/?id=4JFmKUG>); *binge eating disorder*, engl - tulburare de exces al consumului de alimente, mâncat compulsiv (<http://ro.bab.la/dictionar/romana-engleza/exces-al-consumului-de-alimente>; Dr A. Copcea <http://www.nutritionistcluj.ro/boli-metabolice-diabet-cluj-obezitate/i-8-tulburarile-de-comportament-alimentar/anorexie-bulimie-si-binge-eating/> (accesate pe 4 martie 2017).

⁴³ *DSM-5, Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*, ediția a 5-a, (APA, American Psychiatric Association, Publishing), Editura Medicală Callisto, București, 2016, pp. 350-53; vezi și Gloria Arenson, *Una sustancia llamada comida. Cómo entender, controlar y superar la adicción a la comida*, Madrid, 1991, pp. 36-50.

Criterii de diagnostic:

„Elementul esențial îl constituie *episoadele de supraalimentație excesivă*, care trebuie să apară în medie cel puțin o dată pe săptămână, timp de 3 luni. (...) Un episod de alimentație compulsivă nu trebuie neapărat să se limiteze la aceeași locație. De exemplu, un individ poate începe un episod de alimentație compulsivă într-un restaurant și apoi să continue ingestia de alimente când ajunge acasă. Gustările frecvente, pe tot parcursul zilei, constând în cantități mic de alimente, nu vor fi considerate alimentație compulsivă. Episodul trebuie să fie însoțit de o senzație de lipsă de control, pentru a fi considerat alimentație compulsivă. Un indicator al lipsei de control este incapacitatea individului de a se abține de la ingestia de alimente sau de a opri ingestia odată începută. Tipul de alimente consumate în timpul acestor episoade variază de la un individ la altul, dar și la aceeași persoană. Alimentația compulsivă pare a fi caracterizată, mai degrabă, printr-o anomalie a cantității de alimente consumate, decât prin dorința imperioasă pentru un anumit aliment”.

DSM V arată, în continuare:

Un episod al acestei tulburări se caracterizează prin următoarele:

- ingerarea într-o anumită perioadă scurtă de timp (de ex., în decursul unei perioade de două ore), a unei cantități de alimente care depășește cu mult cantitatea pe care majoritatea indivizilor ar consuma-o în aceeași perioadă de timp și în aceleași circumstanțe;
- senzația de lipsă de control asupra aportului alimentar în timpul acestui episod (individul are sentimentul că nu se poate opri din mâncat sau că nu poate controla timpul de alimente ingerate sau cantitatea lor).

Episoadele acestei tulburări se asociază cu trei sau mai multe dintre următoarele:

1. Consum mult mai rapid decât în mod normal:

- A mânca până la senzația de plenitudine neconfortabilă;
- Ingeră cantități mari de alimente, fără să simtă senzația de foame;
- Individul mănâncă de unul singur, din cauza sentimentelor de jenă legate de cantitatea mare de alimente consumate.

2. După episoadele de supraalimentare are sentimente de dezgust față de propria persoană, de deprimare sau de vinovăție intensă.

3. Stres marcat, legat de episodul de alimentare compulsivă.

4. Episoadele de alimentare compulsivă au loc în medie cel puțin o dată pe săptămână, timp de minim trei luni.

5. Alimentația compulsivă nu se asociază cu comportamente compensatorii inadecvate recurente, ca în bulimia nervoasă, și nu apare exclusiv în cursul bulimiei nervoase sau anorexiei nervoase.⁴⁴

Gradul de gravitate. Severitatea se bazează pe frecvența episoadelor, astfel: Ușoară: 1-3 episoade pe săptămână; Moderată: 4-7 episoade pe săptămână; Severă: 8-13 episoade pe săptămână; Extremă: 14 sau mai multe episoade pe săptămână.

Evoluție

DSM precizează că „există puține date despre evoluția acestei tulburări. Atât alimentația compulsivă, cât și alimentația necontrolată, dar fără consum excesiv obiectiv, apar la copii și se asociază cu exces de țesut adipos, creștere în greutate și amplificarea simptomelor psihologice. Aportul alimentar excesiv este frecvent la adolescenți și la tineri. Mulți indivizi cu tulburare de alimentație compulsivă ajung să țină diete alimentare restrictive (spre deosebire de bulimia nervoasă, în care dieta disfuncțională precede de obicei debutul mâncatului compulsiv). TAC debutează mai ales în adolescență sau la adultul tânăr, dar poate să apară și mai târziu. TAC pare să fie relativ persistentă, având evoluție comparabilă cu cea a bulimiei nervoase în ceea ce privește severitatea și durata.”

Cauze: starea afectivă negativă, factorii de stres interpersonal; dietele restrictive; sentimentele negative legate de greutatea corporală, de aspectul fizic, plictiseala.

Factori de risc: Factorii genetici se consideră a avea influență în privința transmiterii acestei tulburări.

⁴⁴ „Elemente care susțin diagnosticul: apare la persoane normoponderale, supraponderale sau obeze; este diferită de obezitate; majoritatea persoanelor obeze nu adoptă comportamente de alimentație compulsivă. În studiile pe tema comportamentului alimentar realizate în laborator, comparativ cu indivizii obezi fără tulburare de alimentație compulsivă, persoanele de aceeași greutate care au această tulburare consumă mai multe calorii... calitate mai scăzută a vieții, nivel crescut de stres și mai multe comorbidități psihiatrice.” *DSM V*, p. 351.

- cel puțin 30 de milioane de persoane de toate vârstele suferă de tulburări de comportament alimentar în SUA⁴⁵;
- la fiecare 62 de minute, cel puțin o persoană moare ca rezultat direct al unei tulburări de comportament alimentar⁴⁶;
- tulburările alimentare au cea mai mare rată de mortalitate în rândul oricărei boli mentale⁴⁷.

b. Ortorexia sau „minte bolnavă în trup sănătos”

Termenul de „ortorexie” a fost folosit prima oară în 1997 de medicul american Steven Bratman din Colorado, medic specialist în tulburări de alimentație. Denumirea are la bază termeni grecești *orthos* – „corect, drept” și *orexia* – „apetit” și face referire la modalitatea de „fixare” obsesivă față de acest mod de percepție a comportamentului alimentar. Cu toate că ortorexia câștigă din ce în ce mai multă atenție în rândul comunității de psihiatrie, aceasta nu este recunoscută oficial ca fiind o tulburare de alimentație⁴⁸.

Tulburarea aceasta consistă în dependența față de alimentația sănătoasă sau echilibrată. Poate începe de la o atitudine echilibrată față de consumul alimentelor sănătoase pentru scăderea în greutate sau îmbunătățirea sănătății. Ortorexia prezintă similitudini cu anorexia și bulimia, toate cele trei tulburări dând o mare importanță mâncării. În timp ce anorexia și bulimia se centrează pe cantitatea acesteia, ortorexia se centrează pe calitate.

Criterii de diagnosticare:

- atitudini de superioritate față de cei care nu respectă aceleași obiceiuri alimentare;

⁴⁵ J.I. Hudson, E. Hiripi, H.G. Pope, R.C. Kessler, *The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication*, în „Biological Psychiatry”, 61(3), 2007, pp. 348–358; D. Le Grange, S.A. Swanson, S.J. Crow, K.R. Merikangas, *Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population*, în „International Journal of Eating Disorders”, 45(5), 2012, pp. 711-718.

⁴⁶ *Eating Disorders Coalition. Facts About Eating Disorders: What The Research Shows*, 2016, http://eatingdisorderscoalition.org.s208556.gridserver.com/couch/uploads/file/fact-sheet_2016.pdf (accesat pe 18.01.2017).

⁴⁷ F.E. Smink, D. van Hoeken, H.W. Hoek, *Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates*, în „Current Psychiatry Reports”, 14 (4), 2012, pp. 406-414.

⁴⁸ http://www.sfatulmedicului.ro/Bulimie-si-anorexie--tulburari-de-alimentatie/ortorexia-dependenta-de-alimentatia-sanatoasaortorexia-dependenta-de-ali_7751 (accesat pe 3 martie 2017).

- toată semnificația vieții lor se învâрте obsesiv în jurul mâncării „sănătoase”;
- dedicarea a mai mult de 3 ore pe zi gândului la dieta personală;
- preocupare excesivă pentru calitatea mâncării, în detrimentul gustului și nevoii de alimentație;
- sentimente de vinovăție când nu își împlinesc convingerile dietetice;
- planificare excesivă în privința mâncării din zile, săptămânile și lunile următoare;
- izolare socială provocată de stilul de alimentație;
- creșterea calității dietelor, în timp ce scade calitatea vieții;
- abandonează activitățile cotidiene pentru a menține o dietă sănătoasă;
- devine tot mai rigid cu obiceiurile sale alimentare, ceea ce îi produce o mare plăcere;
- creșterea stimei de sine, ca urmare a respectării unei diete corecte;
- obsesii legate de felul de preparare a alimentelor și a vaselor folosite;
- sentiment de vinovăție sau „păcat”, când renunță la dieta personală; stima de sine este foarte legată de ceea ce mănâncă;
- dieta se poate transforma într-o adevărată „religie”, ajungându-se chiar la încercări de prozelitism;
- căutarea unor „ritualuri”: numărul de mestecări necesare, minute alocate preparării⁴⁹ etc.

Cauze, factori de risc, consecințe:

Printre cauze amintim:

- iluzia unei siguranțe totale. Persoanele cu această tulburare au falsa credință că pot preveni orice fel de boală doar prin simplul fapt de a avea o dietă sănătoasă;
- dorința de a controla toate;
- căutarea unei spiritualități dincolo de bucătărie;

⁴⁹ Dr. Antonio Viallarino Marin, *Trastornos de la conducta alimentaria. No todo es anorexia y bulimia*, în *Controversias sobre los trastornos alimentarios*, Madrid, 2012, pp. 34-36; Elena Velázquez Canales (Nutricionista), María José Canales García (Psicóloga Clínica), *Ortorexia*, <http://www.vnutritionconsulting.com/files/Ortorexia.pdf>, pp. 9-10 (accesat pe 3 martie 2017).

- stima de sine scăzută;
- dorința de a utiliza mâncarea pentru a-și crea propria identitate;
- evitarea problemelor și fuga de propriile frici⁵⁰.

Factori de risc:

- Persoane foarte stricte cu sine și cu ceilalți;
- Comportamente obsesiv-compulsive⁵¹ și predispoziție genetică la acestea;
- Grupuri vulnerabile (cum ar fi: femei, adolescenți, sportivi), care au o preocupare excesivă asupra imaginii corporale.

Consecințe:

- Malnutriție, anemie, hipovitaminoză, hipotensiune, osteoporoză, intoleranțe alimentare. În fazele mai avansate ale tulburării, lipsa de vitamina B12 provoacă alterări de comportament, care poate accentua obsesia⁵².

Tratamentul ortorexiei:

Datele deținute de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), arată că ortorexia afectează 28% din populația lumii, 6,9% dintre ei fac parte din populație, în general, iar 57,8% dintre profesioniști, ca, de exemplu, studenții la medicină, antrenori, nutriționiști etc.⁵³. Se consideră că recuperarea din această tulburare este foarte dificilă, fiind nevoie uneori de o perioadă mare de timp ca persoana în cauză să ajungă să aibă o alimentație fără norme rigide.

⁵⁰ <http://www.cepvi.com/index.php/psicologia/articulos/que-es-la-ortorexia-nerviosa?start=1> (accesat pe 3 martie 2017).

⁵¹ „Tulburarea obsesiv-compulsivă este caracterizată de obsesii (idei, gânduri, impulsuri sau imagini persistente, care sunt experimentate ca intrusive sau inadecvate și care cauzează anxietate sau detresă marcată) și compulsii (comportamente repetitive sau acte mentale, al căror scop este acela de a preveni sau reduce anxietatea sau detresa și nu cel de obținere a plăcerii sau a gratificării). Caracterul intrusiv și inadecvat al obsesiilor se referă la faptul că acestea, din perspectiva conținutului lor, îi sunt străine individului, nu se află sub controlul său și nu și le dorește. Însă individul este capabil să recunoască faptul că obsesiile sunt produsul propriei sale minți și nu sunt impuse din afară (ca inserția de gânduri).” <http://www.umfcv.ro/ccop-tulburarea-obsesiv-compulsiva> (accesat pe 3 martie 2017).

⁵² Dr. Antonio Viallarino Marin, *Trastornos de la conducta alimentaria. No todo es anorexia y bulimia*, în *Controversias sobre los trastornos alimentarios*, Madrid, 2012, p. 36.

⁵³ <https://www.reporterismoumh.org/ortorexia-mentes-enfermas-en-cuerposanos/> (accesat pe 3 martie 2017).

Primul pas pentru recuperare este acceptarea faptului că există o obsesie pentru mâncare⁵⁴. Chiar dacă s-ar părea că este un pas neînsemnat, acesta este foarte important, deoarece este începutul absolut necesar pentru a putea demara recuperarea. Este nevoie ca persoana să fie învățată cum să mănânce normal, fără a se gândi în mod obsesiv la ceea ce mănâncă. Pentru un ortorexic nu este deloc ușor să se relaxeze atunci când este vorba de calitatea mâncării. Căutarea reobișnuirii organismului, într-o formă treptată, printr-o alimentație echilibrată, cu necesarul nutrițional care corespunde vârstei, genului, și altor specificități personale. În paralel se recomandă tratament psihoterapeutic, prin care pacientul să fie învățat cum să gestioneze emoțiile negative care l-ar putea reorienta spre această tulburare.

Prevenție și tratament

În ceea ce privește dependența de mâncare, până în momentul prezent există puține instrumente specifice pentru măsurarea acesteia. Putem găsi diferite chestionare pentru a evalua procesele bazice întâlnite (cum ar fi, de exemplu, *craving*-ul – *setea nestăpânită*, un element esențial care poate fi regăsit în fiecare dependență⁵⁵) și care sunt mai cunoscute⁵⁶. În privința altor tulburări de comportament alimentar, s-au elaborat o serie de instrumente care să ajute la diagnosticarea persoanelor în cauză, pe lângă interviul realizat de specialistul clinician.

⁵⁴ Elena Velázquez Canales (*et alli*), *op. cit.*, p. 11.

⁵⁵ Aguera Zaida, I. Wolz, I.M. Sanchez, Anne Sauvaget, *Adicción a la comida: Un constructo controvertido*, en la „Cuaderno de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace. Revista Iberoamericana de Psicosomática”, Madrid, p. 21, *apud* A. Meule, A. Kubler, *Foodcravings in food addiction: the distinct role of positive reinforcement*, în „Eating Behaviors”, 13 (3): 2012, pp. 252-255 (doi10.1016/j.eatbeh.2012.02.001).

⁵⁶ S-au elaborat mai multe teste de identificare a mâncatului compulsiv. Ashley Gearhardt (profesor asistent la catedra de Psihologie Clinică din cadrul Universității Michigan – SUA), în timp ce elabora lucrarea de doctorat în psihologie clinică la Universitatea Yale, a dezvoltat, împreună cu colegii ei – William R. Corbin și Kelly D. Brownell – un instrument de lucru numit YFAS – Yale Food Addiction Scale – scala Yale pentru dependența alimentară (<http://www.rivermendhealth.com/scientific-advisory-board-ashley-gearhardt.html>); Caroline Davis, *From Passive Overeating to „Food Addiction”: A Spectrum of Compulsion and*

Prevenție

Prin prevenție se înțeleg o serie de acțiuni orientate în direcția evitării apariției riscurilor care pun în pericol sănătatea persoanei, familiei și a comunității (așa cum am menționat la începutul lucrării). Se referă, de asemenea, la derularea unor acțiuni pentru ca problema cu pricina să nu apară sau, dacă deja a apărut, pentru a-i diminua efectele⁵⁷.

Există diferite nivele de prevenție: 1. Primară: se acționează înainte ca problema să apară, lucrând cu toți factorii de risc asociați problemei. Se direcționează către populație, în general, și către colectivele care pot avea cel mai mare risc⁵⁸. 2. Secundară: acționează în problemele care deja există (dar în fază inițială), tratându-le în direcția dispariției lor totale sau parțiale și evitând complicațiile ulterioare. 3. Terțiară: acționează atunci când problema este deja instalată. Obiectivul este frânarea și dezvoltarea consecințelor.

Severity, Hindawi Publishing Corporation, ISRN Obesity, Volume 2013, Article ID 435027 (<http://dx.doi.org/10.1155/2013/435027>), p. 11. Scala YFAS este un chestionar format din 25 de întrebări (apărut în 2009), bazat pe codurile DSM-IV pentru criteriile de dependență de substanțe. *Grupul anonim pentru tulburări alimentare* (<http://taa-romania.blogspot.com.es>). Prof. Dr. Enrique Echeburúa, *Adicciones sin drogas?*, 2 a edición, Colección Preguntas, Editorial Descleé De Brouwer, Sevilla, 2000, p. 48.

⁵⁷ Francisco Labrador Encinas, *Guía para padres y educadores sobre el uso seguro de Internet, móviles y videojuegos*, Fundación Gaudium, Madrid, p. 8; Rosina Crispo, Edurado Figueroa, Diana Guelar, *Anorexia y Bulimia. Lo que hay que saber*, Barcelona, 1998, p. 20 (http://ww2.castello.san.gva.es/csvallalba/images/libros/pediatrica/crispo_figueroa_y_guelar_anorexia%20ybulimialoquehayquesaber.pdf); *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*, Barcelona, 2009, p. 55 ([http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alimentaria_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alimentaria_compl_(4_jun).pdf)).

⁵⁸ Se recomandă a se face de către specialiștii în domeniu – medici de familie, medici psihiatri, nutriționiști – prin programe adaptate, în special în mediul școlar și universitar, precum și în cadrul grupurilor de tineri și adulți aparținătoare Bisericii. Un program de prevenție primară completă trebuie să abordeze: 1. Sensibilizarea și informarea grupurilor de risc, familiilor acestora și populației, în general. 2. Modificarea comportamentelor premergătoare bolii (de exemplu diete fără motive justificare). 3. Identificarea grupurilor de risc și lucrul cu acestea. Identificarea stereotipiilor culturale și furnizarea de informație corectă legată de acestea. 4. Aplicarea de chestionare standardizate ar putea fi o soluție reală pentru identificarea cazurilor de TCA incipiente. Cf. *Guía práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria*, (https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2014/09/001_prevencion_tca-aragc3b3n.pdf), pp. 51-55.

Tratament

Tratamentul tulburărilor de alimentație necesită o colaborare multidisciplinară în cadrul unui colectiv format din mai mulți specialiști⁵⁹. În ceea ce privește dependența de mâncare, care nu are încă identitate de diagnostic acceptată de comunitatea științifică, nu se poate vorbi de tratamente psihologice specifice. Se poate vorbi doar de tratamente psihologice din spațiul adicțiilor sau de tratamentele psihologice aplicate tulburărilor de comportament alimentar. În acest sens, Luis Jimenez⁶⁰ și Dr. Reina Closas⁶¹ și alți specialiști⁶² vorbesc despre aspecte care trebuie să fie luate în seamă.

⁵⁹ Poate include, în afară de psihologul clinician, un medic internist (endocrinolog sau cardiolog), un psihiatru, un dietetician și diferiți terapeuți, în funcție de caz. Vezi și *Tulburările de comportament alimentar și obezitatea la copii și adolescenți*, Violeta Enea, Adela Moldovan, Editura Polirom, București, 2017, p. 6; Rosa Calvo Sagardoy, *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*, Editorial Planeta, 2002, Barcelona, pp. 196-208.

⁶⁰ Luis Jimenez prezintă în cartea sa, *El Cerebro Obeso*, un demers al resetării creierului, astfel: „Ajutarea hipotalamusului și a receptorilor digestivi pentru a-și putea face bine treaba. Pentru că neuronii orexigenici și anorexigenici pot primi semnalele care ajung de la diferite organe, provocând senzația corespunzătoare – de foame sau de sațietate –, este nevoie de asigurarea unor condiții adecvate care să le faciliteze acestea. Una dintre ele este *timpul*. Astfel, dacă va fi consacrat un timp aparte pentru alimentație, timp care să fie însoțit de liniște și de o masticare corespunzătoare, se va da posibilitatea secreției de hormoni necesari, care vor putea gestiona senzațiile care se impun. Persoanele obeze obțin mai puțină mulțumire în timpul meselor, probabil tocmai datorită faptului că neuronii lor s-au obișnuit cu gusturile foarte intense și plăcute și au devenit insensibili. Subliniem în continuare câteva aspecte foarte importante: *A se evita consumul de alimente în timp ce este realizată altă activitate* – orice activitate intelectuală, privitul la televizor (obicei întâlnit foarte des azi) etc. Creierul prefrontal, fiind ocupat cu planificări sau cu diverse raționamente, pierde controlul asupra alimentației, ajungându-se astfel la o ingestie excesivă și la pierderea atenției asupra actului mâncării. *Păstrarea sub control a nivelului de glucoză și insulină*. Cheia constă în: prevenirea hiperinsulinemiei, a nivelurilor ridicate de glucoză, a creșterii și scăderii bruște a acestora precum și evitarea creșterii concentrației de trigliceride în sânge, care poate deveni responsabilă de rezistența la insulină. Pentru realizarea celor mai înainte menționate este necesară reducerea consumului de alimente foarte procesate și bogate în carbohidrați cu absorbție rapidă: produse de patiserie, cereale, biscuiți, pâine, cartofi, orez, paste, băuturi cu zahăr și înlocuirea acestora cu alimente care conțin carbohidrați cu absorbție lentă și multe fibre: fructe și legume. *Recalibrarea circuitului de recompensă*. Dacă de-a lungul a mai multor ani s-a creat obiceiul consumului crescut de alimente foarte gustoase – care activează intens circuitul de recompensă – creierul se poate desensibiliza

În cazul în care avem o tulburare de comportament alimentar, care are identitate de diagnostic recunoscută de comunitatea

devenind *obișnuit (saturat)* de aceste gusturi și senzații intense. Ca o consecință a acestei reduceri a sensibilității, alimentele proaspete și naturale nu mai sunt atractive. Iar, pe de altă parte, de fiecare dată va fi nevoie de gusturi mai intense pentru a aduce aceeași mulțumire, motiv pentru care se vor produce alimente tot mai gustoase. Rezultatul va fi un cerc vicios interminabil, care se va agrava cu timpul. Primul pas care ajută este stoparea acestei spirale, minimizând consumul de alimente foarte procesate și spectaculoase în savoare și senzații, care, în mod normal, se caracterizează prin a fi bogate în zahăr, sare și grăsimi. Pentru a înțelege ce înseamnă minimizare e nevoie o privire obiectivă asupra genului de aliment față de consumul căruia s-a pierdut controlul sau care creează o stare de anxietate dacă nu este consumat. Reducerea consumului de alimente foarte savuroase va crește sensibilitatea zonei de recompensă și va normaliza receptorii acesteia, în sensul că persoana va putea aprecia mai bine nuanțele senzoriale ale produselor proaspete. *Păstrarea echilibrului în ceea ce privește ritmul circadian.* Somnul, odihna, statul la soare zilnic pentru câteva minute (care ajută la sintetizarea vitaminei D în organism) și evitarea schimburilor orare într-o formă radicală și foarte frecventă sunt foarte necesare. *O bună supraviețuire asupra florei intestinale* prin două strategii: evitarea alimentelor foarte procesate și savuroase și foarte bogate în sare, zahăr și grăsimi și, în al doilea rând, căutarea celor bogate în fibre: legume, fructe și lactate fermentate. Acestea din urmă asigură normalizarea funcției intestinale, optimizând legătura intestin-cereier, reglând activitatea și concentrația hormonală, modulând răspunsul circuitului recompensei. De asemenea, este necesară evitarea administrării de antibiotice fără prescripția medicului, acestea putând distruge o bună parte din această floră. *Atenție la marketingul alimentar.* Trebuie înțeles faptul că obiectivul principal al firmelor cu specific alimentar este acela de a vinde. Este nevoie de grijă în ceea ce privește copiii și tinerii, cărora nu trebuie să li se permită să ia decizii alimentare, în special dacă sunt influențați de publicitate. *Minimizarea stresului.* Prezența lui aduce diferite dezechilibre: asupra somnului, florei intestinale, nevoia de a compensa starea de rău, consumând alimente foarte savuroase (alimentația emoțională). *Mișcarea și exercițiile fizice.* Este fundamental să se evite sedentarismul. Activitatea fizică diminuează stresul, depresia și stimulează secreția de neurotransmițători, precum serotonina (dătătoare de stare de bine și vitalitate). Practicarea sportului poate reduce dorința față de consumul de alimente mai puțin recomandabile (foarte savuroase și cu multe calorii). Luis Jimenez, *op. cit.*, pp. 180-194.

⁶¹ Dr. Reina García Closas, licențiată în Medicină și Chirurgie la Universitatea din Barcelona, Master în nutriție și științe alimentare la Universitatea din Barcelona, a obținut doctoratul la Departamentul de Medicină Preventivă din Barcelona fiind absolventa unui master în Epidemiologie în cadrul Universității Harvard. În 2003 obține titlul de Specialist în Medicină Preventivă și Sănătate Publică în cadrul Ministerului Sănătății. Cf. <https://reinagarcia.wordpress.com/dra-reina-garcia/>.

⁶² 1. Aspecte nutrițional-dietetice: consumul de alimente care conțin precursori ai dopaminei (cum ar fi de ex. tirozina, substanță de bază pentru producerea

științifică (cum ar fi bulimia nervoasă, anorexia nervoasă și tulburarea de alimentație compulsivă), este necesară întocmirea unui plan de terapie adecvat severității tulburării⁶³.

Medicul psihiatru este cel care stabilește diagnosticul și gradul de severitate al simptomelor. Consultația cu medicul psihiatru este importantă totodată pentru: excluderea unor condiții neurologice sau altor condiții medicale generale care ar putea provoca simptome asemănătoare; pentru investigarea cu privire la alte tulburări psihiatrice (de exemplu: depresie, anxietate etc.); stabilirea tratamentului adecvat, atât pentru tulburarea de comportament alimentar, cât și pentru tulburările asociate (dacă este cazul)⁶⁴.

neurotransmițătorilor – dopamina, adrenalina și noradrenalina; numeroase alimente sunt surse bune de tirozina. Aceste alimente sunt: carne de pui, carne de porc, peste, cereale integrale, grâu, ovăz; produse lactate: lapte, iaurt, brânză, fructe precum avocado și banane; leguminoase: fasole, nuci, semințe (precum semințele de dovleac și susan). Cf. <http://www.i-medic.ro/diete/suplimente/alimente-bogate-tirozina> (accesat pe 7 martie 2017). 2. Diferențierea între „foame” și „apetit”. 3. Evitarea alimentelor adictive: bogate în grăsimi, hidrați de carbon, alimente folosite pentru îndulcirea trăirilor negative (anxietate, depresie, stres, singurătate etc.). 4. Înfruntarea dificultăților vieții într-o formă eficientă. 5. Dezvoltarea unor activități alternative muncării care nu este necesară. 6. Respectarea ritmului zilnic muncă-timp liber-odihnă, 8 ore pentru fiecare. 7. Respectarea triadei alimentație sănătoasă – activitate fizică – relaxare/control al stresului.

⁶³ Diagnosticul tulburărilor de alimentație se bazează pe interviul clinic completat prin examen fizic, psihopatologic și comportamental și investigații cu scopul de a evalua existența tulburărilor somatice, emoționale, cognitive și comportamentale. Ar trebui analizate astfel: frecvența cardiacă, tensiunea arterială, temperatura axilară și frecvența respiratorie; greutatea și înălțimea, IMC – indicele de masă corporală (IMC = greutate kg/m înălțime). În cazul în care IMC este > 25 este considerat exces de greutate (supraponderal); între 25 și 18.5 este considerată valoare normală, iar dacă este <18.5 este considerată malnutriție (subponderal); explorarea pielii și mucoaselor și explorare dentară. Starea de hidratare a pielii și mucoaselor (leziuni ale pielii, tăieturi, zgârieturi, arsuri, calusuri sau răni pe partea din spate a mâinii sau a degetelor din cauza vărsăturilor induse – semn Russell), eroziunea dentară. În *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*, Barcelona, 2009, publicat pe [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alimentar_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alimentar_compl_(4_jun).pdf), pp. 73-83; *Anorexia, Bulimia, Obesidad. Experiencia y reflexión con pacientes y familias*, Patricia Cordella, Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, 2010, pp. 146-152.

⁶⁴ <http://www.bulimie.ro/files/Brosura%20tulburarile%20de%20comportament%20alimentar.pdf>.

Medicul nutriționist lucrează, împreună cu pacientul, în restabilirea unei alimentații normale și sănătoase, și găsirea unor metode adecvate de management al greutății. Consilierea nutrițională ajută clientul, de asemenea, în restructurarea credințelor disfuncționale, cu privire la alimentație și recunoașterea semnelor fiziologice de foame și sațietate.

Psihoterapeutul. Psihoterapia are ca obiective eliminarea comportamentelor alimentare disfuncționale (respectiv a episoadelor de mâncat compulsiv, în cazul bulimiei, și a tulburării de mâncat compulsiv și a restricției alimentare, în cazul anorexiei nervoase), eliminarea comportamentelor compensatorii, restructurarea credințelor nerealiste cu privire la forma și greutatea corporală, scăderea disconfortului emoțional și redobândirea de către client a unei vieți normale și satisfăcătoare. În tratamentul tulburărilor de comportament alimentar se recomandă psihoterapia cognitiv-comportamentală⁶⁵. Tehnicile utilizate sunt bazate, pe de o parte, pe modificarea comportamentului, având ca obiectiv identificarea stimulilor (emoționali, contextuali etc.) care duc la pierderea controlului asupra ingestiei de alimente, iar, pe de altă parte, pe modificarea gândurilor și sentimentelor automate care favorizează și întrețin ingestia compulsivă, susținând nerealizarea obiectivelor de schimbare a obiceiurilor alimentare. Cu ajutorul acestei terapii, pacientul își observă comportamentul, gândurile și emoțiile, precum și legătura acestora cu obiceiurile alimentare neadecvate,

⁶⁵ Terapia cognitivă are la bază modelul cognitiv, conform căruia nu ceea ce li se întâmplă oamenilor determină ceea ce simt, ci modul în care interpretează și gândesc despre ceea ce li s-a întâmplat. Vezi Violeta Enea, Cornelia Măirean, Ion Dafinoiu, *Bulimia nervoasă*, Editura Polirom, Iași, 2016, pp. 160-161. Psihoterapia cognitiv-comportamentală a adus rezultate satisfăcătoare atât în reducerea simptomelor dependenței de mâncare (care nu are încă identitate de diagnostic acceptată de comunitatea științifică), evaluată cu ajutorul YFAS, cât și în privința tulburărilor alimentare și a altor adicții. Cf. Aguera Zaida, I. Wolz, I.M. Sanchez, Anne Sauvaget, *Adicción a la comida: Un constructo controvertido*, în „Cuaderno de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace, Revista Iberoamericana de Psicosomática”, Madrid, p. 24; vezi și Prof. Conxa Perpiñá, Departamento Personalidad Facultad de Psicología Universitat de València, Ciber Pathophysiology Obesity and Nutrition (CIBEROBN), Instituto Salud Carlos III, Ángela Ferrero Carmen Carrió María Roncero, *Monographic Article. Normalization of the eating patterns in a patient with anorexia nervosa, purgative subtype, with the support of a virtual environment. A case study*, în „Anuario de Psicología Clínica y de la Salud”, 2012, Volume 8, p. 23, <http://institucional.us.es/apcs>.

pentru ca mai apoi să caute alternative de rezolvare potrivite, intervenind în aspecte precum: impulsivitatea, capacitatea redusă de înfruntare a problemelor, dificultățile în gestionarea emoțiilor (atât cele pozitive, cât și cele negative).

Utilizarea noilor tehnologii, ca instrumente terapeutice complementare în tratarea adicțiilor, suscită un interes în creștere în ultimii ani⁶⁶. Realitatea virtuală (RV) se compune dintr-un set de tehnici care simulează un mediu tridimensional generat de calculator și permite utilizatorului interacțiunea în timp real cu o interfață care facilitează trăirea unui sentiment de prezență în mediul experienței sale. S-a verificat faptul că utilizarea acestei forme de terapie crește motivația și receptivitatea la tratamentul recuperator și ușurează înfruntarea propriilor frici într-un mediu securizat, permițând pacientului creșterea senzației de control asupra ingestiei⁶⁷.

Concluzii

Din cele prezentate în acest capitol putem înțelege că originea acestor tulburări alimentare se găsește în latura nematerială a ființei

⁶⁶ Studii recente dovedesc că realitatea virtuală este eficace în privința recuperării din TCA (tulburările de comportament alimentar). Vezi: Aguera Zaida (*et alii*), *op. cit.*, p. 25, C. Perpiña, M. Roncero (y colab.), *Clinical validation of a virtual environment for normalizing eating patterns in eating disorders*, *Comprehensive Psychiatry*, 2013, 54 (6): pp. 680-686 (doi:10.1016/j.comppsych.2013.01.007).

⁶⁷ Au fost create jocuri video numite „jocuri serioase” (*serious games*), care sunt destinate unor scopuri educative sau de sănătate, ajutând în tratamentul obezității, TCA precum și multor alte tulburări. Platforma de jocuri video PlayMancer a fost concepută pentru a atenua simptomele cognitive, comportamentale și emoționale ale pacienților cu tulburări alimentare relaționate cu lipsa controlului. Spre deosebire de celelalte jocuri terapeutice pe calculator, PlayMancer se adresează adulților. Vezi în <http://www.rethink.info.ro/RaportStiintificDecembrie2014.pdf>; <http://playmancer.unige.ch/index.php/about-playmancer>; Susana Jiménez-Murcia, Fernando Fernández-Aranda, Elias Kalapanidas, Dimitri Konstantas (and colab.), *Playmancer Project: A Serious Videogame as an Additional Therapy Tool for Eating and Impulse Control Disorders*, publicat pe https://publik.tuwien.ac.at/files/Pub_Dat_176087.pdf; Elias Kalapanidas, Costas Davarakis, Fernando Fernández-Aranda & Susana Jiménez-Murcia, *PlayMancer: Games for Health with Accessibility in Mind*, publicat pe <https://www.researchgate.net/publication/46532710>; María Roncero, Conxa Perpiña, *Normalizing the eating pattern with virtual reality for bulimia nervosa: a case report*, în „Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios”, 2015, nr 6, pp. 152-159, <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>.

umane. Am văzut explicațiile aduse de către specialiști din domeniu medicinei, psihologiei, psihiatriei. Am văzut că aceste tulburări se nasc în suflet și se manifestă în trup, se somatizează și au repercusiuni asupra întregii făpturi umane. Am putut desprinde foarte multe asemănări în ceea ce privește prezentarea tulburărilor de comportament alimentar făcută de specialiștii din domeniu (medici, psihiatrii, psihologi, sociologi), cu cea făcută de Părinții Bisericii – cauze, manifestări, efecte, terapie. Ne putem da seama de faptul că indiferent de substanța sau comportamentul după care este denumită adicția, aceasta se comportă similar. Porneste de la neîmplinirea sufletului și, apoi, în funcție de factorii genetici, influențele familiei și cele din mediu, persoana înclină spre o anumită substanță sau comportament, care este utilizată spre alinarea neîmplinirii sufletești. Deci, dacă adevărata cauză este neîmplinirea sufletului, neîmplinirea spirituală, atunci putem înțelege că și vindecarea va trebui să urmeze același parcurs. Demersul va trebui pornit de la vindecarea sufletului – refacerea comuniunii cu izvorul existenței noastre – cu Dumnezeu iubirii. Simptomatologia tulburărilor de comportament alimentar arată efectele care se transmit în suflet și trup, datorită ruperii omului de comuniunea cu Dumnezeu iubirii. Am considerat necesară prezentarea acestora (în unele locuri făcute în amănunt) pentru a fi înțelese consecințele ruperii comuniunii de Dumnezeu, transmise asupra tuturor părților constitutive a persoanei umane: bio-psiho-socială și spirituală, dar în același timp și pentru a sublinia necesitatea implicării unei echipe multidisciplinare în ceea ce privește actul terapeutic.