

# Psihoterapiile în tulburările alimentare - master

Conf. univ. dr. LIANA DEHELEAN  
UMF “Victor Babeș” Timișoara

# Planul cursului

- Neuroanatomia și neurofiziologia comportamentului alimentar: instinctul alimentar și sistemul motivațional
- Anorexia mentală și Bulimia nervosa
- Psihoeducația aspecte generale, aspecte particulare,
- Intervenții psihoterapeutice
  - Psihanaliza și psihoterapiile psihodinamice
  - Terapiile cognitiv-comportamentale
  - Terapiile familiale sistemice

# Nivelele psihismului uman

- Nivelul instinctual:
  - i. alimentar
  - i. sexual
  - i. gregar
  - i. vital
  - i. matern
- Nivelul afectiv
- Nivelul cognitiv: atenția, percepția, memoria, gândirea
- Nivelul volițional (conativ)
- Nivelul spiritual valoric

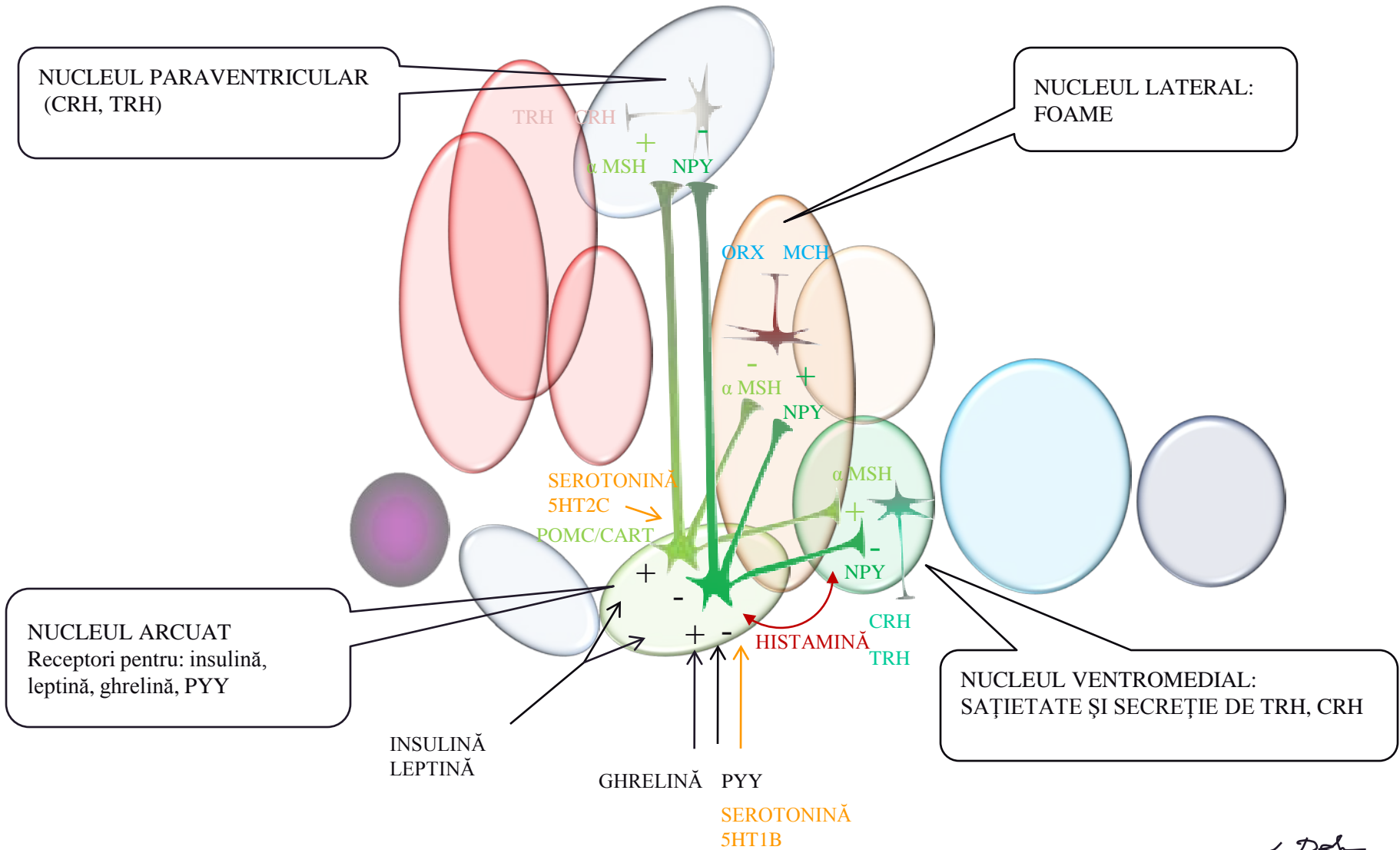
# Instinctul alimentar

- are ca scop conservarea individului
- instinctul alimentar uman este supus influențelor afective, cognitive, voliționale și spiritual-valorice deosebindu-se astfel de instinctualitatea de tip animal.
- perturbări ale acestui instinct pot apărea în
  - tulburările de dispoziție afectivă (anxietate, depresie, manie), în tulburările de schema corporală,
  - Tulburările de tip anorexie și bulimie
  - Tulburările psihotice
- valorile familial-culturale influențează preferințele alimentare individuale.
- instinctul alimentar uman nu se rezumă doar la acoperirea unor nevoi biologice. În funcție de experiențele anterioare, de gusturi și de obiceiurile culturale, omul alege tipul alimentelor pe care le consumă, modalitatea în care le consumă și orarul consumului.

# Neuroanatomia și neurofiziologia comportamentului alimentar: hipotalamusul

- nucleul arcuat: conține două tipuri de neuroni:
  - neuroni care exprimă NPY (neuropeptidul Y) și AgRP (*agouti related protein*) care stimulează neuronii orexigeni ai nucleului lateral, respectiv inhibă neuronii anorexigeni ai nucleului ventromedial.
  - Neuroni care secretă POMC (proopiomelanocortina) și CART (*cocaine and amphetamine related transcript*). Aceștia la nivelul nucleului lateral inhibă neuronii orexigeni, iar la nivelul nucleului ventromedial, ei stimulează neuronii anorexigeni.
- nucleul paraventricular conține neuroni care primesc aferențe de la nucleul arcuat și secretă CRH și TRH. Astfel integrează alimentația cu sistemul vegetativ-endocrin
- nucleul lateral este considerat centrul foamei, el conținând neuroni secretori de neuropeptide ce stimulează apetitul alimentar
- nucleul ventromedial este considerat centrul sațietății. El conține neuroni care secretă TRH.
- nucleul dorsomedial este implicat în ritmurile biologice, având rolul de a integra ritmul alimentației cu ritmul somn-veghe și cu ritmul secreției de cortizol

# Centrii hipotalamici ai foamei și sațietății



L. Delu

# Neuropeptide și hormoni implicați în reglarea instinctului alimentar

- Neuropeptidele controlează frecvența, durata, cantitatea și calitatea alimentelor ingerate (NPY și PYY stimulează consumul de dulciuri).
- Leptina este o adipokină secretată de adipocite care inhibă apetitul alimentar făcând ca ingestia de alimente să se realizeze în funcție de rezervele de trigliceride de la nivelul adipocitelor. Leptina inhibă neuronii NPY/AgRP și stimulează neuronii POMC/CART.
- Ghrelina este un hormon secretat de stomac care are efect orexigen stimulând neuronii NPY/AgRP. Ea are rolul de a iniția alimentația. Secreția sa crescută în timpul somnului este contracarată de melatonină
- Insulina este un hormon secretat de celulele beta pancreatice din insulele Langerhans având rolul de a stimula formarea rezervelor energetice (stimulează pătrunderea glucozei și acizilor grași în celule pentru a forma trigliceride, stimulează sinteza glicogenului și a proteinelor). Secreția de insulină este controlată de sistemul nervos central prin receptorii muscarinici M3 și alfa 2 adrenergici

# Neuromediatorii implicați în reglarea instinctului alimentar

- AMPK (*AMP activated proteinkinase*) este o enzimă care sesizează modificări ale raportului dintre ATP (ce stochează energia celulară) și AMP (provenit din defosforilarea ATP, exprimând astfel epuizarea rezervelor celulare de energie). Stimulată de AMP, enzima AMPK va favoriza captarea glucozei în celule și transformarea acesteia în energie. Substanțele orexigene vor stimula activitatea AMPK, în timp ce substanțele anorexigene (leptina, insulina, histamina) vor inhiba activitatea AMPK.
- Histamina acționând asupra receptorilor histaminergici H1 inhibă secreția de AMPK din celulele nucleilor arcuat și paraventricular. Psihotropele care inhibă receptorii histaminergici H1 vor avea un efect orexigen de creștere a apetitului alimentar.



# Neuromediatori implicați în reglarea instinctului alimentar

- Serotonina, acționează asupra receptorilor serotoninergici 5HT<sub>2C</sub> de pe neuronii POMC activându-i (blocând apetitul) și asupra receptorilor 5HT<sub>1B</sub> de pe neuronii NPY/AgRP inhibându-i (stimulând apetitul).
- În acest fel, medicamentele ce blochează receptorii 5HT<sub>2C</sub> (unele antidepresive și antipsihotice) pot stimula apetitul alimentar și duce la exces ponderal.

# Medicația psihotropă și instinctul alimentar

- La persoanele cu rezistență la insulină, organismul compensează acest lucru stimulând secreția de insulină din celulele pancreatice prin activarea de către sistemul nervos parasimpatic a receptorilor muscarinici M3. Unele antipsihotice și antidepresive blochează receptorii M3 stimulând apetitul.
- Medicația psihotropă poate stimula apetitul alimentar prin efect central la nivelul hipotalamusului (blocarea receptorilor histaminergici H1 și a receptorilor serotoninerfici 5HT2C) sau prin efect periferic la nivelul celulelor pancreatice (inhibiția secreției de insulină prin blocarea receptorilor muscarinici M3)

# Drogurile și instinctul alimentar

- Drogurile sedative (cannabisul, opiaceele) stimulează apetitul alimentar. Endocanabinoizii acționează asupra receptorilor CB1 de la nivelul nucleului arcuat stimulând apetitul..
- În nucleul arcuat al hipotalamusului se găsesc și neuroni secretori de encefaline. Beta endorfinele stimulează apetitul. Antagoniștii receptorilor opioizi pot inhiba preferința pentru anumite alimente.
- Drogurile stimulante cum sunt nicotina, amfetaminele și cocaina inhibă apetitul alimentar.

# Sistemul motivațional: instanțele motivaționale

- Sistemul motivațional reprezintă interfața între stimulii proveniți din mediul ambiant sau din mediul intern al organismului și răspunsul comportamental generat de acești stimuli.
- Stimulii ce activează sistemul motivațional pot fi reprezentați de
  - nevoi instinctuale naturale (menținerea homeostaziei interne prin ingestia de alimente sau perpetuarea speciei prin activitate reproductivă),
  - dorințe rezultate de la nivelul afectiv
  - interese și curiozități procesate la nivel cognitiv
  - aspirațiile individuale generate de nivelul spiritual valoric al psihismului uman.

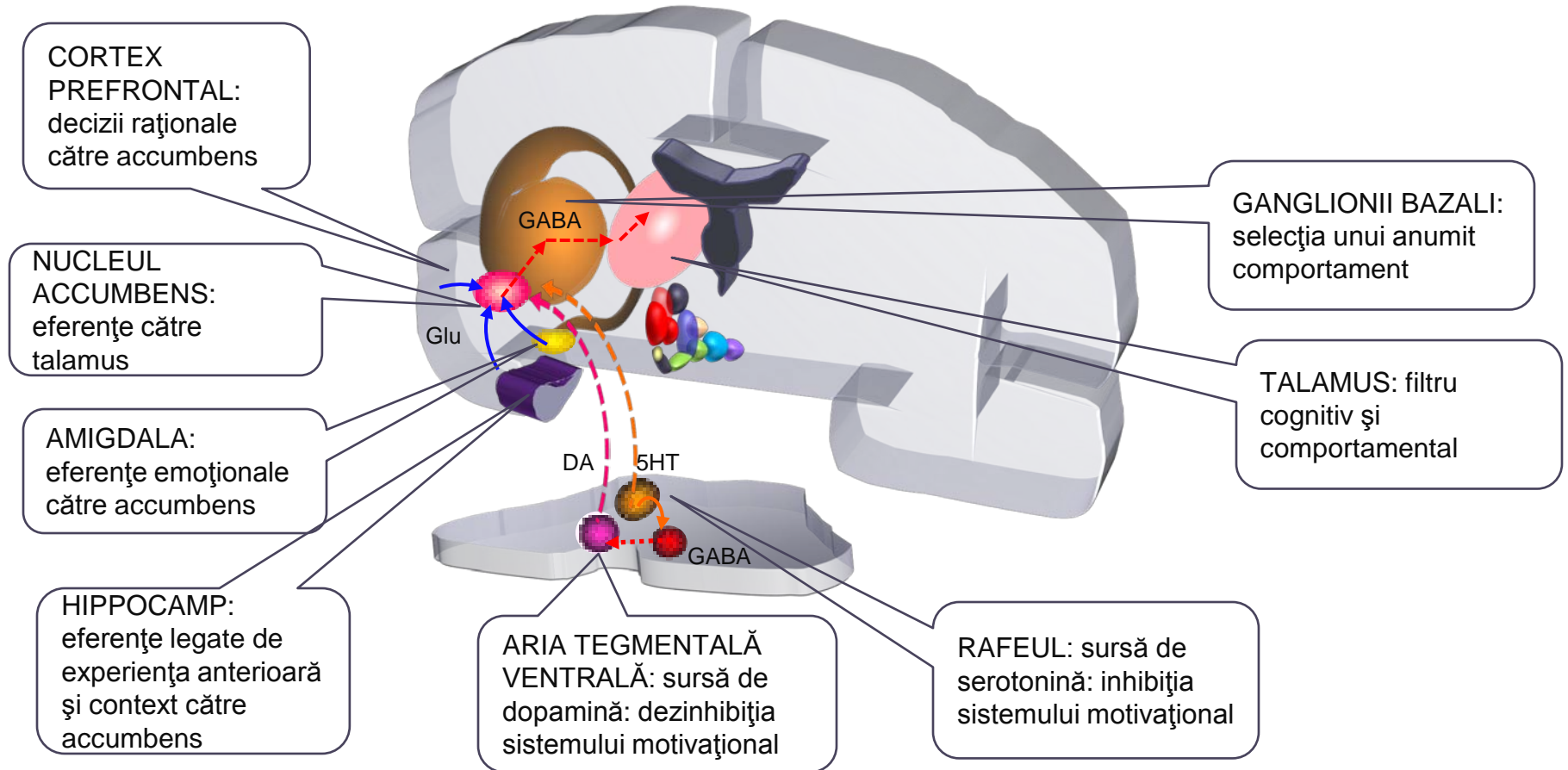
# Sistemul motivațional: procesul motivațional

- Procesul motivațional este alcătuit dintr-o succesiune de etape care pot sau nu, să declanșeze un comportament.
- Aceste etape sunt reprezentate de:
  - activarea instanțelor motivaționale (nevoile biologice, dorințe, interese, curiozități, aspirații valorice),
  - deliberarea,
  - luarea unei decizii,
  - trecerea la act,
  - persistența în act pentru atingerea scopului

# Sistemul motivațional: structură

- cortexul prefrontal
- amigdala
- hipocampusul
- nucleii bazali (nucleul accumbens)
- talamus
- aria tegmentală ventrală
- rafeul

# Structura sistemului motivațional



# Anorexia mentală (anorexia nervosa)

- este o tulburare care are la bază incapacitatea identificării cu propria schemă corporală (percepția asupra propriului corp este alterată)
- nu este o tulburare a instinctului alimentar, dar acesta va fi perturbat în cursul evoluției bolii, apărând anorexia propriu-zisă.



# Anorexia mentală: tablou clinic

- tulburarea de percepție în legătură cu imaginea propriului corp: apare convingerea de a fi prea grasă în condițiile în care greutatea este normală sau redusă.
- tulburarea de schemă corporală generează anxietate și nemulțumire în legătură cu greutatea și forma corpului.
- anxietatea în legătură cu imaginea corporală dă naștere unui comportament de reducere a greutății prin diferite metode:
  - restricție alimentară,
  - exerciții fizice extenuante,
  - provocarea de vărsături, utilizarea de purgative, laxative, diuretice, de substanțe emetizante
  - substanțe catabolizante (hormoni tiroidieni, amfetamine).
- Se asociază conduite de evitare (sărirea peste o parte din mese, evitarea activităților sociale ce implică consumul de alimente) și ritualuri de verificare a greutății și formei corporale (cântăriri repetate, verificarea grosimii pliului cutanat, autocontemplare îndelungată în fața oglinzii)
- deficit ponderal masiv de peste 15% din greutatea ideală

# Anorexia mentală: tabloul clinic

- Obsesia în legătură cu alimentația și scăderea în greutate duce la controlul riguros al caloriilor conținute de fiecare aliment cu excluderea produselor cu valoare energetică mare din alimentație
- Conștiința bolii este absentă:
  - consecințele malnutriției sunt ignorate
  - apar comportamente de minimalizare sau negare a problemei alimentare.
  - ascunderea deficitului ponderal sub mai multe rânduri de haine sau sub o îmbrăcăminte groasă.

# Anorexia mentală

- Evoluția bolii poate fi episodică cu recăderi și remisiuni. Vărsăturile inițial provocate devin spontane. Afectarea tractului digestiv duce la instalarea anorexiei cu probleme de realimentare.
- Deficitul ponderal induce tulburări în secreția hormonilor sexuali cu amenoree (definită prin absența a cel puțin 3 cicluri menstruale) care ulterior poate induce infertilitate.
- Exercițiile fizice extenuante pot căpăta în timp un aspect compulsiv.
- În 20% din cazuri apare decesul prin complicațiile cardiace.
- Prognosticul bolii este mai prost în forma de boală ce asociază comportamente de tip evacuator.

# Anorexia mentală: complicații

- secundare vărsăturilor:
  - alcaloză hipocloremică și hipopotasemică (cu risc de aritmii), carii, esofagită, leziuni gastrice
  - deshidratare, dezechilibre electrolitice (aritmii cardiace cu bradicardie sau tahicardie ventriculară, nefropatie hipopotasemică), anemie și leucopenie, constipație, tulburări trofice (piele uscată, galbenă prin hipercarotenemie, descuamații, lanugo), osteoporoză
- secundare restricției alimentare - dezechilibre endocrine:
  - scăderea hormonilor tiroidieni T3 cu TSH și T4 normale. Datorită nevoilor energetice reduse, fracțiunea T4 a hormonilor tiroidieni nu va mai fi convertită în T3 și în rT3 care este mai puțin activă metabolic.
  - hipercortizolemie prin creșterea ACTH, și CRH
  - scăderea concentrației hormonilor sexuali prin deficit de aromatază, GnRH, FSH și LH cu întârzierea ciclului menstrual sau amenoree.
- scăderea performanțelor cognitive (tomografia cerebrală computerizată evidențiază o pseudoatrofie corticală sulcală cu dilatarea ventriculară. Aceasta dispare după corectarea deficitului ponderal)
- depresia este secundară restricției alimentare

# Anorexia mentală: etiologie

- Contextul apariției: pubertatea când în mod normal apar caracterele sexuale secundare care implică și modificări de conformație a corpului.

# Anorexia mentală: etiologie

- Cauze biologice:
  - disfuncție serotoninergică și dopaminergică: corelate cu impulsivitatea, rigiditatea cognitivă și depresia
  - Cercul vicios descris de Walter Kaye: tinerele fete suferind de anxietate sau disforie recurg la restricție alimentară. Aceasta va modifica nivelul de serotonină în creier cu ameliorarea stării psihologice, dar va induce dereglări în sistemul neuropeptidelor și secreția hormonală (hipotiroidism și hipogonadism) cu reapariția stărilor disforice.

# Anorexia mentală: etiologie

- Cauze psihologice:
  - Trăsăturile de personalitate de tip anankast implică perfecționism, conștiinciozitate, pedanterie și încăpățânare. Ele vulnerabilizează individul spre depresie și anxietate.
  - Trăsăturile de personalitate de tip schizoid se referă la răceală afectivă, dezinteres pentru relațiile interumane, stil de viață solitar, nonconformism și preferința spre activități abstracte.
  - Trăsăturile de personalitate de tip borderline sau antisocial caracterizate prin impulsivitate se asociază mai ales cu forma de boală manifestată prin comportamente de tip evacuator,
  - Persoana anorexică se caracterizează din punctul de vedere al psihoterapiei psihanalitic clasice printr-un Eu puternic și printr-un control al Supraeului

# Anorexia mentală: etiologie

- Cauze sociale:
  - dezmierdări ale părinților și glume răutăcioase ale colegilor legate de greutatea corporală
  - factorii socio-culturali pot favoriza apariția tulburărilor de schemă corporală, mai ales idealul actual de frumusețe feminină (moda manechin).
  - în multe situații comportamentele de tip anorexic sau bulimic apar în contextul unei atmosfere familiale disfuncționale (familii supraimplicate, conflicte familiale). Tulburările alimentare au în acest context rolul de a abate atenția de la aceste conflicte și a menține homeostazia sistemului familial, sau de protest împotriva părinților



# Anorexia mentală: tratament

- Anorexia mentală este o urgență medicală. Scăderea greutății sub 35 kg impune internarea în spital.
- Reechilibrare hidro-electrolitică și realimentare de urgență.
  - ! Trebuie prevenit sindromul de realimentare (neadecvată)
- Corectarea deficitului ponderal. Doar în acest fel se va obține reluarea ciclului menstrual. Stimularea medicamentoasă a ciclului menstrual nu este recomandată

# Anorexia mentală: tratament

- Tratament medicamentos: antidepresiv și uneori antipsihotic.
  - Datorită disfuncției serotoninergice se preferă administrarea de inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei. Dintre aceștia, fluoxetina are avantajul unui efect de blocare a receptorilor serotoninergici 5HT<sub>2C</sub>. Acești receptori sunt implicați în stimularea secreției de dopamină și noradrenalină în cortexul prefrontal și stimularea apetitului alimentar.
  - Datorită disfuncției dopaminergice se poate administra și un antipsihotic. Dintre acestea olanzapina are efect de stimulare a apetitului alimentar prin blocarea receptorilor histaminici H<sub>1</sub>, blocarea receptorilor serotoninergici 5HT<sub>2C</sub> și blocarea receptorilor muscarinici M<sub>3</sub>.
- Psihoeducație: se adresează pacientei și familiei sale și constă în oferirea de informații legate de cauzele, simptomele, consecințele și tratamentul bolii.
- Psihoterapie: individuală, de grup sau familială. Psihoterapia individuală implică fie psihoterapie de tip psihanalitic sau de inspirație psihanalitică, psihoterapie cognitiv-comportamentală.

# Bulimia nervosa

- Bulimia nervosa este o tulburare a instinctului alimentar caracterizată prin episoade recurente de consum impulsiv al unor cantități mari de alimente într-o perioadă scurtă de timp însoțită de sentimentul pierderii controlului asupra alimentației.
- Se deosebește de hiperfagie care se referă la consumul excesiv de alimente prin creșterea apetitului alimentar.

# Bulimia nervosa: tablou clinic

- Episodul bulimic se caracterizează prin ingestia unor cantități mari de alimente (în special dulciuri) într-un timp scurt, până la apariția disconfortului produs de distensia gastrică, cu sentimentul pierderii controlului asupra alimentației.
- În urma acceselor bulimice apare creșterea în greutate care generează îngrijorare și conduite de corectare a surplusului ponderal prin restricție alimentară, exerciții fizice, provocarea de vărsături, consumul de purgative sau diuretice, respectiv abuzul de substanțe catabolizante.
- Conștiința bolii în cazul bulimiei este adesea păstrată.

# Bulimia nervosa: etiologie

- Factori biologici: genetici afectând receptorii ghrelinei și secreția acesteia. S-au evidențiat nivele plasmatică crescute ale unor substanțe orexigene cum sunt ghrelina și NPY, în timp ce concentrația plasmatică a unor substanțe anorexigene cum este leptina este redusă.

# Bulimia nervosa: tablou clinic

- Factori psihologici:
  - Din punctul de vedere al psihanalizei clasice, pacienta bulimică se caracterizează prin Eu slăbit și Supraeu lax. Comportamentul bulimic poate fi o reacție la pulsunile agresive de a devora sau posedea ca urmare a frustrării dorinței de iubire. Poate fi un mecanism de apărare împotriva fricii inconștiente de abandon. Ingestia și evacuarea alimentelor reflectă introiecția și proiecția unor introiecte agresive.

# Bulimia nervosa: etiologie

- Factorii familiali, sociali și culturali:
  - relații familiale disfuncționale de tip supraimplicat
  - conflictele în cadrul familiei pot genera tulburări de comportament la copil care prin boală deviază atenția familiei de la conflictele familiale și o concentrează asupra
  - din perspectiva psihologiei psihodinamice a relațiilor de obiect, părinții își proiectează trăsăturile inacceptabile (lăcomie, impulsivitate) asupra copiilor care se identifică cu aceste proiecții.
  - asocierea tot mai des întâlnită între anorexie și bulimie un efect al schimbărilor ce au loc în sânul culturii occidentale orientată din ce în ce mai puțin spre ascetismul radical de sorginte creștină și tot mai mult spre hedonism (M. Selvini-Palazzoli)

# Bulimia nervosa: evoluție

- Evoluția este episodică cu remisiuni și recăderi.
- Asocierea bulimiei cu comportamentele de tip evacuator poate duce la aceleași complicații somatice întâlnite în cazul anorexiei mentale.
- Prognosticul este mai bun decât în cazul anorexiei. Impulsivitatea și comorbiditatea cu abuzul de droguri sunt factori de prognostic negativ.



# Bulimia nervosa: tratament

- psihoeducația își propune oferirea de informații legate de boală și tratament în vederea creșterii aderenței terapeutice
- tratamentul medicamentos se bazează pe utilizarea de inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei sau de antidepressive triciclice care inhibă predominant recaptarea serotoninei (clomipramina)
- psihoterapie individuală sau de grup: psihoterapie de tip psihanalitic sau de inspirație psihanalitică, psihoterapie cognitiv-comportamentală, psihoterapie de grup, psihoterapie familială

# Psihoeducația: definiție

- Psihoeducația este o intervenție terapeutică complementară tratamentului medicamentos și psihoterapiei.
- Psihoeducația răspunde nevoii pacientului și familiei sale de a se informa despre evoluția și consecințele bolii

# Psihoeducația: principii generale

- Psihoeducația are ca scop îmbunătățirea prognosticului de boală prin informarea obiectivă a pacientului și familiei acestuia despre diferite aspecte ce țin de boală, tratament și regimul de viață:
  - Recunoașterea cauzelor sau factorilor de risc (prevenirea recurențelor și recăderilor)
  - Recunoașterea semnelor de boală și mai ales a simptomelor inaugurale (prevenirea recurențelor și recăderilor)
  - Înțelegerea și acceptarea bolii (aderență la tratament)
  - Înțelegerea și acceptarea necesității tratamentului (aderență la tratament)
  - Cunoașterea medicației administrate, a efectelor secundare și a măsurilor de prevenție sau corectarea a acestor efecte
  - Cunoașterea regulilor unui regim sănătos de viață (odihnă, alimentație, activitate)

# Psihoeducația

- Psihoeducația se face atât în spital, cât și în ambulatoriu.
- Psihoeducația este destinată pacientului și/sau familiei acestuia, unui grup de pacienți suferind de aceeași boală sau unui grup de familii ale unor pacienți suferind de aceeași boală.
- Psihoeducația este diferită de psihoterapia familială. Unele școli de psihoterapie familială includ psihoeducația printre tehnicile abordate. Psihoeducația este diferită de psihoterapia suportivă
- Psihoeducația utilizează informația verbală, scrisă, sau înregistrată pe suport audio-video.

# Psihoeducația: principii generale

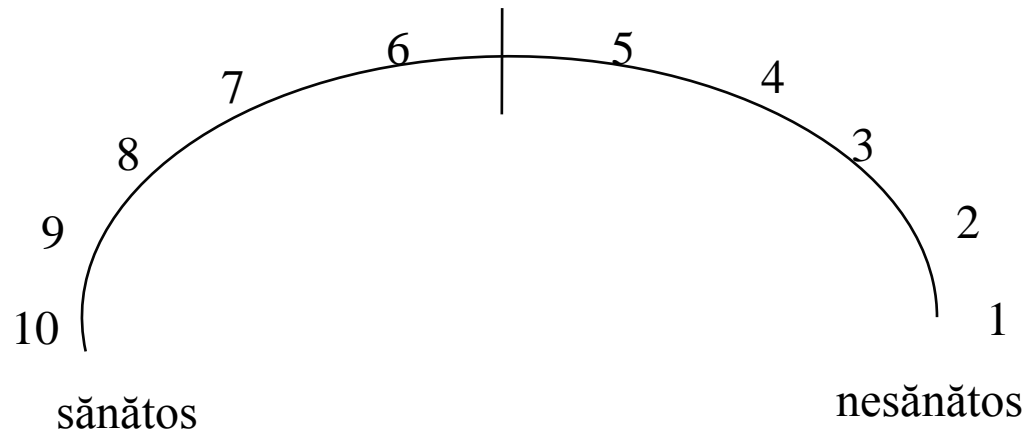
- Psihoeducația furnizează informații obiective, validate științific și de experiența acumulată de practica medicală și psihoterapeutică
- Psihoeducația trebuie oferită de o persoană competentă prin specializare și experiență, de preferință implicată în procesul terapeutic
- Psihoeducația urmărește obținerea aderenței la tratament prin participarea activă în procesul decizional a unui pacient informat ce acționează în cunoștință de cauză

# Motivarea pacientului de a urma terapia

- Tratatamentul anorexiei mentale, indiferent că este medicamentos sau psihoterapeutic se lovește de impedimentul absenței conștiinței bolii și consecutiv a rezervelor exprimate de pacientă în legătură cu oportunitatea tratamentului.

# Curba de apreciere subiectivă a statusului actual al funcționării

- Se poate folosi tehnica curbei statusului actual al funcționării pe cinci dimensiuni: status medical, status ponderal, funcționarea socială, status emoțional și status nutrițional

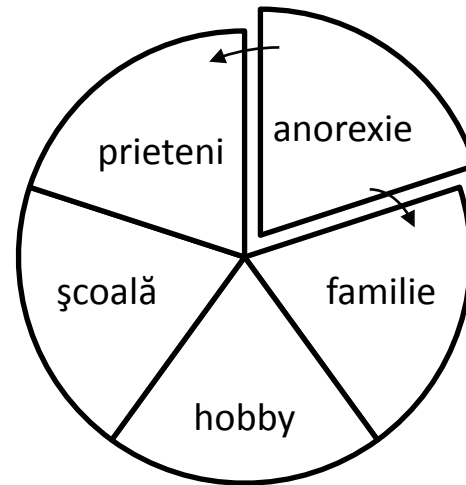


# Diagrama alocării timpului

măsura în care timpul alocat activităților conectate cu anorexia:

- cântăriri, verificarea aspectului corporal,
- vomismente, folosirea de purgative, laxative, diuretice, substanțe emetizante,
- verificarea conținutului caloric al alimentelor)

afectează echilibrul între activitățile sociale (implicând familia și prietenii), hobby-urile și învățământul sau serviciul





# Psihoeducația în anorexie și bulimie:

- Greutatea corporală, indicele de masă corporală (IMC) și circumferința abdominală.
  - Greutatea corporală, asemenea altor parametri biologici se încadrează într-un interval de valori considerate normale. Variațiile greutății normale țin de vârstă și activitate. Este considerată normală o variație de 3 kg.
  - Calcularea IMC. Valoarea acestuia o poate încadra în intervalul de valori normale, intervalul de supraponderabilitate, obezitate (gradele I, II, III) și subponderabilitate.
  - Din punctul de vedere al consecințelor surplusului ponderal, cel mai bun indicator al riscului metabolic și cardio-vascular îl reprezintă circumferința abdominală ce reflectă dispunerea țesutului adipos.
- Orarul cântăririi: în mod normal cântărirea se face odată pe săptămână. Scăderea în greutate se face progresiv în trepte. Scăderile bruște nu sunt sănătoase.

# Psihoeducația în anorexie și bulimie:

- Igiena alimentară:
  - pregătirea meselor trebuie făcută cu răbdare
  - servirea mesei să se facă în același loc. Nu e recomandată luarea mesei la televizor.
  - orele meselor trebuie să fie fixe (secrețiile endocrine și eliberarea neuromediatorilor se supun unor ritmuri endogene care sunt integrate cu ritmurile mediului ambiant)
  - ritmul alimentației de 3 mese pe zi, în cantitate medie cu limitarea porțiilor de mâncare. Este preferabil a avea mai multe mese scurte pe zi, decât mese puține dar copioase
  - mâncatul trebuie să fie lent (asigurând o bună masticăție și posibilitatea savurării alimentelor)
  - persoana trebuie să se scoale de la masă imediat după ce a terminat de mâncat
  - planificarea servirii meselor și a aprovizionării cu alimente (luarea deciziei pe moment poate duce la improvizații de tip fast-food)
  - limitarea stocului și a porțiilor de alimente
  - deprivarea de somn stimulează apetitul (secreția nocturnă de melatonină inhibă efectul orexigen al ghrelinei)
  - diversele forme de dietă pot să afecteze aportul de vitamine, minerale și aminoacizi esențiali pe care organismul nu-i poate sintetiza. Alimentația trebuie să fie cât mai variată. Trebuie să se țină cont atât de aportul caloric, cât și de valoarea nutritivă a alimentelor

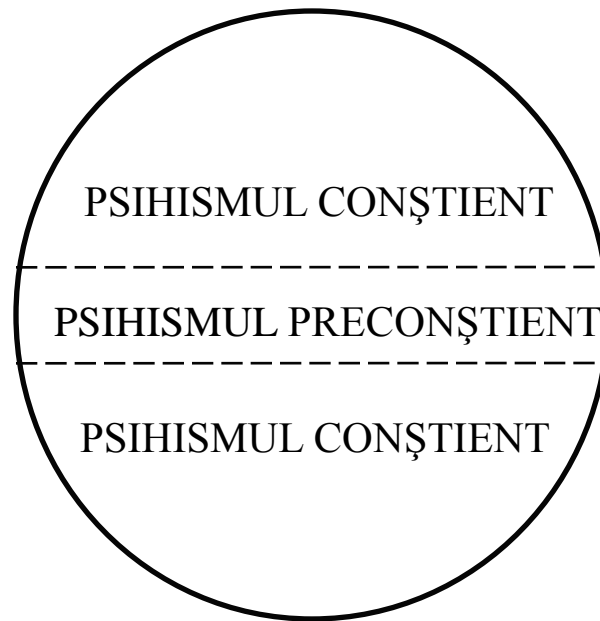
# Psihoeducația în anorexie și bulimie:

- Scăderea în greutate se obține printr-o asociere între o alimentație bazată pe principii sănătoase (aport energetic) și o activitate fizică adecvată (consum energetic)
- Comportamentele utilizate pentru scăderea în greutate au efecte negative:
  - Restricția alimentară, producerea de vărsături și abuzul de purgative și diuretice are efecte negative asupra tractului digestiv (cu apariția vărsăturilor spontane, a anorexiei propriu-zise și a sindromului de realimentare), asupra sistemului endocrin (mai ales afectarea secreției hormonilor sexuali într-o perioadă critică – pubertate, cu dereglări ale ciclului menstrual, amenoree și posibila instalare a infertilității), asupra echilibrului hidro-electrolitic (disfuncțiile hidro-electrolitice și metabolice pot duce la deces) și asupra imunității organismului
  - Consumul substanțelor ce inhibă apetitul alimentar (antagoniști sau agoniști inverși ai receptorilor cannabinoizi) sau stimulează catabolismul (amfetamine, hormoni tiroidieni) are consecințe negative asupra organismului. Antagoniștii/agoniștii inverși ai receptorilor cannabinoizi și amfetaminele afectează sistemul nervos central producând modificări de dispoziție afectivă cu risc suicidar, psihoză, insomnie, dependență. Hormonii tiroidieni pot duce la pierderi de proteine musculare.

# Psihanaliza: inconștientul, preconștientul și conștientul

- Psihismul uman are un
  - nivel conștient ce cuprinde ceea ce simțim, ceea ce percepem, ceea ce gândim,
  - nivel inconștient care conține nevoile instinctuale, pulsionile și dorințele inacceptabile.
  - nivelul preconștient care conține acel material inconștient care în anumite circumstanțe poate fi conștientizat. Preconștientul ar avea rol de a cenzura (de a opri accesul pulsionilor din inconștient în conștient) sau de a amâna descărcarea energiei pulsionale.

# Domeniile psihismului uman



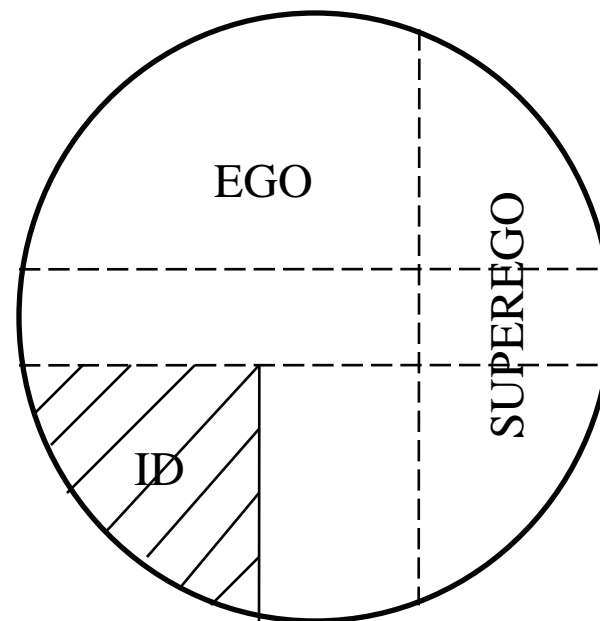
# Psihanaliza: ID (SINELE)

Inconștient și impersonal

Este determinat de factori genetici și de experiențele din trecut

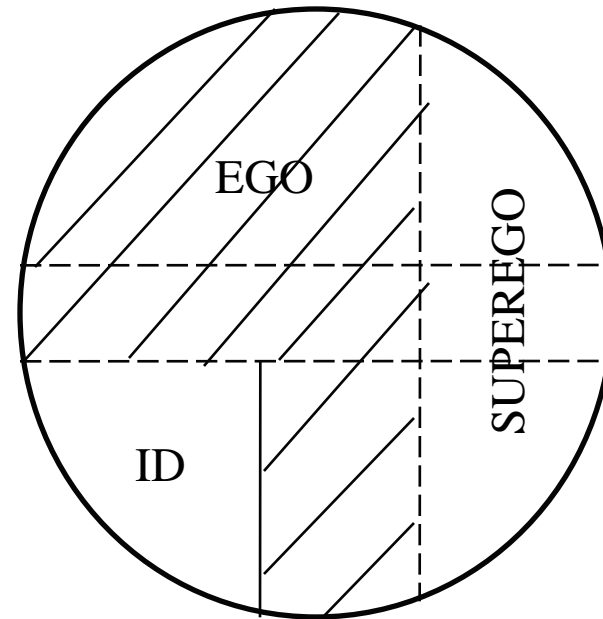
Conține: nevoi instinctuale, pulsuni, dorințe, temeri, psihotraume refulate

Guvernat de principiul plăcerii



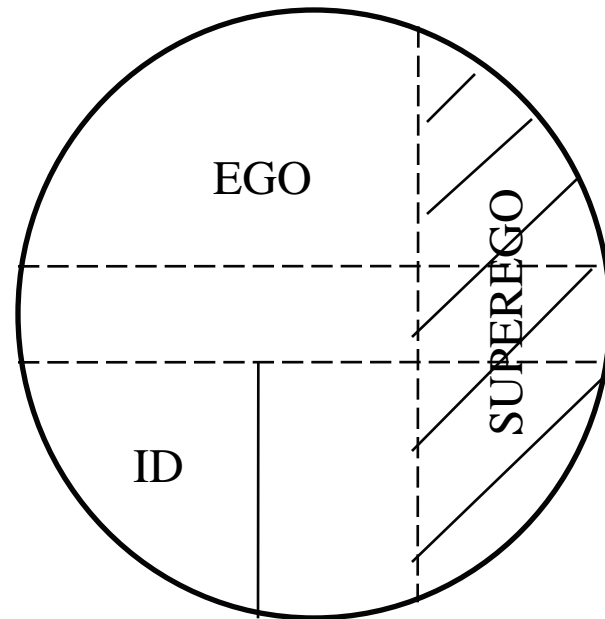
# Psihanaliza: EUL

Sinteză a personalității  
Este determinat de experiența personală  
Este conștient, preconștient și inconștient  
Guvernat de principiul realității: are rolul  
de a gestiona conflictele intrapsihice și de  
adaptare la mediu



# Psihanaliza: SUPRAEUL

Conștient, preconștient și inconștient  
Este determinat de trecut: interdicțiile  
și expectanțele familiale și sociale  
Conține: ego-ul ideal care dictează și  
conștiința morală care interzice  
Guvernat de principiul idealului





# Etapele dezvoltării psiho-sexuale

- Stadiul oral (0-1 ani): plăcerea este dată de supt, zona erogenă este reprezentată de mucoasa bucală, iar obiectul plăcerii este sânul mamei.
- Stadiul anal (1-3 ani): plăcerea este dată de eliminarea sau retenția materiilor fecale. Zona erogenă este reprezentată de mucoasa ano-rectală. Obiectul plăcerii este reprezentat de materiile fecale.
- Stadiul falic (3-6 ani): plăcerea este dată de autostimularea organului genital și de dorința de posesiune a părintelui de sex opus. Zona erogenă este reprezentată de organele genitale. Obiectul plăcerii la băiat este penisul și mama, iar la fată clitorisul și tatăl.
- Stadiul de latență (6-12 ani): sexualitatea este sublimată prin activități școlare și intelectuale
- Stadiu genital (12-18 ani): plăcerea este produsă de actul sexual cu un partener de sex opus, de creativitate și utilitate socială. Zona erogenă este reprezentată de organele genitale. Obiectul plăcerii este reprezentat de partenerul de sex opus.

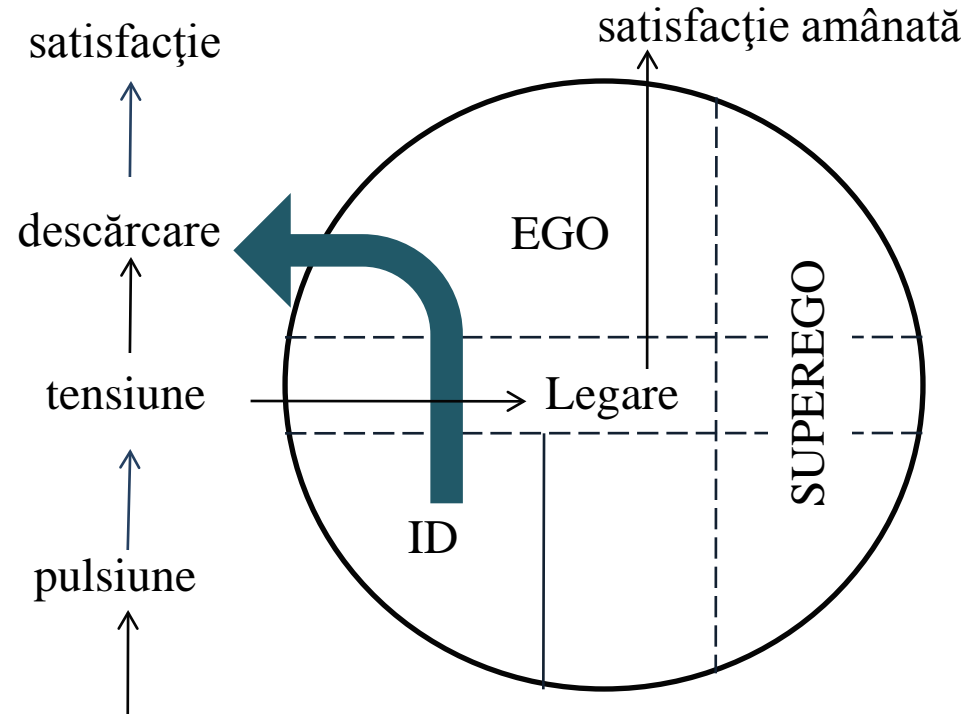
# Consecințe ce decurg din perturbarea procesului de dezvoltare psiho-sexuală

- Neîndeplinirea nevoilor copilului (frustrările) sau îndeplinirea lor exagerată fac ca energia psihică să rămână fixată de anumite mijloace de obținere a plăcerii sexuale în detrimentul dezvoltării psiho-sexuale normale.
- În perioada adultă în urma unei frustrări, individul regresează la punctul de fixație anormală din perioada copilăriei

# Pulsiunile

- Pulsiunile sunt reprezentate de energia psihică sexuală (doriința omului de căutare a plăcerii) sau agresivă (doriința omului de căutare a morții, de reîntoarcere la starea primordială).
- Ele sunt consecința unei excitații venite din interiorul organismului (în cazul pulsiunilor sexuale de la zonele erogene).
- Pulsiunile sexuale și agresive sunt constante și nu sunt echivalente instinctelor care sunt intermitente (activate de factori fiziologici și ambientali).
- Pulsiunile sexuale au un aspect cantitativ (libido-ul sau pofta), un aspect subiectiv (un afect asociat, adică o experiență subiectivă a plăcerii sau suferinței) și un aspect cognitiv (conținut ce se manifestă prin idei și reprezentări /imagini).
- Pulsiunile motivează comportamentul uman și determină dezvoltarea structurii psihismului, dar în același timp reprezintă sursa conflictelor intrapsihice.

# Funcționarea aparatului psihic

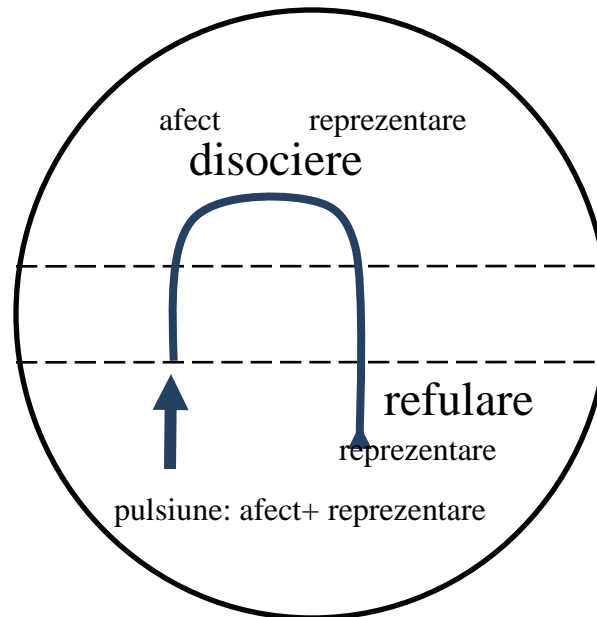


Excitație (de la zonele erogene: gură, anus, mamelon, organe genitale)

# Disociația și refularea

1. Pulsunile inconștiente libidinale sau agresive ale Sinelui nu pot fi întotdeauna satisfăcute
2. Apar astfel conflictele intrapsihice, care trebuie gestionate de către Eu.
3. Pulsunile au însă o mare încărcătură energetică care crește în cazul nesatisfacerii lor. Apare astfel o stare de tensiune sau disconfort psihic.
4. Pentru a îndepărta starea de disconfort, energia trebuie readusă la un prag minim prin
  - trecerea la fapte atunci când acest lucru este acceptabil (descărcare pulsională).
  - în cazul în care acest lucru este inacceptabil, intervin mecanismele inconștiente ale disociației (prin care reprezentările sunt disociate de afect) și ale refulării (prin care energia și reprezentările pulsuniilor inacceptabile sunt transferate în inconștient făcând ca disconfortul psihic nu fie conștientizat).
5. Soluția este parțială pentru că deși disconfortul dispare, energia nu se pierde, ci se va acumula în inconștient de unde va încerca să revină în conștient.
6. Deoarece inconștientul nu poate acumula la nesfârșit energie, există și mecanisme de descărcare a energiei din inconștient: visurile, lapsusurile (cuvinte stânjenitoare pronunțate în locul altora în mod neașteptat și neintenționat), actele ratate (gafele), fantasmele. Analiza și interpretarea acestor mecanisme poate da relații despre natura dorințelor și pulsuniilor refulate în inconștient.

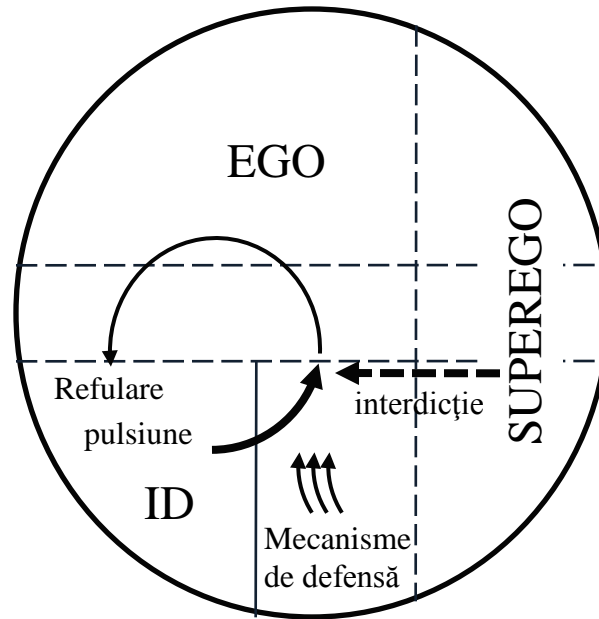
# Disocierea și refularea



# Mecanismele de defensă ale eului

- Ego-ul trebuie să medieze între exigențele Id-ului: (vreau) și interdicțiile Superego-ului (nu este permis). Când există posibilitatea scăpării de sub control a pulsionilor refulate, apare anxietatea care semnalează pericolul pierderii controlului.
- Ego-ul atenționat își intensifică defensiva folosind mecanisme auxiliare

# Psihanaliza: mecanismele de defensă ale eului





# Mecanisme de defensă: exemple

- Somatizarea: conversia suferinței psihice în suferință somatică
- Represia: decizia conștientă de a nu da curs pulsionilor sau dorințelor inacceptabile
- Negarea: evitarea conștientizării unor informații senzoriale externe greu de înfruntat
- Deplasarea: mutarea sentimentelor asociate unui obiect asupra altui obiect asemănător
- Introiecția: internalizarea calităților unei persoane semnificative ca o modalitate de a accepta pierderea acelei persoane
- Proiecția: atribuirea propriilor sentimente inacceptabile unei alte persoane
- Formarea reactivă: transformarea unei dorințe sau unei pulsioni inacceptabile în opusul lor
- Anularea retroactivă: negarea implicațiilor nedorite ale unei acțiuni prin elaborare, clarificare sau acțiune opusă

# Mecanisme de defensă: exemple

- Idealizarea: atribuirea unor calități perfecte altor persoane pentru a evita sentimentele negative față de acea persoană
- Identificarea: asumarea unui comportament sau idei aparținând altei persoane pentru a putea suporta mai ușor o despărțire
- Identificarea proiectivă: asumarea unor caracteristici aparținând altei persoane care proiectează asupra persoanei țintă caracteristici ale sale
- Sublimarea: transformarea scopurilor condamnable din punct de vedere social sau inacceptabile pentru individ într-unele acceptabile
- Regresia: întoarcerea la o fază anterioară de dezvoltare pentru a evita tensiunile asociate cu nivelul prezent de dezvoltare
- Raționalizarea: justificarea inconștientă a unei atitudini sau comportament inacceptabil pentru a-l face acceptabil
- Intelectualizarea: utilizarea gândirii abstracte pentru a evita sentimente neplăcute

# Terapiile psihodinamice

- Terapiile psihodinamice abordează patologia psihică din patru perspective
  - Perspectiva clasică a pulsionilor și a conflictului interior
  - Perspectiva psihologiei eului
  - Perspectiva relațiilor obiectuale
  - Perspectiva psihologiei self-ului

# Perspectiva clasică

- Pentru nou născut (stadiul oral al dezvoltării psiho-sexuale), suptul la sân aduce două tipuri de gratificare: cea biologică (hrănirea) și cea psihologică (senzații plăcute la nivelul buzelor și limbii, senzația plăcută de a fi iubit și în siguranță). Suptul și ingestia reprezintă însă și o formă de posesivitate, iar mușcatul, prima formă de manifestare a ostilității.
- În opinia lui Freud, anorexia simbolizează aversiunea față de sexualitate sau fixarea libidoului în stadiul oral al dezvoltării psiho-sexuale.
- Echivalare ingestiei alimentare cu posesivitatea a dat naștere la speculația conform căreia tulburările de alimentație constituie o manifestare a conflictului intrapsihic generat de pulsuni posesiv-agresive. Sentimentele de vinovăție generate de pulsunile posesive (ca manifestare a lăcomiei, geloziei sau invidiei) pot induce penitență prin post.
-

# Perspectiva psihologiei eului

- se bazează pe mecanismele de defensă care reglementează descărcările pulsionale.
- bulimia echivalează cu descărcarea fanteziilor sexuale și cu a deveni însărcinată. Anorexia blochează sarcina. Din această perspectivă autoînfofetarea reprezintă o metodă de defensă împotriva fanteziilor de inseminare orală de către tată (în conexiune cu frica și rejecția dorinței de a rămâne însărcinată) și a fanteziilor orale sadice (care apar prin formare reactivă la fanteziile de incorporare).
- Mecanisme defensive utilizate în anorexie și bulimie: idealizarea (întregii familii sau a unui membru), identificarea proiectivă (cu proiecții ale unor membri ai familiei), proiecția, sublimarea, intelectualizarea.

# Perspectiva relațiilor de obiect

- Accentul este pus pe relațiile persoanei cu obiectele pulsuniilor sale libidinale sau agresive.
- În primii ani de viață, în urma experienței afective avute cu persoana care îl îngrijește („obiectul” extern), copilul își formează o reprezentare a persoanei respective pe care o internalizează (prin introiecție), adică o încorporează în selful său. Astfel, un „obiect” extern (persoană semnificativă pentru individ) devine „obiect” intern. Obiectul intern nu se reduce la amintirile pe care individul le are despre persoanele semnificative din viața sa, ci este parte a personalității sale. În timp, obiectul intern ajunge să influențeze relațiile individului cu alte persoane
- În dezvoltarea și reprezentarea relațiilor de obiect pot interveni distorsiuni. Simptomele sunt expresia simbolică a relațiilor obiectuale distorsionate. Scopul terapiei este conștientizarea reprezentărilor distorsionate ale obiectelor și selfului.
- Corpul neintegrat în self devine o formă de comunicare nonverbală. În cazul tinerelor anorexice, introiectul matern ostil și rejectiv generează autoînfoamțare în încercarea de separație. În cazul tinerelor bulimice, separarea de mama simbiotică (introiect matern suportiv și gratificant) generează alimentația excesivă care reprezintă obiectual simbioza cu mama.

# Perspectiva psihologiei selfului

- Selful este conceput ca un sistem ce organizează experiența subiectivă a individului (gândurile, senzațiile, atitudinile față de sine și lume).
- Selful are legătură cu stima de sine, reglarea emoțiilor, continuitatea în timp și spațiu și coeziune. Acesta se formează prin gratificarea pulsionilor narcisice (investirea pulsionilor libidinale în sine).
- Conform psihologiei selfului, lipsa maturării selfului este mai importantă decât conflictele generate de pulsioni, intervenția mecanismelor defensive și distorsiunile relațiilor de obiect.
- Afectarea dezvoltării selfului determină apariția sentimentelor de devitalizare (gol interior, lipsă de viață), tensiunii psihice, autodeprecierii, dezorganizării. Aceste simptome sunt interpretate ca fiind măsuri ce au ca scop restaurarea vitalității, coeziunii și stimei de sine.

# Perspectiva psihologiei selfului

- Din punctul de vedere al psihologiei selfului, părinții anxioși, depresivi sau psihotici nu acoperă nevoile copilului. Acesta nu se va mai baza pe alte persoane pentru asigurarea satisfacerii nevoilor proprii. Mai mult copilul poate interpreta suferința părinților ca fiind produsă de el și adoptă modelul comportamental al „copilului care nu are nevoi” și care asigură nevoile de bine ale părinților, negându-le pe ale sale. Acest fapt afectează maturarea selfului copilului.
- În cazul anorexiei mentale, modificările corporale ce apar la pubertate dau semnalul intrării în etapa adultului responsabil de sine și independent. Tânăra devotată asigurării nevoii de bine a părinților trăiește această etapă a dezvoltării sale ca o formă de separare de părinți cu sentimente de vină pentru acest abandon. Acest fapt alimentează sentimente de scădere a stimei de sine.



# Psihologia selfului

- Autoînfoimetarea aduce tinerei anorexice următoarele avantaje:
  - va estompa caracterele sexuale feminine și ciclul menstrual împiedicând adultizarea, abandonul părinților și scăderea stimei de sine
  - va duce la o siluetă echivalată de tânără cu idealul de frumusețe și deci va restabili stima de sine
  - aspectul respingător sau dezolant al organismului cașectic poate fi un semnal de alarmă adresat părinților neresponsivi la nevoia de recunoaștere a tinerei fete (încercare de redobândire a stimei de sine)
  - anularea prin autoînfoimetare a caracterelor sexuale secundare și menținerea corpului de tip infantil poate indica nevoia de a perpetua stadiul infantil în care copilul este în centru atenției și primește toată atenția și dragostea parentală.

# Psihologia selfului

- În cazul sentimentelor de devitalizare, prin autoînfrumusețare tânăra anorexică va reîncăsa senzația familiară a carenței afective din copilărie (lipsa plăcerii orale prin lipsa disponibilității sânelui și afectivității materne).
- Această senzație este încărcată afectiv și va contrabalansa sentimentul de devitalizare.
- În mod similar, exercițiul fizic intens are și rolul de a o face pe fată să-și simtă corpul, contrabalansând sentimentul de devitalizare.

# Perspectiva psihologiei selfului

- Hrănirea sugarului echivalează cu starea de bine, iubirea și siguranța.
- Mamele pacientelor anorexice sunt descrise ca supraimplicate și supraprotective. Acest comportament favorizează rămânerea la stadiul relației simbiotice mamă-copil afectând separarea-individualizarea. Copilul mic are un self nediferențiat ca granițe. O relație prea strânsă cu mama, afectează funcția de simbolizare și anume, hrana nu va constitui un substitut al mamei (obiect tranzitiv), ci va fi confundată cu obiectul original (cu mama). Acest lucru afectează maturarea selfului. Autoînfofetarea la pubertate poate simboliza dorința de separare și de individualizare care se vor manifesta prin aversiune față de mâncare.
- Mamele pacientelor bulimice sunt descrise ca dezangajate sau rejective. Copilul neglijat afectiv se va independentiza și va încerca să-și găsească alte căi de reglare a selfului în afara relației cu mama sa. Nevoia de reîntoarcere la stadiul de simbioză (regresiune) care oferă confort și securitate poate duce la bulimie, deoarece hrana echivalată încă din copilărie cu mama devine un obiect reconfortant ce se află în controlul persoanei

# Psihoterapeutul, în funcție de tipul orientării sale psihodinamice trebuie să :

- Identifice dorințele conștiente și inconștiente ale pacientului și temerile sale (prin interpretarea asociațiilor libere, viselor, fantasmelor, actelor ratate sau lapsusurilor), să determine dacă acestea sunt adecvate stadiului de dezvoltare, să determine flexibilitatea și realismul idealurilor sale (din perspectiva psihologiei conflictelor intrapsihice generate de pulsuniile și inacceptabile)
- Identifice mecanismele de defensă psihologică ale pacientului și să determine gradul lor de maturitate să identifice capacitatea pacientului de a amâna descărcarea impulsurilor sau de a se manifesta impulsiv (din perspectiva psihologiei Eului).
- Identifice persoanele semnificative din viața pacientului atât în trecut cât și în prezent: cu cine se identifică, lipsa cărei persoane o resimte, sau dacă poate tolera despărțirile prin substitutul imaginii interne a persoanei lipsă, dacă pacientul are o viziune matură a relațiilor obiectuale în sensul de a percepe alte persoane ca având atât părți bune cât și rele, fără a-i idealiza și fără a-i devaloriza, dacă pacientul percepe celelalte persoane ca pe niște obiecte parțiale sau separate cu nevoi proprii (din perspectiva psihologiei relațiilor obiectuale)
- Identifice gradul stimei de sine a pacientului și cum reacționează în situațiile care pot afecta stima de sine cum sunt ofensele, nevoia de a primi încurajări, limitele sinelui și anume capacitatea de a diferenția propriul conținut psihic de cel al altora, limitele corporale, continuitatea sinelui – pacientul rămâne sau nu același în circumstanțe diferite, coerența sinelui – pacientul prezintă sau nu schimbări bruște ale stării psihice (din perspectiva psihologiei selfului,)

# Psihoterapia cognitiv-comportamentală: comportamentalismul

- Terapiile comportamentale au la bază psihologia experimentală (empirică) și reprezintă aplicarea teoriei învățării în tratamentul tulburărilor psihice. Ele ignoră prezența psihismului care nu poate fi măsurat.
- Teoria învățării susține că exceptând instinctele (comportamente înnăscute al căror rol este de a asigura supraviețuirea speciei), comportamentele sunt dobândite prin învățare.
- Învățarea se face prin condiționarea clasică și condiționarea operantă:
- Conform teoriei învățării, comportamentele maladaptative sunt dobândite prin învățare în urma unor evenimente traumatizante conform schemei „A-B-C”:  
A (evenimente antecedente) --B (behavior/comportament) --C (consecințe)
- Orice comportament învățat (condiționat) poate fi decondiționat. Astfel, terapia comportamentală vizează înlocuirea comportamentelor maladaptative cu comportamente dezirabile care vor fi reîntărite.

# Comportamentalismul

- CONDIȚIONAREA CLASICĂ (Pavlov, Watson) este modalitatea prin care un stimul neutru (stimulul condiționat) asociat în mod repetat cu un stimul care determină un anumit răspuns în mod natural (stimulul necondiționat) va determina apariția răspunsului respectiv
- CONDIȚIONAREA OPERANTĂ sau instrumentală (Skinner) este o modalitate prin care se poate crește sau scădea frecvența unui comportament modificând consecințele acestuia. La baza condiționării operante stă principiul învățării prin recompensă descoperit de Thorndike conform căruia în urma procesului de învățare un organism repetă un comportament pentru a obține o anumită stare sau oprește comportamentul pentru a evita o anumită stare.
- Frecvența unui comportament crește dacă comportamentul e reîntărit (e urmat de o recompensă). Reîntărirea poate fi pozitivă și în acest caz recompensa e reprezentată de consecințele plăcute ale comportamentului, sau poate fi negativă, negativă recompensa fiind reprezentată de înlăturarea unor stimuli neplăcuți (stimuli aversivi).
- Frecvența unui comportament scade dacă comportamentul nu e reîntărit (nu e urmat de consecințe), urmând ca el să dispară, fenomen numit extincție.
- Reîntărirea negativă (îndepărtarea stimulului aversiv) nu este similară cu pedeapsa (aplicarea unui stimul aversiv sau îndepărtarea stimulilor plăcuți). Reîntărirea negativă crește frecvența comportamentului dorit în timp ce pedeapsa oprește un comportament nedorit fără să-i indice organismului ce să facă în continuare.

# Cognitivismul

- Cognitivismul s-a dezvoltat ca o reacție atât la psihanaliză (ce considera comportamentul motivat de pulsuni inconștiente) dar și la comportamentalismul radical (care ignora psihismul, unica sursă de stimuli fiind mediul înconjurător).
- Cognitivismul reia idei ale filosofiei stoice afirmând că nu evenimentele (mediul extern) sunt cele care determină comportamentul, ci modul în care individul procesează aceste evenimente. Gândurile (modul în care este interpretată informația) sunt cele care generează emoțiile și comportamentele.

# Cognitivismul: alcătuirea aparatului psihic

- schemele cognitive (convingeri de fond) reprezintă toate cunoștințele individului la momentul respectiv despre sine și lume. Aceste structuri au rolul de a filtra, înregistra și interpreta informațiile dându-le un sens. Ele sunt inconștiente.
- presupunerile sunt predicții despre interacțiunile dintre individ și mediu bazate pe reguli de tip condițional: „dacă mă port frumos, ceilalți mă vor accepta”. Sunt de asemenea inconștiente
- gândurile automate sunt imagini mentale sau monologuri interne inconștiente, care pot fi uneori conștientizate prin anumite tehnici ale terapiei cognitive. Aparțin nivelului preconștient al psihismului
- gândurile conștiente

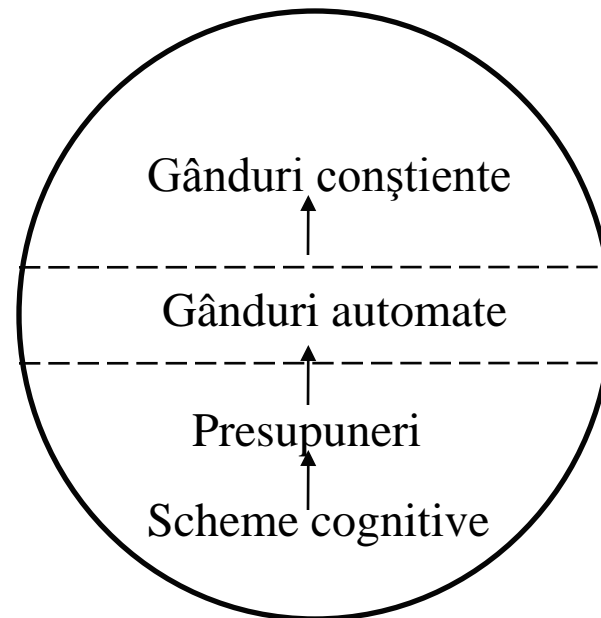


# Cognitivismul: aparatul cognitiv

Nivelul conștient al psihismului

Nivelul preconștient conștient al psihismului

Nivelul inconștient al psihismului



# Cognitivismul

- Pentru cognitiști, gândurile generează emoțiile, reacțiile vegetative și comportamentul.
- Procesele cognitive sunt reguli logice prin care informația este interpretată. Ele pot fi automate (inconștiente, rapide, greu de influențat) generând gândurile automate, sau conștiente (supuse controlului conștient, depinzând de atenție și mai lente).
- Schemele cognitive se formează în copilărie având rol în învățare și adaptarea la mediul ambiant. Învățarea se face prin fenomenele de asimilare (incorporarea experiențelor noi atunci când acestea sunt în acord cu schemele preexistente) și acomodare (ajustarea schemelor preexistente atunci când acestea vin în contradicție cu experiența, realitatea).

# Cognitivismul

- În cazul în care intervin evenimente traumatice, există riscul dezvoltării unor scheme cognitive distorsionate.
- Dacă ulterior un individ se reîntâlnește cu stimuli analogi cu cei care au dus la formarea schemelor distorsionate, acestea se activează și prin procesare eronată apar presupuneri eronate ce generează gânduri automate distorsionate.
- Gândurile automate vor duce la apariția emoțiilor, reacțiilor vegetative și comportamentelor maladaptative, care printr-un cerc vicios, vor confirma veridicitatea schemelor și presupunerilor eronate.

# ABC cognitiv

A (evenimente antecedente)



B (beliefs/convingeri iraționale)



C (consecințe):

emoții, reacții vegetative, comportamente maladaptative

# Distorsiunile cognitive:

- Pe baza schemelor cognitive distorsionate realitatea va fi eronat interpretată. Mai mult decât atât, individul va selecționa acele informații din mediul ambiant care sunt concordantă cu schemele cognitive distorsionate și va ignora sau va rejecta informațiile contradictorii. Apar astfel distorsiunile cognitive:
  - gândirea catastrofică: exagerarea consecințelor negative ale unui eveniment
  - gândirea de tip totul sau nimic (dichotonă): tot ce nu iese așa cum își dorește individul constituie un eșec
  - tragerea de concluzii pripite: tragerea unei concluzii în absența dovezilor
  - centrarea pe un detaliu, scos din context
  - valorizarea eșecurilor sau evenimentelor triste și devalorizarea reușitelor și evenimentelor fericite
  - gândirea sub imperiul emoțiilor: emoțiile negative resimțite reflectă realitatea
  - etichetarea: un comportament incidental devine o etichetă ce caracterizează individul
  - interpretarea actelor oamenilor ca reflectând întotdeauna gândirea acestora
  - suprageneralizarea: generalizarea (extinderea) unei experiențe neplăcute la toate situațiile posibile
  - personalizarea: conferirea unui sens personal unui eveniment fără nici o legătură cu persoana în cauză

# Tehnicile terapiei cognitiv-comportamentale

- identificarea gândurilor automate, prezumțiilor eronate și schemelor care stau la baza distorsiunilor cognitive.
  - Pus să-și amintească ce gândește în momentul în care resimte emoția respectivă, pacientul poate conștientiza gândurile automate care-i trec prin minte atunci când resimte emoția respectivă. Astfel emoțiile reprezintă „calea regală spre gândurile automate”.
  - Depistarea schemelor cognitive distorsionate subiacente este mai dificilă. Prin tehnici speciale se poate ajunge uneori și la identificarea acestora.

# Tehnicile terapiei cognitiv-comportamentale

- distorsiunile cognitive ale pacientului, odată identificate vor fi:
  - analizate împreună cu pacientul din punct de vedere logic (pacientul cântărește argumentele în favoarea sau contra validității acestora sau e pus să privească problema din perspectiva unei alte persoane și să încerce să găsească explicații alternative). Arta terapeutului constă în modul în care-l va conduce pe pacient să-și critice distorsiunile negative și să conștientizeze legătura dintre stimuli, gânduri, emoții și comportamente (tehnica inducției socratice).
  - confruntate experimental cu realitatea
  - evaluate în ceea ce privește avantajele și dezavantajele pe care le creează pacientului pentru a testa motivația pacientului de a renunța la ele

# Tehnicile terapiei cognitiv-comportamentale

- concluziile la care pacientul ajunge ajutat de terapeut vor fi supuse unei validări experimentale.
- pentru a vedea cum gândurile influențează emoțiile, reacțiile vegetative și comportamentul, precum și pentru a evalua progresul terapiei, pacientul va completa acasă un jurnal sub forma unui tabel în care își va monitoriza gândurile, răspunsurile emoționale și reacțiile vegetative generate de acestea la situațiile stresante cu care se confruntă. Uneori va consemna și răspunsuri raționale sau alternative.



# Psihoterapia cognitiv-comportamentală în bulimie

- Distorsiunile cognitive:
  - silueta determină valoarea personală
  - silueta aduce cu sine fericirea
  - autocontrolul (impulsului bulimic și al greutății) este un semn de forță și disciplină
  - nu există decât reușită sau eșec (viziunea nenuanțată de tip totul sau nimic, alb și negru)
  - lipsa complimentelor din partea altor persoane înseamnă părerea proastă a acestora

# Psihoterapia cognitiv- comportamentală în bulimie

- Gândurile automate în bulimie
  - când sunt depresivă am un acces de bulimie
  - când sunt nervoasă am un acces de bulimie
  - după ce am mâncat trebuie să scap de ce am ingerat (să vomit, să folosesc laxative, diuretice)
  - nu pot controla accesele bulimice
  - nu pot controla comportamentul de vomă

# Tehnici cognitive în bulimie

1. Psihoeducația : conștientizarea cercului vicios, emoțiile sunt convertite în consumul de alimente
2. Identificarea gândurilor automate: psihoterapeutul propune experiențe care induc apariția gândurilor automate: cântărire, consumarea unui aliment interzis sau a unui aliment cu valoare calorică necunoscută, privitul în oglindă, comparația cu alte femei, purtarea de haine mulate pe corp sau costum de baie, probarea de haine la magazin.
  - Se vor nota gândurile automate care vor fi analizate.
  - Automonitorizarea:

Între ședințe se prescrie sarcina de a înregistra într-un carnet (cel puțin o dată pe zi) comportamentul alimentar (ce a mâncat și cât a mâncat, ora, locul, comportamentul adoptat: bulimie, vomă, utilizarea de laxative, circumstanțele).

Se notează frecvența acceselor de bulimie, durata acestora, frecvența comportamentelor menite să redreseze greutatea

# Tehnici cognitive în bulimie

3. Restructurarea cognitivă: analiza din punct de vedere logic a gândurilor automate, presupunerilor eronate și schemelor distorsionate cu discutarea argumentelor pro și contra:
- Îngrășarea nu echivalează cu obezitatea
  - Abținerea de la mâncare declanșează accesele bulimice
  - Efortul fizic excesiv poate declanșa accese bulimice
  - Considerentele după care se apreciază frumusețea feminină sunt relative
  - Fericirea nu înseamnă siluetă
  - Temerile legate de faptul că sunt judecate după cum arată sunt false
- Abordarea subiectului despre aspectul fizic se face cu terapeutul prin joc de rol sau prin expunere în cadrul unor discuții în familie sau cu prietenii

# Tehnici comportamentale în bulimie

- expunerea la stimulul anxiogen (la alimente) cu:
  - prevenirea răspunsului (învățarea de a rezista impulsului de a ingera alimentele sau ingerarea de alimente cu oprirea răspunsului de vomă forțată)
  - găsirea unor activități alternative plăcute: muzică, socializare cu prietenii, hobby-uri
- expunere la stimulul anxiogen (percepție deformată asupra schemei corporale) prin gimnastică în grup, mersul la piscină
- gestionarea stresului prin învățarea unor tehnici de relaxare
- expunere prin reintroducerea treptată a alimentelor evitate de la cele mai puțin anxiogene până la cele mai anxiogene
- Expunerea poate fi făcută în imaginație, prin joc de rol cu psihoterapeutul sau în realitate.

# Psihoterapia cognitiv-comportamentală în anorexie

- Distorsiunile cognitive în tulburările alimentare sunt legate de:
  - imaginea corporală: tânăra anorexică se percepe mai grasă decât este
  - greutate: greutatea determină stima de sine
  - capacitatea alimentelor de a îngrășa: alimentele sunt împărțite în funcție de caloriile „bune” sau “rele” (alimente periculoase)
  - eliminarea caloriilor prin vărsături, utilizarea laxativelor și diureticelor
  - capacitatea de a-și alege greutatea indiferent de constituția genetică
  - gândirea magică referitoare la a fi sub o anumită greutate
  - expectanțele perfecționiste: nu poți fi fericit în viață dacă nu e totul perfect
  - gândirea de tip “totul sau nimic”

# Tehnici cognitive în anorexie

1. Psihoeducația: deoarece conștiința bolii este absentă se pune problema motivării pacientei de a urma tratamentul. Se abordează două aspecte:
  - Problematika greutății: restricția alimentară, voma, utilizarea purgativelor laxativelor, diureticelor, substanțelor emetizante și catabolizante, exercițiul fizic intens generează complicațiile medicale
  - Problematika individuală: perfecționismul, stima scăzută de sine, gestionarea emoțiilor, controlul impulsurilor, relațiile interpersonale, intrafamiliale.

# Tehnici cognitive în anorexie

1. Psihoeducația: se explică următoarele
  - multe din simptomele anorexiei sunt rezultatul malnutriției.
  - restricția alimentară stimulează accesele bulimice, iar alimentația previne astfel bulimia și creșterea ponderală. Mesele sunt un medicament
  - Anxietatea poate precede tulburările alimentare
  - Depresia poate fi consecința deficitului ponderal și poate fi ameliorată de creșterea ponderală.



# Tehnici cognitive în anorexie

1. Identificarea gândurilor automate cu notarea și analizarea lor  
Automonitorizarea: Între ședințe se prescrie sarcina de a înregistra într-un carnet (cel puțin o dată pe zi) comportamentul alimentar (ce a mâncat și cât a mâncat sau băut, contextul (singură), locația, ora, locația, emoțiile apărute, gândurile apărute în legătură cu percepția corporală. Se notează frecvența acceselor de bulimie, durata acestora, frecvența comportamentelor menite să redreseze greutatea

# Tehnici cognitive în anorexie

## 2. Restructurarea cognitivă:

- Argumente pro și contra distorsiunilor cognitive
- Schimbarea percepției despre standardele de frumusețe (idealul rubensian de frumusețe – albume, muzee, în contrast cu revistele actuale de modă
- Discuții legate de prelucrarea pozelor vedetelor și fotomodelelor.
- Căutarea aspectelor estetice și a imperfecțiunilor fizice ale vedetelor și fotomodelelor pozele acestora sunt prelucrate.
- Contradicția între rezultatele anterioare bune (școlare, sportive) și stima de sine scăzută

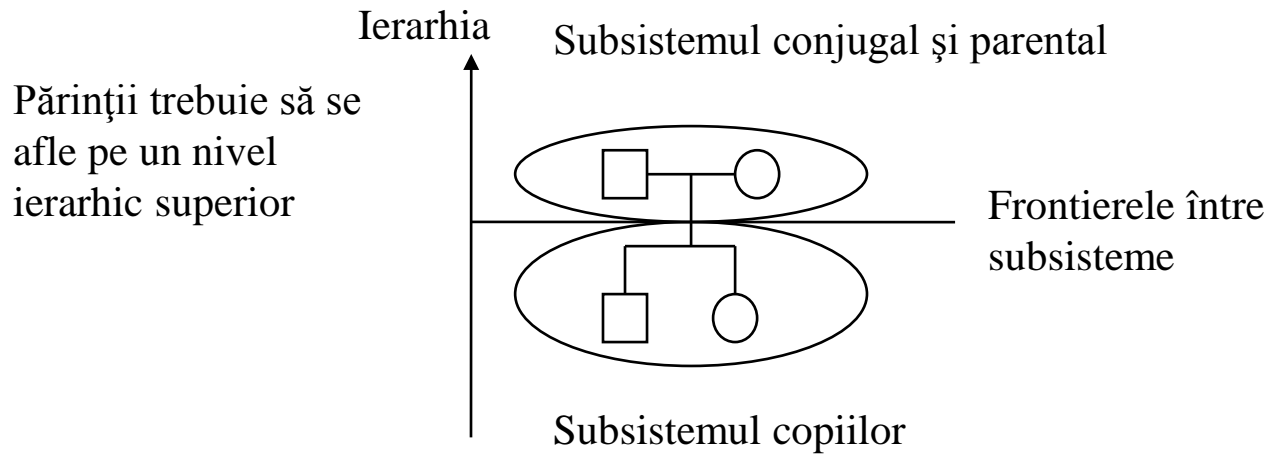
# Tehnici comportamentale

- Expunerea la situațiile anxiogene: se face treptat
  - începând cu cele mai puțin anxiogene
  - mai întâi acasă în fața oglinzii și apoi în afara casei,
- Învățarea tehnicilor de relaxare
- Prevenția răspunsului de verificare (controlul greutateii, controlul grosimii pliului cutanat, căutarea unor defecte corporale) și a ritualurilor de îmbrăcare (încercarea mai multor ținute) dinaintea ieșirii din casă.
- Eliminarea comportamentelor de securizare. Aceste comportamente constau în întrebări adresate altor persoane despre măsura în care micile defecte pot fi sesizate
- Experimentarea plăcută a corpului prin dans, masaj

# Psihoterapia familială sistemică

- Familia este un sistem care are o STRUCTURĂ, fiind alcătuită din subsisteme constituite în funcție de:
  - vârstă, sex
  - rolul asumat în cadrul familiei
  - interese (coaliții)
- Subsistemele sunt delimitate de FRONTIERE care trebuie să fie clare. Atunci când sunt difuze este afectată ierarhia familială.
- REZONANȚA AFECTIVĂ a membrilor familiei la față de suferința unui alt membru depinde de frontiere
  - când frontierele sunt rigide familia este dezangajată și distanța afectivă dintre membrii este mare
  - când frontierele sunt difuze, familia este supraimplicată și distanța afectivă dintre membrii familiei este prea mică

# Structura sistemului familial



# Psihoterapia familială sitemică

- IERARHIA în cadrul unei familii se bazează pe faptul că membrii familiei se află pe nivele ierarhice diferite în funcție de rolul asumat de fiecare membru din care decurg autoritatea și responsabilitățile (cine ia deciziile, cine întreține familia).
- În condiții normale, ierarhia este clară, copiii sunt în relație de complementaritate cu părinții

# Psihoterapia familială sistemică

- În familiile disfuncționale apar următoarele situații:
  - cuplul conjugal nu reprezintă întotdeauna un cuplu parental (părinții nu au autoritate asupra copiilor)
  - apare sabotajul ierarhiei:
    - Indirect când un părinte îl sabotează pe celălalt prin faptul că nu-l susține când acesta încearcă să-și exercite autoritatea asupra copiilor
    - direct când un părinte îi oferă copilului o alternativă opusă celei formulate de celălalt părinte
  - pierderea partenerului conjugal și parental prin divorț, separare sau deces poate genera transferul de responsabilități/rol/autoritate copilului mai mare (parentificarea copilului)

# Psihoterapia familială sistemică

- RELAȚIILE dintre membrii familiei pot fi:
  - Simetrice sau complementare
  - Foarte strânse sau foarte superficiale
  - Flexibile sau rigide – realizând tipare transgeneraționale și influențând homeostazia sistemului
  - Etice (bazate pe legitimitate și merite) sau injuste
  - Loiale pe verticală (generând conflicte de loialitate) sau pe orizontală (generând clivajul de loialitate)



# Psihoterapia familială sistemică

- Rezonanța afectivă a unei relații
  - relații extrem de strânse care distrug autonomia membrilor familiei (fiecare se implică excesiv în viața sau problemele celuilalt). Rezonanța afectivă între membrii familiei este extremă, ducând la apariția dependenței psihologice. Este cazul familiilor caracterizate prin supraimplicare („enmeshed”)
  - relații distante și reci din punct de vedere afectiv ducând la o autonomie aproape completă a membrilor familiei (nimeni nu se interesează de nimeni în familia respectivă). Acesta este cazul familiilor dezangajate.
- În mod normal familiile se află pe un continuum între cele două situații extreme (familii supraimplicate și familii dezangajate)

# Psihoterapia familială sistemică

- Raportul de egalitate într-o relație:
  - relația simetrică se caracterizează prin faptul că ambii parteneri sunt pe poziție de egalitate și au un comportament de același tip. Riscul constă în competitivitatea generată de acest tip de relație care favorizează escalada astfel că atunci când unul dintre parteneri încearcă să-l domine pe celălalt
  - relația complementară presupune că unul dintre parteneri se află într-o poziție de superioritate iar celălalt într-o poziție de inferioritate (părinte-copil). Riscul unei asemenea relații constă în rigiditatea situației.

# Psihoterapia familială sistemică

- Loialitatea se manifestă față de
  - părinți (loialitate pe verticală) sau
  - partenerul de viață sau grupul de prieteni (loialitate pe orizontală).
- Loialitatea copiilor față de părinți este atât de mare, încât indiferent dacă este vizibilă sau nu, ea poate afecta profund:
  - cuplul conjugal și familia de origine a unuia dintre membrii cuplului în situația LOIALITĂȚII INVIZIBILE ce sabotează relația cu partenerul de cuplu, sau în situația CONFLICTULUI DE LOIALITATE atunci când un individ este obligat să aleagă între loialitatea pe care o datorează părinților și loialitatea față de partenerul de viață.
  - cuplul parental și copilul în situația CLIVAJULUI DE LOIALITATE, când cei doi părinți sunt în conflict iar încercarea copilului de a fi loial ambilor părinți este considerată ca trădare de către un părinte.

# Psihoterapia familială sistemică

- Dimensiunea etică:
  - relația presupune un schimb între doi indivizi în care unul oferă răspunzând nevoilor sau așteptărilor celuilalt care primește.
  - acest schimb trebuie să fie reciproc și echilibrat pentru ca o relație să devină corectă și durabilă.
  - cel care oferă nu obține întotdeauna ceva în schimb, de aceea a oferi înseamnă a investi într-o altă persoană.
  - oferind (investind), riști dar în același timp obții un merit. Datorită meritelor sale, un individ dobândește legitimitate.
  - LEGITIMITATEA POATE FI DISTRUCTIVĂ atunci când în baza ei individul speră să găsească în partenerul de cuplu sau în propriul copil mijlocul prin care să obțină compensația pentru o injustiție pe care a trăit-o în familia sa de origine (terapia familială contextuală).

# Psihoterapia familială sistemică

- COMUNICAREA dintre membrii familiei poate fi:
  - Verbală și nonverbală
  - Clară sau confuză (“*double bind*”)
  - Metaforică (simptomul este privit ca semnal de alarmă care trebuie să atragă atenția familiei asupra membrului suferind, respectiv simptomul poate fi o strategie de preluare a puterii într-o relație)

# Psihoterapia familială sistemică

- Metacomunicarea sau „comunicarea despre comunicare”:
  - informația comunicată (conținutul) se însoțește de o informație adițională care ajută la interpretarea (decodificarea) corectă a mesajului care trebuie recepționat (intonația vocii și/sau expresivitatea mimico-gestuală).
  - Informația adițională dă crește eficiența comunicării oferind și indicii despre relația dintre cei care comunică.
  - Injoncțiunile paradoxale: se referă la ordine care conțin un paradox (fii spontan !) generând confuzie în mesaj
  - Dubla legătură („double bind”): se caracterizează prin transmiterea de către o persoană a unei injoncțiuni paradoxale (în plan verbal) care anunță o sancțiune, urmată de adăugarea unei alte injoncțiuni paradoxale (la un nivel non-verbal sau abstract al comunicării), care intră în conflict cu prima (de fapt nu e vorba de o sancțiune). O a treia injoncțiune face ca persoana care recepționează mesajele contradictorii să nu poată să iasă din situația dată (oricum ar face, iese rău).

# Psihoterapia familială sistemică

- ADAPTAREA familiei (HOMEOSTAZIA).
  - Sistemul familial este un sistem deschis supus presiunilor sociale. Familia depune eforturi pentru menținerea echilibrului intern
  - Sistemul familial parcurge un CICLU DE DEZVOLTARE alcătuit din etape succesive (curtare, căsătorie, apariția copiilor, pensionare, deces). Acest lucru implică o schimbare de roluri odată cu creșterea copiilor (relația complementară cu părinții se transformă într-o relație simetrică) și implicit un transfer de autoritate către copiii deveniți adulți. Etapele ciclului familial pot uneori constitui momente de CRIZĂ familială (apariția unui membru nou, dispariția unui membru, transferul de autoritate) care trebuie depășită de familie

# Sistemul familial și presiunile sociale

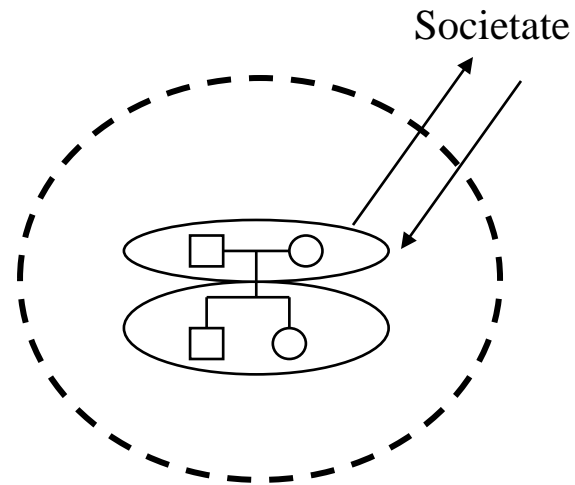
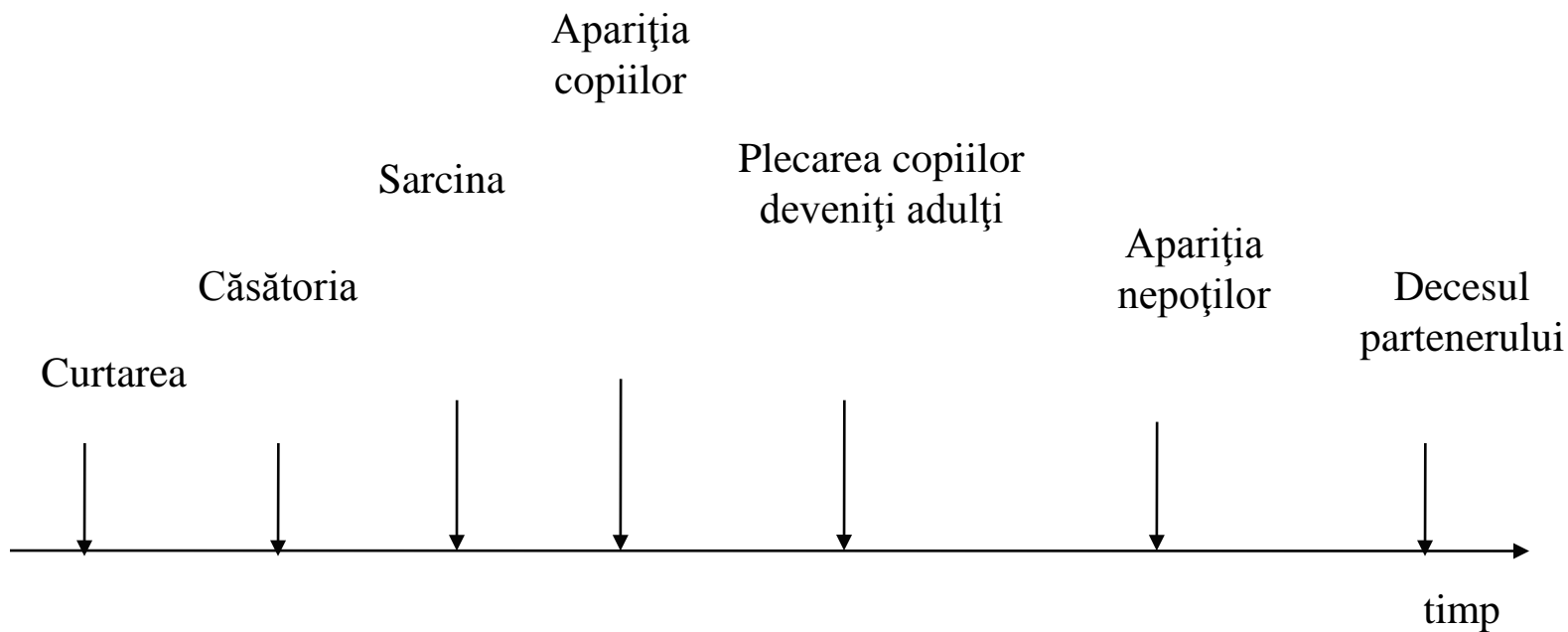


Fig. Sistemul familial este supus presiunilor sociale la care trebuie să se adapteze



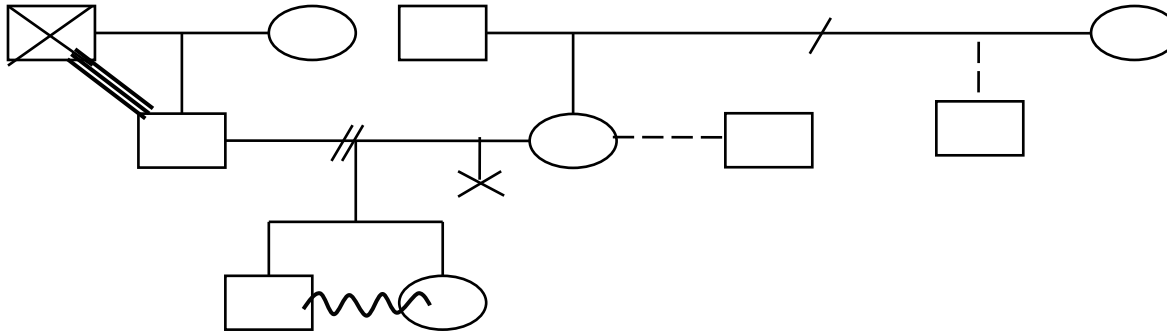
# Ciclul evolutiv familial






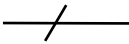

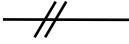








# GENOGRAMA

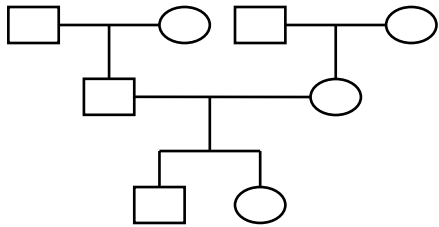
- Genograma este un arbore genealogic pe trei generații al familiei luată în terapie care se bazează pe informațiile obținute în timpul ședințelor de psihoterapie familială sistemică.
- Ea organizează schematic informațiile despre:
  - Membrii familiei cu gradele de rudenie și numele acestora
  - Vârsta membrilor de familie
  - Sexul membrilor de familie
  - Prezența unei boli psihice sau somatice la membrii familiei
  - Decesul unor membri ai familiei
  - Relațiile dintre membrii familiei (intensitatea relației, încărcătura afectivă)
  - Care membri de familie locuiesc împreună
- Importanța genogramei
  - instrument de lucru permițând emiterea de ipoteze asupra funcționării sistemului familial ilustrat
  - Fiind cuprinse cel puțin trei generații, se pot observa modelele tranzacționale care sunt repetate transgenerațional
  - Deoarece se face împreună cu familia, ea îi ajută pe membrii familiei să înțeleagă (și să vizualizeze) într-o altă lumină problemele pentru care au apelat la terapie (permite reformularea problemei)

# Genograma

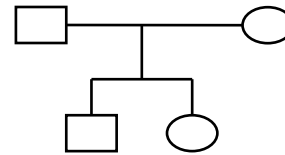


Bărbat		Căsătorie	
Femeie		Concubinaj	
Deces		Separare	
Copil		Divorț	
biologic		Conflict	
Copil adoptat		Relație foarte strânsă	
Gemeni			
Avort			

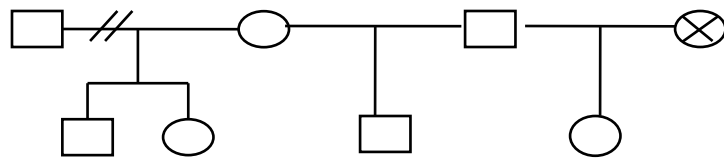
# Tipuri de familii



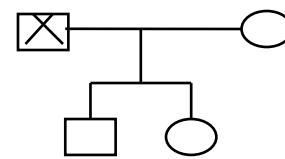
Familia extinsă



Familia nucleară



Familia recompusă



Familia monoparentală

# Familia funcțională

- IERARHIA în familie este RESPECTATĂ (părinții au autoritate față de copii, frații mai mari față de cei mai mici): granițele dintre subsisteme sunt CLARE, fiecare respectă limitele. Membrii cuplului conjugal realizează și un cuplu parental susținându-se reciproc în creșterea și educația copiilor
- Relațiile dintre membrii familiei sunt nu sunt nici distante, nici excesiv de strânse; există un echilibru între autonomie și dependența de ceilalți membri ai sistemului familial. Copii se dezvoltă autonom și se pot separa de părinți cu păstrarea sentimentului apartenenței la familia de origine
- FLEXIBILITATE (CAPACITATE DE ADAPTARE): Membrii cuplului conjugal și parental sunt capabili să negocieze regulile ce guvernează sistemul familial fără să perpetueze rigid modelele transgeneraționale pe care le-au învățat în familiile lor de origine.
- CLARITATEA COMUNICĂRII: comunicarea se face prin mesaje clare existând o congruență între comunicarea verbală și nonverbală.

# Familia disfuncțională

- Lipsa IERARHIEI sistemului familial
  - lupta pentru putere în cadrul cuplului conjugal poate genera coaliții între adulți și copii îndreptate împotriva celuilalt adult – triangulare, sabotaje directe sau indirecte între părinți, conflicte de loialitate la copii). Adulții fie nu formează un cuplu conjugal (separați, divorțați, în conflict), fie nu formează un cuplu parental (afectează ierarhia antrenându-i pe copii în conflict)
  - în cazul familiilor monoparentale, sau cu mulți copii poate apărea parentificarea unui copil
- Relațiile dintre membrii familiei sunt:
  - distante (familiile dezangajate) sau prea strânse (familiile supraimplicate)
  - non-etice
  - rigide cu apariția modelelor tranzacționale stereotipe și maladaptative
- Adulții nu au capacitatea de a negocia. Apar conflictele provenite din lupta pentru putere sau din perpetuarea propriului model familial transgenerațional care nu coincide cu cel al partenerului. Sistemul familial nu are flexibilitatea de a se acomoda la presiunile sociale și la etapele ciclului evolutiv apărând în momentele critice perturbări ale homeostaziei: simptome de boală psihică la unii membrii, conflicte
- Comunicarea se face mai ales non-verbal (violență fizică), este confuză, apare incongruența între mesajul verbal și non-verbal.

# Relațiile dintre membrii unei familii

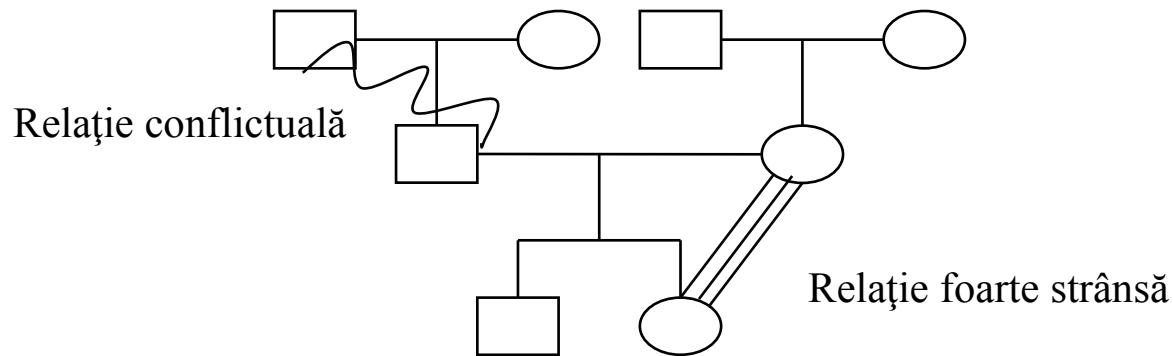


Fig. Genograma: relații dintre membrii sistemului familial

## Sinele și pseudo-sinele (după Murray Bowen)

- Sinele este constituit din credințe, convingeri, principii de viață afirmate și clar definite. Rezultă din propria experiență prin intervenția sistemului intelectual.
- Pseudo-sinele este creat sub presiunea emoțională exercitată de grupul social printr-un efect de constrângere pentru ca individul să se conformeze idealurilor de grup. Pseudo-sinele este constituit deci, dintr-o sumă incoerentă de principii, credințe și filozofii agreeate social.



# Gradul de diferențiere a sinelui: 0-25

- Lipsește diferențierea între sistemul emoțional și sistemul intelectual al sinelui
- Viața e guvernată de comportamentul instinctual
- Funcționarea intelectuală este dominată de sentimente și de automatismele sistemului emoțional
- Discursul lor se caracterizează prin expresii de tipul : eu simt că... și le este imposibil să spună eu cred..., eu gândesc că...
- Deciziile importante sunt bazate pe ceea ce ei simt că este bun.
- Orientarea este totală spre relații.
- Energia este cheltuită pentru a obține dragoste, recunoaștere, armonie relațională.
- Capacitate redusă de adaptare

# Gradul de diferențiere a sinelui: 25-50

- Există un început de diferențiere între sistemul emoțional și intelectual.
- Când anxietatea este mică, funcționarea seamănă cu a celor cu nivele crescute de diferențiere. Când anxietatea este crescută, funcționarea seamănă cu a celor cu nivel redus de diferențiere.
- Utilizează frecvent “eu simt că”, evită să spună “eu cred că”. Se servesc de cunoștințele achiziționate sau de autoritatea unei persoane (se spune că, știința a demonstrat că...) Se servesc de principii, filozofii și ideologii în relațiile pe care le stabilesc
- Se orientează spre stabilirea de relații
- Resursele sunt utilizate pentru a obține iubirea și aprobarea celorlalți.
- Caută mai mult prieteni decât ambiții personale. Succesele școlare se datorează dorinței de a face plăcere profesorilor. Statutul social depinde de relația cu un șef decât de valoarea muncii lor.
- Sentimentele sunt exprimate mai deschis.
- Stima de sine depinde de părerea celorlalți.
- Decompensarea psihică se manifestă prin depresie și tulburări de comportament (impulsivitate, utilizarea alcoolului și drogurilor care le scade momentan nivelul de anxietate)

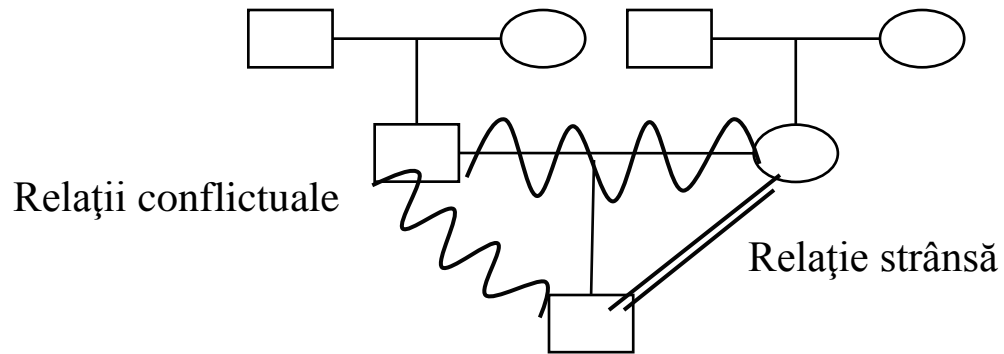
# Gradul de diferențiere a sinelui: 50-75

- Sistemul intelectual este suficient dezvoltat pentru a funcționa autonom fără a fi dominat de sistemul emoțional când crește anxietatea
- Persoana înțelege că deciziile emoționale automate devin o sursă de complicații pe termen lung.
- În perioadele de calm utilizează raționamentul logic pentru a afirma credințe, sau principii. Pot lua distanță față de emoții prin raționamente logice
- În condiții de anxietate pentru a evita criza existențială acești indivizi apelază la sistemul intelectual. Afirmă calm propriile convingeri și credințe fără ataca cele ale altora și fără a le apăra ale lor.
- Se căsătoresc cu indivizi cu același grad de diferențiere. Partenerii sunt egali. Lasă copiilor posibilitatea să se dezvolte în manieră autonomă.
- Sunt capabili să funcționeze mai bine decât ceilalți
- Sunt capabili să accepte provocările vieții cu succes.

# Proiecția familială (după Murray Bowen)

- Un părinte își poate proiecta anxietatea apărută în context relațional asupra unuia dintre copii. Acesta răspunde prin anxietate și dezvoltă un handicap. Reactiv, anxietatea părintelui crește devenind hiperprotector.
- Copilul este fragilizat prin mecanismul de proiecție
- Procesul proiecției familiale atinge mai multe generații (transmisia transgenerațională). Copilul afectat de mecanismul proiecției familiale are un nivel de diferențiere mai jos decât cel al părinților și se va descurca mai dificil în viață.
- Conflictul deschis între părinți îi ferește pe copii de fenomenul proiecției.

# Triangularea



Coaliții între membrii sistemului familial (triangulare).

În cazul ilustrat mama își ia ca aliat fiul pentru a o ajuta în lupta împotriva soțului.

# Tehnicile psihoterapiei familiale sistemice

1. Afilierea terapeutului sau echipei terapeutice la sistemul familial
2. Observarea
  - tiparelor favorite (rigide, stereotipe sau flexibile) de interacțiune între membrii familiei (pattern-uri sau modele tranzacționale).
  - rezonanței afective a membrilor unei familii față de cel aflat în suferință (empatie sau detașare), precum și beneficiile pe care le obține cel care prezintă simptomele.

# Tehnicile psihoterapiei familiale sistemice

- Poziționarea în spațiu a membrilor familiei și distanțele dintre scaune pot da indicii despre frontiere, alianțe și coaliții.
- Genograma servește atât pentru a ilustra structura și relațiile stabilite în cadrul unui sistem familial, cât și ca material de lucru împreună cu familia.

# Tehnicile psihoterapiei familiale sistemice

3. identificarea problemei și a contextului în care apare (ciclul familial, evenimente stresante de viață)
4. formularea unei ipoteze sistemice asupra problemei: simptomul exprimă simbolic „metaforic” soluția (inadecvată) pe care a găsit-o unul din membrii familiei pentru a da un semnal de alarmă celorlalți sau pentru a încerca să preia puterea într-o relație. Deoarece simptomul menține homeostazia familiei (sistemului) este întreținut la rândul său de sistem.



# Tehnicile psihoterapiei familiale sistemice

5. se stabilesc (împreună cu familia) niște obiective care după un anumit număr de ședințe trebuie atinse
6. se imaginează o soluție care să:
  - restructureze familia (terapia familială structurală) prin: restabilirea sistemului ierarhic normal, crearea sau clarificarea frontierelor difuze între subsisteme sau slăbirea unor frontiere prea rigide
  - rezolve problema actuală (terapia familială strategică) apărută într-un anumit context

# Tehnicile psihoterapiei familiale sistemice

- faciliteze comunicarea între persoanele al căror model de interacțiune este nonverbal (școala Virginiei Satir) utilizând tehnica sculpturii.
- să reducă anxietatea prezentă în familie, permițând membrilor familiei să funcționeze autonom (școala lui Murray Bowen). Simptomul este un comportament exagerat provocat de anxietate și de un grad mic de diferențiere.
- să modifice modelele cognitive ale membrilor familiei astfel încât să găsească noi reguli ale jocului familial (școala de la Milano).
- să permită membrilor familiei să obțină o legitimitate prin exonerare (terapia contextuală a lui Ivan Boszormenyi-Nagy).

# Tehnicile psihoterapiei familiale sistemice

7. în timpul ședințelor se pot utiliza diferite tehnici:

- Tehnici de restructurare
- Detriangularea
- Tehnica contraparadoxului
- Tehnici sculpturale

8. între ședințele de terapie se prescriu membrilor familiei sarcini de îndeplinit:

- Sarcini paradoxale (prescrierea simptomului)
- Sarcini invariabile
- Ritualuri

# Terapia familială sistemică în anorexie și bulimie

- Modelul lui Minuchin (terapia structurală)
  - reconceptualizarea simptomului: anorexia este redefinită ca lipsă de obediență și încercarea de a-i face pe părinți să se simtă incompetenți (în a o face pe fată să mănânce)
  - Modelul familiei psiho-somatice: Familia este
    - Rigidă incapabilă să gestioneze rezoluția conflictelor
    - Supraimplicată: membrii familiei sunt intruzivi, granițele subsistemelor sunt difuze, apare confuzia de roluri. Prin urmare, copilul poate fi implicat ușor în conflictele dintre părinți
    - Hiperprotectoare: când copilul se îmbolnăvește, membrii familiei se implică excesiv uitând de conflicte. Astfel, copilul ce prezintă simptomele deviază atenția de la conflicte focalizând asupra sa toată îngrijorarea părinților. Sistemul familial rigid, reîntărește simptomul pentru a evita conflictele.

# Terapia familială sistemică în anorexie și bulimie

- Modelul școlii de la Milano (M. Selvini-Palazzoli)
  - În cazurile acute:
    - Simptomul este privit ca un protest ascuns al fetei împotriva unui părinte (într-o primă fază) sau împotriva ambilor părinți (într-o fază ulterioară)
    - Restricția alimentară simbolizează faptul că pentru prima oară fata ia decizii în mod independent de părinți
  - În cazurile cronice
    - Familia devalorizează fata anorexică
    - Simptomul justifică lipsurile fetei și exprimă ascuns o răzbunare pentru starea în care a ajuns aceasta