

PSIHOLOGIA ALIMENTAȚIEI

Comportament, emoții, cultură și tulburări alimentare

Autori:

Șef lucrări dr. Burlacu Georgeta -Universitatea Bioterra din București

Facultatea Asistență Medicală Generală

Șef lucrări dr. Niculaie Liana Angela- Universitatea Bioterra din București

Facultatea Controlul și Expertiza Produselor Alimentare

Șef lucrări dr. Eremia Florentina- Universitatea Bioterra din București

Facultatea Controlul și Expertiza Produselor Alimentare

Licențiat AMG/psihologie, **Rădoi Nicoleta Cristina**

Referent grafică :

Burlacu Andreea, Liceul de Arte Plastice „Nicolae Tonitza”

Burlacu Alexandra Gabriela, UAIM

“Specialiștii pot trata, pot îndruma și pot susține. Dar fără dorința ta de a dori, fără curajul de a schimba și puterea de a reuși, nimic nu se transformă cu adevărat. Responsabilitatea este a ta, iar salvarea începe din tine !”

Editura MUSTANG este recunoscută de CNCS

Cod CNCS: 327

www.editura-mustang.ro

tel: 0744 700 801

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

BURLACU, GEORGETA

Psihologia alimentației / Georgeta Burlacu, Florentina Eremia. -
București : Mustang, 2026

ISBN 978-606-652-355-4

I. Eremia, Florentina

159.9

CUPRINS

INTRODUCERE	7
CAPITOLUL I.....	13
Ce este psihologia alimentației.....	13
1.1. Delimitarea domeniului.....	13
1.2. Hrana ca fenomen biocultural	14
1.3. Psihologia socială a alimentației	16
1.4. Hrana ca instrument de reglare emoțională	17
1.5. Importanța psihologiei alimentației în societatea contemporană	18
CAPITOLUL II.....	20
Nevoile biologice și psihologice ale alimentației	20
2.1. Fundamentele biologice ale nevoii de hrană	20
2.2. Metabolismul, masa musculară și predispoziția la acumularea de grăsime ..	24
2.3. Rolul geneticii în relația cu alimentația	25
2.4. Nevoia de hrană ca sistem motivațional	27
2.5. Alimentația și nevoile psihologice fundamentale	28
2.6. Hrana ca mecanism de reglare emoțională	29
2.7. Integrarea nevoilor biologice și psihologice	30
CAPITOLUL III	34
Stresul și comportamentul alimentar – fundamente biologice și psihosociale.....	34
3.1. Stresul ca mecanism de adaptare	34
3.2. Tipologii ale stresului.....	36
3.3. Etapele reacției la stres	38
3.4. Stresul în societatea contemporană.....	39
3.5. Legătura dintre stres și alimentație	40
3.6. Perspective biologice asupra apetitului în condiții de stres	41

CAPITOLUL IV	43
Compența falsă a alimentelor și adicția lor.....	43
4.1. Aditivi alimentari	43
4.2. Hiperpalatabilitatea	45
4.3. Ingredientele alimentare și dependența de mâncare	56
4.4. Influența aditivilor alimentari asupra stării de sănătate	60
CAPITOLUL V	63
Obezitatea din perspectivă psihologică și comportamentală	63
5.1. Definirea obezității.....	63
5.2. Reglarea ingestiei alimentare și vulnerabilitatea psihologică	64
5.3 Determinanții psihologici ai obezității	65
5.4. Obiceiurile alimentare și învățarea timpurie.....	69
5.5. Imaginea corporală și stima de sine.....	70
5.6. Obezitatea ca problemă de autoreglare.....	71
5.7. Implicații pentru intervenție	73
CAPITOLUL VI	74
Tulburările de comportament alimentar	74
6.1. Definirea tulburărilor de comportament alimentar.....	74
6.2. Anorexia nervoasă.....	75
6.3. Determinanți psihologici ai anorexiei.....	77
6.4. Profilul psihologic al persoanei cu anorexie.....	80
6.5. Bulimia nervoasă.....	81
6.6. Mecanismul psihologic al bulimiei.....	83
6.7. Continuitatea dintre anorexie și bulimie.....	85
6.8. Tuburarea alimentației compulsive	87
CAPITOLUL VII.....	88
Imaginea corporală, cultura și tulburările alimentare	88
7.1. Conceptul de imagine corporală.....	88

7.2. Construcția socială a corpului	89
7.3. Imaginea corporală și dezvoltarea tulburărilor alimentare.....	90
7.4. Cultura, genul și presiunea asupra corpului.....	92
7.5. Mass-media și tulburările alimentare	93
7.6. Imaginea corporală și dezvoltarea tulburărilor alimentare.....	94
CAPITOLUL VIII.....	98
Evaluarea psihologică a comportamentului.....	98
8.1. Rolul evaluării psihologice în studiul alimentației	98
8.2. Dimensiuni psihologice ale comportamentului alimentar	99
8.3. Instrumente și scale individuale	101
CAPITOLUL IX	104
Intervenții psihologice în tulburările alimentare.....	104
9.1. Necesitatea abordării psihologice.....	104
9.2. Obiectivele intervenției psihologice	105
9.3. Terapia cognitiv-comportamentală.....	107
9.4. Terapia emoțională și reglarea afectivă	109
9.5. Terapia familială	110
9.6. Intervenții asupra imaginii corporale.....	112
9.7. Prevenirea recăderilor	114
9.8. Concluzie	115
Anexă: Diete relevante (modele alimentare și protocoale frecvent folosite)	117
BIBLIOGRAFIE	121

INTRODUCERE

Alimentația umană reprezintă una dintre cele mai fundamentale activități ale vieții biologice, însă importanța sa depășește cu mult simpla satisfacere a nevoilor energetice. Hrana nu este doar combustibilul care susține funcționarea organismului, ci și un element central al experienței umane, profund integrat în structura psihică, socială și culturală a individului. Fiecare act de a mânca implică nu doar ingestia de substanțe nutritive, ci și un complex de semnificații, emoții, așteptări și norme sociale care definesc relația omului cu propriul corp și cu mediul său.

Încă din primele momente ale vieții, alimentația este legată de relația cu celălalt. Hrănirea sugarului nu este doar un proces biologic, ci și unul relațional, în care nevoia de hrană se împletește cu nevoia de protecție, căldură și siguranță. În acest sens, mâncarea devine una dintre primele experiențe prin care individul învață să asocieze satisfacerea unei nevoi fizice cu confortul emoțional. Această asociere timpurie creează baza pentru utilizarea ulterioară a alimentației ca mijloc de reglare afectivă, o funcție care va rămâne activă pe tot parcursul vieții.

Pe măsură ce individul se dezvoltă, comportamentul alimentar se îmbogățește cu dimensiuni cognitive și sociale. Oamenii nu aleg doar alimentele care le sunt necesare biologic, ci și pe cele care corespund valorilor, tradițiilor și normelor grupului din care fac parte.

Astfel, alimentația devine un limbaj cultural prin care se exprimă apartenența socială, statutul, identitatea de gen, convingerile morale și chiar orientarea ideologică. De la mesele rituale de familie până la opțiunile dietetice moderne, precum vegetarianismul sau veganismul, hrana este utilizată pentru a comunica cine suntem și în ce credem.

Psihologia alimentară este o disciplină aflată la intersecția dintre psihologie și nutriție, ambele având în prim plan omul cu toate aspectele dezvoltării sale și nu numai. Pentru a înțelege cât mai bine interacțiunea acestora, vom defini conceptul celor două domenii.

Definim **Psihologia** ca fiind o știință a comportamentului uman, a stilului de viață, al minții, precum și influența aspectelor sociale, biologice sau culturale asupra individului prin explicarea și descrierea fenomenelor și însușirilor psihice verificabile. Psihologia se descinde din ramura Filosofiei care a început o separare treptată odată cu înființarea primului laborator experimental de psihologie în anul 1879, de către cercetatorul german, Wilhem M. Wundt, devenind o specialitate de sine stătătoare și structurată pe mai multe sub specialități: funcțiile psihice ca rezultat al minții; conținutul psihic sau de conștiință ce face obiectul funcției psihice; mecanismele psihice ce se caracterizează prin descrierea activității minții; straturile psihice ce încorporează sfera afectivă și sfera cognitivă și tipul psihologic ce cuprinde trăsăturile individuale, intelectuale și afective, într-un cuvânt, personalitatea.

Nutriția reprezintă contextul de bază al evoluției și existenței umane profund studiată și dezvoltată de-lungul timpului, aplicată corespunzător nivelului anilor în curs, având ca prim scop o aprovizionare a celulelor și a organismelor cu materiale necesare în stare naturală sau preparată sub diferite

forme pentru a susține viața. Când vorbim de nutriție ne referim la modul în care elementele nutritive sunt introduse în corpul unei persoane cu impact fizic, socio-cultural și mental, pentru a ne îmbunătăți starea sufletească și puterea de concentrare, calitatea somnului, rezistența la infecții, pentru a menține o incidență scăzută a raportului boală-sănătate, pentru a ne bucura de o viață mai lungă trăită în echilibru cu restul mediului.

În urma cu 2500 ani, Hipocrate, cel mai vestit medic al Greciei antice, considerat și ‘‘părintele medicinei’’, ne îndemnă ca ‘‘hrana noastră să ne fie leac, iar leacurile să ne fie hrană’’, însă, pe măsură ce anii au trecut, ‘‘a mânca bine’’ a avut semnificații diferite, iar rezultatul până în zilele noastre nu este unul tocmai satisfăcător, de aceea această disciplină a psihologiei nutriționale este din ce în ce mai accesată pentru a ajuta la prevenirea abaterii de la standardele unei vieți normale și sănătoase a omului, începând de la noul născut și până la senectute. Când vorbim despre nutriție, nu vorbim doar despre alimente și alimentație, ci vorbim despre **NOI**, despre motivație și obiectivele pe care dorim să le atingem, despre ce simțim și ceea ce dorim să devenim. Foarte mulți dintre noi asociază nutriția/alimentația/dieta doar cu procesul de slăbire, neluând în calcul **SĂNĂTATEA**, care nu înseamnă doar lipsa bolii, așa cum majoritatea au convingerea, ci sănătatea este și o stare de bine, de echilibru, de armonie. Filosoful german Schopenhauer afirma: ‘‘Noua zecimi din fericirea noastră se bazează pe sănătate’’, afirmație care din nefericire, în zilele noastre a luat alt înțeles. ‘‘ Trăim într-un moment în care lucrurile inutile sunt singurele noastre nevoi’’ (Oscar Wilde). Angrenați în vâltoarea multiplelor preocupări, cei mai mulți nu se mai gândesc că ar mai avea vre-un rost să facă ceva pentru sănătatea dăruită, fără vreun efort special sau un alt ajutor venit din exterior. Neconștientizarea consecințelor

dezastruoase asupra degradării în plan fizic, psihic și mental, a atins cote alarmante, o degradare greu reversibilă dar nu imposibilă. Oamenii, umblând după plăcerile ieftine ale vieții alcool, tutun, droguri, excese alimentare, s-au lăsat îndepărtați de Natură, aducând-i într-un ritm cât mai alert, către o bătrânețe prematura sau chiar a unei vieții sfârșite timpuriu.

În acest context, psihologia alimentației se constituie ca un domeniu esențial pentru înțelegerea relației complexe dintre individ și hrană. Această disciplină analizează modul în care gândurile, emoțiile, motivațiile și experiențele sociale influențează ceea ce, cât și cum mâncăm. Ea se interesează nu doar de comportamentele vizibile, ci și de procesele psihice care le susțin: percepția foamei și a sațietății, așteptările legate de plăcerea alimentară, credințele despre greutate și sănătate, precum și rolul emoțiilor în declanșarea sau inhibarea consumului alimentar.

Importanța psihologiei alimentației devine deosebit de evidentă în societățile contemporane, caracterizate prin abundență alimentară și acces permanent la produse cu densitate calorică ridicată. În acest mediu, sistemele biologice de reglare a apetitului, care au evoluat pentru a face față penuriei, sunt adesea depășite. Oamenii sunt expuși constant la stimuli alimentari, reclame, norme estetice și presiuni sociale care favorizează consumul excesiv și insatisfacția corporală. În aceste condiții, alegerile alimentare nu mai sunt ghidate exclusiv de nevoile fiziologice, ci sunt puternic influențate de factori psihologici și culturali.

Totodată, societatea modernă promovează un ideal estetic centrat pe a fi foarte slab, control și performanță corporală. Aceste standarde, adesea nerealiste, sunt interiorizate de indivizi și devin criterii prin care aceștia își

evaluează valoarea personală. Ca urmare, alimentația și greutatea corporală capătă o semnificație simbolică disproporționată, fiind asociate cu succesul, atractivitatea și acceptarea socială.

În acest cadru, comportamentul alimentar devine un teren de luptă între dorința de plăcere și nevoia de control, între impulsurile biologice și exigențele culturale.

Stresul cronic, caracteristic vieții moderne, amplifică aceste tensiuni. Ritmul accelerat, insecuritatea economică, competiția socială și presiunile profesionale creează un fond de tensiune emoțională care influențează profund relația cu mâncarea. Pentru mulți indivizi, alimentația devine o strategie de coping, un mod de a gestiona anxietatea, tristețea sau oboseala. Mâncatul emoțional, restricția alimentară și episoadele de pierdere a controlului nu sunt simple deviații comportamentale, ci expresii ale unei încercări de autoreglare într-un context psihosocial solicitant.

În acest peisaj complex, fenomene precum obezitatea, dietele cronice, anorexia nervoasă și bulimia nervoasă nu pot fi înțelese doar prin prisma nutriției sau a metabolismului. Ele reflectă dezechilibre profunde între nevoile biologice, emoționale și identitare ale individului. Psihologia alimentației oferă cadrul teoretic și metodologic necesar pentru a analiza aceste dezechilibre și pentru a înțelege de ce, în ciuda cunoașterii riscurilor, oamenii continuă să adopte comportamente alimentare care le afectează sănătatea.

Scopul acestei lucrări este de a oferi o perspectivă integrată asupra alimentației umane, care să includă atât dimensiunea biologică, cât și pe cea psihologică și culturală. Lucrarea își propune să explice mecanismele prin care hrana devine un mijloc de reglare emoțională, un instrument de construcție a

identității și un teren al conflictelor interne. Prin combinarea teoriei cu aplicații practice și instrumente de evaluare, acest manual urmărește să ofere studenților o înțelegere profundă și aplicabilă a comportamentului alimentar.

Într-o lume în care relația cu mâncarea este tot mai problematică, psihologia alimentației nu este doar un domeniu academic, ci o necesitate socială. Înțelegerea modului în care gândurile, emoțiile și cultura modelează alimentația reprezintă un pas esențial către promovarea sănătății, a echilibrului și a unei relații mai armonioase cu propriul corp.

CAPITOLUL I

Ce este psihologia alimentației

1.1. Delimitarea domeniului

Psihologia alimentației este un domeniu interdisciplinar care se situează la intersecția dintre psihologie, nutriție, biologie umană, sociologie și antropologie culturală. Ea își propune să explice modul în care oamenii se raportează la hrană nu doar ca sursă de energie, ci ca element încărcat de sensuri psihologice și sociale. Obiectul său de studiu îl constituie totalitatea proceselor mentale, emoționale și comportamentale implicate în alegerea, consumul, evitarea și semnificarea alimentelor.

Această ramură a psihologiei nu se limitează la analiza cantității sau a tipului de alimente ingerate, ci explorează **de ce, cum, când și în ce contexte** oamenii mănâncă. De exemplu, psihologia alimentației investighează de ce unele persoane mănâncă atunci când sunt stresate, de ce anumite alimente sunt asociate cu confortul emoțional sau de ce dietele restrictive sunt atât de atractive pentru anumite categorii de indivizi. În acest sens, comportamentul alimentar este privit ca un fenomen psihosocial complex, nu doar ca un răspuns la foame.

Alimentația umană nu poate fi explicată exclusiv prin mecanismele biologice care reglează nevoia de nutrienți. Deși organismul este guvernat de cerințe obiective legate de aportul de proteine, glucide, lipide, vitamine și

minerale, alegerea concretă a alimentelor este modelată de factori cognitivi, emoționali și culturali. Preferințele alimentare, aversiunile, ritualurile culinare și normele sociale influențează profund modul în care hrana este consumată și interpretată.

În cadrul psihologiei alimentației, comportamentul alimentar este înțeles ca un **comportament motivat**, aflat sub controlul simultan al proceselor biologice și al celor psihologice și sociale. Acesta include percepția senzorială a alimentelor, anticiparea plăcerii, procesele de autocontrol, emoțiile asociate mâncatului, precum și valorile și normele care reglementează practicile alimentare într-o anumită cultură. Astfel, psihologia alimentației oferă un cadru integrativ pentru înțelegerea relației dintre nevoile fiziologice și semnificațiile simbolice ale hranei.

1.2. Hrana ca fenomen biocultural

În psihologia alimentației, perspectiva bioculturală oferă un cadru esențial pentru înțelegerea comportamentului alimentar, pornind de la ideea că acesta este rezultatul unei interacțiuni permanente între biologia umană și mediul socio-cultural. Deși nevoile de bază ale organismului – precum aportul de energie, proteine, vitamine și minerale – sunt determinate biologic, modul concret în care aceste nevoi sunt satisfăcute este profund influențat de tradiții, norme sociale, economie și istorie.

Din punct de vedere biologic, omul este o specie omnivoră, ceea ce înseamnă că este adaptat să consume o mare varietate de alimente de origine vegetală și animală. Această flexibilitate metabolică a permis speciei umane să supraviețuiască în medii geografice foarte diferite. Totuși, tocmai această adaptabilitate face posibilă apariția unor stiluri alimentare extrem de variate.

Deși toate ființele umane au aceleași cerințe nutriționale fundamentale, culturile diferă radical în modul în care le îndeplinesc, folosind resursele locale și transmitând preferințe alimentare din generație în generație.

Astfel, anumite alimente devin repere centrale ale identității colective. Orezul în Asia, porumbul în America Latină, grâul în Europa sau peștele în regiunile nordice nu sunt doar surse de energie, ci și simboluri ale continuității culturale. Alegerea și prepararea acestor alimente sunt modelate nu doar de disponibilitatea ecologică, ci și de tradiții, credințe și semnificații sociale.

În acest sens, alimentația nu poate fi separată de contextul cultural. Fiecare aliment poartă o încărcătură simbolică: poate indica statut social, apartenență etnică sau religioasă, valori morale sau idealuri estetice. A mânca împreună este un act de afiliere și de consolidare a relațiilor, în timp ce refuzul unui aliment poate semnala diferență, protest sau apartenență la un alt grup.

Din punct de vedere al factorului de **MEDIU**, atât familial cât și socio-cultural, acesta ocupa un rol deosebit de esențial în dezvoltarea comportamentului alimentar, prin tipare alimentare, stres emoțional, trăiri traumatiche, constrângeri și tensiuni legate de imaginea corporală. Din punct de vedere al factorului de **EDUCAȚIE** atât nutrițională cât și emoțională, aceasta are un rol important în prevenția tulburărilor alimentare precum și diminuarea impactului predispozițiilor genetice prin influențarea felului în care individul gestionează relația cu alimentația și propriul corp.

Prin urmare, hrana este mai mult decât un combustibil biologic; ea este un limbaj social și cultural prin care indivizii comunică cine sunt, de unde vin și ce valori împărtășesc.

1.3. Psihologia socială a alimentației

Psihologia socială a alimentației analizează modul în care comportamentele, atitudinile și emoțiile legate de hrană sunt modelate de interacțiunile cu ceilalți și de contextul social. Mâncatul nu este un act pur individual, ci unul profund socializat, desfășurat în cadrul unor norme, așteptări și valori colective. Indivizii nu aleg alimentele doar pe baza gustului sau a foamei, ci și în funcție de ceea ce este considerat acceptabil, dorit sau admirat de grupul din care fac parte.

Prezența reală sau imaginară a celorlalți influențează semnificativ alegerile alimentare. Oamenii tind să își ajusteze cantitatea și tipul de mâncare consumată în funcție de situația socială, pentru a evita judecata negativă sau pentru a obține aprobarea. De exemplu, într-un context social, o persoană poate mânca mai puțin sau poate alege alimente percepute ca „sănătoase” pentru a transmite autocontrol și responsabilitate.

Hrana funcționează și ca un **instrument de autoprezentare**. Prin alegerile alimentare, indivizii comunică aspecte ale identității lor, precum valorile, stilul de viață sau statutul social. Consumul de alimente ecologice, vegetariene sau gourmet poate transmite rafinament, preocupare pentru sănătate sau responsabilitate socială. În contrast, alimentele considerate „nesănătoase” sau „interzise” pot genera rușine și vinovăție, mai ales în culturile care glorifică subțirimea și disciplina corporală.

Comportamentul alimentar este, de asemenea, strâns legat de **mecanismele de autoreglare**. Indivizii își monitorizează aportul alimentar în raport cu obiectivele personale, precum menținerea greutății, îmbunătățirea sănătății sau creșterea atractivității fizice. Atunci când aceste obiective sunt

încălcate, pot apărea autocritica și eforturile de compensare, cum ar fi restricția alimentară sau exercițiile excesive. Eșecurile repetate ale autoreglării pot conduce la mâncat compulsiv, la cicluri de dietă și la dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar.

Astfel, psihologia socială a alimentației evidențiază faptul că mâncatul este o activitate profund ancorată în relațiile interpersonale și în dinamica socială, fiind influențată de dorința de acceptare, de normele culturale și de modul în care indivizii își construiesc imaginea de sine.

1.4. Hrana ca instrument de reglare emoțională

Psihologia alimentației acordă o importanță centrală relației dintre emoții și comportamentul alimentar, deoarece mâncarea este adesea utilizată ca mijloc de gestionare a stărilor afective. Deși foamea fiziologică declanșează nevoia biologică de a mânca, în multe situații consumul alimentar este determinat de trăiri precum stresul, anxietatea, tristețea, plictiseala sau singurătatea. În aceste contexte, hrana devine un instrument de calmare și de autoreglare emoțională.

Mâncatul emoțional reprezintă o strategie de coping prin care individul încearcă să reducă disconfortul psihic prin ingestia de alimente plăcute. Alimentele bogate în zahăr și grăsimi sunt deosebit de eficiente în acest sens, deoarece stimulează sistemele cerebrale ale recompensei și produc o senzație temporară de bine. Această ameliorare rapidă întărește comportamentul, determinând persoana să recurgă repetat la mâncare ori de câte ori apar emoții neplăcute.

Funcția emoțională a alimentației explică de ce reacțiile la stres sunt diferite de la o persoană la alta. Unii indivizi mănâncă mai mult atunci când

sunt tensionați, folosind hrana ca mijloc de alinare, în timp ce alții își pierd apetitul ca urmare a inhibării fiziologice și a focalizării pe amenințare. Aceste diferențe reflectă modul în care fiecare persoană a învățat, de-a lungul vieții, să își gestioneze emoțiile.

Tulburările de comportament alimentar, precum anorexia nervoasă și bulimia nervoasă, sunt profund ancorate în această dinamică emoțională. În anorexie, controlul strict al alimentației oferă un sentiment de ordine și stabilitate în fața emoțiilor percepute ca copleșitoare.

În bulimie, supraalimentarea și comportamentele de compensare sunt utilizate pentru a face față tensiunii și autocriticii. În ambele cazuri, hrana devine un instrument de reglare a trăirilor interne, iar problema nu este doar metabolică, ci fundamental psihologică.

1.5. Importanța psihologiei alimentației în societatea contemporană

În societatea contemporană, alimentația nu mai este doar o problemă de acces la hrană, ci una de alegeri, semnificații și contexte psihosociale. Deși producția globală de alimente este suficientă pentru a hrăni populația lumii, distribuția inegală și tiparele de consum generează paradoxuri majore: foametea persistă în anumite regiuni, în timp ce în altele prevalează obezitatea și bolile asociate excesului alimentar. Această situație arată că dificultățile legate de hrană nu sunt doar economice sau agricole, ci profund comportamentale și culturale.

Creșterea rapidă a incidenței obezității, a diabetului de tip 2 și a tulburărilor de comportament alimentar reflectă schimbări majore în stilul de viață, mediul alimentar și structura socială.

Disponibilitatea constantă a alimentelor hipercalorice, ritmul accelerat al vieții, stresul cronic și presiunile estetice contribuie la un context în care autoreglarea alimentară este tot mai dificilă. În acest cadru, simpla informare nutrițională sau impunerea unor reguli dietetice nu este suficientă pentru a produce schimbări durabile.

Psihologia alimentației devine esențială deoarece analizează **motivele profunde ale comportamentului alimentar**. Ea investighează modul în care emoțiile, credințele, obiceiurile, normele sociale și identitatea influențează alegerile alimentare.

De multe ori, oamenii continuă să adopte comportamente dăunătoare sănătății nu din lipsă de informații, ci din cauza funcțiilor psihologice pe care mâncarea le îndeplinește: calmare, recompensare, apartenență sau control.

Prin integrarea acestor dimensiuni, psihologia alimentației oferă un cadru teoretic și metodologic care permite înțelegerea nu doar a **ce** mănâncă oamenii, ci mai ales a **de ce** mănâncă în anumite moduri. Această perspectivă este indispensabilă pentru elaborarea unor politici de sănătate publică, programe educaționale și intervenții clinice care să abordeze cauzele reale ale problemelor alimentare din societatea modernă.

CAPITOLUL II

Nevoile biologice și psihologice ale alimentației

2.1. Fundamentele biologice ale nevoii de hrană

Nevoia de hrană reprezintă una dintre cele mai fundamentale condiții ale existenței umane, fiind direct legată de menținerea vieții și a funcționării organismului. Din punct de vedere biologic, alimentația furnizează energia necesară pentru susținerea metabolismului bazal, pentru activitatea sistemului nervos și muscular, pentru menținerea temperaturii corporale și pentru procesele continue de regenerare celulară. Fără un aport adecvat de nutrienți, organismul intră într-o stare de deficit energetic care afectează progresiv toate sistemele fiziologice.

Creierul ocupă un loc central în această ecuație energetică. Deși reprezintă doar o mică parte din masa corporală totală, el consumă o proporție foarte mare din energia disponibilă în stare de repaus. Acest consum ridicat face ca sistemul nervos să fie extrem de sensibil la variațiile nivelului de glucoză din sânge. Chiar și scăderi moderate ale glicemiei pot produce oboseală, iritabilitate și dificultăți de concentrare, semnale care determină organismul să caute hrană. În condiții de pericol sau stres, corpul mobilizează rapid resursele energetice pentru a asigura funcționarea optimă a creierului, ceea ce poate modifica apetitul și preferințele alimentare.

Reglarea biologică a foamei și sațietății este coordonată în principal de hipotalamus, o structură cerebrală care funcționează ca un centru de integrare

a semnalelor energetice. Acesta primește informații din întregul organism prin intermediul hormonilor și al sistemului nervos.

Grelina semnalează lipsa de energie și stimulează apetitul, în timp ce **leptina** transmite informații despre rezervele de grăsime și contribuie la inhibarea foamei. **Insulina** reflectă nivelul glucozei și influențează atât metabolismul, cât și comportamentul alimentar. Prin integrarea acestor semnale, hipotamusul ajustează senzația de foame și senzația de sațietate pentru a menține un echilibru energetic relativ stabil.

Totuși, acest sistem nu funcționează în mod mecanic sau izolat. El este **adaptativ și plastic**, fiind influențat de experiențele anterioare, de stres și de procesele de învățare. Obiceiurile alimentare, expunerea la alimente hipercalorice și factorii emoționali pot modifica modul în care semnalele biologice sunt interpretate și urmate. Astfel, nevoia de hrană este rezultatul unei interacțiuni continue între biologie, experiență și context psihologic.

Atunci când ne propunem să studiem sistematic și intensiv indivizii, în fapt noi vrem să știm ce sunt ei, de ce se comporta într-un anumit fel și cum au devenit ceea ce sunt. Pornind de la aceste considerente, putem clasifica ceea ce începuse Hipocrate, cel care a introdus pentru prima dată teoria umorală, teoria celor patru umori, cald, rece, umed, uscat, ajungându-se practic astăzi, la a delimita cele patru tipuri temperamentale: Sangvinicul; Colericul; Melancolicul și Flegmaticul. Așa cum afirma dr Paul Dupont, fiecărui temperament îi este atribuit unul din cele patru elemente ce formează corpul uman: aer, foc, pământ și apă. O proporție corectă a acestora ar determina și un temperament echilibrat, însă un element predomină întotdeauna și asta generează și un temperament dominant.

Persoanele cu temperament **sangvinic** sunt deschise, sociabile, neorganizate și neatente, caracterizate de spontaneitate, optimism, energie, empatie, flexibilitate în gândire și dorința de cunoaștere, nu evită să își asume riscuri. Indivizii din aceasta categorie, în general, nu reușesc să țină o dieta, conform trasaturilor ei se plictisesc destul de repede dar în același timp sunt și mari pofticiosi. Aceștia sunt predispusi la consumul excesiv de dulciuri și grăsimi, recomandarea fiind la alimente complementare pe baza de pădărie și crom. Un regim alimentar nici prea umed nici prea cald, dar nici prea sărat, este cel indicat în cazul acestora, cu suplimentarea de ceaiuri digestive ușor amare, așa cum constată dr Paul Duport. În ciuda personalității puternice, în lipsa unei motivații puternice, aceștia renunță ușor la provocările pe termen lung, preferând oricând mișcările fizice în locul restricțiilor alimentare.

Persoanele cu temperament **coleric** sunt persoane de obicei puternice, dure, cunoscuți pentru agresivitatea lor, sunt persoane extrovertite, impulsive și insensibile, dar sunt și ambițioase și orientate spre obiective, subliniind o capacitate nativă de a fi lideri. Terapia psihologică, după caz, a temperamentului coleric, aplică ca primă intenție, un management și o terapie dietetică corespunzătoare care sunt esențiale pentru menținerea procesului de digestie bine reglat și controlat, pentru o sănătate și o stare de bine optimă. Acest lucru se realizează evitând alimentele și băuturile care îl dezechilibrează, în special grăsimile nesănătoase, cele trans hidrogenate și uleiurile oxidate. Dieta persoanelor colerice trebuie să fie bogată în alimente cu rol în răcire, curățare, alcalinizare și antiinflamare a organismului.

Persoanele cu temperament **melancolic** sunt persoane emotive, sensibile, ce pun accent pe gândurile și sentimentele proprii, sunt creativi, anxioși dar și perfecționiști. Sunt introvertiti, evită prezența în mijlocul unei

mulțimi, în general mai anxioși și rezervați dar pot fi încrezători în anumite contexte de viață, își doresc perfecțiunea fiind disciplinați și orientați pe detalii. Tipul introvertit este de obicei concentrat pe lumea interioară, preferă interacțiunea de calitate, mai depărtată de ceilalți, își iau energia din timpul petrecut singuri, în liniște. În ciuda meticulozității de care dau dovadă, nu au o voință care să-i determine să ducă până la final o dietă, folosindu-se de multe ori de stimuli externi, de aceea, un plan dietetic include un meniu bine planificat și strict, predominant fibrele, fiind foarte sensibili la alimente picante și dulciurile ce pot duce la scaderea eficienței organismului și acumularea de kilograme.

Persoanele cu temperament **flegmatic** sunt persoane calme, nepăsătoare, încearcă să nu deranjeze, sunt relaxați, ușor adaptabili, le pasă de ceilalți dar încearcă să-și ascundă emoțiile. Este cel mai calm și împăciutor dintre toate cele patru tipuri de temperamente. Dietele de lungă durată, în cazul flegmaticilor, nu-i sperie și nu deviază de la regimul strict pe care și l-au impus, regimul alimentar trebuie să fie unul cald, alcătuit din legume sărate, aromatice, alimente cu conținut bogat în iod, cu testarea în prealabil al hormonului tiroidian, alimente cu legături organice de sulf cum ar fi alicina (usturoiul), băuturi alcaline în cantități moderate și alimente complementare pe baza de sinigrina (hrean), creson, ridiche neagră.

Este clar că exista mai multe tipologii umane iar clasificarea de mai sus oferă o perspectivă asupra modului în care gândești și acționezi în unele situații. Indiferent de tipologia pe care o ai, înțelegerea comportamentelor v-a duce la o dezvoltare a unor relații mai puternice cu cei din jur și o mai bună gestionare a diverselor situații. Nu trebuie uitat însă ca în psihologie, care nu

este o știință pozitivă, exactă, ci o știință a sufletului, nu exista alb sau negru, putem încadra oamenii în tipologii dar nu trebuie uitată unicitatea individului.

2.2. Metabolismul, masa musculară și predispoziția la acumularea de grăsime

Organismul uman prezintă variații semnificative în modul în care utilizează și stochează energia, iar aceste diferențe influențează direct predispoziția către acumularea de grăsime corporală. Rata metabolică bazală, care reprezintă cantitatea de energie consumată pentru menținerea funcțiilor vitale în repaus, diferă de la o persoană la alta. Unele organisme sunt mai eficiente energetic, reușind să îndeplinească aceleași procese fiziologice cu un consum mai mic de calorii. Din perspectivă evolutivă, această eficiență metabolică a constituit un avantaj în perioadele de penurie alimentară, permițând supraviețuirea în condiții de resurse limitate. În mediul actual, caracterizat prin acces facil la alimente bogate în energie, aceeași caracteristică devine un factor de vulnerabilitate pentru creșterea ponderală și pentru tulburările metabolice.

Un rol central în această dinamică îl joacă **masa musculară**. Țesutul muscular este metabolic activ, ceea ce înseamnă că utilizează o cantitate semnificativă de energie chiar și în repaus. Persoanele cu o masă musculară mai mare au, în general, un consum energetic bazal mai ridicat, ceea ce le permite să ardă mai multe calorii fără efort suplimentar. În schimb, țesutul adipos este mult mai puțin activ din punct de vedere metabolic, contribuind într-o măsură redusă la consumul de energie.

Dietele restrictive severe, frecvent utilizate pentru scăderea rapidă în greutate, pot avea efecte paradoxale asupra compoziției corporale. În condiții de aport caloric insuficient, organismul nu pierde doar grăsime, ci și masă

musculară. Această pierdere reduce rata metabolică bazală, deoarece un corp cu mai puțini mușchi arde mai puține calorii. Când alimentația revine la un nivel mai normal, organismul, aflat într-un mod de economisire a energiei, tinde să stocheze surplusul sub formă de grăsime, favorizând recăștigarea rapidă a greutateii.

Acest mecanism explică de ce menținerea scăderii ponderale este adesea dificilă pe termen lung. Fără protejarea și dezvoltarea masei musculare, restricția calorică repetată poate conduce la un metabolism mai lent și la o predispoziție crescută pentru acumularea de grăsime, consolidând un cerc vicios al dietelor și al recăderilor.

2.3. Rolul geneticii în relația cu alimentația

Influențele dezvoltării umane asupra alimentației depind de Ereditate, Mediu și Educație, care determină ce, cât și cum mâncăm. Pentru a înțelege modul în care Ereditatea influențează nutriția, este necesară abordarea genomicii nutriționale, domeniu care analizează relația dintre gene și alimentație, dintre genomul uman și nutrienți. Se disting două abordări majore în acest sens: **Nutrigenetica**-felul în care genele individului influențează răspunsul la alimente și **Nutrigenomica**-felul în care alimentele influențează expresia genelor; ceea ce mananci poate transforma și regla modalitatea funcțională a genelor.

Studiile de specialitate au identificat **gena FTO** (Fat Mass and Obesity Associated) ca un exemplu relevant al interacțiunii dintre ereditate și nutriție. Aceasta genă este implicată în reglarea apetitului și a comportamentului alimentar, influențând senzația de foame și sațietate. În mod normal, actul alimentației determină apariția senzației de sațietate și

reducerea apetitului. Totuși, anumite variante genetice ale genei FTO sunt asociate cu o senzație de foame persistentă, un consum alimentar crescut și o preferință pentru alimente cu densitate calorică ridicată. Mecanismul exact prin care gena FTO contribuie la creșterea în greutate nu este pe deplin elucidată. Cu toate acestea, există dovezi solide că prezența unor polimorfisme genetice la nivelul genei FTO este asociată cu un risc crescut de obezitate. De asemenea, această gena poate influența indirect riscul de apariție a diabetului zaharat de tip 2 și al bolilor cardiovasculare, în principal prin efectele sale asupra masei corporale și metabolismului energetic.

Gena FTO este studiată frecvent în domeniul nutrigeneticii, deoarece anumite variante ale acesteia influențează răspunsul individual la alimentație, apetitul și senzația de sațietate. Interacțiunea dintre aceste variații genetice și tipul de dietă poate modifica riscul de obezitate și de afecțiuni metabolice asociate.

O altă componentă din cadrul nutrigeneticii este legată de felul în care genele noastre influențează reacția organismului la anumite alimente. Un exemplu cunoscut este intoleranța la lactoză, care apare atunci când organismul nu mai poate digera corect zahărul din lapte.

În același mod, există persoane care reacționează diferit la carbohidrați, cofeina sau sare. Unele persoane metabolizează aceste substanțe fără probleme, în timp ce alții pot avea creșteri ale glicemiei, tensiunii arteriale sau palpitații, chiar și la cantități considerate normale. Aceste diferențe nu sunt considerate defecte, ci variații genetice moștenite.

Nutrigenomica constituie partea preventivă, ne ajută să înțelegem de ce unele alimente pot reduce inflamația, de ce altele pot accentua

dezechilibrele metabolice și cum alimentația influențează imunitatea, energia și starea psihică. Un plan nutrițional bazat pe acizi grași esențiali pot micșora semnificativ expresia genelor inflamatorii, cum și antioxidanții pot acționa pozitiv asupra genelor legate de stresul oxidativ, și de evitat carența folatilor ce afectează genele implicate în sinteza AND-ului.

Cele două ramuri au o mare importanța în cercetare, devenind din ce în ce mai evident că riscul bolilor de dezvoltare și degenerative cresc proportional cu deteriorarea AND-lui, dar și faptul că o densitate optimă de micronutrienți conduc la prevenirea deteriorării genomului.

Genetica este o parte relevantă în psihoterapia nutrițională, nu doar ca identificare cauzală, ci și ca instrument de înțelegere și personalizare a intervențiilor nutriționale, organizând scheme terapeutice în funcție de cauzalitatea și statutul epigenetic. În contextul EREDITATII care oferă o predispoziție biologică pentru diverse comportamente alimentare, manifestarea acesteia depinde în mare măsură de factorii de MEDIU și EDUCAȚIE care pot mări sau diminua riscul genetic.

2.4. Nevoia de hrană ca sistem motivațional

Dincolo de dimensiunea metabolică, nevoia de hrană este un sistem motivațional complex. Foamea nu este doar o senzație fiziologică, ci și un stimul psihologic care direcționează atenția, gândirea și comportamentul către obținerea alimentelor. Alimentele capătă valoare motivațională ridicată, mai ales în condiții de privare sau stres.

Sistemul dopaminergic al recompensei joacă un rol central în comportamentul alimentar. Consumul alimentelor bogate în zahăr și grăsimi activează circuite cerebrale similare celor implicate în adicții, ceea ce explică

dificultatea controlului asupra consumului acestor alimente. În acest sens, hrana devine nu doar o necesitate biologică, ci și o sursă majoră de plăcere și autorecompensare.

2.5. Alimentația și nevoile psihologice fundamentale

Din perspectivă psihologică motivațională, hrana nu este doar un mijloc de satisfacere a unei nevoi biologice primare, ci un instrument prin care individul își reglează multiple dimensiuni ale vieții psihice. Nevoia de a mânca este profund interconectată cu nevoi fundamentale precum siguranța, apartenența, stima de sine și controlul. În acest sens, alimentația devine un comportament cu semnificație emoțională și identitară, nu doar metabolică.

Hrana oferă un **sentiment de securitate psihologică**. Mesele regulate, alimentele cunoscute și ritualurile culinare creează o structură predictibilă într-un mediu care poate fi perceput ca instabil sau amenințător. Pentru organism și pentru psihic, rutina alimentară funcționează ca un reper de stabilitate. Acest mecanism își are originea în experiențele timpurii, când hrănirea este asociată cu protecția, grija și contactul emoțional. Copilul nu primește doar hrană, ci și confort, ceea ce face ca, la vârsta adultă, mâncarea să continue să fie utilizată ca mijloc de calmare și autoreglare emoțională.

Alimentația este strâns legată și de **nevoia de apartenență**. Mesele împărtășite, tradițiile culinare și obiceiurile familiale întăresc legăturile sociale și oferă un sentiment de incluziune. A mânca împreună cu ceilalți reprezintă o formă de afiliere și de validare socială, iar excluderea din aceste ritualuri poate genera sentimente de izolare și nesiguranță.

De asemenea, comportamentul alimentar contribuie la **construirea stimei de sine**. Controlul asupra dietei, alegerile „sănătoase” sau capacitatea

de a respecta anumite reguli alimentare pot fi trăite ca dovezi ale disciplinei și valorii personale. În același timp, abaterile de la aceste reguli pot genera vinovăție și autocritică, ceea ce arată cât de puternic este legată alimentația de evaluarea de sine.

Hrana are și o funcție importantă în **definirea identității personale și sociale**. Tipul de dietă adoptat, preferințele culinare, modul de a mânca și alimentele preferate transmit informații despre valori, stil de viață, apartenență culturală și chiar poziționare morală. Prin alegerile alimentare, individul își exprimă cine este și la ce grupuri sociale aparține.

În acest context, alimentația nu mai poate fi înțeleasă doar ca un act biologic, ci ca un comportament profund integrat în viața emoțională, relațională și identitară a individului.

2.6. Hrana ca mecanism de reglare emoțională

Hrana îndeplinește nu doar o funcție biologică, ci și una psihologică profundă, fiind utilizată frecvent ca mijloc de reglare a emoțiilor. În situații de stres, anxietate, singurătate sau tristețe, consumul de alimente plăcute poate produce o reducere temporară a disconfortului afectiv. Acest efect este explicat prin activarea sistemului cerebral al recompensei, care eliberează neurotransmițători asociați cu plăcerea și calmarea, precum dopamina și serotonina. Astfel, mâncarea devine un instrument rapid de modificare a stării emoționale.

Acest mecanism stă la baza **mâncatului emoțional**, în care individul consumă alimente nu din foame fiziologică, ci pentru a-și regla stările interne. Alimentele bogate în zahăr și grăsimi sunt deosebit de eficiente în acest sens, deoarece produc o stimulare intensă a sistemului de recompensă. Cu toate

acestea, efectul este de scurtă durată, iar emoțiile negative tind să reapară, determinând repetarea comportamentului și favorizând supraalimentarea.

Pentru unele persoane, nu consumul excesiv, ci **restricția alimentară** devine o strategie de reglare emoțională. Controlul strict al alimentației și al greutății oferă un sentiment de ordine, competență și putere asupra propriului corp. În contexte marcate de insecuritate sau haos emoțional, acest control poate funcționa ca un substitut pentru stabilitatea internă. Această dinamică explică atractivitatea psihologică a dietelor extreme și a anorexiei nervoase.

În contrast, pentru alți indivizi, **supraalimentarea** acționează ca un fel de „anestezic emoțional”. Prin mâncare, trăirile dureroase sunt temporar estomplate sau evitate, chiar dacă ulterior apar vinovăția și autocritica. Ambele strategii – restricția și excesul – reflectă utilizarea hranei ca instrument de gestionare a trăirilor psihice, nu ca răspuns la nevoile reale ale organismului.

În acest sens, comportamentele alimentare dezadaptative pot fi înțelese ca tentative de auto-reglare emoțională, care, deși oferă o ușurare temporară, contribuie pe termen lung la menținerea dezechilibrului psihologic.

2.7. Integrarea nevoilor biologice și psihologice

Comportamentul alimentar uman nu poate fi înțeles prin separarea nevoilor biologice de cele psihologice. Hrana satisface simultan cerințe energetice, nevoi emoționale, sociale și identitare. În viața cotidiană, indivizii nu urmăresc optimizarea nutrițională, ci un echilibru între plăcere, sănătate, acceptare socială și control personal.

Această integrare explică de ce intervențiile pur dietetice au eficiență limitată în absența unei înțelegeri psihologice a motivațiilor alimentare.

Alimentația este un comportament profund ancorat în structura psihică a individului și în relațiile sale sociale, iar modificarea sa durabilă presupune o abordare simultan biologică și psihologică.

MOTIVAȚIA pe de altă parte are și ea un rol foarte important, care asociat cu obiective bine stabilite, cu înlesnirea unui plan, o agendă care să fie urmată pas cu pas spre rezultatul final, șansele de reușită devin mult mai promițătoare. La polul opus ,avem indivizi care încep un proces de slăbire fără ‘‘sacrificii’’, recurgând la pastila de slăbit, ‘‘pilula magică’’, cea care ne face sa slabim peste noapte,aceasta optiune fiind din ce în ce mai populara, ignorând de cele mai multe ori efectele adverse și faptul ca aceste pastile nu garantează succesul pe termen lung.

Conform studiilor, când oamenii iau medicamente care-i ajuta să slăbească, mai multe lucruri se pot întâmpla. Medicația poate suprima apetitul în mod direct sau poate scădea punctul de homeostaza, - un proces definit ca fiind cel ce menține o stare constantă, de echilibru, în organism -, iar când persoana nu mai ia medicația, punctul de homeostaza revine și alături și creșterea în greutate. În final, anumite substanțe, precum nicotina, îi ajută pe oameni să scadă în greutate prin creșterea ratei metabolice a celulelor. Din punct de vedere farmacologic, nicotina acționează asupra dopaminei, prin creșterea cantității acesteia la nivelul creierului ce determina la rândul ei senzația de plăcere, acționează ca un excitant al sistemului nervos central și periferic, induce voma și crește activitatea motorie și intestinală.

Pastila de slăbit este conceputa pe trei piloni de acțiune: eliminarea poftei de mâncare, bazată pe substanțe și chiar stimulatoare asemănătoare amfetaminei, ce acționează asupra neurotransmițătorilor din creierul uman,

transmițând senzația de sațietate, care pe termen lung creează dependență implicând modificări comportamentale, iar pe termen scurt crește tensiunea arterială, ritmul cardiac, stări de agitație și nervozitate, constipație și dureri de cap. Un al doilea pilon de acțiune este prezenta inhibitorilor ai enzimei lipaza, ce nu permite metabolizarea grăsimilor din alimente, ci eliminarea lor prin scaun, însă acestea determină disconfort abdominal major, împiedică absorbția vitaminelor liposolubile A, D, K, E și betacarotenul, alterând metabolismul. Al treilea pilon de acțiune este suplimentarea cu fibre alimentare cu rol în absorbția apei și menținerea senzației de sațietate pe termen cât mai lung la nivel intestinal, consumul de alimente relizându-se în cantități cât mai mici, având un risc crescut de scaune frecvente, flatulență, deshidratare și chiar subnutritie. Pe lângă faptul că te poți alege cu efecte secundare dezastruoase, pastilele de slăbit nu sunt o soluție pe termen lung și nu merita supunerea la un asemenea risc fără a lua în calcul episoadele de mâncat compulsiv în urma dietei.

Riscul ca la finalul procesului individul să fie dezamăgit și să aibe convingeri de eficacitate negativă este extrem de ridicat. Acest sentiment, individul, caută a-l înlocui, și de cele mai multe ori se recurge la actul plăcut de a mânca, abuzând de alimente cu o valoare nutritivă scăzută și un conținut ridicat de substanțe nocive pentru organism. Indiferent de lucrurile greu de suportat care împing la luarea de astfel de decizii, nu trebuie puse în aplicare. Să alegi calea mai ușoară, nu a fost niciodată o soluție benefică pe termen lung, dar ce poate fi mai ușor este unghiul din care putem să privim problemele, să le considerăm ca pe niște „pietre, pe care le putem folosi fie ca ancore pentru a ne scufunda, fie ca pe niște scări pentru a urca”.

Apelul la ajutorul psihologic, în cele mai multe astfel de cazuri se face destul de târziu, iar procesul de ‘vindecare’ va fi pe o mai lungă perioadă de timp până se va ajunge la un echilibru. Calitatea legăturii dintre psihic, factorii sociali, emoționali și educaționali și nutriția sunt esențiali pentru dezvoltarea sănătoasă a oricarei persoane, de aceea cel care va consilia va începe prin a descoperi personalitatea individului în cauză. Ansamblul de gânduri, sentimente și comportamente regăsite la fiecare individ desemnează personalitatea acestuia, specialiștii emițând, de-alungul timpului, diverse tipologii de personalitate care fac referire la trăsături individualizate. Personalitatea nu suferă transformări radicale în timpul vieții individului, excepție făcând tulburările de comportament care afectează sănătatea mintală.

CAPITOLUL III

Stresul și comportamentul alimentar – fundamente biologice și psihosociale

3.1. Stresul ca mecanism de adaptare

Stresul reprezintă o reacție integrativă a organismului în fața unor cerințe interne sau externe care depășesc nivelul obișnuit de funcționare. El nu este, prin natura sa, un fenomen patologic, ci un proces adaptativ prin care individul încearcă să își mențină stabilitatea fiziologică și psihică în condiții de schimbare, pericol sau suprasolicitare. Atunci când o situație este evaluată ca fiind amenințătoare, imprezizibilă sau dificil de controlat, sistemele de reglare ale organismului intră într-o stare de alertă.

Din punct de vedere biologic, stresul implică activarea coordonată a sistemului nervos autonom și a axei hipotalamo–hipofizo–adrenale. Creierul detectează stimulul stresant și transmite semnale către glandele endocrine, determinând secreția unor hormoni precum adrenalina, noradrenalina și cortizolul. Acești mediatorii chimici pregătesc corpul pentru acțiune: ritmul cardiac crește, respirația se accelerează, glicemia se ridică, iar fluxul sanguin este redirecționat către mușchi și creier. În același timp, funcțiile considerate neesențiale pe termen scurt, precum digestia sau imunitatea, sunt temporar reduse.

Această reorganizare fiziologică are ca scop furnizarea rapidă de energie și creșterea capacității de reacție, permițând individului să facă față amenințării sau să se adapteze la solicitările mediului. În condiții normale, după dispariția stresorului, organismul revine la starea de echilibru. Atunci

când însă expunerea la stres este prelungită sau repetată, mecanismele de adaptare rămân active prea mult timp, ceea ce duce la epuizare biologică și psihică.

Pe lângă dimensiunea sa fiziologică, stresul are o componentă psihologică esențială. Nu evenimentele în sine determină reacția de stres, ci modul în care acestea sunt interpretate de individ. Două persoane pot fi expuse aceleiași situații, dar pot reacționa diferit în funcție de experiențele anterioare, resursele personale și sensul atribuit situației. Astfel, stresul este rezultatul interacțiunii dintre solicitările mediului și capacitatea subiectivă a individului de a le face față.

În acest sens, stresul poate fi privit ca un proces dinamic de adaptare, prin care organismul încearcă să își păstreze funcționarea optimă într-un mediu aflat în permanentă schimbare.

Stresul nu constituie, în esență, o stare dăunătoare, ci un mecanism fundamental de activare și mobilizare. Un nivel moderat de tensiune psihofiziologică este necesar pentru a orienta atenția, a stimula vigilența și a susține efortul adaptativ. Fără stres, individul ar manifesta o scădere a nivelului de implicare, a capacității de reacție și a motivației pentru acțiune. Din acest motiv, stresul moderat este asociat cu performanța optimă, fiind implicat în învățare, luarea deciziilor și rezolvarea problemelor.

În acest cadru, stresul funcționează ca un semnal de alarmă care indică necesitatea ajustării comportamentului. El determină organismul să își mobilizeze resursele cognitive și energetice pentru a răspunde unei provocări, fie aceasta de natură fizică, emoțională sau socială. Această activare temporară permite individului să se adapteze rapid și eficient la cerințele mediului.

Dificultățile apar atunci când această stare de activare nu mai este tranzitorie, ci devine cronică. Stresul intens sau persistent solicită în mod excesiv sistemele de reglare ale organismului, împiedicând revenirea la starea de echilibru. În aceste condiții, mecanismele care în mod normal protejează individul ajung să producă efecte negative. Nivelurile ridicate și prelungite de hormoni ai stresului perturbă funcțiile cognitive, emoționale și fiziologice, afectând memoria, somnul, digestia și imunitatea.

Pe plan psihologic, stresul cronic conduce la epuizare emoțională, iritabilitate, anxietate și scăderea capacității de concentrare. Individul poate ajunge să perceapă mediul ca fiind permanent amenințător, ceea ce amplifică reacțiile de tensiune și reduce eficiența strategiilor de coping. Astfel se instalează un cerc vicios în care stresul generează vulnerabilitate, iar vulnerabilitatea crește reactivitatea la stres.

În acest sens, problema nu este existența stresului, ci pierderea capacității de reglare și adaptare. Când solicitările externe depășesc resursele interne ale individului, stresul își pierde funcția adaptativă și se transformă într-un factor de risc major pentru sănătatea psihică și somatică.

3.2. Tipologii ale stresului

Stresul nu este un fenomen unitar, ci poate lua forme diferite în funcție de natura solicitărilor și de modul în care individul le percepe și le gestionează. Din perspectiva efectelor asupra organismului și asupra funcționării psihice, se disting două tipuri majore de stres: **eustresul** și **distresul**.

Eustresul reprezintă forma adaptativă a stresului. Acesta apare în situații care sunt percepute ca provocări pozitive, precum un examen, o competiție sau un proiect important. În aceste contexte, activarea fiziologică

și psihologică crește nivelul de vigilență, motivația și capacitatea de concentrare. Eustresul stimulează performanța și favorizează dezvoltarea personală, deoarece individul simte că dispune de resursele necesare pentru a face față cerințelor.

În contrast, **distresul** apare atunci când solicitările sunt percepute ca excesive, imprevizibile sau imposibil de controlat. În această situație, activarea prelungită a sistemelor de stres devine dăunătoare. Distresul este asociat cu epuizarea resurselor psihologice și biologice, ceea ce conduce la apariția anxietății, iritabilității, dificultăților de concentrare și a tulburărilor somatice.

Stresul se poate manifesta și în moduri diferite în funcție de efectele sale asupra organismului. **Reacțiile organice** sunt acelea în care stresul contribuie la apariția sau agravarea unor afecțiuni cu substrat fiziologic, precum hipertensiunea arterială, tulburările metabolice sau bolile cardiovasculare. Acestea reflectă impactul pe termen lung al activării neuroendocrine excesive asupra sistemelor corpului.

În schimb, **reacțiile funcționale** se exprimă prin simptome care nu pot fi explicate prin leziuni organice directe, dar sunt legate de tensiunea psihică.

Migrenele, tulburările digestive, durerile musculare sau iritabilitatea sunt exemple de astfel de manifestări. Deși nu implică o boală structurală, ele pot afecta semnificativ calitatea vieții și funcționarea zilnică.

Astfel, tipologiile stresului evidențiază faptul că acesta poate fi atât un motor al adaptării, cât și un factor de risc major pentru sănătatea psihică și somatică, în funcție de intensitate, durată și context.

3.3. Etapele reacției la stres

Răspunsul organismului la stres nu este un eveniment izolat, ci un proces dinamic care se desfășoară în mai multe etape succesive. Aceste etape reflectă modul în care corpul și psihicul încearcă să facă față unei solicitări percepute ca amenințătoare sau copleșitoare.

Faza de alarmă reprezintă prima reacție a organismului la stres. În acest stadiu, sistemul nervos simpatic este activat rapid, iar glandele suprarenale eliberează hormoni precum adrenalina și noradrenalina. Aceste substanțe cresc ritmul cardiac, tensiunea arterială și nivelul de glucoză din sânge, pregătind organismul pentru reacția de tip „luptă sau fugi”. Atenția se intensifică, iar resursele energetice sunt mobilizate pentru a face față imediat situației stresante.

Dacă factorul stresant persistă, organismul intră în **faza de rezistență**. În această etapă, corpul încearcă să se adapteze la solicitările continue, menținând un nivel relativ stabil de funcționare. Cortizolul este eliberat în cantități crescute pentru a susține nivelul de energie și pentru a menține vigilența. Deși persoana poate părea că face față situației, acest efort de adaptare consumă resursele biologice și psihologice, iar echilibrul intern este menținut cu costuri crescute.

Atunci când stresul este intens sau de lungă durată, organismul poate ajunge în **faza de epuizare**. În acest stadiu, mecanismele de adaptare devin insuficiente, iar rezervele energetice și emoționale sunt diminuate. Apar oboseala cronică, scăderea imunității, tulburările de somn și dificultățile de concentrare. Pe plan psihologic, pot surveni anxietatea, depresia și

iritabilitatea. Această fază este asociată cu un risc crescut de îmbolnăvire, deoarece corpul nu mai poate menține echilibrul în fața solicitărilor.

În ansamblu, aceste etape ilustrează modul în care stresul, de la un mecanism adaptativ, poate deveni un factor de vulnerabilitate atunci când este prelungit sau necontrolat.

3.4. Stresul în societatea contemporană

În societatea modernă, stresul este mai puțin legat de supraviețuirea fizică și mai mult de presiunile psihosociale: performanța profesională, competiția, lipsa controlului asupra timpului și sarcinilor, insecuritatea economică sau dezechilibrul dintre muncă și viață personală. Studiile arată că o mare parte din populația activă este afectată de stres profesional, cu impact direct asupra sănătății și comportamentului alimentar.

O particularitate de stress modern, a fost pandemia Covid -19. Chiar înainte de covid, obezitatea era deja recunoscută ca o problemă majoră de sănătate publică la nivel global, prevalența acesteia crescând constant de la o generație la alta și triplându-se la nivel mondial începând cu anul 1975. În acest context deja fragil, măsurile de carantina și restricțiile impuse în timpul pandemiei au accentuat dificultățile existente, atât din punct de vedere fizic cât și psihologic. Mulți indivizi: au mâncat mai mult junk-food (dulciuri, snacks-uri, băuturi cu zahăr), au consumat calorii în exces față de activitatea fizică redusă, au mâncat din plictiseală sau stres emoțional, au crescut timpul petrecut în fața ecranelor și dependență de mediul online.

Privarea temporară de libertate determinată de măsurile de carantină și restricțiile impuse au dus la o intensificare a problemelor

psihologice deja existente și la o declanșare de noi cazuri precum anxietatea, atacurile de panică și depresia.

3.5. Legătura dintre stres și alimentație

Stresul are un impact semnificativ asupra comportamentului alimentar, influențând atât cantitatea, cât și tipul de alimente consumate. Atunci când individul se confruntă cu situații percepute ca amenințătoare sau copleșitoare, organismul intră într-o stare de activare fiziologică și emoțională. Această activare modifică percepția foamei și a sațietății, precum și motivațiile care stau la baza alegerilor alimentare.

În condiții de stres, reacțiile alimentare pot varia considerabil între indivizi. Unii oameni experimentează o **creștere a apetitului**, utilizând mâncarea ca sursă de confort și reducere a tensiunii emoționale. Alimentele bogate în zahăr și grăsimi sunt adesea preferate, deoarece stimulează sistemele neurobiologice ale recompensei și produc o ameliorare temporară a stării de disconfort. Pentru alții, stresul are efectul opus, determinând **scăderea apetitului** și evitarea alimentației, ca urmare a inhibării proceselor digestive și a focalizării organismului pe reacțiile de supraviețuire.

Aceste răspunsuri diferite sunt rezultatul interacțiunii dintre **hormoni, emoții și obiceiuri învățate**. Sistemele endocrine activează sau inhibă foamea, emoțiile influențează motivația de a mânca, iar experiențele anterioare modelează modul în care individul folosește hrana pentru a face față stresului. De exemplu, o persoană care a învățat în copilărie să asocieze mâncarea cu alinarea emoțională va fi mai predispusă să mănânce excesiv în situații tensionate.

Tulburările de comportament alimentar, precum hiperfagia, hipofagia, bulimia sau anorexia, nu sunt determinate exclusiv de stres, dar acesta joacă frecvent rolul de **factor declanșator sau de amplificare**. Pe fondul unor vulnerabilități biologice, trăsături de personalitate sau contexte sociale dificile, evenimentele stresante pot activa tipare alimentare dezadaptative. În acest fel, stresul contribuie la apariția și menținerea problemelor alimentare, integrându-se într-un proces complex de interacțiune între biologie, psihic și mediu.

3.6. Perspective biologice asupra apetitului în condiții de stres

Stresul influențează profund reglarea biologică a apetitului prin activarea sistemelor neuroendocrine implicate în gestionarea energiei și a emoțiilor. Atunci când organismul percepe o amenințare sau o solicitare intensă, axa hipotalamo–hipofizo–adrenală este activată, determinând eliberarea de cortizol și alte substanțe implicate în adaptarea la stres. Acești hormoni nu doar pregătesc corpul pentru acțiune, ci modifică și modul în care sunt percepute foamea și sațietatea.

Cortizolul, principalul hormon al stresului, joacă un rol important în mobilizarea rezervelor energetice. Nivelurile crescute de cortizol determină creșterea glicemiei și stimulează pofta pentru alimente cu densitate calorică ridicată, în special cele bogate în zahăr și grăsimi. Din perspectivă evoluționistă, acest mecanism avea rolul de a asigura rapid energia necesară supraviețuirii în situații de pericol. În mediul actual, însă, acest răspuns biologic contribuie la consumul excesiv de alimente reconfortante în perioadele de stres.

Insulina, hormonul responsabil de reglarea glucozei în sânge, este de asemenea influențată de stres. Fluctuațiile repetate ale nivelului glicemic pot intensifica senzația de foame și dorința de a consuma carbohidrați rapizi. Astfel, organismul intră într-un ciclu în care stresul stimulează ingestia de alimente dulci, iar variațiile glicemice cresc la rândul lor pofta alimentară.

Serotonina, un neurotransmițător implicat în reglarea dispoziției și a apetitului, este și ea afectată de stres. Scăderea nivelului de serotonină este asociată cu iritabilitate, tristețe și dorința de a consuma alimente care pot stimula temporar starea de bine, cum ar fi dulciurile. Prin acest mecanism, mâncarea devine un mijloc de auto-reglare chimică a dispoziției.

Aceste procese biologice explică de ce, în perioadele de tensiune emoțională, mulți oameni simt o atracție crescută față de alimentele „confort”. Stresul nu doar influențează comportamentul alimentar prin factori psihologici, ci modifică direct sistemele neurochimice care controlează foamea și plăcerea alimentară.

CAPITOLUL IV

Componenta falsa a alimentelor și adicția lor

4.1. Aditivi alimentari

Societatea este într-o continuă evoluție. Tehnologia este prezentă în aproape toate mediile. Produsele alimentare sunt și ele obținute astăzi cu ajutorul celor mai noi procedee. Supraproducția și oferta foarte variată îi obligă pe producători să facă tot ceea ce este posibil pentru ca alimentul lor să aibă succes. Astfel, produsele sunt conservate pe perioade lungi, se introduc culori cat mai atractive, vitamine produse pe cale artificială etc. Conservanții, aromele, coloranții - într-un cuvânt aditivii - sunt indicați pe ambalaj cu litera E urmat de un număr format din trei cifre sau patru cifre. Majoritatea cumpărătorilor nu cunosc semnificația acestui cod. Unele dintre aceste substanțe sunt pentru sănătate nocive, toxice, chiar cancerigene.

Aditivii alimentari au început să fie folosiți pe scară largă încă din secolul al 19-lea, când autoritățile și-au dorit ca producția de alimente să fie ieftină, iar conservanții au fost cei mai folosiți aditivi, cel puțin la început. Acidul boric, de exemplu, a fost folosit între 1870 și 1920 fiind mai apoi interzis din cauza toxicității demonstrate în studiile pe rozătoare și mai apoi pe oameni.

Abia în 1962 s-a decis publicarea unei liste cu aditivi alimentari. La început, aceasta cuprindea coloranții artificiali. În 1964 au fost adăugați conservanții, mai apoi, în 1970, antioxidanții, lista fiind completată în 1974 de emulsificatori, stabilizatori, întăritori și agenți gelifianti.

Conform normelor oficiale, prin aditivi alimentari se înțelege orice substanță care în mod normal nu este consumată ca aliment în sine și care nu este utilizată ca ingredient alimentar caracteristic, având sau nu o valoare nutritivă, prin a cărei adăugare intenționată la produsele alimentare în scopuri tehnologice pe parcursul procesului de fabricare, prelucrare, preparare, tratament, ambalare a unor asemenea produse alimentare, devine o componentă a acestor produse alimentare. E-urile sunt acei aditivi adaugați în alimente cu rol de îndulcitori, coloranți, emulgatori, conservanți. Mulți dintre aceștia erau folosiți și înainte de 1989. Alinierea la normele Uniunii Europene a presupus folosirea codurilor de tip E pentru aditivii alimentari.

Aditivii alimentari pot fi sintetici sau derivați din plante sau animale și au fost grupați de Organizația Mondială a Sănătății și Organizația pentru Alimentație și Agricultură în trei categorii largi (Îmbunătățitori de aromă, Enzime și altele), care se bazează pe funcția lor. Amplificatorii de aromă constituie majoritatea aditivilor folosiți în alimente și includ sarea și glutamatul monosodic. Preparatele enzimatice includ aditivi care pot fi proteine naturale sau compuși sintetici care ajută la descompunerea moleculelor, cum ar fi drojdiile folosite pentru îmbunătățirea aluatului sau pentru fermentarea alcoolului. Alți aditivi includ îndulcitori nutritivi (zaharuri) sau nenuitritivi (aspartam și zaharină) și agenți de conservare sau colorare a alimentelor.

Numeroase organisme internaționale de sănătate au tras însă serioase semnale de alarmă cu privire la aceste adaosuri sintetice, declarându-le toxice. Folosirea lor îndelungată sau improprie poate duce, în timp, la formarea unor afecțiuni grave care nu mai pot fi tratate. Potrivit rapoartelor organizațiilor internaționale, mortalitatea în rândul populației globului,

cauzată de consumul alimentelor îmbogațite cu substanțe artificiale, se afla pe locul al III-lea, după consumul de droguri și medicamente și după accidentele de circulație

Autoritățile (EFSA, FDA) stabilesc DZA (Doza Zilnică Acceptabilă) pe baza principiului No Observed Adverse Effect Level (NOAEL). Totuși, critica principală adusă acestui sistem este că testele se fac pe animale, pe perioade limitate și, crucial, pe substanțe izolate, ignorând interacțiunile chimice complexe din dieta umană.

4.2. Hiperpalatabilitatea

Aceasta se referă la gradul extrem de ridicat de plăcere senzorială indusă artificial de anumite alimente, prin combinații specifice de ingredient precum grăsimi, zaharuri, sare și carbohidrați, care activează puternic circuitele neuronale de recompensă din creier.

Acesta implică o sinergie între cel puțin două ingredient cheie (grăsimi și sodiu, sau grăsimi și zahăr), creând palatabilitate, mai intensă decât cea naturală a fiecărui component luat separat.

Alimentele hiperpalatabile, comune în dietele procesate (chipsuri, dulciuri, fast-food), reduc semnalele de sațietate și pot favoriza supraalimentația sau dependența comportamentală.

Iată lista celor mai controversați aditivi și ingrediente procesate care generează comportamente de tip adictiv:

1. Monoglutamatul de Sodiu (MSG / E621)

Acesta este probabil cel mai cunoscut "potențiator de aromă".

- Descriere: Este sarea de sodiu a acidului glutamic. Este responsabil pentru gustul Umami (al cincilea gust), care oferă acea senzație de "savuros" și "cărnos".

- Mecanismul "dependenței": MSG suprastimulează receptorii gustativi și păcălește creierul, făcând mâncarea să pară mult mai nutritivă (bogată în proteine) decât este în realitate. Unele studii sugerează că poate inhiba leptina (hormonul sațietății), determinând persoana să mănânce continuu ("fenomenul punga de chipsuri"). Aplicare în rețete/produse: chipsuri și snacks-uri sărate, supe la plic și cuburi concentrate, mezeluri procesate, mâncarea de tip fast-food (sosuri, carne tocată).

2. Siropul de Porumb bogat în Fructoză (HFCS / Glucoză-Fructoză)

Deși tehnic este un ingredient îndulcitor, este folosit industrial ca un aditiv ieftin pentru textură și conservare.

- Descriere: Un îndulcitor lichid procesat din amidon de porumb.

- Mecanismul "dependenței": Activează centrul recompensei din creier (eliberarea de dopamină) mai agresiv decât zahărul obișnuit. Fructoza nu suprimă hormonul foamei (grelina) la fel de eficient ca glucoza, menținând starea de foame chiar și după consumul caloric ridicat. Aplicare în rețete/produse: băuturi carbogazoase (răcoritoare), dulciuri de supermarket, biscuiți, sosuri aparent sărate (ketchup, sos barbecue), iaurturi cu fructe.

3. Aspartam (E951) și Sucraloză (E955)

Îndulcitori artificiali folosiți în produsele "Diet" sau "Zero Zahăr".

- Descriere: Substanțe chimice de sinteză cu putere de îndulcire de sute de ori mai mare decât zahărul, dar fără calorii.

- Mecanismul "dependenței": Creează un cerc vicios numit "paradoxul dulcelui". Creierul simte gustul dulce și se așteaptă la un aport caloric (energie). Când kaloriile nu vin, creierul cere și mai mult dulce pentru a compensa, generând poftă intensă (cravings) ulterioare. De asemenea, pot altera flora intestinală, afectând reglarea glicemiei. Aplicare în rețete/produse: băuturi "Zero" sau "Light", gume de mestecat, deserturi dietetice.

4. Nitritul de Sodiu (E250)

- Descriere: Un conservant folosit pentru a menține culoarea roz a cărnii și pentru a preveni botulismul.

- Mecanismul "dependenței": Oferă acel gust specific, sărat-afumat, distinctiv al mezelurilor, care devine un "comfort food" greu de înlocuit. Combinat cu grăsimile și sarea din mezeluri, creează un profil senzorial care încurajează supraconsumul. Aplicare în rețete/produse: bacon, șuncă, parizer, cârnați, salam, hot-dog.

Următoarea diagramă ilustrează mecanismul neurobiologic prin care alimentele cu aditivi pot favoriza consumul repetat și comportamente de tip adictiv.

Schema descrie un model neurocomportamental coerent, în care aditivii alimentari nu sunt doar „gustativi”, ci acționează prin aceleași circuite dopaminergice implicate în dependențe, explicând de ce anumite alimente ultraprocesate sunt dificil de evitat.



Această diagramă descrie modelul "Food Addiction" (Dependența de Mâncare), un concept susținut de cercetători precum Dr. Nora Volkow (director NIDA - National Institute on Drug Abuse) și Dr. Ashley Gearhardt (creatoarea Scalei Yale de Dependență Alimentară).

Iată analiza detaliată, pas cu pas:

1. Faza de Intrare: Stimulii (Input-ul)

Diagrama împarte stimulii în trei categorii. Aici știința face distincții clare:

- A. Activare receptori gustativi (E621 - Glutamat / Umami)
 - Analiză: E621 (Monoglutamatul de sodiu) stimulează receptorii specifici pentru Umami (al 5-lea gust).
 - Validitate: Solidă pe partea de comportament, discutabilă pe partea de "drog". E621 face mâncarea "irefutabilă". Studiile arată că șoarecii hrăniți cu diete bogate în MSG mănâncă mai mult și dezvoltă rezistență la leptină (hormonul sațietății). Totuși, MSG nu trece bariera hemato-encefalică la fel de ușor ca drogurile pentru a acționa direct asupra neuronilor, deci efectul său este primar senzorial (gust extrem de bun), care apoi declanșează recompensa.
- B. Stimulare dopaminergică (Zaharuri/Grăsimi)
 - Analiză: Aceasta este "bomba" diagramei. În natură, zahărul se găsește în fructe (cu fibre), iar grăsimea în nuci/carne. Combinația Zahăr + Grăsimi (ex: înghețată, gogoși, ciocolată) nu există în natură și este un stimul supranormal.

- Validitate: Extrem de solidă. Cercetările arată că această combinație "scurtcircuitează" mecanismul de sațietate. Creierul nu știe când să se oprească din a consuma o sursă atât de densă caloric
- C. Efect psihotrop (Cafeină/Energetice)
 - Analiză: Cafeina este un antagonist al adenozei.
 - Validitate: Solidă. Este singura substanță din diagramă clasificată oficial ca psihoactivă care dă dependență fiziologică clară (dureri de cap la sevraj).

2. Creșterea Palatabilității ("The Bliss Point")

- Concept: Industria alimentară caută "The Bliss Point" (Punctul Beatitudinii) – concentrația exactă de zahăr, sare și grăsime care maximizează plăcerea senzorială.
- Validitate Științifică: Indiscutabilă. Alimentele procesate sunt inginerite pentru a fi hiper-palatabile. Aceasta duce la hedonic eating (mâncat de plăcere), care suprascrie homeostatic eating (mâncat de foame).

3. Mecanismul Central: Sistemul de Recompensă

Această secțiune a diagramei (Nucleus Accumbens -> Dopamină -> Plăcere) este neurobiologie pură.

- Activare Nucleus Accumbens & Dopamina:
- Detaliu: Când mâncăm alimente hiper-palatabile, nivelul de dopamină din striatum (zona creierului responsabilă de motivație) crește.

- Comparație: La mâncare, creșterea este de aprox. 150% față de bază. La cocaină este de 300-400%, iar la amfetamine 1000%.
- Nuanță importantă: Diagrama spune "Simț de plăcere intens". Știința modernă face o distincție între "Liking" (plăcerea consumului - mediată de opioide/endorfine) și "Wanting" (dorința/pofta - mediată de dopamină).
- Corecție fină: Cu timpul, în dependență, "Liking" scade (nu mai simți aceeași plăcere), dar "Wanting" (dopamina) rămâne crescut sau crește. Mănânci compulsiv deși nu îți mai place la fel de mult.

4. Învățarea Asociativă și Dorința Repetată

- Mecanism: Hipocampusul (memoria) reține contextul (locul, ambalajul, mirosul, starea emoțională) și îl leagă de recompensa primită.
- Validitate: Solidă. Acesta este Condiționarea Pavloviană. Doar vederea logo-ului unui fast-food poate declanșa eliberarea de dopamină înainte de a mânca. Această anticipare creează "Dorința repetată de consum" (Craving).

5. Rezultatul Final: Formarea Dependenței

Aici lucrurile sunt cele mai dezbătute în comunitatea medicală. Diagrama listează 3 efecte clasice ale dependenței:

- A. Toleranță (Nevoie de cantități crescute)
 - Ce spune știința: Există fenomenul de Downregulation (reglare descendentă) a receptorilor de dopamină D2. La persoanele cu obezitate severă, scanările PET arată mai puțini receptori D2, similar cu alcoolicii. Asta înseamnă că au nevoie de mai mult stimul (mâncare) pentru a simți ceva.

- Verdict: Valid, dar procesul este mai lent și mai puțin dramatic decât la droguri tari.
- B. Simptome de sevraj (La abținere)
 - Ce spune știința: Studiile pe șobolani arată sevraj fizic clar la zahăr (tremurat, clănțănit din dinți). La oameni, studiile calitative arată simptome psihologice puternice: anxietate, iritabilitate, depresie, oboseală, dureri de cap (mai ales la cafeină și zahăr).
 - Verdict: Valid, dar predominant psihologic. Nu vei ajunge la spital în convulsii dacă nu mănânci ciocolată (cum s-ar întâmpla la sevrajul de alcool sau benzodiazepine), dar disconfortul psihic este real și măsurabil.
- C. Consum Compulsiv (Pierderea controlului)
 - Ce spune știința: Acesta este criteriul definitoriu pentru Binge Eating Disorder. Persoana continuă să mănânce deși știe că îi face rău (diabet, obezitate, vinovăție), exact ca în definiția clinică a adicției.
 - Verdict: Foarte solid. Lobul frontal (care spune "Nu mai mânca, e destul") este "oprit" sau ignorat de sistemul limbic (care urlă "Vreau dopamină!").

Concluzie Sintetică

Diagrama este foarte corectă în a ilustra "bucula habituării" (habit loop) care duce la obezitate și tulburări alimentare.

Ce lipsește sau ar putea fi adăugat pentru o precizie științifică de top:

1. Hormonii metabolici: Diagrama se axează doar pe creier. În realitate, alimentele procesate (mai ales fructoza) blochează semnalele de la Leptină (hormonul "sunt sătul") și stimulează Grelina (hormonul "mi-e foame"). Acest "atac dublu" (creier + stomac) face dependența atât de puternică.

2. Viteza de absorbție: Dependența este strâns legată de cât de repede ajunge glucoza în sânge. Un măr (absorbție lentă) nu dă dependență. Un suc (absorbție instantanee) dă un "spike" de dopamină.

3. Distincția Plăcere vs. Dorință: Așa cum am menționat, separarea între Hedonic impact (Plăcere) și Incentive salience (Dorință acută). Dependența este boala "Dorinței", nu a "Plăcerii".

Este o diagramă excelentă pentru a explica de ce "voința" nu este suficientă în lupta cu alimentele ultra-procesate. Nu ești doar "pofcios", ci lupți cu o cascadă neurochimică complexă.

Concluzii se bazează pe consensul actual din Neuroștiințele Nutriționale și Psihologia Comportamentală.

1. Convergența Neurobiologică (Droguri vs. Alimente)

Diagrama ilustrează corect faptul că alimentele ultra-procesate (bogate în zaharuri, grăsimi și aditivi) exploatează aceleași căi neurale ca și drogurile de abuz.

- Concluzie: Există o suprapunere semnificativă în activarea sistemului dopaminergic mezolimbic (calea recompensei) între consumul de alimente

hiper-palatabile și administrarea de substanțe psihostimulante. Deși magnitudinea eliberării de dopamină este diferită, mecanismul calitativ de întărire a comportamentului (reinforcement) este identic.

2. Ipoteza "Supra-Stimulării Senzoriale" (The Supra-Normal Stimulus Hypothesis)

Combinăția specifică de Zaharuri + Grăsimi + Sodiu + Potențiatori de aromă (E621), reprezentată în diagramă, constituie un stimul supranormal.

- Concluzie: Evolutiv, creierul uman nu este echipat să gestioneze această densitate calorică și intensitate a gustului, deoarece aceste combinații nu există în mediul natural. Astfel, mecanismele homeostatice (de sațietate) sunt "scurtcircuitate" de mecanismele hedonice (de plăcere), ducând la un consum dezadaptativ.

3. Disocierea între "Liking" și "Wanting" (Teoria Sensibilizării Stimulilor)

Diagrama arată tranziția de la "Simț de plăcere" la "Dorință repetată" și apoi "Consum compulsiv".

- Concluzie: Pe măsură ce se instalează dependența (prin neuroplasticitate), componenta hedonică (Liking - plăcerea efectivă a gustului) tinde să stagneze sau să scadă (toleranță), în timp ce componenta motivațională (Wanting - dorința imperioasă sau "craving-ul") devine hipersensibilizată. Subiectul ajunge să consume alimentul nu pentru plăcere, ci pentru a calma starea de disconfort (sevraj psihologic) generată de lipsa dopaminei.

4. Rolul Aditivilor ca "Facilitatori ai Ingestiei"

Deși aditivii precum E621 nu sunt droguri în sensul clasic, ei joacă un rol crucial în alterarea pragului de sațietate.

- Concluzie: Prin creșterea artificială a palatabilității, aditivii și texturile modificate industrial (ex: "melt-in-the-mouth quality") reduc semnalele senzoriale specifice sațietății (satiation signals), încurajând ingestia pasivă și rapidă a unei cantități mari de calorii înainte ca semnalele hormonale (grelină/leptină) să ajungă la hipotalamus.

5. Validarea Modelului "Food Addiction" (Dependența de Mâncare)

Diagrama susține validitatea includerii anumitor comportamente alimentare în spectrul dependențelor, conform Scalei Yale de Dependență Alimentară (YFAS).

- Concluzie: Alimentele ultra-procesate pot genera un fenotip comportamental similar cu criteriile DSM-5 pentru tulburările legate de substanțe:

1. Consum în cantități mai mari decât s-a intenționat.
2. Eforturi nereușite de a reduce consumul.
3. Continuarea consumului în ciuda consecințelor negative (obezitate, diabet).
4. Simptome de sevraj (iritabilitate, anhedonie) la încetarea consumului.

"Această diagramă reprezintă vizual deturnarea sistemului homeostatic de către sistemul hedonic. Procesarea industrială transformă alimentele din

surse de nutriție în agenți farmacologici de recompensă, generând modificări neuroplastice în Nucleus Accumbens care fac voința conștientă inefficientă în fața impulsurilor subcorticale."

4.3. Ingredientele alimentare și dependența de mâncare

În ultimii ani, conceptul de "dependență alimentară" a continuat să câștige popularitate, studiile umane și animale demonstrând efectele diferențiate ale alimentelor bogate în grăsimi, zahăr sau proteine asupra apetitului, sațietății, comportamentului alimentar și dezvoltării dependenței alimentare. Au apărut, de asemenea, întrebări legate de posibilele efecte pe care aditivii alimentari le-ar putea avea asupra dezvoltării dependenței alimentare sau a tulburărilor alimentare. De asemenea, se știe că modificările compoziției alimentelor și prezența aditivilor alimentari (amplificatori de aromă, zaharuri, înlocuitori de zahăr și îndulcitori nenuțritivi) sunt factori care influențează în general percepția senzorială a alimentelor. Înțelegerea noastră asupra rolurilor potențiale ale neurotransmițătorilor centrali (cum ar fi dopamina) și a anumitor neuropeptide în evoluția dependenței alimentare este, de asemenea, în evoluție.

Conceptul "dependență alimentară" a fost introdus pentru prima dată de T.G. Randolph în 1956, într-o perioadă în care s-au raportat consumuri asemănătoare dependenței de grâu, porumb, cartofi, ciocolată, cafea, lapte și ouă. Totuși, în ultimii ani, această teorie a devenit populară deoarece a ajutat la înțelegerea influențelor pe care factorii psihologici le pot avea asupra creșterii în greutate, mai ales după creșterea prevalenței obezității în Statele Unite ale Americii (și la nivel mondial) în ultimele decenii. Dependența de alimente nu este recunoscută în prezent ca o tulburare în Manualul de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mintale (DSM-5 sau ICD-11). Totuși

este recunoscut ca un concept descriptive pentru comportamentele compulsive de supraalimentare, asemănătoare adicțiilor, și este asociată cu tulburări precum mâncatul compulsive.

Dezvoltarea industriei alimentare în secolul XXI a permis crearea și modificarea alimentelor și aditivilor alimentari, rezultând producerea unor cantități mari de alimente foarte gustoase care pot avea capacitatea de a stimula centrele de recompensă ale creierului. Un avantaj evident al dezvoltării și utilizării aditivilor alimentari este capacitatea lor inerentă de a spori gustul alimentelor, dar și de a crește consumul acestora, în deosebi a celor cu conținut scăzut de calorii care, de unele singure, nu sunt plăcute la gust.

Alimentele bogate în zahăr și grăsimi sunt foarte ușor de gustat, iar studiile au arătat că alimentele bogate în zahăr și/sau grăsimi pot stimula supraalimentația. Capacitatea gustului dulce și a aromei grase de a activa sistemele de recompensă ale creierului și de a promova consumul alimentar a fost demonstrată de mai multe studii pe animale. De asemenea, a fost observată capacitatea acestor alimente de a provoca obezitate la rozătoare. Acum este acceptat în general că alimentele pot fi făcute mai plăcute prin: adăugarea de biopolimeri precum transglutaminaza (care îmbunătățește textura alimentelor), adăugarea de sos proteic de soia sau amestec de carragenină, varierea conținutului de grăsimi, adăugarea de amplificatori de aromă precum glutamatul monosodic, inozina-5-monofosfat și guanoatul de sodiu, sau îndulcitori alimentari precum îndulcitorii nenuitritivi.

Au existat rapoarte care arată că alimentele bogate în zahăr și/sau grăsimi pot stimula segmente ale sistemului de recompensă (inclusiv receptorii gustativi, semnalele post ingestie și sistemele neuropeptidice)

suficient pentru a duce la excesul de mâncat sau la mâncatul compulsiv. Mai multe studii pe rozătoare au demonstrat, de asemenea, că alimentele bogate atât în zahăr, cât și în grăsimi stimulează consumul excesiv de alimentație. Consumul de alimente bogate în zahăr a fost asociat cu o secreție crescută acetilcolina (ACH) în creier. Creșterea gustabilității alimentelor sau a constituenților alimentelor (așa cum se întâmplă în dietele bogate în zahăr sau grăsimi) a fost, de asemenea, asociată cu o reducere a eficacității semnalelor de sațietate intestinală și post-absorbțivă care suprimă aportul alimentar.

Etiologia multifacțată a dependenței alimentare, implicând rolurile interactive ale factorilor biologici, psihologici și comportamentali, necesită o abordare multidimensională, holistică și interdisciplinară, mai degrabă decât o analiză bazată exclusiv pe variabile izolate. Totuși, o revizuire a literaturii existente arată că acești determinanți sunt adesea examinați independent, iar studiile cuprinzătoare care abordează variabile precum bunăstarea psihologică, stresul, anxietatea, capacitatea de autoreglare și obiceiurile alimentare sănătoase și durabile sunt vizibil limitate. De exemplu, mai multe studii au demonstrat asocieri între dependența alimentară și suferința psihologică, în special depresia și anxietatea, în timp ce altele au examinat rolul autoreglării în comportamentele alimentare maladaptative sau legătura dintre practicile alimentare durabile și bunăstarea psihologică. Totuși, aceste dovezi au fost rareori integrate într-un singur model care să surprindă simultan interacțiunea tuturor acestor variabile.

Studiile neurobiologice indică, de asemenea, că atât depresia, cât și dependența de alimentație împărtășesc modificări comune în circuitul de recompensă al creierului, inclusiv dereglarea dopaminergică și serotoninergică, ceea ce ar putea explica asocierea lor bidirecțională.

Simptomele depresive, precum anhedonia și dereglarea emoțională, cresc vulnerabilitatea la alimentația compulsivă ca strategie de adaptare maladaptativă, în timp ce expunerea repetată la alimente hiperpalatabile poate agrava stările depresive prin întărirea acestor dezechilibre neuronale. Dovezile epidemiologice susțin, de asemenea, această legătură, arătând o prevalență mai mare a simptomelor dependenței alimentare în rândul persoanelor cu depresie clinic. Mai mult, studiul realizat de Brytek-Matera și colegii săi (2023) a constatat că scorurile dependenței alimentare au fost deosebit de pronunțate la persoanele cu niveluri ridicate de anxietate. Aceste constatări sugerează că anxietatea poate juca un rol mai puternic decât alte tulburări de dispoziție în provocarea comportamentelor alimentare nesănătoase și dependenței alimentare.

Prin urmare, dependența alimentară ar trebui înțeleasă nu doar ca o problemă de comportament alimentar individual, ci ca o preocupare multidimensională de sănătate publică, cu implicații semnificative atât pentru sănătatea populației, cât și pentru sustenabilitatea ecologică.

Deși validitatea conceptului de dependență alimentară continuă să fie dezbătută, studiile au arătat în continuare că modificările deliberate ale compoziției alimentelor pot modifica răspunsul comportamental la consumul acestora, datorită diferențelor de percepția senzorială. Totuși, dovezile științifice care susțin dependența alimentară nu sunt încă suficiente pentru a afirma categoric că un anumit ingredient alimentar, micronutrient sau aditiv alimentar standard este adictiv.

4.4. Influența aditivilor alimentari asupra stării de sănătate

Microbiomul reprezintă este totalitatea microorganismelor reprezentate prin bacterii, fungi și virusuri "bune", care trăiesc atât pe corpul cât și în interiorul lui, cu precădere în intestin, nas, piele, gură, vagin. Microbiomul este un mediu natural viu care ne ajută să funcționăm corect, având un rol extrem de important la nivel intestinal atât în menținerea unui confort fizic calitativ cât și a sănătății mintale, realizându-se o mediere între tendința genetică și influențele de mediu precum și nutrigenomica și educația. Cercetarile doresc să exploreze felul în care microbiomul intestinal intervine împreună cu creierul în anumite aspecte ale comportamentelor legate de alimentația excesivă. Căile de comunicare dintre intestin și creier cunoscută și ca axa intestin-creier, cuprinde conexiuni: fizice (neurale-nervul vagal și sistemul nervor enteric), chimice (endocrine și metabolice, metaboliți bacterieni, neurtransmitatori) și imunologice (inflamația, citokine proinflamatorii), ce permit creierului să influențeze funcțiile intestinale de motilitate și secreție iar intestinul la rândul lui să influențeze emoțiile și stare de spirit.

Astfel că, axa microbiom-intestin-creier reglează: digestia, funcția apetit/satietate, funcțiile cognitive și psihosociale, produce serotonina și dopamina-like, influențează cortizolul și axa HPA (hipotalamo-hipofizo-suprarenală), acesta reprezintă o rețea neuroendocrina cu rol în gestionarea stresului fizic sau psihic.

O disfuncție și un dezechilibru al acestora favorizează amplificarea simptomelor deja date de mediul social și educativ al tulburărilor de alimentație compulsivă: mese restrictive și dezordonate ce duc la o reducere a

diversității microbiene, stresul cronic redirectionând către o permeabilitate intestinală, dietele repetate ce pot dezvolta bacterii pro-inflamatorii.

În această perspectivă, devine relevantă analiza factorilor externi care pot perturba echilibrul axei microbiom-intestin-creier.

Astfel, efectele negative ale zahărului asupra organismului, capătă o semnificație aparte atunci când sunt analizate în cadrul adicției alimentare unde consumul repetat de alimente hiperglicidice devine un aport compulsiv, susținut de oferta abundentă de produse nocive existente pe piață. În alimentele procesate sunt utilizați numeroși aditivi alimentari care nu au valoare calorică, dar care intensifică culoarea, sporesc aroma, îmbunătățesc textura și prelungesc durata de valabilitate.

Alimentele ultraprocesate formulate pt a crește palatabilitatea (plăcerea organoleptică), pot stimula consumul repetat și compulsiv, conducând astfel la o creștere semnificativă a ingestiei cumulative de aditivi. În timp, expunerea cronică poate contribui la apariția unor afecțiuni metabolice și cronice dificil de controlat prin intervenții terapeutice ulterioare.

Structuri observaționale recente care au analizat consumul alimentar prin chestionare validate, au evidențiat existența unor combinații recurente de aditivi alimentari utilizate frecvent în produsele ultraprocesate. Unele dintre aceste amestecuri, în special cele care includ emulgatori, agenți de îngroșare și conservanți, au fost asociate cu risc crescut de diabet zaharat tip 2, independent de nivelul de activitate fizică sau statutul socio-cultural al subiecților.

În prezent, majoritatea persoanelor sunt expuse zilnic la aditivi alimentari prin consumul de produse ultraprocesate, fără a avea posibilitatea

reală de a evita complet aceste substanțe. Deși fiecare aditiv este evaluat individual, ca fiind sigur în anumite limite, consumul repetat și combinat al acestora pe termen lung, ridică semne de întrebare în ceea ce privește impactul asupra sănătății. Studiile recente sugerează asocieri între un consum ridicat de produse ultraprocesate și apariția unor boli frecvente ale societății moderne ca cele enumerate și detaliate anterior. Aceste boli generează costuri ridicate pentru sistemele de sănătate și afectează semnificativ calitatea vieții populației.

În acest context, informarea corectă a consumatorilor și promovarea unor alegeri elementare mai simple și neprocesate, reprezintă măsuri esențiale de prevenție.

CAPITOLUL V

Obezitatea din perspectivă psihologică și comportamentală

5.1. Definirea obezității

Obezitatea este o afecțiune nutrițional-metabolică caracterizată prin acumularea excesivă de țesut adipos, într-un grad care depășește necesarul fiziologic al organismului și afectează funcționarea normală a acestuia. Din punct de vedere clinic, obezitatea este definită printr-o greutate corporală care depășește cu aproximativ 20% nivelul considerat optim pentru vârstă, sex și înălțime, fiind frecvent evaluată și prin indicele de masă corporală. Această acumulare excesivă de grăsime nu este doar o modificare estetică, ci reprezintă o condiție cu impact major asupra sănătății.

Din perspectivă medicală, obezitatea constituie un important factor de risc pentru o serie de boli cronice, precum afecțiunile cardiovasculare, diabetul zaharat de tip 2, tulburările respiratorii, problemele articulare și diverse disfuncții metabolice. Țesutul adipos în exces afectează echilibrul hormonal și metabolic, favorizând inflamația cronică și rezistența la insulină, ceea ce explică asocierea frecventă a obezității cu multiple complicații sistemice.

Totuși, obezitatea nu poate fi redusă la un simplu dezechilibru între aportul caloric și consumul energetic. Deși alimentația bogată în calorii și sedentarismul contribuie la creșterea în greutate, aceștia nu explică pe deplin de ce unele persoane dezvoltă obezitate, iar altele nu, în condiții similare de mediu. Obezitatea este rezultatul unei interacțiuni complexe între factori

biologici, precum predispozițiile genetice și metabolismul, factori psihologici, cum ar fi reglarea emoțională și autocontrolul, și factori de mediu, precum disponibilitatea alimentelor și stilul de viață.

Din punct de vedere psihologic, obezitatea este strâns legată de obiceiurile alimentare, de modul în care individul își gestionează emoțiile și de felul în care își percepe propriul corp. Pentru multe persoane, mâncarea îndeplinește funcții de calmare, recompensare sau compensare emoțională, ceea ce contribuie la supraalimentare. În același timp, stigmatizarea socială și nemulțumirea corporală pot afecta profund stima de sine și identitatea personală.

Astfel, obezitatea nu este doar o stare fizică, ci și una psihosocială, care influențează relațiile interpersonale, imaginea de sine și calitatea vieții, necesitând o abordare integrată care să țină cont atât de corp, cât și de psihic.

5.2. Reglarea ingestiei alimentare și vulnerabilitatea psihologică

Reglarea ingestiei alimentare este un proces dinamic care presupune integrarea mai multor sisteme: semnalele biologice de foame și sațietate, procesele cognitive, stările emoționale și influențele sociale. În mod ideal, organismul consumă alimente atunci când apare foamea fiziologică și se oprește atunci când este atinsă sațietatea. Totuși, la mulți indivizi acest mecanism este perturbat nu din cauza unor defecte biologice, ci din cauza modului în care gândurile și emoțiile interferează cu percepția nevoilor corporale.

În obezitatea comună, persoana poate mânca în absența foamei reale sau poate continua să mănânce dincolo de punctul de sațietate. Acest fenomen apare frecvent atunci când alimentația este influențată de stres, anxietate,

tristețe sau plictiseală. În aceste condiții, mâncarea capătă o funcție psihologică: ea devine un mijloc de calmare, de distragere sau de recompensare. Alimentele bogate în zahăr și grăsimi sunt deosebit de atractive, deoarece activează sistemele cerebrale ale plăcerii și reduc temporar tensiunea emoțională.

Astfel, aportul alimentar nu mai reflectă exclusiv necesitățile metabolice, ci este modelat de nevoia de reglare afectivă. Mâncatul excesiv poate deveni un comportament automat, declanșat de emoții negative sau de situații stresante, ceea ce contribuie la acumularea progresivă de greutate. Pe termen lung, acest tipar consolidează un cerc vicios: disconfortul psihic determină supraalimentare, iar creșterea ponderală intensifică nemulțumirea corporală și stresul.

Vulnerabilitatea psihologică este amplificată și de anumite tratamente medicamentoase. Unele antidepressive, stabilizatori de dispoziție și neuroleptice pot crește apetitul sau pot modifica metabolismul, favorizând acumularea de greutate. În absența unor strategii de autoreglare și de monitorizare a alimentației, aceste efecte secundare pot contribui indirect la apariția sau agravarea obezității.

Prin urmare, reglarea ingestiei alimentare este strâns legată de echilibrul emoțional și cognitiv al individului, iar intervențiile eficiente trebuie să vizeze nu doar dieta, ci și factorii psihologici care influențează comportamentul alimentar.

5.3 Determinanții psihologici ai obezității

a) Factori genetici

Tipurile de personalitate sunt diferite față de trăsăturile de personalitate, cele din urma putând fi descrise ca exponent al unor tendițe comportamentale, ca modalități personale de a ne comporta în contexte specifice de viață, cauzate de o predispoziție genetică. Genetica, ca ramură a biologiei, studiază fenomenele și legile eredității, un concept observat de savantul Gregor Mendel și pe care a studiat-o dintr-o perspectivă științifică. Gena, unitatea moleculară a eredității în organisme vii, alcătuiesc amprenta propriului organism și transferă mai departe trăsăturile descendenților, trăsăturile biologice prin determinarea culorii ochilor, ce formă vor avea, forma firului de păr, dacă va fi curionțat sau drept, înălțimea la care se va ajunge, ce temperament sau talente te vor domina, deasemenea genele sunt implicate în digestie și în activitatea celulelor nervoase din creier. Totodată, au fost elaborate unele studii pe scară largă asupra AND-ului uman ce au inclus secvențierea genetică în masă, pentru a identifica variațiile genetice asociate cu obezitatea și indicii de masă corporală (IMC).

Cercetarea, reprezintă o inițiativă internațională la care au colaborat sute de instituții de cercetare din care au făcut parte profesori universitari ai școlilor de profil, pediatrii, geneticieni. Pe baza studiilor au fost identificate gene ce au un rol esențial în controlul neuronal al greutății corporale acționând prin mecanisme ce influențează aportul alimentar, senzația de foame și sațietate. Descendenții cărora le sunt transmise aceste variații genetice întâmpina dificultăți atunci când aportul de alimente trebuie să fie redus sau oprit, comparativ cu alte persoane care nu moștenesc aceste variații genetice. Chiar dacă genele răspunzătoare au fost oarecum identificate, încă se studiază intens și în detaliu la aflarea mecanismelor specifice care le determină, sau prin care

acționează, sperând astfel la o mai mare înțelegere de ce anumite persoane cresc în greutate mai ușor decât altele și astfel deschizând calea unor posibilități terapeutice cu randament scontat.

Deși ereditatea joacă un rol important, influența genetică nu este atât de mare pe cât credem, ci stilul de viață abordat este un mare factor determinant în evoluția greutății corporale. Chiar și persoanele cu predispoziție genetică pot ajunge la o greutate normală pastrând pe tot parcursul vieții o alimentație corectă, activități fizice regulate, o stare de bine din punct de vedere emoțional, psihic și social și dacă reușim să menținem toate acestea într-un echilibru, împreună, vor conlucra pentru a păstra continuu acel sentiment general de bunăstare reușind în felul acesta să ținem la distanță boli grave degenerative sau dobândite. Când vorbim de predispoziție genetică, ne referim la structura genetică care crește riscul de a dezvolta o boală prezentă în lanțul genic de transfer. Un individ, dacă este predispus la o boală, este mult mai probabil să facă în viitor boala respectivă decât alți indivizi însă, predispoziție în sine nu va provoca boala, dar riscul crescut ca aceasta să poată fi declanșată de anumiți factori de mediu sau de stilul de viață neconform este foarte mare.

b) Factori hormonal. Pre și postmenopauză.

Calitatea vieții actuale nu este doar fizică, ci și o fuziune holistică între un design bio(psihic), corp-minte hrănit conștient, și redefinirea identității feminine ca sursa de putere.

Din perspectiva psihoterapiei nutriționale, etapele de pre și postmenopauza nu sunt doar procese biologice, ci și perioade de reorganizare a relației cu corpul, mâncarea și identitatea personală.

Ca și definiție funcțională premenopauza reprezintă perioada de tranziție hormonală care precede menopauza propriu-zisă, caracterizată prin fluctuații ale estrogenului și progesteronului, cu impact direct asupra metabolismului, digestiei, dispoziției emoționale și comportamentului alimentar.

Postmenopauza este etapa care urmează încetării definitive a menstruației, în care nivelurile hormonale rămân scăzute, iar adaptarea organismului devine esențială pentru menținerea sănătății fizice și psihice.

Dezechilibrele hormonale din pre și postmenopauză pot fi asociate cu afectarea sistemului osos (scădere densității minerale, risc de osteoporoza), creșterea riscului cardiovascular, modificări la nivel genital și la nivel digestive, creșterea apetitului și dorința de a manca permanent, afectarea sănătății mentale, manifestată prin anxietate, depresie, iritabilitate și tulburări de somn.

Aceste manifestări apar diferit de la o persoană la alta, toleranța și severitatea fiind strict individuale.

Cercetările arată că o alimentație echilibrată, personalizată, asociată cu suport psihologic, poate reduce semnificativ disconfortul fizic și emoțional din această perioadă și poate susține sănătatea pe termen lung.

Psihoterapia nutrițională intervine prin: înțelegerea relației emoționale cu mâncarea, adaptarea alimentației la modificările metabolice, reducerea mâncatului emoțional și a sentimentului de pierdere a controlului, susținerea imaginii corporale și a stimei de sine.

De ce este esențială personalizarea?

Având în vedere impactul psihic și metabolic variabil, analizele individuale și evaluarea psihonutrițională devin elemente decizionale în construirea unui plan eficient. Intervențiile standardizate nu răspund întotdeauna nevoilor reale, motiv pentru care abordarea integrată, personalizată, este cea mai eficientă.

Pre și postmenopauza nu reprezintă un declin, ci o etapă de adaptare profundă. Atunci când alimentația, sănătatea digestivă și echilibrul emoțional sunt abordate împreună, sub îndrumarea adecvată, calitatea vieții poate fi nu doar menținută, ci chiar îmbunătățită.

5.4. Obiceiurile alimentare și învățarea timpurie

Comportamentul alimentar nu este determinat exclusiv de nevoile biologice, ci este învățat și consolidat încă din primii ani de viață. Modul în care copilul este hrănit, tipurile de alimente la care are acces și atitudinile emoționale ale părinților față de mâncare joacă un rol esențial în formarea unor tipare alimentare care tind să persiste la vârsta adultă. În acest sens, alimentația timpurie reprezintă un proces de socializare, prin care copilul învață ce, când și cum este potrivit să mănânce.

Atunci când hrana este utilizată ca **mijloc de recompensă** („dacă ești cuminte, primești ceva dulce”) sau ca **instrument de calmare emoțională** („mănâncă și o să te simți mai bine”), copilul învață să asocieze mâncarea cu gestionarea emoțiilor, nu doar cu satisfacerea foamei. Această asociere poate

conduce la un stil de alimentație în care mâncatul devine răspunsul automat la stres, plictiseală sau tristețe, favorizând supraalimentarea în viața adultă.

De asemenea, **supraalimentarea** și presiunile parentale de a mânca tot din farfurie pot perturba dezvoltarea naturală a mecanismelor de reglare a apetitului. Copilul își pierde treptat capacitatea de a recunoaște senzațiile de sațietate și ajunge să se bazeze pe reguli externe pentru a decide cât să mănânce. Acest tipar poate duce ulterior la dificultăți de autoreglare și la consum excesiv.

În familiile în care există obezitate, se transmit nu doar predispoziții genetice, ci și **modele comportamentale**. Porțiile mari, consumul frecvent de alimente bogate în zahăr și grăsimi, precum și asocierea mâncatului cu relaxarea sau recompensarea sunt învățate prin observare și imitare. Copilul interiorizează aceste obiceiuri ca fiind normale și le reproduce ulterior în viața adultă.

Aceste tipare timpurii pot menține și amplifica excesul ponderal, deoarece ele structurează relația individului cu hrana pe termen lung. Astfel, înțelegerea obiceiurilor alimentare din copilărie este esențială pentru explicarea comportamentelor alimentare ale adultului și pentru proiectarea unor intervenții eficiente.

5.5. Imaginea corporală și stima de sine

Obezitatea este frecvent asociată cu o percepție negativă a propriului corp și cu o scădere semnificativă a stimei de sine. În societățile în care subțirimea este idealizată și asociată cu autocontrolul, atractivitatea și succesul, persoanele cu exces ponderal ajung să se perceapă ca fiind neconforme și inferioare. Această discrepanță între corpul real și standardele

culturale dominante favorizează apariția rușinii, a autocriticii și a sentimentului de inadecvare.

Stigmatizarea socială joacă un rol major în acest proces. Persoanele obeze sunt adesea supuse comentariilor negative, discriminării în mediul profesional și marginalizării sociale. Aceste experiențe repetate transmit mesajul că valoarea lor este redusă din cauza aspectului fizic, ceea ce afectează profund identitatea și respectul de sine. În timp, individul poate ajunge să interiorizeze aceste atitudini, dezvoltând o imagine corporală negativă stabilă.

Din punct de vedere psihologic, această imagine corporală negativă devine un factor de menținere a comportamentului alimentar dezadaptativ. Rușinea și vinovăția asociate cu greutatea corporală cresc nivelul de stres și disconfort emoțional. Pentru mulți indivizi, mâncarea reprezintă o strategie de alinare, o modalitate de a obține temporar confort sau distragere de la trăirile negative. Astfel, disconfortul psihic determină supraalimentare, iar creșterea în greutate amplifică, la rândul său, disconfortul emoțional.

Acest cerc vicios transformă obezitatea într-o problemă nu doar metabolică, ci și psihologică cronică. Relația dintre imaginea corporală, stima de sine și comportamentul alimentar devine autoîntreținută, iar intervențiile eficiente trebuie să abordeze simultan aceste dimensiuni pentru a produce schimbări durabile.

5.6. Obezitatea ca problemă de autoreglare

Din perspectivă psihologică și comportamentală, obezitatea poate fi înțeleasă ca o dificultate cronică de autoreglare, mai degrabă decât ca o simplă consecință a supraalimentării. Autoreglarea se referă la capacitatea individului de a-și monitoriza impulsurile, de a-și adapta comportamentul la obiectivele

pe termen lung și de a face alegeri coerente cu nevoile reale ale organismului. În cazul persoanelor obeze, aceste mecanisme sunt adesea suprasolicitate sau ineficiente.

Mulți indivizi cu obezitate întâmpină dificultăți în a recunoaște semnalele interne de foame și sațietate sau în a le respecta în mod consecvent. Consumul alimentar este frecvent ghidat de stimuli externi – disponibilitatea mâncării, porțiile mari, reclamele – sau de stări emoționale, mai degrabă decât de nevoile fiziologice. Această deconectare între senzațiile corporale și comportamentul alimentar contribuie la ingestia excesivă.

În același timp, rezistența la tentații este adesea compromisă. Alimentele moderne sunt concepute pentru a fi extrem de palatabile și pentru a activa intens sistemele cerebrale ale recompensei. În fața acestor stimuli, autocontrolul este pus constant la încercare. Pentru persoanele cu vulnerabilități în reglarea impulsurilor sau în gestionarea emoțiilor, probabilitatea de a consuma excesiv crește semnificativ.

Mediul contemporan amplifică aceste dificultăți. Accesul facil și permanent la alimente hipercalorice, dimensiunea mare a porțiilor și normalizarea consumului continuu creează un context în care autoreglarea trebuie să funcționeze aproape constant. În lipsa unor strategii eficiente de planificare, monitorizare și reglare emoțională, individul este expus riscului de a mânca mai mult decât are nevoie.

Astfel, obezitatea poate fi privită ca rezultatul unui dezechilibru între cerințele mediului și capacitatea psihologică de a se autoregla. Intervențiile eficiente trebuie, prin urmare, să vizeze nu doar dieta, ci și dezvoltarea abilităților de autocontrol, conștientizare și gestionare a emoțiilor.

5.7. Implicații pentru intervenție

Abordarea obezității trebuie să depășească modelul exclusiv dietetic și să includă componente psihologice. Intervențiile eficiente vizează modificarea obiceiurilor alimentare, gestionarea emoțiilor, îmbunătățirea imaginii corporale și dezvoltarea strategiilor de autoreglare.

În lipsa unei înțelegeri a factorilor psihologici care susțin comportamentul alimentar, scăderea în greutate este adesea temporară, iar recăderea este frecventă. Prin urmare, obezitatea trebuie abordată ca o problemă biopsihosocială, nu doar ca un dezechilibru energetic.

CAPITOLUL VI

Tulburările de comportament alimentar

6.1. Definirea tulburărilor de comportament alimentar

Tulburările de alimentație care sunt afecțiuni psihiatrice grave, au fost catalogate, până nu demult, ca fiind tulburări de voință, însă cercetările din ultimul deceniu au confirmat ca genele joacă un rol important. Ca importanță majoră în tulburările de alimentație sunt Anorexia Nervosă, Bulimia Nervosă, și Tulburarea de Alimentație Compulsivă, considerate tulburări multifactoriale cu implicare genetică reală însă nu exclusivă.

Tulburările de comportament alimentar constituie un grup distinct de afecțiuni psihice în care relația individului cu hrana, corpul și propria valoare personală este profund perturbată. Aceste tulburări nu se reduc la simple obiceiuri alimentare necorespunzătoare, ci implică modificări persistente ale gândirii, emoțiilor și comportamentelor legate de mâncare. Caracteristica definitorie este prezența unor tipare alimentare rigide sau compulsive, care afectează sănătatea fizică, funcționarea psihologică și viața socială.

Un element central al acestor tulburări îl reprezintă **distorsiunea imaginii corporale**. Persoanele afectate nu își percep corpul într-un mod realist, ci îl evaluează printr-o lentilă critică și disproporționată. Greutatea și forma corporală capătă o semnificație exagerată, devenind criterii dominante prin care individul își judecă valoarea de sine. În acest cadru, corpul nu mai este doar o dimensiune a existenței, ci devine un obiect de control și de autoevaluare.

Această focalizare excesivă asupra corpului este însoțită de preocuparea constantă pentru greutate, calorii și alimentație, care organizează mare parte din viața psihică a persoanei. Deciziile cotidiene, relațiile și starea emoțională sunt influențate de modul în care individul percepe propria siluetă și de gradul de control exercitat asupra mâncării.

Cele două forme clinice majore ale tulburărilor de comportament alimentar sunt **anorexia nervoasă** și **bulimia nervoasă**. Deși diferă prin manifestările comportamentale – restricția severă în anorexie și alternanța dintre supraalimentare și compensare în bulimie – ele împărtășesc aceeași bază psihologică. În ambele cazuri, există o frică intensă de îngrășare și o supraevaluare a greutății și formei corporale în definirea identității și a valorii personale.

Astfel, tulburările de comportament alimentar sunt expresia unei relații profund distorsionate cu corpul și cu sinele, în care alimentația devine un mijloc de reglare a emoțiilor, a controlului și a identității.

6.2. Anorexia nervoasă

Anorexia nervoasă este una dintre cele mai grave tulburări de comportament alimentar, caracterizată printr-o restricție severă a aportului alimentar și o preocupare patologică pentru greutate și formă corporală. Această tulburare implică nu doar o scădere extremă în greutate, ci și o distorsionare profundă a modului în care individul își percepe propriul corp. Persoana afectată se vede ca fiind „prea mare” sau „neadecvată” chiar și atunci când este evident subponderală, iar frica de îngrășare rămâne intensă și persistentă.

Din punct de vedere clinic, anorexia este definită prin refuzul de a menține o greutate corporală minimă considerată sănătoasă pentru vârstă, sex și înălțime. De obicei, greutatea corporală este sub 85% din cea normală, iar indicele de masă corporală se situează frecvent sub 17,5 kg/m². Aceste valori reflectă un nivel de malnutriție care afectează grav funcționarea organismului, putând conduce la tulburări cardiovasculare, hormonale, digestive și neurologice.

În plan psihologic, anorexia este dominată de frica intensă de a lua în greutate și de nevoia extremă de control. Alimentația devine un teren al luptei interne, în care fiecare aliment este perceput ca o amenințare la adresa identității și a valorii personale. Mâncatul nu mai este o activitate firească, ci o sursă de anxietate și vinovăție, iar restricția este trăită ca o dovadă de putere și autocontrol.

Deși anorexia nervoasă poate afecta persoane de orice gen, ea apare cu o frecvență mult mai mare la femei, în special în adolescență și la adultul tânăr. Această distribuție este influențată de presiunile culturale legate de subțirime, de rolurile de gen și de importanța acordată aspectului fizic în definirea valorii feminine. Adolescența este o perioadă deosebit de vulnerabilă, deoarece implică schimbări corporale rapide, căutarea identității și o sensibilitate crescută la evaluarea socială.

Astfel, anorexia nervoasă nu este doar o tulburare a alimentației, ci o afecțiune complexă care reflectă o relație profund perturbată cu propriul corp, cu emoțiile și cu sinele, aceasta reprezintă o afecțiune disfuncțională gravă cu morbiditate ridicată considerată printre tulburările psihiatrice cu cea mai mare rată a mortalității. Studiile arată că nu este doar o tulburare psihologică, ci este

considerată a fi mai mult o tulburare metabo-psihiatrică, o suprapunere genetică a tulburărilor anxioase, precum și cel al profilului metabolic atipic cu simptomatologia clasică de restricția persistentă a aportului alimentar asociată cu frica permanentă de creștere în greutate, ducând la o imagine corporală distorsionată.

Planurile de tratament într-o astfel de tulburare sunt destul de dificile, începându-se în prima fază cu terapia familială, preponderent pentru cei adolescenți. Pentru adulți se utilizează Terapia Cognitiv Comportamentală îmbunătățită-este concepută special pentru tratamentul tulburărilor de alimentație și pentru a trata principalele mecanisme ce mențin această tulburare. În ceea ce privește medicația, nu au fost identificate, încă, medicamente care să aibă și beneficii clare și care să vizeze și patologia centrală a tulburării. Ce se urmărește în urma tratamentului este o stabilizare atât medicală cât și nutrițională, și aici vorbim de a cuprinde un obicei alimentar echilibrat atât din punct de vedere nutrițional cât și electrolitic și de stabilizarea a altor afecțiuni poate de natură cardiacă, gastrică, în funcție de gradul de avansare a bolii. Deasemenea important în planul de tratament este îmbunătățirea stării emoționale și sociale prin creșterea stimei de sine, prevenirea și abordarea la timp în cazul recidivelor, precum și un plan de viață bine stabilit de întreaga echipă medicală formată din medici, psihiatrii, psihoterapeuți și nutriționiști.

6.3. Determinanți psihologici ai anorexiei

Anorexia nervoasă nu este rezultatul unui singur factor, ci expresia unei interacțiuni complexe între predispoziții biologice, trăsături psihologice, influențe familiale și presiuni socio-culturale. Acești determinanți nu

acționează izolat, ci se potențează reciproc, creând un teren favorabil pentru apariția și menținerea tulburării.

a) Factori biologici

Există dovezi care sugerează că anumite persoane prezintă o vulnerabilitate genetică și neurobiologică ce favorizează apariția anorexiei. Această vulnerabilitate este asociată cu trăsături precum perfecționismul, anxietatea ridicată și rigiditatea cognitivă. La nivel neurochimic, restricția alimentară influențează sistemele de neurotransmițători implicate în reglarea dispoziției și a recompensei. Scăderea aportului alimentar poate produce temporar o stare de calm, claritate mentală sau chiar euforie, ceea ce întărește comportamentul de înfometare. Astfel, restricția devine o formă de auto-medicație psihologică, utilizată pentru reducerea anxietății și a disconfortului emoțional.

b) Factori psihologici

Din punct de vedere psihologic, persoanele cu anorexie prezintă frecvent un nivel ridicat de perfecționism și autocritică. Ele tind să își evalueze valoarea personală prin realizări și autocontrol, iar greutatea corporală devine un criteriu central al acestei evaluări. Gândirea este adesea rigidă și polarizată, structurată în termeni de tipul „totul sau nimic”: subțirimea este asociată cu succesul și valoarea, iar orice creștere în greutate este interpretată ca un eșec. În acest context, controlul greutății funcționează ca un substitut pentru controlul asupra vieții și emoțiilor, oferind un sentiment de ordine într-o realitate percepută ca haotică.

c) Factori familiari

Mediul familial poate contribui indirect la dezvoltarea anorexiei prin anumite tipare relaționale. Supraprotecția, rigiditatea, standardele foarte înalte sau dificultățile de exprimare emoțională pot crea un climat în care copilul învață să își reprime nevoile și emoțiile. În astfel de familii, hrana poate fi utilizată ca mijloc de recompensă, pedeapsă sau control, iar copilul ajunge să asocieze alimentația cu relațiile și cu valoarea personală. Controlul mâncării devine, astfel, o strategie prin care individul încearcă să își gestioneze emoțiile și să își afirme autonomia.

Familia are un rol esențial în crearea deprinderilor sănătoase ale copilului dar în ciuda acestui fapt, în zilele noastre, ne confruntăm cu numeroase provocări socio-economice, trenduri și anturaj necorespunzător, părinți cu program încărcat, ocupați, ce petrec foarte puțin timp cu copiii, părinți plecați în străinătate, pe de altă parte avem tentația pentru produsele procesate prin felul lor pompos de expunere, lumina îmbietoare de atracție ce învaluiе produsul expus, precum și publicitatea excesivă a acestora ce stimulează într-un mod negativ partea psihică a copiilor în creștere. Limitarea și chiar restricționarea exceselor, rezolvarea problemelor familiale, în general corelează pozitiv cu reducerea riscului de obezitate, anorexie și/sau bulimie.

d) Factori socio-culturali

Contextul socio-cultural joacă un rol important în activarea vulnerabilităților existente. Idealul social al siluetei suple, promovat intens de mass-media și de cultura populară, creează presiuni constante asupra individului. Mesajele care asociază subțirimea cu succesul, atractivitatea și valoarea morală amplifică nemulțumirea corporală și dorința de control al

greutății. Pentru persoanele deja predispuse prin trăsături psihologice și istoricul familial, aceste influențe pot declanșa comportamente alimentare extreme.

În ansamblu, anorexia nervoasă este rezultatul unei convergențe de factori care transformă controlul alimentației într-un mecanism central de reglare a emoțiilor, identității și relației cu lumea.

6.4. Profilul psihologic al persoanei cu anorexie

Anorexia nervoasă este asociată cu un profil psihologic distinct, caracterizat printr-o combinație de trăsături cognitive, emoționale și comportamentale care susțin și mențin tulburarea. Persoana afectată dezvoltă o teamă intensă și persistentă de îngrășare, care nu dispare nici măcar atunci când greutatea corporală este mult sub nivelul sănătos. Această frică nu este rațională, ci este legată de convingerea profundă că valoarea personală depinde de subțirime și autocontrol.

O preocupare obsesivă pentru calorii, greutate și alimentație domină viața psihică a individului. Gândurile legate de mâncare devin centrale, iar planificarea meselor, numărarea kaloriilor și monitorizarea greutății ocupă o mare parte din timpul și energia mentală. Paradoxal, deși evită mâncarea, persoanele cu anorexie pot deveni extrem de interesate de rețete și de gătit, ca o formă de control simbolic asupra alimentației.

Imaginea corporală distorsionată reprezintă un element esențial al tulburării. Persoana se percepe ca fiind mai mare sau mai grasă decât este în realitate, chiar și în condiții de subponderalitate severă. Această distorsiune perceptivă este susținută de evaluări cognitive negative și de o focalizare excesivă asupra anumitor zone ale corpului, considerate „defectuoase”.

Rigiditatea cognitivă și gândirea de tip „totul sau nimic” sunt frecvente. Individul operează cu reguli stricte despre ce este permis și ce este interzis, atât în alimentație, cât și în alte domenii ale vieții. Orice abatere de la aceste reguli este trăită ca un eșec major, ceea ce intensifică autocritica și nevoia de autocontrol.

Pe plan social, apare adesea **retragera socială**, determinată de evitarea situațiilor care implică mâncarea sau expunerea corporală. Relațiile pot deveni secundare față de preocuparea pentru greutate și control, iar izolarea contribuie la menținerea tulburării.

Persoanele cu anorexie prezintă frecvent dificultăți în identificarea și exprimarea emoțiilor. Emoțiile sunt adesea reprimite sau trăite ca periculoase, iar controlul alimentar devine o modalitate de a gestiona tensiunea internă. Nevoia extremă de control și perfecționismul se extind dincolo de alimentație, influențând școala, munca și relațiile.

În acest context, mâncatul este supus unor ritualuri stricte, mesele sunt evitate sau fragmentate, iar fiecare aliment devine o sursă de anxietate. Alimentația nu mai este o sursă de nutriție sau plăcere, ci o luptă permanentă între dorința biologică de a mânca și imperativul psihologic de a controla.

6.5. Bulimia nervoasă

Dacă în anorexia nervoasă era vorba de restricție, bulimia este genetică impulsivității, cu o dereglare a dopaminei și cu o sensibilitate recompensatorie, cu un procent de aproximativ 50% în sfera ereditabilității. Caracterizată printr-un consum de alimente în cantități mari într-o perioadă scurtă de timp, bulimia, se remarcă printr-o hiperactivitate a sistemului de recompensa. Ca și maniera compensatorie recurge la varsături autoinduse,

abuz de laxative, exercitii fizice intense/excesive. Ce mai mare parte a variației simptomelor principale, îndeosebi vărsăturile, se datoreaza factorilor genetici aditivi, influențe primite de la părinți ce favorizează dezvoltarea acestei tulburări, într-adevăr, nu determină direct comportamentul, însa rămâne strict legat de factorii de mediu.

Complicațiile în bulimia nervoasa pot fi: de natura medicală afectând partea digestivă, intervin dezechilibrele electrolitice, risc crescut de aritmii cardiace, probleme hormonale deshidratare severă, probleme de natura psihologică cu apariția unor forme de anxietate și depresie, probleme de natură socială și profesională (interacțiuni umane cât mai puține), lipsa de concentrare ducând la o scădere a productivității la locul de muncă.

Bulimia nervoasă este o tulburare de comportament alimentar caracterizată prin alternanța dintre pierderea controlului asupra alimentației și încercările extreme de a compensa aportul caloric. Episoadele de mâncat compulsiv presupun consumul unei cantități mari de alimente într-un interval scurt de timp, însoțit de sentimentul subiectiv că individul nu se poate opri. Aceste episoade nu sunt determinate de foame fiziologică, ci de factori emoționali și cognitivi, precum stresul, anxietatea sau nemulțumirea corporală.

După aceste episoade apar **comportamentele compensatorii**, care au rolul de a preveni creșterea în greutate și de a reduce anxietatea asociată cu pierderea controlului. Acestea pot include vărsăturile autoprovocate, utilizarea de laxative sau diuretice, perioade de post prelungit ori exerciții fizice excesive. Deși aceste strategii oferă o ușurare temporară, ele nu elimină

cauzele psihologice ale supraalimentării și contribuie la menținerea ciclului patologic.

Un aspect important al bulimiei nervoase este faptul că, spre deosebire de anorexie, greutatea corporală a persoanelor afectate poate fi în limite normale sau chiar ușor crescută. Această caracteristică face ca tulburarea să fie adesea mai puțin vizibilă și mai greu de recunoscut de către cei din jur. Persoanele cu bulimie pot părea funcționale în viața socială și profesională, ascunzând cu mare grijă comportamentele alimentare problematice.

În plan psihologic, bulimia este asociată cu autocritică intensă, rușine și o preocupare excesivă pentru greutate și formă corporală. Persoana trăiește o luptă constantă între dorința de a mânca și nevoia de a se controla, ceea ce generează o stare cronică de tensiune emoțională. Astfel, bulimia nu este doar o problemă de alimentație, ci o tulburare profund legată de modul în care individul își reglează emoțiile și își construiește valoarea de sine.

6.6. Mecanismul psihologic al bulimiei

Bulimia nervoasă este organizată în jurul unui mecanism psihologic circular, în care comportamentele alimentare sunt utilizate ca instrumente de reglare emoțională. Nucleul acestui mecanism îl constituie ciclul tensiune – pierdere de control – vinovăție – compensare, care se repetă și se autoîntreține în timp.

Procesul începe, de regulă, cu acumularea unei stări de tensiune psihică. Aceasta poate fi generată de stres, conflicte interpersonale, presiuni legate de performanță, nemulțumire corporală sau emoții precum anxietatea, tristețea și furia. Persoana resimte un disconfort intern intens, pe care are dificultăți să îl

recunoască și să îl gestioneze prin mijloace adaptative. În acest context, mâncarea capătă funcția de calmare și distragere.

Episoadele de supraalimentare reprezintă momentul de pierdere a controlului. În timpul acestora, individul consumă cantități mari de alimente într-un timp scurt, cu sentimentul că nu se poate opri. Actul de a mânca produce o scădere temporară a tensiunii emoționale și o stare de alinare, deoarece activează sistemele neurobiologice ale recompensei și oferă o formă imediată de confort.

Această ușurare este însă de scurtă durată. După episodul alimentar apare rapid vinovăția, rușinea și autocritica, alimentate de imaginea corporală negativă și de regulile rigide legate de greutate și alimentație. Persoana interpretează pierderea controlului ca un eșec moral și ca o amenințare la adresa valorii sale personale.

Pentru a reduce acest disconfort, individul recurge la comportamente de compensare, precum vărsăturile autoprovocate, utilizarea de laxative, postul sau exercițiile fizice excesive. Aceste comportamente au rolul de a restabili iluzia de control și de a diminua anxietatea legată de creșterea în greutate. Deși oferă o ameliorare temporară, ele întăresc pe termen lung convingerea că mâncatul este periculos și că numai compensarea poate preveni consecințele negative.

La nivel de personalitate, persoanele cu bulimie prezintă adesea impulsivitate și instabilitate emoțională, ceea ce le face mai vulnerabile la reacții rapide și intense în fața stresului. Autocritica severă și standardele nerealiste de performanță corporală amplifică sentimentul de eșec, iar dificultățile de reglare a afectelor cresc probabilitatea recurgerii la mâncare ca

mecanism de coping. Nu este surprinzător că bulimia este frecvent asociată cu depresia și anxietatea, care contribuie la menținerea ciclului patologic.

Tratamentul este și în acest caz bazat pe Terapia familială și Terapia Cognitiv Comportamentală precum și pe Terapia interpersonală care aprofundează mai mult dificultățile din relațiile interpersonale, ce pot favoriza, într-o formă sau alta, menținerea bulimiei. Ca și tratament medicamentos, FDA (Agenția Federală a Departamentului de Sănătate), au aprobat oficial un antidepresiv în bulimie la adult numit Fluoxetina, însă sub o supraveghere atentă poate chiar de spitalizare/instituționalizare, în funcție de caz. Mai pot fi asociate și alte antidepresive de tip inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei. Ce fac aceste medicamente? Practic cresc disponibilitatea serotoninei în sinapsele neuronale îmbunătățind starea de spirit.

Recuperarea pe termen lung dar și provocările ce pot apărea post tratament difere de la individ la individ însă, pot avea o rata de succes destul de mare dacă sprijinul acordat este foarte bine standardizat de către întreaga echipă medicală, cât și sprijinul esențial al familiei.

Astfel, bulimia nu este o simplă problemă de voință sau de alimentație, ci un mod disfuncțional de gestionare a emoțiilor și a identității de sine.

6.7. Continuitatea dintre anorexie și bulimie

Deși anorexia nervoasă și bulimia nervoasă sunt definite ca diagnostice distincte, din punct de vedere psihologic ele nu reprezintă categorii complet separate, ci forme diferite ale aceleiași problematici de bază. Cele două tulburări se află pe un continuum psihopatologic, în care tiparele de restricție,

pierdere a controlului și comportamente compensatorii pot alterna sau se pot transforma unele în altele de-a lungul timpului.

În practica clinică se observă frecvent că multe persoane diagnosticate cu bulimie au avut anterior perioade de anorexie sau de restricție severă. Invers, indivizii cu anorexie, în special în formele restrictive pe termen lung, pot dezvolta ulterior episoade de mâncat compulsiv, urmate de purgare sau de alte comportamente de compensare. Această tranziție nu este accidentală, ci reflectă epuizarea fizică și psihologică produsă de controlul extrem asupra alimentației.

La nivel profund, ambele tulburări sunt organizate în jurul aceleiași structuri psihologice: fuzionarea identității personale cu controlul corporal. Greutatea, forma și capacitatea de a mânca puțin sau de a compensa excesul alimentar devin principalele criterii prin care individul își evaluează valoarea de sine. Autocontrolul alimentar este trăit ca o dovadă de putere, disciplină și superioritate, în timp ce pierderea controlului este asociată cu rușinea, slăbiciunea și lipsa de valoare.

Diferența dintre anorexie și bulimie constă mai degrabă în modul de manifestare a acestui conflict intern. În anorexie predomină controlul rigid și evitarea mâncării, iar identitatea este construită în jurul capacității de a rezista nevoilor corporale. În bulimie, același sistem de reguli și autocritică este prezent, dar este perturbat periodic de episoade de pierdere a controlului, urmate de comportamente de compensare menite să restabilească sentimentul de ordine și valoare.

Astfel, anorexia și bulimia nu sunt expresii opuse, ci variații ale aceleiași lupte pentru control, valoare și identitate. În ambele cazuri, corpul devine

scena principală pe care se joacă conflictul dintre nevoile emoționale și idealul rigid de autocontrol, ceea ce explică de ce aceste tulburări sunt adesea persistente și greu de tratat fără o intervenție psihologică profundă.

6.8. Tulburarea alimentației compulsive

Tulburarea alimentației compulsive reprezintă un simptom comun cu obezitatea dar nu se limitează la aceasta. Caracteristicile acestei tulburări includ mâncatul până la senzația de sațietate inconfortabilă, mâncatul atunci când nu există o foame fizică, mâncatul când există sentimente de depresie sau vinovație ca mijloc de a face față stresului emoțional.

Tratamentul se acorda prin: aplicarea terapiei interpersonale și cea cognitiv comportamentală, din punct de vedere psihoterapeutic, uneori se asociază și cu un tratament farmacologic (unele antidepresive), educație nutrițională, tratament adjuvant care să vizeze pierderea în greutate precum chirurgia bariatrică, însă aceasta nu rezolvă problema, nu modifică procedeele psihologice ce stau la baza comportamentului compulsiv.

Ce se urmărește? Scopul nu este o dietă strictă, severă, ci mai mult o relație echilibrată cu mâncarea, o recuperare psihologică de reglare emoțională prin identificarea sentimentelor declanșatoare (stres, anxietate, tristețe), o recuperare medicală prin îmbunătățirea parametrilor metabolici și reducerea riscului de diabet, dislipidemii și hipertensiune arterială, o recuperare de comportament prin prevenirea foamei extreme și a stabilirii unui program regulat de mese.

CAPITOLUL VII

Imaginea corporală, cultura și tulburările alimentare

7.1. Conceptul de imagine corporală

Imaginea corporală reprezintă modul complex în care individul își percepe, își evaluează și își trăiește propriul corp. Ea nu se reduce la o simplă reprezentare vizuală, ci include componente cognitive, emoționale și perceptive care se influențează reciproc. Persoana nu vede doar un corp, ci interpretează ceea ce vede prin prisma convingerilor, experiențelor și emoțiilor sale. În acest sens, imaginea corporală este un construct psihologic dinamic, care se modifică în timp și în funcție de context.

Componenta perceptivă a imaginii corporale se referă la modul în care individul estimează dimensiunile, forma și proporțiile propriului corp. Această percepție poate fi relativ precisă sau, în anumite condiții, profund distorsionată. Componenta cognitivă include gândurile, convingerile și evaluările legate de corp, cum ar fi ideile despre atractivitate, greutate, control și valoare personală. Componenta afectivă cuprinde emoțiile asociate corpului, precum mândria, rușinea, anxietatea sau satisfacția.

Imaginea corporală nu este o reflectare fidelă a realității anatomice, ci o construcție modelată de experiențele personale și de mediul social. Interacțiunile timpurii, comentariile familiei, experiențele de acceptare sau respingere și expunerea la idealuri culturale contribuie la formarea acestei reprezentări interne. Astfel, două persoane cu caracteristici fizice similare pot avea imagini corporale complet diferite, în funcție de istoricul lor psihosocial.

Din perspectivă psihologică, imaginea corporală funcționează ca un nucleu al identității de sine. Corpul este purtătorul vizibil al sinelui și devine un simbol al valorii personale, al atractivității și al statutului social. În multe contexte culturale, aspectul fizic este asociat cu succesul, disciplina și acceptarea, ceea ce face ca evaluarea corpului să capete o semnificație emoțională profundă.

În acest cadru, modificările reale sau percepute ale corpului pot avea un impact major asupra stimei de sine. O creștere în greutate, o schimbare de formă sau chiar o imperfecțiune minoră pot fi trăite ca o amenințare la adresa identității și a valorii personale. De aceea, imaginea corporală joacă un rol central în echilibrul emoțional și în comportamentul alimentar, influențând modul în care individul se raportează la sine și la ceilalți.

7.2. Construcția socială a corpului

Corpul uman nu este doar o realitate biologică, ci și un obiect profund social, asupra căruia se proiectează semnificații, valori și așteptări colective. Fiecare cultură dezvoltă modele despre cum ar trebui să arate un corp „adecvat”, „frumos” sau „acceptabil”, iar aceste modele reflectă structura economică, normele de gen, ideologiile și valorile dominante ale societății respective. Astfel, corpul devine un simbol prin care se exprimă statutul social, identitatea și apartenența la un anumit grup.

În societățile occidentale contemporane, idealurile corporale sunt strâns legate de ideea de autocontrol, eficiență și succes. Subțirimea este adesea asociată cu voința, disciplina și responsabilitatea, în timp ce excesul de greutate este stigmatizat și interpretat ca lipsă de autocontrol. Tinerețea este valorizată ca semn al vitalității și al productivității, iar corpul bine întreținut

devine o formă de capital social. În acest context, corpul nu mai este doar o dimensiune a existenței, ci un proiect care trebuie gestionat și optimizat constant.

Mass-media joacă un rol esențial în consolidarea acestor idealuri. Prin reclame, filme, rețele sociale și reviste, sunt promovate imagini standardizate ale corpului feminin și masculin, care prezintă proporții, trăsături și niveluri de subțirime greu sau imposibil de atins pentru majoritatea populației. Aceste reprezentări creează repere de comparație artificiale, care induc ideea că există un singur tip de corp acceptabil și dezirabil.

Expunerea repetată la aceste imagini favorizează internalizarea standardelor estetice dominante. Indivizii ajung să evalueze propriul corp nu prin criterii de sănătate sau funcționalitate, ci prin gradul de conformitate cu idealurile mediatice. Diferențele dintre corpul real și cel idealizat sunt interpretate ca defecte personale, ceea ce alimentează nemulțumirea corporală și dorința de modificare a aspectului fizic.

Astfel, corpul devine un teren de negociere între biologie și cultură, iar imaginea corporală este rezultatul acestui proces continuu de semnificare socială.

7.3. Imaginea corporală și dezvoltarea tulburărilor alimentare

Imaginea corporală joacă un rol central în apariția și menținerea tulburărilor de comportament alimentar. Aceasta nu se limitează la percepția dimensiunilor fizice ale corpului, ci include evaluările cognitive și emoționale legate de aspectul corporal. În anorexie și bulimie, această imagine este profund distorsionată: individul își percepe corpul ca fiind mai mare, mai

disproporționat sau mai inacceptabil decât este în realitate, iar aceste percepții sunt trăite cu o intensitate emoțională ridicată.

Această distorsiune nu este doar perceptivă, ci și evaluativă. Greutatea și forma corporală ajung să fie supraevaluate în definirea valorii personale, astfel încât stima de sine devine dependentă aproape exclusiv de conformitatea cu un ideal corporal interiorizat. În acest cadru, corpul nu mai este un aspect al identității, ci criteriul principal prin care individul se judecă pe sine. Orice variație de greutate sau imperfecțiune percepută este trăită ca o amenințare la adresa valorii personale și a acceptării sociale.

Nemulțumirea corporală constituie un factor predictiv major pentru adoptarea comportamentelor alimentare dezadaptative. Atunci când discrepanța dintre corpul real și cel idealizat este mare, individul recurge frecvent la diete restrictive pentru a reduce această diferență. Restricția alimentară, însă, intensifică preocuparea pentru mâncare și crește riscul de pierdere a controlului, favorizând episoadele de supraalimentare și comportamentele compensatorii, precum purgarea sau exercițiul excesiv.

Pe termen lung, acest ciclu de nemulțumire corporală, restricție și pierdere a controlului consolidează tulburarea alimentară. Corpul devine un obiect de monitorizare constantă, iar imaginea corporală negativă alimentează anxietatea și autocritica. Cu cât individul este mai departe de idealul său interiorizat, cu atât comportamentele alimentare extreme sunt mai probabil să apară și să se mențină.

Astfel, distorsiunile imaginii corporale nu sunt doar un simptom al tulburărilor alimentare, ci un mecanism activ care contribuie la dezvoltarea și perpetuarea acestora.

7.4. Cultura, genul și presiunea asupra corpului

Presiunea culturală asupra corpului este profund influențată de normele de gen și de valorile societății în care trăiește individul. Deși atât femeile, cât și bărbații sunt expuși standardelor estetice, aceste presiuni nu sunt distribuite în mod egal. Femeile sunt supuse unor cerințe mult mai stricte privind aspectul fizic, în special în ceea ce privește greutatea și forma corporală. Subțirimea este frecvent asociată cu feminitatea, disciplina, succesul social și atractivitatea, ceea ce transformă corpul feminin într-un obiect constant de evaluare și autocontrol.

Această asociere culturală între subțirime și valoare personală favorizează apariția dietelor cronice și a comportamentelor de monitorizare excesivă a corpului. Pentru multe femei, controlul greutății nu este doar o preocupare legată de sănătate, ci o condiție percepută pentru a fi acceptate, admirate sau respectate. În acest cadru, alimentația devine un spațiu al performanței și al autoevaluării, iar orice abatere de la idealul corporal este trăită ca un eșec moral.

Un factor suplimentar îl reprezintă **competiția intrasexuală**, care se referă la competiția dintre femei pentru statut social, recunoaștere și atractivitate. În societățile care valorizează tinerețea și frumusețea ca resurse simbolice și sociale, corpul devine un capital. Slăbitul, menținerea unei siluete conforme idealurilor și evitarea semnelor de îmbătrânire sunt strategii prin care femeile încearcă să își păstreze poziția și valoarea în cadrul grupului.

Această competiție nu este neapărat explicită, dar este alimentată constant de comparații sociale, de expunerea la modele idealizate și de mesajele culturale care sugerează că succesul și fericirea sunt condiționate de

aspectul fizic. În acest context, preocuparea pentru greutate și formă corporală este intensificată, iar comportamentele de control alimentar sunt legitimize și chiar încurajate.

Astfel, slăbitul și disciplina corporală devin mai mult decât practici de îngrijire a sănătății: ele funcționează ca strategii de obținere a valorii sociale și de confirmare a identității de gen. Această presiune culturală contribuie semnificativ la vulnerabilitatea femeilor față de tulburările de comportament alimentar și la menținerea unei relații conflictuale cu propriul corp.

7.5. Mass-media și tulburările alimentare

Mass-media joacă un rol semnificativ în modelarea percepțiilor despre corp, frumusețe și valoare personală, fără a fi însă un factor cauzal direct al tulburărilor de comportament alimentar. Influența sa se exercită prin promovarea constantă a unor imagini corporale idealizate, care devin repere de comparație pentru public. În majoritatea culturilor occidentale contemporane, aceste imagini privilegiază subțirimea, tinerețea și lipsa imperfecțiunilor, prezentându-le ca fiind sinonime cu succesul, atractivitatea și fericirea.

Prin expunerea repetată la aceste reprezentări selective, indivizii ajung să **internalizeze standarde estetice nerealiste**. Această internalizare conduce la o evaluare critică a propriului corp, pe baza unor criterii aproape imposibil de atins. Discrepanța dintre corpul real și cel idealizat produce nemulțumire corporală, rușine și o preocupare excesivă pentru greutate și formă corporală.

Pentru persoanele cu **vulnerabilități psihologice preexistente**, cum ar fi perfecționismul, anxietatea, dificultățile de reglare emoțională sau o stimă de sine scăzută, mesajele mediatice pot avea un impact deosebit de puternic.

Aceste persoane tind să caute validare externă și pot percepe conformitatea cu idealurile promovate drept o condiție necesară pentru a fi acceptate sau valoroase. În acest context, controlul alimentației și al corpului devine o strategie de obținere a recunoașterii și de reducere a insecurității.

De asemenea, mass-media contribuie la normalizarea comportamentelor alimentare extreme, prezentând dietele drastice, slăbitul rapid sau exercițiul excesiv ca fiind soluții legitime pentru atingerea idealului corporal. Acest tip de mesaj estompează granița dintre comportamentele de îngrijire a sănătății și cele patologice, crescând riscul ca persoanele vulnerabile să adopte practici periculoase.

În ansamblu, cultura vizuală contemporană funcționează ca un factor de mediu care intensifică presiunile asupra corpului și amplifică riscul de tulburări alimentare. Deși nu produce direct aceste afecțiuni, ea creează un context psihosocial în care nemulțumirea corporală și controlul alimentar sunt încurajate și validate, favorizând apariția și menținerea patologiei la indivizii predispuși.

7.6. Imaginea corporală și dezvoltarea tulburărilor alimentare

În tulburările de comportament alimentar, imaginea corporală depășește rolul de simplă reprezentare a aspectului fizic și devine un instrument psihologic de reglare a sinelui. Pentru multe persoane afectate, controlul greutateii și al formei corporale oferă un sentiment de ordine și predictibilitate într-o realitate percepută ca instabilă, amenințătoare sau dificil de gestionat. În acest context, corpul devine singurul domeniu asupra căruia individul simte că poate exercita un control real.

Această nevoie de control este adesea legată de trăiri profunde de neputință, insecuritate sau lipsă de valoare personală. Atunci când individul se confruntă cu situații de viață care îi scapă de sub control – conflicte relaționale, presiuni sociale, eșecuri sau traume – reglarea greutății și a alimentației poate funcționa ca o strategie compensatorie. Prin disciplinarea corpului, persoana obține un sentiment temporar de competență, eficiență și superioritate morală, care contracarează percepția de vulnerabilitate.

În acest cadru, imaginea corporală nu este doar o evaluare estetică, ci un nucleu al identității. Valoarea de sine ajunge să fie definită aproape exclusiv prin greutate, formă și capacitatea de autocontrol. Orice fluctuație a corpului este trăită ca o amenințare la adresa identității, ceea ce explică anxietatea intensă legată de mâncare și creșterea în greutate.

Această funcție psihologică explică și rezistența tulburărilor alimentare la schimbare. Chiar și atunci când apar consecințe medicale grave, renunțarea la controlul corporal este percepută ca o pierdere a singurului mecanism de stabilizare emoțională. Mâncatul normal sau creșterea în greutate nu sunt trăite ca semne de vindecare, ci ca dovezi de eșec și vulnerabilitate.

Prin urmare, intervenția terapeutică trebuie să vizeze nu doar modificarea comportamentului alimentar, ci și reconstruirea surselor de control și valoare personală. Atunci când individul învață să își regleze emoțiile, să își construiască identitatea pe relații, competențe și sens, imaginea corporală își pierde funcția centrală de mecanism de control, permițând o relație mai sănătoasă cu propriul corp.

Este autoeducația o prioritate în actul adițional ?

Da, dar nu este suficientă pentru adoptarea unor comportamente sănătoase și durabile în special în prezenta stresului, a tulburarilor emoționale, sau a mediului alimentar dezechilibrat.

Putem depăși barierele psihologice și afecțiunile mintale legate de alimentație?

Parțial, indivizii pot recurge la strategii educaționale și comportamentale însă afecțiunile mintale severe necesită intervenție multidisciplinară care nu poate fi înlocuită complet de efortul individual.

Putem „câștiga lupta” fără specialiști ?

Uneori Da, adesea Nu. Strategiile de auto-management, intervențiile autoghidate validate științific pe baza unor planuri nutriționale, platforme de sănătate online, educație structurată, pot produce beneficii moderate însă eficiența acestora rămâne inferioară intervențiilor multidisciplinare personalizate.

Avem o obligație individuală față de sănătate, chiar dacă mulți pierd „lupta”?

DA, dar cu limite clare. Deși responsabilitate individuala reprezintă un rol activ în menținerea sănătății, comportamentul alimentar este conturat de factori precum genetica, microbiotica intestinală, istoricul medical, cultura și expunerea la alimentele ultraprocesate care pot limita capacitatea de alegere.

De ce este necesară educația permanentă și personalizarea nutriției ?

PENTRU ca nu exista un model alimentar universal valabil. Cercetările actuale evidențiază faptul ca nutriția personalizată produce rezultate mai bune decât recomandările generale, cu rezultate sustenabile pe termen lung.

Recomandări pentru consumatori :

- **Citirea etichetelor alimentare (cu cât lista etichetelor este mai lungă, cu atât produsul este mai procesat).**
- **Reducerea consumului de alimente ultraprocesate.**
- **ATENȚIE la consumul frecvent, NU ocazional.**
- **Educație nutrițională ca formă de protecție**

Pe lângă măsurile de reglementare și reevaluare la nivel instituțional, adaptarea unor comportamente alimentare informate de către consumatori reprezintă o componenta esențială în reducerea riscurilor asociate consumului de aditivi alimentari.

CAPITOLUL VIII

Evaluarea psihologică a comportamentului

8.1. Rolul evaluării psihologice în studiul alimentației

Evaluarea psihologică a comportamentului alimentar reprezintă un instrument fundamental pentru înțelegerea modului în care indivizii se raportează la hrană, la propriul corp și la propriile emoții. Aceasta depășește simpla analiză a cantității sau tipului de alimente consumate, concentrându-se asupra proceselor interne care determină alegerile alimentare. Prin evaluare psihologică se investighează motivațiile, credințele, emoțiile și strategiile de autoreglare care structurează relația individului cu alimentația.

Un aspect esențial al evaluării îl constituie **identificarea tiparelor alimentare dezadaptive**. Multe persoane dezvoltă obiceiuri precum mâncatul compulsiv, restricția cronică sau alternanța dintre control strict și pierderea controlului. Aceste tipare pot fi menținute de factori emoționali, de stres sau de distorsiuni cognitive, iar recunoașterea lor este primul pas către schimbare.

Evaluarea psihologică permite, de asemenea, depistarea riscului pentru tulburări de comportament alimentar. Prin utilizarea chestionarelor, interviurilor și scalelor standardizate, pot fi identificate semne timpurii ale anorexiei, bulimiei sau mâncatului compulsiv, înainte ca acestea să se transforme în forme clinice severe. Această funcție preventivă este deosebit de importantă în contexte educaționale și universitare.

Un alt rol important al evaluării este diferențierea între foamea fiziologică și mâncatul emoțional. Mulți indivizi consumă alimente ca răspuns la stres, plictiseală sau anxietate, fără a avea o nevoie biologică reală de hrană. Prin explorarea contextelor și emoțiilor asociate cu mâncatul, evaluarea psihologică ajută la clarificarea funcției reale a comportamentului alimentar.

În plus, evaluarea oferă o înțelegere profundă a relației individului cu propriul corp și cu autocontrolul. Modul în care o persoană își percepe corpul, se judecă pe sine și își reglează impulsurile influențează direct comportamentul alimentar. Identificarea acestor dimensiuni permite formularea unor intervenții personalizate, adaptate nevoilor și vulnerabilităților fiecărui individ.

Prin urmare, evaluarea psihologică constituie baza oricărei abordări eficiente în domeniul alimentației, oferind o hartă a proceselor interne care guvernează relația cu hrana și cu sinele.

8.2. Dimensiuni psihologice ale comportamentului alimentar

Comportamentul alimentar nu este un act simplu de satisfacere a unei nevoi biologice, ci rezultatul interacțiunii dintre procese fiziologice, cognitive, emoționale și sociale. Pentru a înțelege în profunzime relația individului cu hrana, este necesară analiza mai multor dimensiuni psihologice fundamentale, care structurează modul în care oamenii percep, aleg și consumă alimentele.

Reglarea apetitului se referă la capacitatea individului de a recunoaște și de a răspunde adecvat la semnalele interne de foame și sațietate. Într-un stil alimentar sănătos, mâncatul este declanșat de foamea fiziologică și se oprește atunci când apare senzația de suficiență. În tulburările alimentare sau în mâncatul emoțional, această reglare este perturbată: individul poate mânca în

absența foamei reale sau poate ignora semnalele de sațietate, ceea ce duce la supraalimentare sau restricție.

Controlul cognitiv reflectă gradul în care persoana își impune reguli și restricții legate de alimentație. Acest control poate fi adaptativ, atunci când ajută la menținerea unui stil de viață echilibrat, dar devine dezadaptativ când se transformă în rigiditate extremă. Reguli de tipul „anumite alimente sunt interzise” sau „trebuie să mănânc cât mai puțin” pot crea tensiune, vinovăție și pierdere a controlului, contribuind la cicluri de restricție și supraalimentare.

Reactivitatea emoțională descrie tendința de a utiliza mâncarea ca răspuns la emoții, mai degrabă decât la nevoile fiziologice. Stresul, anxietatea, tristețea sau plictiseala pot declanșa consumul de alimente ca formă de calmare sau de distragere. În acest caz, alimentația devine un mecanism de reglare afectivă, iar relația cu hrana este strâns legată de stările emoționale ale individului.

Imaginea corporală reprezintă modul în care persoana își percepe și își evaluează propriul corp. O imagine corporală negativă este asociată cu nemulțumire, rușine și comportamente de control alimentar. Atunci când valoarea de sine este dependentă de greutate și formă corporală, alimentația devine un instrument de autoevaluare și de control identitar.

Motivația alimentară se referă la rolul plăcerii, recompensei și al emoțiilor morale, precum vinovăția, în comportamentul alimentar. Alimentele pot fi consumate nu doar pentru a satisface foamea, ci și pentru a obține confort, plăcere sau alinare. În același timp, anumite alimente pot fi asociate cu autocritica și rușinea, ceea ce contribuie la relații ambivalente și conflictuale cu hrana.

Analizate împreună, aceste dimensiuni oferă o imagine complexă a relației individului cu alimentația, permițând înțelegerea atât a comportamentelor adaptative, cât și a celor dezadaptative.

8.3. Instrumente și scale individuale

1. Test de stil alimentar

Instrucțiuni

Răspunde la fiecare item pe o scală de la 1 la 5:

1 = niciodată | 2 = rar | 3 = uneori | 4 = des | 5 = foarte des

Item

1. Mănânc chiar și atunci când nu îmi este foame.
2. Mă simt vinovat(ă) după ce mănânc.
3. Mă gândesc frecvent la calorii și greutate.
4. Mâncarea mă ajută să mă calmez.
5. Sar peste mese pentru a controla greutatea.
6. Mă simt lipsit(ă) de control în fața anumitor alimente.
7. Mă cântăresc sau îmi verific corpul des.
8. Mănânc diferit când sunt stresat(ă).

Interpretare

- scor ridicat la 1,4,6 → mâncat emoțional
- scor ridicat la 3,5,7 → control rigid
- scor ridicat general → risc pentru tulburări alimentare

2. Scala mâncatului emoțional

Răspunde de la 1 (deloc) la 5 (foarte mult):

1. Mănânc când sunt trist(ă).
2. Mănânc când sunt anxios(oasă).
3. Mănânc când sunt plictisit(ă).
4. Mănânc pentru a uita de probleme.
5. După ce mănânc mă simt temporar mai bine.

Scor peste 18 → mâncat emoțional semnificativ

3. Test de risc pentru tulburări alimentare

Bifează Adevărat / Fals:

Item

A/F

Mi-e frică să nu mă îngraș.

Valoarea mea depinde de greutate.

Sar peste mese intenționat.

Mănânc uneori compulsiv.

Mă simt rușinat(ă) de corpul meu.

Am provocat vreodată vărsături.

sau mai multe răspunsuri „Adevărat” → risc crescut

4. Studiu de caz

Cazul A

Studentă, 21 ani. Diete frecvente, stres academic, episoade de mâncat compulsiv seara, vinovăție intensă.

Interpretare: mâncat emoțional + risc bulimic.

Cazul B

Student, 23 ani. Evită grăsimile, sare mese, exerciții excesive.

Interpretare: control rigid, risc anorexic.

5. Întrebări de evaluare pentru examen

Grilă

1. Mâncatul emoțional este:

- a) un reflex biologic
- b) o strategie de reglare emoțională
- c) o boală

Corect: b

2. Obezitatea implică:

- a) doar metabolism
- b) doar voință
- c) factori biologici și psihologici

Corect: c

CAPITOLUL IX

Intervenții psihologice în tulburările alimentare

9.1. Necesitatea abordării psihologice

Tulburările de comportament alimentar reprezintă afecțiuni complexe, în care simptomele vizibile, precum scăderea sau creșterea extremă în greutate, episoadele de supraalimentare sau purgare, sunt doar manifestări de suprafață ale unor procese psihologice profunde. Deși intervențiile medicale și nutriționale sunt indispensabile pentru stabilizarea stării fizice a pacientului, ele nu pot, în absența unei abordări psihologice, să producă o recuperare durabilă. Corectarea dezechilibrelor metabolice sau atingerea unei greutăți considerate normale nu garantează schimbarea relației disfuncționale cu hrana și cu sinele.

În anorexia nervoasă, bulimia nervoasă și mâncatul compulsiv, comportamentul alimentar este strâns legat de modul în care individul își gestionează emoțiile, își evaluează valoarea personală și își construiește identitatea. Restricția alimentară, supraalimentarea sau purgarea funcționează ca mecanisme de reglare emoțională și ca modalități de a obține un sentiment de control sau de alinare. În acest sens, mâncarea devine un instrument psihologic, nu doar o necesitate biologică.

Intervenția psihologică vizează tocmai aceste funcții ascunse ale comportamentului alimentar. Terapia ajută pacientul să identifice conflictele emoționale, credințele rigide și tiparele relaționale care susțin tulburarea. Prin explorarea acestor dimensiuni, individul poate înțelege de ce anumite

comportamente alimentare îi oferă un beneficiu psihologic temporar, chiar dacă sunt dăunătoare pe termen lung.

Un alt aspect esențial al abordării psihologice este restructurarea relației cu propriul corp. Persoanele cu tulburări alimentare își percep corpul într-un mod distorsionat și îl utilizează ca principal criteriu de autoevaluare. Terapia urmărește reducerea acestei fuziuni dintre identitate și aspect fizic, permițând individului să își construiască stima de sine pe baze mai stabile și mai variate.

Fără această transformare psihologică, schimbările ponderale obținute prin dietă sau tratament medical sunt adesea fragile. Pacientul poate atinge o greutate sănătoasă, dar dacă anxietatea, perfecționismul și nevoia de control rămân nerezolvate, riscul de recădere este ridicat. Astfel, abordarea psihologică nu este un complement opțional al tratamentului, ci fundamentul pe care se sprijină orice recuperare autentică și durabilă.

9.2. Obiectivele intervenției psihologice

Intervenția psihologică în tulburările de comportament alimentar are ca scop nu doar ameliorarea simptomelor vizibile, ci restructurarea profundă a relației individului cu mâncarea, cu propriul corp și cu propria identitate. Comportamentele alimentare patologice sunt expresii ale unor dezechilibre psihologice complexe, iar tratamentul eficient trebuie să vizeze atât manifestările externe, cât și mecanismele interne care le susțin.

Un prim obiectiv esențial este **reducerea comportamentelor alimentare dezadaptative**, precum restricția severă, episoadele de supraalimentare și comportamentele de purgare. Aceste comportamente sunt menținute de anxietate, credințe disfuncționale și nevoi emoționale neexprimate. Prin intervenția terapeutică, pacientul este ajutat să înlocuiască

aceste tipare cu un stil de alimentație mai regulat și mai flexibil, care să răspundă nevoilor reale ale organismului.

Un al doilea obiectiv îl constituie **normalizarea percepției corporale**. Persoanele cu tulburări alimentare își evaluează corpul printr-o lentilă distorsionată, concentrându-se obsesiv asupra presupuselor defecte și exagerând importanța acestora. Terapia urmărește reducerea acestei distorsiuni și dezvoltarea unei percepții mai realiste și mai tolerate a propriului corp, ceea ce contribuie la scăderea anxietății și a comportamentelor de control corporal.

Creșterea toleranței la emoții negative reprezintă un alt obiectiv fundamental. Multe comportamente alimentare patologice apar ca răspuns la emoții intense, precum rușinea, furia, tristețea sau frica. Terapia ajută pacientul să rămână prezent în fața acestor trăiri fără a recurge la mâncare sau restricție, dezvoltând capacitatea de a suporta disconfortul emoțional într-un mod adaptativ.

În strânsă legătură cu acest aspect se află **dezvoltarea mecanismelor de autoreglare**. Pacientul este sprijinit să își gestioneze impulsurile, să își monitorizeze stările interne și să răspundă nevoilor sale într-un mod mai echilibrat. Autoreglarea implică atât controlul comportamental, cât și flexibilitatea psihologică necesară pentru a face față situațiilor dificile fără a reveni la tiparele vechi.

Un obiectiv de profunzime al intervenției este **consolidarea identității personale independente de greutate și formă corporală**. În tulburările alimentare, valoarea de sine este adesea fuzionată cu aspectul fizic și controlul alimentar. Terapia urmărește extinderea identității individului către alte

dimensiuni – relații, competențe, valori, aspirații – astfel încât stima de sine să nu mai depindă de corp.

Aceste obiective nu sunt atinse simultan, ci progresiv, prin intervenții adaptate nevoilor, vârstei și structurii psihologice a fiecărui pacient. Recuperarea este un proces gradual de reconstrucție a echilibrului intern, care transformă schimbarea simptomelor într-o transformare durabilă a modului de a fi.

8.3. Terapia cognitiv-comportamentală

Terapia cognitiv-comportamentală (CBT) este una dintre cele mai bine validate intervenții psihologice pentru tulburările de comportament alimentar, în special pentru bulimia nervoasă și mâncatul compulsiv, dar și ca parte integrată a tratamentului anorexiei nervoase. Această abordare pornește de la premisa că modul în care o persoană gândește despre mâncare, corp și valoare personală influențează direct emoțiile și comportamentele sale alimentare. Prin urmare, modificarea tiparelor de gândire disfuncționale conduce la schimbări comportamentale durabile.

Un prim obiectiv al CBT este **identificarea gândurilor automate** care apar înainte, în timpul și după episoadele alimentare problematice. Aceste gânduri sunt adesea rapide, rigide și negative, de tipul „am mâncat prea mult, sunt lipsit(ă) de voință” sau „dacă nu mă controlez, voi deveni inacceptabil(ă)”. Deși par evidente pentru pacient, aceste interpretări sunt, de fapt, distorsionate și amplifică emoții precum vinovăția, rușinea și anxietatea, care la rândul lor mențin comportamentul patologic.

Un alt element central îl constituie **regulile cognitive rigide** care guvernează relația cu mâncarea. Persoanele cu tulburări alimentare operează

frecvent cu norme inflexibile, cum ar fi „anumite alimente sunt complet interzise” sau „a mânca este un semn de slăbiciune”. Aceste reguli creează un cadru de autocontrol extrem, care este greu de menținut. Atunci când regula este încălcată, apare sentimentul de eșec, care favorizează pierderea controlului și comportamentele de compensare.

CBT intervine și asupra ciclului mâncat – vinovăție – compensare, caracteristic în special bulimiei și mâncatului compulsiv. După un episod de supraalimentare, pacientul experimentează rușine și anxietate, ceea ce îl determină să recurgă la purgare, post sau exerciții excesive. Aceste comportamente reduc temporar disconfortul, dar întăresc pe termen lung convingerea că mâncatul este periculos, menținând astfel cercul vicios.

Prin restructurare cognitivă, pacientul este ajutat să analizeze critic gândurile disfuncționale și să le înlocuiască cu interpretări mai realiste și mai flexibile. De exemplu, ideea „am mâncat prea mult, sunt un eșec” este reformulată în termeni mai echilibrați, precum „o abatere alimentară nu definește valoarea mea”. Acest proces reduce intensitatea emoțiilor negative și crește capacitatea de autocontrol.

În paralel, expunerea comportamentală este utilizată pentru a normaliza alimentația. Pacientul este ghidat să consume alimentele de care se teme, în cantități controlate, fără a recurge la purgare sau restricție. Prin repetarea acestor experiențe, anxietatea asociată cu mâncatul scade, iar încrederea în capacitatea de a gestiona hrana crește.

În ansamblu, terapia cognitiv-comportamentală contribuie la reconstruirea unei relații mai sănătoase cu mâncarea și cu sinele, prin modificarea gândurilor, emoțiilor și comportamentelor care mențin tulburarea.

9.4. Terapia emoțională și reglarea afectivă

Un element central în majoritatea tulburărilor de comportament alimentar îl reprezintă dificultatea de a identifica, tolera și gestiona emoțiile. Mulți pacienți nu sunt învățați să recunoască ce simt sau să exprime aceste trăiri într-un mod adaptativ. În lipsa unor strategii eficiente de reglare afectivă, emoțiile intense precum anxietatea, rușinea, furia sau tristețea devin copleșitoare și sunt gestionate prin comportamente alimentare extreme, cum ar fi restricția, supraalimentarea sau purgarea.

Terapia orientată pe emoții urmărește să ajute pacientul să își dezvolte **conștientizarea emoțională**. Primul pas constă în învățarea recunoașterii și etichetării corecte a emoțiilor. Mulți pacienți pot descrie senzații corporale sau impulsuri comportamentale, dar nu pot identifica clar ce simt. Prin intervenție terapeutică, aceștia sunt ajutați să facă legătura dintre experiențele interne și emoțiile corespunzătoare, ceea ce reduce confuzia și sentimentul de pierdere a controlului.

Un alt obiectiv esențial este **tolerarea emoțiilor neplăcute**. În tulburările alimentare, emoțiile negative sunt adesea percepute ca periculoase sau insuportabile. Terapia încurajează pacientul să rămână prezent în fața acestor trăiri, fără a le evita prin mâncat sau restricție. Prin exerciții de mindfulness, respirație și expunere emoțională, individul învață că emoțiile sunt tranzitorii și pot fi suportate fără a apela la comportamente distructive.

În paralel, pacientul este sprijinit să dezvolte **strategii alternative de reglare afectivă**. Acestea pot include exprimarea verbală a emoțiilor, scrisul, activitatea fizică moderată, relaxarea sau solicitarea sprijinului social. Scopul

nu este eliminarea emoțiilor, ci gestionarea lor într-un mod care nu afectează sănătatea fizică și psihică.

În acest cadru terapeutic, comportamentul alimentar este reinterpretat ca o formă de comunicare a suferinței emoționale. Mâncatul excesiv, restricția sau purgarea nu sunt considerate probleme izolate, ci manifestări ale unui dezechilibru afectiv mai profund. Prin abordarea directă a emoțiilor și a nevoilor psihologice neexprimate, pacientul poate reduce treptat dependența de alimentație ca instrument de reglare emoțională.

Astfel, terapia emoțională nu urmărește doar modificarea comportamentului alimentar, ci restructurarea modului în care individul se raportează la propria viață emoțională, ceea ce constituie o condiție esențială pentru o recuperare stabilă și de durată.

9.5. Terapia familială

Terapia familială ocupă un loc central în tratamentul tulburărilor de comportament alimentar, în special atunci când acestea apar în adolescență. În această etapă de dezvoltare, individul este încă profund influențat de dinamica familială, iar relațiile cu părinții și cu ceilalți membri ai familiei pot contribui atât la apariția, cât și la menținerea simptomelor. Alimentația, în acest context, nu este doar un comportament individual, ci o expresie a relațiilor, a conflictelor și a modului în care emoțiile sunt gestionate în cadrul familiei.

Multe familii ale adolescenților cu anorexie nervoasă sunt caracterizate de niveluri ridicate de anxietate, control, perfecționism sau dificultăți în exprimarea emoțiilor. În unele cazuri, hrana devine un mijloc indirect de comunicare a tensiunilor: refuzul de a mânca poate reprezenta o formă de

protest, de afirmare a autonomiei sau de exprimare a suferinței. În acest sens, simptomul alimentar capătă o funcție relațională, nu doar una individuală.

Obiectivul principal al terapiei familiale este modificarea mediului relațional în care trăiește pacientul, astfel încât acesta să nu mai susțină comportamentele patologice. Un prim aspect esențial este **reducerea conflictelor**. Conflictele frecvente, criticile, presiunile legate de performanță sau aspectul fizic pot intensifica nevoia adolescentului de control și pot accentua restricția alimentară. Prin terapie, membrii familiei învață să identifice sursele reale ale tensiunilor și să le gestioneze într-un mod mai constructiv.

Un alt obiectiv fundamental este **îmbunătățirea comunicării emoționale**. În multe familii, emoțiile negative precum furia, frustrarea sau tristețea sunt fie reprimare, fie exprimate într-un mod indirect și disfuncțional. Terapia creează un spațiu sigur în care membrii familiei pot învăța să își exprime nevoile și sentimentele într-un mod clar și empatic, reducând astfel necesitatea utilizării simptomelor alimentare ca formă de comunicare.

De asemenea, intervenția vizează eliminarea utilizării hranei ca instrument de control, recompensă sau pedeapsă. În unele familii, mâncarea este folosită pentru a regla comportamentul copilului („dacă mănânci, ești cuminte” sau „dacă nu mănânci, ne faci să suferim”), ceea ce consolidează asocierea dintre alimentație și relații emoționale. Terapia urmărește separarea clară a hranei de dinamica de putere și de conflict, astfel încât alimentația să redevină un act de îngrijire și nu unul de negociere.

Prin aceste intervenții, terapia familială contribuie la crearea unui mediu mai sigur, mai predictibil și mai suportiv, în care adolescentul poate renunța

treptat la comportamentele alimentare patologice. Recuperarea devine astfel un proces colectiv, în care schimbarea nu este responsabilitatea exclusivă a pacientului, ci a întregului sistem familial.

9.6. Intervenții asupra imaginii corporale

Distorsiunile imaginii corporale reprezintă unul dintre nucleeele psihopatologice ale tulburărilor de comportament alimentar. Persoanele afectate nu își percep corpul în mod realist, ci printr-o lentilă cognitiv-emoțională distorsionată, în care anumite zone ale corpului sunt exagerate, evaluate negativ sau investite cu o semnificație disproporționată. În acest context, modificarea imaginii corporale nu presupune doar schimbarea felului în care arată corpul, ci mai ales transformarea modului în care acesta este perceput, interpretat și evaluat psihologic.

Un instrument terapeutic esențial este **expunerea graduală la propriul corp**. Mulți pacienți evită să se privească, să se atingă sau să poarte haine care le evidențiază forma corporală, deoarece aceste situații declanșează anxietate intensă și autoevaluare negativă. Prin expunere controlată și progresivă, individul este ajutat să își confrunte aceste temeri într-un cadru sigur, reducând treptat reacțiile de evitare și disconfortul asociat percepției corporale. Această metodă permite dezactivarea răspunsurilor emoționale automate și favorizează o percepție mai neutră și mai realistă a corpului.

Lucrul cu oglinzi constituie o tehnică specifică de intervenție asupra imaginii corporale. Pacientul este încurajat să se observe în oglindă fără a se concentra exclusiv asupra zonelor considerate „defecte”, ci să descrie corpul într-un mod obiectiv, lipsit de judecăți de valoare. Acest exercițiu ajută la diminuarea interpretărilor catastrofice și la separarea percepției vizuale de

evaluările emoționale negative. În timp, individul învață să tolereze imaginea corporală fără a recurge la comportamente de evitare sau autocritică excesivă.

Un alt element central al intervenției îl constituie restructurarea credințelor despre atractivitate și valoare personală. Persoanele cu tulburări alimentare tind să echivaleze valoarea de sine cu subțirimea, autocontrolul sau conformitatea cu idealurile estetice dominante. Terapia vizează identificarea acestor convingeri rigide și înlocuirea lor cu perspective mai flexibile și mai realiste. Pacientul este ajutat să își recunoască calitățile personale, competențele și relațiile ca surse autentice ale stimei de sine, reducând astfel dependența psihologică de aspectul corporal.

Reducerea comparațiilor sociale reprezintă o componentă importantă a schimbării imaginii corporale. Compararea constantă cu alții, în special cu modelele promovate de mass-media, menține nemulțumirea corporală și sentimentul de insuficiență. Intervenția terapeutică urmărește creșterea conștientizării acestor procese automate și dezvoltarea unor strategii prin care individul să își redirecționeze atenția de la evaluarea externă la propria experiență corporală și emoțională.

În ansamblu, scopul intervențiilor asupra imaginii corporale este transformarea relației individului cu propriul corp. Prin reducerea distorsiunilor perceptive, a autocriticii și a comparațiilor sociale, persoana ajunge să își perceapă corpul într-un mod mai realist și mai puțin amenințător. Această schimbare permite construirea unei stime de sine bazate pe identitate, competență și relații, nu pe greutate sau formă corporală, ceea ce reprezintă un pas esențial în recuperarea durabilă.

9.7. Prevenirea recăderilor

Tulburările de comportament alimentar se caracterizează printr-o evoluție adesea fluctuantă, cu perioade de ameliorare urmate de recăderi. Chiar și după obținerea unei stabilizări ponderale și a unei îmbunătățiri a comportamentului alimentar, vulnerabilitățile psihologice care au stat la baza tulburării pot persista. Din acest motiv, prevenirea recăderilor reprezintă o componentă esențială a procesului terapeutic și trebuie abordată sistematic, nu ca o etapă secundară a tratamentului.

Un prim pas fundamental în prevenirea recăderilor îl constituie identificarea factorilor de risc personali. Aceștia diferă de la un individ la altul, dar includ frecvent stresul cronic, perfecționismul, presiunea socială legată de imaginea corporală, conflictele interpersonale și expunerea intensă la mesaje media care promovează idealuri corporale nerealiste. Pacientul trebuie să învețe să recunoască semnele timpurii ale dezechilibrului, precum creșterea preocupării față de greutate, rigidizarea regulilor alimentare sau apariția comportamentelor de evitare.

Dezvoltarea abilităților de coping reprezintă un alt pilon central al prevenirii recăderilor. Persoanele cu tulburări alimentare au tendința de a utiliza mâncarea, restricția sau purgarea ca strategii de gestionare a emoțiilor negative. Prin intervenția psihologică, ele sunt ajutate să dezvolte alternative sănătoase de reglare emoțională, cum ar fi identificarea și exprimarea emoțiilor, tehnici de relaxare, rezolvarea problemelor și utilizarea suportului social. Aceste competențe permit individului să facă față situațiilor dificile fără a reveni la comportamentele alimentare patologice.

Planificarea situațiilor critice este, de asemenea, esențială. Evenimentele stresante, tranzițiile de viață, conflictele sau schimbările majore pot reactiva tiparele vechi. Prin urmare, pacientul este încurajat să elaboreze planuri concrete de acțiune pentru momentele de vulnerabilitate, care să includă pași clari de urmat, persoane de contact și strategii de autocalmare. Aceste planuri cresc sentimentul de control și reduc probabilitatea reacțiilor impulsive.

În fine, prevenirea recăderilor presupune o redefinire profundă a relației cu sinele și cu alimentația. Recuperarea autentică nu se limitează la atingerea unei greutate considerate normale, ci implică reconstrucția stimei de sine, acceptarea corpului și dezvoltarea unei identități care nu mai este centrată pe controlul greutății. Atunci când individul învață să se raporteze la mâncare ca la o sursă de nutriție și plăcere, nu ca la un instrument de reglare emoțională sau de autoevaluare, riscul de recădere scade semnificativ.

Astfel, prevenirea recăderilor este un proces continuu de consolidare a echilibrului psihologic, care transformă schimbările obținute în terapie într-un mod de viață durabil.

9.8. Concluzie

De la principiile formulate de Hipocrate ce subliniau rolul alimentației în menținerea sănătății până la abordările moderne de nutriție personalizată, domeniul nutriției a evoluat constant sub influența progresului tehnologic, a schimbărilor culturale și a industrializării alimentației. Dezvoltarea produselor ultraprocesate și extinderea utilizării aditivilor alimentari au adus noi provocări pentru sănătatea publică. În acest sens, prioritățile actuale vizează educația nutrițională continuă, prevenția și adaptarea intervențiilor la realitățile sociale actuale.

Psihologia alimentară joacă un rol esențial în procesul de recuperare deoarece abordează alimentația nu doar din perspectiva aportului nutritiv ci și din cea a relației emoționale cu mâncarea. Prin înțelegerea factorilor psihologici care stau la baza comportamentului alimentar, -stresul, anxietatea, nevoia de control sau de confort – aceasta abordare sprijină individul în reconstruirea unor obiceiuri alimentare mai sănătoase și mai stabile.

Tulburările de comportament alimentar sunt expresii ale unei suferințe psihologice profunde. Intervenția eficientă necesită o abordare integrată care să vizeze gândirea, emoțiile, comportamentele și relațiile individului. Psihologia alimentației oferă cadrul conceptual și clinic necesar pentru această intervenție complexă și umană.

Anexă: Diete relevante

(modele alimentare și protocoale frecvent folosite)

Notă importantă pentru manual: Dietele sunt instrumente, nu soluții universale. Alegerea lor trebuie făcută în funcție de obiectiv, profil metabolic, istoricul tulburărilor alimentare și context psihologic. În tulburări alimentare active, „dieta” ca restricție este frecvent contraindicat.

A) Modele alimentare cu susținere științifică puternică (recomandate ca „stil de viață”)

1. Dieta mediteraneană – model alimentar asociat cu beneficii cardiovasculare și profil metabolic favorabil.
2. DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) – utilă în hipertensiune/riscul cardiovascular; centrată pe fructe/legume, lactate low-fat, cereale integrale, reducere sodiu.
3. MIND (hibrid Mediteranean + DASH) – folosită frecvent în contexte de prevenție cognitivă (mai ales în literatură de sănătate publică; utilă ca model educațional).
4. Nordic diet – pește, cereale integrale, legume rădăcinoase, fructe de pădure; folosită ca alternativă culturală la mediteranean.
5. Flexitariană (preponderent vegetală, cu consum ocazional de carne) – bună pentru aderență pe termen lung, utilă în educație nutrițională.

B) Diete/abordări frecvente pentru scădere ponderală (cu aplicare selectivă)

6. Low-carb moderat – reduce carbohidrații rafinați, crește proteinele și grăsimile de calitate; poate ajuta pe termen scurt la control glicemic la unii pacienți.
7. Ketogenic (keto) – low-carb strict; poate fi eficientă pe termen scurt la unii, dar e dificil de menținut și poate crește riscul de relație rigidă cu mâncarea (atenție la tulburări alimentare).
8. Volumetrics – densitate calorică mică (multe legume/supe/alimente voluminoase), utilă pentru sațietate.
9. Weight Watchers / programe structurate – sprijin comportamental + monitorizare; eficiența depinde de aderență și de evitarea rigidității.

C) Protocoale de timing alimentar

10. Postul intermitent (Intermittent Fasting) – alternanță perioade de alimentație/post; exemple: 16/8, 5/2, 24h (selectiv). Este axat pe program, nu neapărat pe alimente. În materialul tău sunt descrise metode și exemple.

5_Dieta intermitent fasting

Atenție educațională: poate agrava rigiditatea și ciclurile compulsive la persoane vulnerabile (istoric de tulburări alimentare).

D) Diete populare restrictive (de menționat critic, pentru alfabetizare nutrițională)

11. Dieta Dukan (hiperproteică, restrictivă) – structurată în faze (atac, croazieră, consolidare, stabilizare), cu avantaje percepute (scădere

rapidă) și riscuri (restrictivă, potențial „yo-yo”, constipație, impact renal/hepatic la persoane vulnerabile). Ai deja prezentarea cu faze și concluzii.

4_Dieta Dukan

12. Paleo – elimină alimente procesate, dar poate deveni restrictivă; utilă doar dacă e adaptată echilibrat.
13. Detox/cleanse – populară, dar de obicei slab justificată științific; risc de relație rigidă și aport insuficient.

E) Diete medicale (indicații specifice)

14. Low-FODMAP – pentru simptome de colon iritabil; se aplică etapizat, temporar și ideal cu specialist.
15. Fără gluten – strict necesară în boala celiacă; altfel, doar selectiv.
16. Diabet (model cu control carbohidrați / „plate method”) – adaptare pentru control glicemic.
17. Renală / hepatică / cardiacă – dietoterapie individualizată, nu protocol general.

F) Planuri „pe 7 zile” din materialele tale (de inclus ca exemple didactice, cu avertismente)

18. Dieta pentru slăbire rapidă – 7 zile (hipocalorică ~1200–1400 kcal/zi menționată în document; recomandată temporar, max. 1–2 săptămâni) – structură pe zile + recomandări de hidratare și evitarea procesatelor.

Dieta_7_Zile_Slabire_Rapida

19. Dieta pentru îngrășare – 7 zile (hipercalorică, cu accent pe grăsimi bune, lactate integrale, smoothie-uri și exerciții de forță) – structură pe zile + recomandări generale.

Dieta_7_Zile_Ingrasare

Recomandare editorială pentru anexă (ca notă în carte): planurile de 7 zile sunt utile ca exercițiu didactic (structură, porționare, ritm), dar nu trebuie prezentate ca soluții universale; se menționează riscurile dietelor rapide: aderență scăzută, efect yo-yo, rigidizare cognitivă, risc crescut la persoane cu vulnerabilitate la tulburări alimentare.

BIBLIOGRAFIE

- 1.American Psychiatric Association (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- 2.Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press.
- 3.Garner, D. M. (2012). *Eating Disorder Inventory-3*. Psychological Assessment Resources.
- 4.Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). *Causes of Eating Disorders*. Annual Review of Psychology.
- 5.Treasure, J., Schmidt, U., & van Furth, E. (2003). *Handbook of Eating Disorders*. Wiley.
- 6.WHO (2023). *Obesity and overweight*.
- 7.Hill, J. O., & Peters, J. C. (1998). *Environmental contributions to the obesity epidemic*. Science.
- 8.Herman, C. P., & Polivy, J. (2004). *Eating Regulation in Obesity*.
- 9.Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. McGraw-Hill.
- 10.Adam, T. & Epel, E. (2007). *Stress, eating and the reward system*. Physiology & Behavior.
- 11.Cash, T. F. (2011). *Body Image: A Handbook of Science, Practice and Prevention*.

- 12.Grogan, S. (2016). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*.
- 13.Ghid. Siguranța utilizării aditivilor alimentari în produsele alimentare. C.A.Zagreanu. București,2016
- 14.Banu C-tin. – Manualul inginerului de industrie alimentară, Ed. Tehnică, București, 2002.
15. Banu C-tin., coord. – Aditivi și ingrediente pentru industria alimentară, Ed.Tehnică, București, 2003.
- 16.Moss, Michael – "Salt, Sugar, Fat: How the Food Giants Hooked Us" (Carte esențială despre ingineria alimentară menită să creeze dependență).
- 17.Gearhardt, A. N., et al. – Studiile legate de "Yale Food Addiction Scale" (Instrumentul standard pentru măsurarea dependenței de mâncare).
- 18.Elsevier,Pathophysiology,Volume 25, Issue 4, December 2018, Pages 263-276,"Food additives, food, and the concept of "food addiction": Is the stimulation of the brain's reward circuit by food enough to trigger addiction?", IA.Y. Onaolapo, O.J. Onaolapo b. 1. Carr, A., Tehamiwica, K., Lafleur, O., & Cowan, M. (2020).
- 19.Chassing, B., Koren, O., & Goodrich, J. K. (2015).Dietary emulsifiers impact the human gut microbiota, promoting colitis and metabolic syndrome.
- 20.Cryan, J. F., et al. (2019).The microbiota–gut–brain axis. Physiological Reviews, 93(4), 1877–2013.
21. Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003).Eating disorders.

22. Guo, W., et al. (2024). De la microbiota intestinală la creier: implicațiile asupra tulburărilor de alimentație compulsivă.
23. Herman, Z., et al. (2015) Nutrigenomica. Genomica greutății. Genetica și epigenetica tulburărilor de alimentație.
24. Iovann, M. (2002). Gut and obesity-related metabolic disorders. Tulburările de alimentație compulsivă și obezitatea.
25. Jahan, F. (2010). Nitrogenous and nitrogenites. Iranian Journal of Public Health.
26. McClelland, J., Robinson, L., Potterton, R., Schmidt, U., & Wampold, V. (2020). Traiectorii neurobiologice în tulburările de alimentație: o analiză de rețea a studiilor non-clinice de achiziție alimentară. Vol. 63(1).
27. Michele, P. S., & Kylander, M. (2015). Bulimia nervoasă.
28. Trench, M. (2008). Nitrogenanții și nitrozaminele în sănătatea genomului. Food and Chemical Toxicology.
29. Warner, J. O., & Cook, A. H. (2024). Aditivii alimentari artificiali: pericole și adevăruri pe termen lung.
30. Calvo, H. S., Woloshleg, A. J., & Tucker, K. L. (2014). Assessing the health impact of plastics in the food supply. Academic Press.
31. Contento, I. R. (2016). Nutrition education: Linking research, theory and practice. Jones & Bartlett Learning.
32. World Health Organization. (2021). Self-care interventions for health. World Health Organization.

- 33.Volkow, N. D., Wang, G.-J., Fowler, J. S., & Tomasi, D. Sistemul de recompensă și dopamina (nucleus accumbens) .“ 2012.Food and drug reward: overlapping circuits in human obesity and addiction.”
- 34.Berridge, K. C., & Robinson, T. E. 2016.“Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction.”
- 35.DiNicolantonio, J. J., O’Keefe, J. H., & Wilson, W. L. 2018 “Sugar addiction: is it real?”
- 36.Johnson, P. M., & Kenny, P. J.,2010 Aditivi, palatabilitate și consum excesiv
- 37.Gearhardt, A. N., Davis, C., Kuschner, R., & Brownell, K. D. 2011“The addiction potential of hyperpalatable foods.”
- 38.Jinap, S., & Hajeb, P.,2010 “Glutamate. Its applications in food and contribution to health.”
- 39.Avena, N. M., Rada, P., & Hoebel, B. G.,2009 Învățare asociativă, sevraj și toleranță
- 40.Nora Volkow (NIDA,2024): Studiile imagistice (PET scans) care arată desensibilizarea receptorilor D2 la persoanele obeze.
- 41.Ashley Gearhardt (Yale,2025): Dezvoltarea conceptului de "Food Addiction" și validarea clinică.
- 42.Bart Hoebel (Princeton,2025): Studiile pe modele animale care demonstrează sevrajul somatic la zahăr.

43. The North American Menopause Society (NAMS). The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society. Menopause, 2022.
44. Santoro, N., et al. Mechanisms of menopause and its clinical consequences. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2015.
45. Brown, W. J., et al. Menopause and the risk of weight gain. International Journal of Obesity, 2009.
46. WHO – World Health Organization. Research on the Menopause in the 1990s.
47. Jacka, F. N. Nutritional psychiatry: where to next? The Lancet Psychiatry, 2017.
48. Messina, M. Soy foods, isoflavones, and the health of postmenopausal women. American Journal of Clinical Nutrition, 2014.
49. Autoritatea Europeană pentru Siguranța Alimentară (EFSA)– Rapoarte periodice de reevaluare a aditivilor, 2022.
50. McCann D. et al. (2007). "Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomised, double-blinded, placebo-controlled trial" – The Lancet.
51. Chassaing B. et al. (2015). "Dietary emulsifiers impact the mouse gut microbiota promoting colitis and metabolic syndrome" – Nature.
52. Kayaoğlu K, Göküstün KK, Ay E. Evaluation of the relationship between food addiction and depression, anxiety, and stress in university students: A crosssectional survey. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2023;36:256–62.

53. IARC Monographs – Evaluarea riscurilor cancerigene ale nitriților și nitraților, 2010.
54. Najem J, Saber M, Aoun C, El Osta N, Papazian T, Rabbaa Khabbaz L. Prevalence of food addiction and association with stress, sleep quality and chronotype: A cross-sectional survey among university students. Clin Nutr. 2020;39:533–9.
55. . Perignon M, Vieux F, Soler L-G, Masset G, Darmon N. Improving diet sustainability through evolution of food choices: review of epidemiological studies on the environmental impact of diets. Nutr Rev. 2017;75:2–17.
56. Rossi AA. Tying Food Addiction to Uncontrolled Eating: The Roles of Eating Related Thoughts and Emotional Eating. Nutrients [Internet]. Multidisciplinary Digital Publishing Institute; 2025.
57. Vargare H, Gokhale D, Phalle A, Jadhav S. Assessing the magnitude and lifestyle determinants of food addiction in young adults. Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes. 2025