

Tulburările alimentare

DEDICĂM SĂPTĂMÂNA 1-7 MARTIE 2021 CONȘTIENȚIZĂRII PREZENȚEI ȘI IMPACTULUI TULBURĂRILOR ALIMENTARE



DEFINIȚIE

Conform Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), tulburările alimentare și de alimentație (ED/EDs) sunt caracterizate de dereglarea persistentă a alimentației sau a comportamentului de alimentare, din care rezultă afectarea consumului și absorbției alimentelor cu impact semnificativ asupra sănătății fizice și funcționării psihosociale.



- Toate tulburările alimentare pot conduce la deces (prin ingestie de substanțe toxice, prin malnutriție, inanție sau complicații asociate).
- Sunt unele dintre tulburările mentale cu cea mai crescută rată de mortalitate (Arcelus, Jon et al, 2011)

CINE?

Oricine (indiferent de vârstă, rasă, gen, experiență)



DE CE?



CARACTERISTICI PSIHOLOGICE ȘI COMPORTAMENTALE COMUNE

- preocupare excesivă asupra/tăinuire a meselor
- stimă de sine redusă
- hipervigilență asupra examinării din partea celorlalți
- iritabilitate și labilitate afectivă
- oboseală
- retragere socială
- rușine, vinovăție și anxietate

! Chiar dacă reperul popular este **greutatea** neobișnuită, reține că EDs sunt tulburări mentale. Cel mai frecvent prezența lor este vizibilă la prima vedere doar în situațiile deja extrem de critice!

! Deși **obezitatea** se asociază cu numeroase tulburări mentale, fie ca factor de risc, fie ca rezultat, ea nu este considerată o tulburare mentală!



Asemănări cu tulburările de consum de substanțe:

- au la bază aceleași sisteme neuronale implicate în autocontrol și motivație-recompensă
- *craving* (poftă incontrollabilă)
- pattern de comportament compulsiv

CLASIFICARE (DSM-5)

1 PICA

Ingestia de substanțe non-nutritive pe o perioadă de peste 1 lună (A), inadecvată dpdv al nivelului de dezvoltare (B), nereglementată cultural (C), cu severitate clinică (D).

Comorbiditate: tulburarea de spectru autist, dizabilitatea intelectuală, schizofrenia, tulburarea obsesiv-compulsivă.

RUMINAȚIA (MERYCISM)

Regurgitarea repetată a mâncării pe o perioadă de peste 1 lună (A), independent de prezența unei condiții medicale cauzatoare (B) și a altor tulburări alimentare (C), cu severitate clinică (D).

Comorbiditate: tulburarea generalizată de anxietate.

2 TULBURAREA DE EVITARE/RESTRIȚIONARE A CONSUMULUI ALIMENTAR (ARFID)

Perturbare alimentară și de alimentație soldată cu pierderea semnificativă în greutate și/sau deficiență nutrițională semnificativă și/sau dependență enterică și/sau interferență în funcționarea psihosocială (A), neexplicată de indisponibilitatea hranei sau cultural (B), independent de alte tulburări alimentare (C) și de prezența unei condiții medicale, prezentând de sine-stătătoare severitate clinică (D). Refuzul alimentelor poate fi uneori bazat pe criterii de aversiune senzorială sau pe fond emoțional.

Comorbiditate: tulburări de anxietate, tulburarea de spectru autist, tulburarea deficitului de atenție cu/fără hiperactivitate, dizabilitatea intelectuală.



4 ANOREXIA NERVOSA (AN)

Restricționarea aportului de energie relativ la necesitățile tipice contextului, soldată cu pierdea semnificativă în greutate (**A**), perseverarea în comportamente ce sprijină pierdea în greutate pe fondul unei frici intense de a lua în greutate (**B**), perturbare de autoevaluare, percepție și experimentare a formei și greutateii propriului corp (**C**). Poate fi de tip restrictiv (bazat pe dietă, post, exercițiu fizic) sau de tip evacuativ (vomitat autoindus, purgative, laxative, diuretice). Bazată pe **BMI<17**.

Comorbiditate: tulburarea bipolară, depresivă, de anxietate, uneori OCD sau dependență de substanțe.

5 BULIMIA NERVOSA (BN)

Episoade recurente de hiperfagie a unei cantități semnificativ mare de mâncare, cu sentimentul pierderii controlului (**A**), urmate de comportamente de compensare (cel mai frecvent vomitat) (**B**) de cel puțin o dată pe săptămână timp de 3 luni (**C**), fiind marcate de autoevaluare excesivă a formei și greutateii propriului corp (**D**), independent de anorexia nervosa (**E**). Bazată pe **18<BMI<30**.

Comorbiditate: simptome depresive și anxioase, tulburare depresivă, tulburare borderline, tulburare bipolară, consum de substanțe asociat.

6 TULBURAREA "BINGE-EATING" (BED)

Episoade recurente de hiperfagie a unei cantități semnificativ mare de mâncare, cu sentimentul pierderii controlului (**A**), asociate cu cel puțin trei caracteristici: rapiditatea ingerării, discomfort, consumul hranei fără senzația de foame, rușine și autodezgust, deprimare și vinovăție (**B**), marcată tensiune și distress (**C**), de cel puțin o dată pe săptămână timp de 3 luni (**D**), fără comportamente de compensare și independent de AN sau BN. Asociat cu **BMI normal, supraponderal și obezitate**.

Comorbiditate: tulburare bipolară, tulburare depresivă, tulburări anxioase, consum de substanțe asociat.

7 ALTE TULBURĂRI ALIMENTARE SPECIFICE (OSFED)

- AN atipică (greutatea este normală);
- BN cu frecvență și durată limitată;
- BED cu frecvență și durată limitată;
- Sindromul de evacuare (prin vomitat autoindus, purgație indusă prin laxative, diuretice);
- Sindromul de alimentare nocturnă.

8 ALTE TULBURĂRI ALIMENTARE NESPECIFICE (EDNOS)

DIFERENȚIATORI

- greutate
 - redusă (ARFID, AN)
 - în limite (BN, OSFED)
 - în limite și peste (BED)
- tipul de hrană
 - nutritiv
 - non-nutritiv (vezi Pica)
- preocuparea pentru forma & greutatea corpului
 - prezentă (AN, BN)
 - absentă
- cantitatea de hrană
 - restricționată (vezi ARFID, AN de tip restrictiv)
 - excesivă (vezi BN și BED)
- comportamentele de evacuare
 - prezente (Rumație, AN evacuativ, BN)
 - absente (BED)

Dacă nu pot controla ceea ce mănânc, atunci cum aș putea controla orice alt aspect al vieții mele?



Nu eticheta! Chiar dacă persoana întrunește (sau nu) criteriile pentru o ED în totalitate, acestea sunt doar **o colecție de simptome care orientează intervenția**, dar NU SUNT persoana.

O persoană nu este diagnosticul său, iar planul de tratament ar trebui să evidențieze cât mai precis **resursele specifice** acesteia în a reduce simptomatologia.



Recuperarea este cu atât mai rapidă, eficace și susținută cu cât intervenția este mai timpurie.

Nu aștepta!



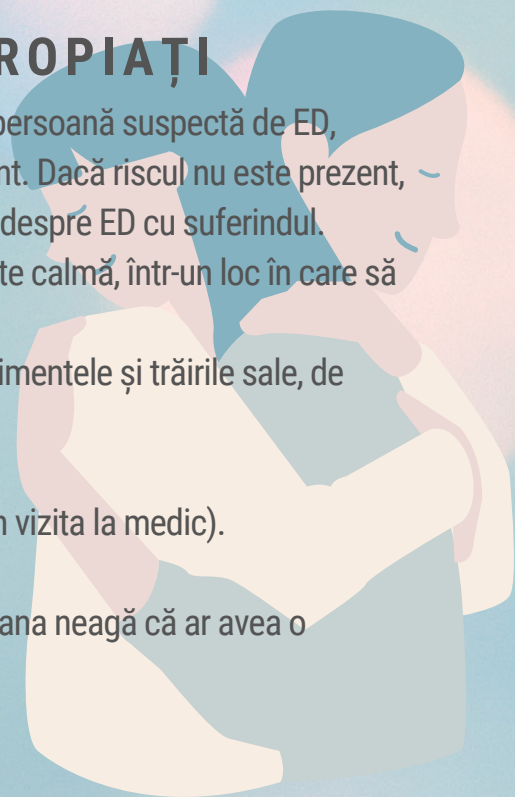
Nu este vorba despre mâncare! EDs sunt despre mâncare în măsura în care aceasta reprezintă soluția suferindului în a simți că deține controlul.



PRIMUL PAS DIN PARTEA CELOR APROPIAȚI

Atunci când primești o solicitare privind modalitatea de interacțiune cu o persoană suspectă de ED, evaluează gradul de risc al cazului pe baza informațiilor oferite de solicitant. Dacă riscul nu este prezent, oferă-i recomandările de mai jos, pentru ca acesta să poată iniția dialogul despre ED cu suferindul.

- Abordează persoana de care ești îngrijorat(ă) atunci când aceasta este calmă, într-un loc în care să se simtă în siguranță, între patru-ochi, și nu înainte sau după masă.
- Cea mai bună abordare se centrează pe îngrijorarea ta legată de sentimentele și trăirile sale, de starea sa de bine.
- Evită să te legi de imagine (greutate și aspectul corpului).
- Oferă-ți disponibilitatea să asculți sau să însoțești (în simțire și/sau în vizita la medic).
- Valorizează și încurajează.
- Inițiază periodic dialogul și păstrează-l deschis, indiferent dacă persoana neagă că ar avea o problemă.
- Menține legătura cu un specialist.



SCHEMA DE INTERVENȚIE ȘI TRATAMENT

Include, dar nu se rezumă la:

- Confirmare pentru suspiciunea/ipoteza prezenței ED
- Identificarea contextului/lor social(e) în care se petrece
- Evaluarea cazului și trimiterea către tratament
- Echipă multidisciplinară & coordonare a serviciilor pe cât posibil
 - psiholog clinician,
 - psihiatru,
 - dietetician,
 - consilier
- Informarea generală
 - adaptată vârstei,
 - nivelului de dezvoltare și
 - gravității situației
- Explicarea situațiilor de risc în care consimțământul și confidențialitatea pot fi încălcate
- Stabilirea rețelei de sprijin
 - pot fi membrii familiei, partenerul, prietenii, colegii, profesorii sau superiorii
- Implicarea membrilor familiei și/sau apropiaților
- Gestionarea tulburărilor alimentare & comorbidităților prin tratamente evidence-based specifice diagnosticului
- Majoritatea intervențiilor includ:
 - psihoeducație despre tulburare
 - dezvoltare de obiceiuri de hrănire sănătoase
 - abilitare în reglare emoțională
 - monitorizarea greutății, a sănătății fizice & mentale și a factorilor de risc



TRATAMENTELE EVIDENCE-BASED

Divizia 12 APA/Society of Clinical Psychology (SCP) recunoaște următoarele intervenții care adresează ED cu rigoarea științifică necesară. Redăm aici doar tratamentele susținute de dovezi puternice:

- AN: Family-Based Treatment, (Cognitive Behavioral Therapy *moderate, adulți)
- BN: Interpersonal Psychotherapy, Cognitive Behavioral Therapy
- BED: Interpersonal Psychotherapy, Cognitive Behavioral Therapy

Terapii care cumulează tot mai multe dovezi: Dialectical-behavioral therapy (DBT), Integrative Cognitive Affective Therapy (ICAT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Neurocognitive and neuromodulation treatments, Third-Wave Behavior Therapy and Mindfulness-Based Interventions, Couples-based approaches, Maudsley anorexia treatment for adults (MANTRA), Regulating emotions and changing habit (REaCH) (Pisetsky, E. M. et al., 2019).

CINE SUFERĂ?

Deși ED afectează aparent doar persoana în cauză, ele au consecințe asupra:

- membrilor familiei
- partenerilor
- prietenilor
- colegilor
- tuturor apropiaților

Fiindcă de cele mai multe ori, familia și apropiații fac parte activă din intervenție, este foarte important să monitorizezi îndeaproape starea și nivelul de informare al acestora (Hibbs, R., Rhind, C., Leppanen, J. and Treasure, J., 2015):

- Informează despre epuizarea fizică și emoțională pe care le vor trăi și încearcă să previi sentimentele de vinovăție asociate. Explică de ce o persoană care are la rândul ei nevoie de grijă, nu poate oferi ajutor.
- Identifică problemele care ar putea apărea și discută posibile soluții pentru acestea:
 - conflicte mai dese,
 - stigmă & întrebări nedorite,
 - lipsa timpului pentru sine.



PREDICTORI AI SUCCESULUI TRATAMENTULUI

- cel mai robust predictor la încheiere (EoT) și follow-up pare a fi modificarea simptomului la inițierea tratamentului (mecanism mediator).
- alți predictorii simpli asociați cu rezultate mai bune la EoT și follow-up par a fi:
 - valoarea BMI mai înaltă,
 - un număr mai redus al comportamentelor binge/de evacuare,
 - motivație mai crescută de recuperare,
 - scor mai scăzut la depresie,
 - preocupare mai scăzută legată de greutatea și/sau aspectul corpului,
 - număr mai redus de tulburări în comorbiditate,
 - funcționare interpersonală mai bună,
 - probleme familiale mai puține.
- rata de abandon pare a fi prezisă de număr mai crescut al comportamentele binge/de evacuare și de motivație mai scăzută de recuperare.

Vall, E., & Wade, T. D. (2015)

EVALUAREA

Evaluarea EDs

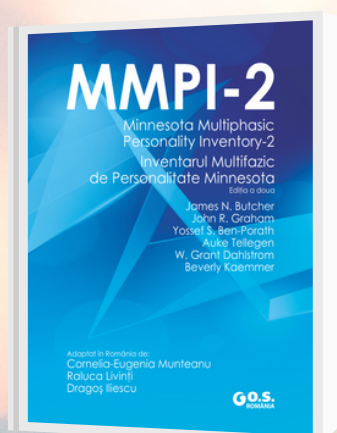
- pe baza **criteriilor simptomatologice** (de exemplu, DSM-5)
- pe baza rezultatelor la **screening** (atenție! se utilizează în faza preliminară și doar în scopul în care au fost create; fiind forme auto-evaluative sunt susceptibile negării tipice ED); exemple:
 - Eating Attitudes Test 26 (EAT-26) (Garner et al. 1982),
 - Eating Attitudes Test 40 (EAT-40) (Garner & Garfinkel, 1979) (eficient în screening-ul AN),
 - Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE) (eficient în screening-ul BN),
 - Body Shape Questionnaire (BSQ) (imaginea corporală),
 - Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ)
- pe baza **dimensiunilor relevante**, cum ar fi:
 - riscul de mortalitate & în consecință, prioritățile tratamentului
 - inadaptația/inadecvarea globală (frici de maturitate și responsabilitatea vieții de adult)
 - problemele afective (dificultăți de reglare emoțională, alienare, stimă de sine scăzută)
 - problemele interpersonale (izolare, ascetism, nesiguranță în relații)
 - hipercontrolul (perfecționism)
 - deficitul interoceptiv (imposibilitate de a discrimina între senzații și emoții, între foame și sațietate; aspirație către aspectul "macru", lipsă de satisfacție privind aspectul fizic)
 - ineficiență
 - prezența traumei/pierderii în istoricul de viață

Evaluarea comorbidității

Evaluarea tulburărilor de personalitate și psihopatologice (inclusiv EDs)

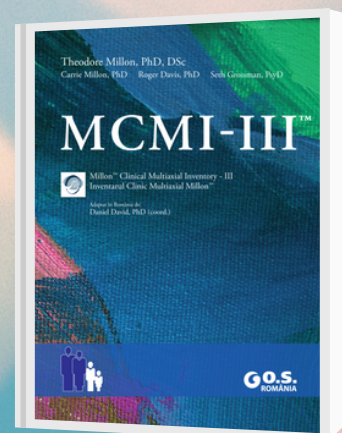
Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-2 (MMPI®-2):

- identifică pattern-uri predictive EDs, similare prin top 3 elevații ale scalelor pentru grupurile diagnostice ED (fiind în ordine 2, 7 și 3, adică Depresie (D), Isterie (Hy) și Psihastenie (Pt)),
 - **codul modal ED principal 2-7/7-2:** caracterizat de sindromul de distress (o combinație mixtă de trăsături anxioase și depresive), cât și stimă de sine redusă, vină, îngrijorare, ruminare cu privire la inadecvarea personală și posibile comportamente obsesiv compulsive
 - **codul modal ED secundar 2-3/3-2:** caracterizat marcat de depresie, neajutorare, defense isteroide, lipsă de insight, supracontrol emoțional, dependențe, rezistență la intervențiile psihologice, cronicizare a problemelor
- analizele statistice multivariate care au luat în considerare și scalele de validitate și suplimentare ale testului au indicat și că acesta distinge inclusiv între subtipurile EDs. (Cumella, A. et al., 2000)



Millon® Clinical Multiaxial Inventory - III (MCMI®-III)

- testul a fost utilizat pentru a determina prevalența tulburărilor de personalitate în rândul pacienților cu EDs și a identificat că 84% dintre aceștia corespundeau criteriilor unei tulburări de Axa II (Norman, Blais, and Herzog, 1993 în Woodka, 1999); testul folosește scoruri *base rate*, iar un scor BR peste 75 are semnificație clinică și include itemi specifici EDs
- cele mai frecvente co-diagnostice EDs sunt BPD (mai ales cu BN) și OCD (mai ales cu AN)
- în cadrul comparațiilor inter EDs, pentru femei, combinația mixtă **AN+BN** a prezentat elevații pentru pentru scalele **Schizoid** și **Schizotipal**, în vreme ce **BN** a avut scoruri mai înalte pentru **BPD** (Kennedy, McVey, Katz, 1990 în Wiederman, M. & Pryor, T., 1997)
- similar, pentru persoane de ambele sexe, frecvent co-diagnosticul pentru **BN** a fost **Dependent** și **Histrionic**, iar pentru **AN+BN**, **Schizoid** și **Evitant** (Norman, Blais, and Herzog, 1993 în Wiederman, M. & Pryor, T., 1997)
- femeile cu **AN** au obținut scoruri elevate la scalele **Dependent** și **Compulsiv**, și scoruri mai reduse la **Narcisist**, **Pasiv-agresiv** și **Borderline** comparativ cu **BN**; comparativ cu restul grupurilor **AN** restrictiv a avut elevații mai scăzute pentru **Antisocial** și **Sadic** (Michael W. Wiederman & Tamara L. Pryor, 1997)



EVALUAREA (continuare)

Evaluarea tulburărilor de personalitate și psihopatologice (inclusiv EDs)

Millon® Clinical Multiaxial Inventory - III (MCMI®-III)

- au fost izolate trei profiluri specifice de personalitate psihopatologică pentru femei cu EDs și a fost evidențiat că există varianță considerabilă în subdiagnosticele EDs, ceea ce conduce la imposibilitatea de a atribui profilurile altfel decât specific individual:
 - Factorul înalt funcțional (elevații subclinice, scor redus ED) 16.9%
 - Factorul subcontrolat/dezorganizat 49.1%
 - Factorul supracontrolat/evitant 34%

Espelage, D. L., Mazzeo, S. E., Sherman, R., și Thompson, R. (2002)

Millon® Adolescent Clinical Inventory (MACI®)

- testul include scale specifice EDs: **Dezaprobare corporală și Disfuncții alimentare**, dar aportul său nu se rezumă la raportarea izolată la scorurile dimensiunilor specificate
- heterogenitatea personalității poate afecta expresia patologică, tratamentul optim și patternul de comorbiditate al EDs;
- trei tipuri au fost identificate pentru adolescenți (confirmând studiul menționat anterior):
 - **Dramatic, Egoist, Conformist** (înalt funcțional)
 - **Introvert, Inhibat, Trist, Auto-devalorizare** (supracontrolat/evitant) / **Internalizat/Externalizat**
 - **Insubordonat, Puternic, Opoziționist, Tendințe borderline** (subcontrolat/dezorganizat) / **Externalizat** cu agresivitate, consum de substanțe, impulsivitate

Hopwood CJ, Ansell EB, Fehon DC, Grilo CM (2010)



Positive and Negative Syndrome Scale® (PANSS®)

- EDs premorbide ar putea defini un subtip specific de schizofrenie mai comun în rândul femeilor
- prezența unor simptome psihotice mai severe și a unui IQ mai înalt, în pofida afectării funcționalității și a prezenței simptomelor negative, sugerează o patofiziologie distinctă
- în evaluarea riscului pentru schizofrenie, dar și în cazul rezistenței la tratament se recomandă evaluarea EDs premorbide

Malaspina, D., Walsh-Messinger, J., Brunner, A., Rahman, N., Corcoran, C., Kimhy, D., Goetz, R. R., & Goldman, S. B. (2019)

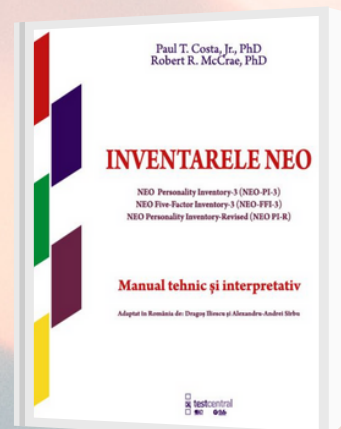


Evaluarea trăsăturilor de personalitate

NEO® Personality Inventory, Third Edition (NEO®-PI-3)

NEO® Five-Factor Inventory-3 (NEO®-FFI-3)

- pe baza Five-Factor-Model (FFM) s-au identificat trei profiluri de personalitate în rândul ED
 - **Rezilient/Înalt funcțional** (fără elevații clinice ale factorilor)
 - **Subcontrolat/Emoțional dezorganizat** (scor înalt la **Nevrotism**, scoruri reduse la **Conștiinciozitate și Agreabilitate**) c
 - **Supracontrolat/Restrictiv** (scoruri înalte la **Nevrotism și Conștiinciozitate**, scor redus la **Deschiderea la experiență**)
- nu doar factorii de personalitate își aduc aportul în înțelegerea EDs, ci și fațetele (cu precădere **Încrederea (A1)**, **Dorința de realizare (C4)** și **fațetele Nevrotismului**) (Levallius, J., Clinton, D., Bäckström, M. et al., 2015)
- există dovezi robuste privind legăturile dintre trăsăturile de personalitate și EDs la **adolescenți**, iar acest lucru ar putea conduce la o mai bună înțelegere a etiologiei și factorilor de menținere a EDs (Dufresne, L., Bussières, E. L., Bédard, A., Gingras, N., Blanchette-Sarrasin, A., & Bégin PhD, C. (2020)



Evaluarea simptomatologiei depresive & a stimei de sine

- ADULȚI
 - Hamilton Depression Inventory® (HDI®)
 - Quality of Life Inventory® (QOLI®)
 - Coopersmith® Self-Esteem Inventory for Adults® (CSEI-A®)
- COPII
 - Child Depression Inventory® (CDI®)
 - Coopersmith® Self-Esteem Inventory for students® (CSEI-S®)

Evaluarea simptomatologiei anxioase

- ADULȚI
 - State-Trait Anxiety Inventory® Y Form (STAI® - Y)
- COPII
 - State-Trait Anxiety Inventory® Form for Children (STAI® - C)
 - Multidimensional Anxiety Scale for Children® (MASC®)



SURSE ȘI RESURSE:

Definiții

American Psychiatric Association. (2013). Feeding and Eating Disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm10>

- Rezumatul capitolului ED conform DSM-5:
https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DS_M-5-Eating-Disorders.pdf
- Sumar al diagnosticelor DSM-5: ED, elaborat de Academy for Eating Disorders (AED): <https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AEDWEB/27a3b69a-8aae-45b2-a04c-2a078d02145d/UploadedImages/Learn/DSM5September2016Final.pdf>

Mortalitate

Arcelus, Jon et al. "Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies." *Archives of general psychiatry* 68,7 (2011): 724-31. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>

Ghiduri

- Ghid de consimțământ - Reference guide to consent for examination or treatment, Second edition, Department of Health (2009)
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/138296/dh_103653_1_.pdf
- Ghid de intervenție - National Institute for Health and Care Excellence ("NICE"): Eating disorders: recognition and treatment guideline (actualizat la 16 decembrie 2020) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>

Intervenții adresate apropiaților

Hibbs, R., Rhind, C., Leppanen, J., & Treasure, J. (2015). Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: a meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 48(4), 349–361. <https://doi.org/10.1002/eat.22298>

Tratamentele evidence-based

Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199–216. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.199>

Potrivit Diviziei 12 APA/Society of Clinical Psychology (SCP), cf ultimelor evaluări 1998, 2015:

- FAMILY-BASED TREATMENT FOR ANOREXIA NERVOSA
<https://div12.org/psychological-treatments/treatments/family-based-treatment-for-anorexia-nervosa/>
- COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR ANOREXIA NERVOSA
<https://div12.org/psychological-treatments/treatments/cognitive-behavioral-therapy-for-anorexia-nervosa/>
- COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR BULIMIA NERVOSA
<https://div12.org/psychological-treatments/treatments/cognitive-behavioral-therapy-for-bulimia-nervosa/>
- INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY FOR BULIMIA NERVOSA
<https://div12.org/psychological-treatments/treatments/interpersonal-psychotherapy-for-bulimia-nervosa/>
- COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR BINGE EATING DISORDER
<https://div12.org/psychological-treatments/treatments/cognitive-behavioral-therapy-for-binge-eating-disorder/>
- INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY FOR BINGE EATING DISORDER
<https://div12.org/psychological-treatments/treatments/interpersonal-psychotherapy-for-binge-eating-disorder/>

Tratamente alternative emergente EDs

Hay P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *The International journal of eating disorders*, 46(5), 462–469. <https://doi.org/10.1002/eat.22103>

Pisetsky, E. M., Schaefer, L. M., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2019). Emerging Psychological Treatments in Eating Disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(2), 219–229. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.005>

Resurse privind EDs și COVID19

Waller, G., Pugh, M., Mulkens, S., Moore, E., Mountford, V. A., Carter, J., Wicksteed, A., Maharaj, A., Wade, T. D., Wisniewski, L., Farrell, N. R., Raykos, B., Jorgensen, S., Evans, J., Thomas, J. J., Osenk, I., Paddock, C., Bohrer, B., Anderson, K., Turner, H., ... Smit, V. (2020). Cognitive-behavioral therapy in the time of coronavirus: Clinician tips for working with eating disorders via telehealth when face-to-face meetings are not possible. *The International journal of eating disorders*, 53(7), 1132–1141. <https://doi.org/10.1002/eat.23289>

Weissman, R. S., Bauer, S., & Thomas, J. J. (2020). Access to evidence-based care for eating disorders during the COVID-19 crisis. *The International journal of eating disorders*, 53(5), 369–376. <https://doi.org/10.1002/eat.23279>

Predictori ai succesului

Vall, E., & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 48(7), 946–971. <https://doi.org/10.1002/eat.22411>

Screening EDs

Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979 May;9(2):273-9. doi: [10.1017/s0033291700030762](https://doi.org/10.1017/s0033291700030762). PMID: 472072.

- EAT tools: <https://psychology-tools.com/test/eat-26>
- EAT-40: <https://www.eat-26.com/eat-40/>
- EAT-26: <https://www.eat-26.com/eat-26/>

Thelen, M.H., Farmer, J., Wonderlich, S., & Smith, M. (1991). A revision of the bulimia test : the BULIT-R. *Psychological Assessment*, 3, 119-124.

- BULIT-R: https://www.researchgate.net/profile/Jillon-Vander-Wal/publication/232598686_The_Bulimia_Test_-_Revised_Validdation_with_DSM-IV_criteria_for_Bulimia_nervosa/links/0c96052053332da053000000/The-Bulimia-Test-Revised-Validdation-with-DSM-IV-criteria-for-Bulimia-nervosa.pdf

Orlandi E, Mannucci E, Cuzzolaro M; SISDCA-Study Group on Psychometrics. Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE). A validation study of the Italian version. *Eat Weight Disord*. 2005 Mar;10(1):e14-20. doi: [10.1007/BF03354662](https://doi.org/10.1007/BF03354662). PMID: 16682850.

- BITE: <https://redwillowcounseling.com/wp-content/uploads/2020/07/Bulimic-Investigatory-Test.docx..pdf>

Cooper, P.J., M.J. Taylor, Z. Cooper & C.G. Fairburn (1986). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders* 6: 485-494.

- BSQ: https://www.researchgate.net/publication/235431973_Body_Shape_Questionnaire_BSQ-14_an_Italian_version
<https://www.psyctc.org/psyctc/psyctc-org-home/instruments/body-shape-questionnaire-bsq/>

Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of psychosomatic research*, 29(1), 71–83. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90010-8)

- TEFQ: <https://wp.ufpel.edu.br/renataabib/files/2018/07/Three-factor-eating-original.pdf>

IMPORTANT

Prezentul infografic are scop exclusiv informativ. Prin natura sa, el nu este complet, deși încearcă să reprezinte poziția comunității științifice privind EDs. Te rugăm să te documentezi temeinic din sursele oficiale privind EDs, fie să apelezi la ajutorul unui specialist cu experiență în intervenția și tratamentul ED. Acest infografic îți va servi cel mai probabil pentru a-ți forma vocabularul de strictă necesitate și a-ți orienta primii pași în documentarea mai amănunțită.

Evaluarea EDs și a comorbidității

Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-2 (MMPI®-2)

Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., & Dahlstrom, W. G. adaptat de Munteanu, C., Liviņi, R., Iliescu, D. (2012). Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)(rev. ed.) Inventarul multifazic de personalitate Minnesota-2: manual, Ed. a 2-a. - București, O.S. România, 2012.

<https://testcentral.ro/test/minnesota-multiphasic-personality-inventory-2>

- Woodka, Roseann M., "Screening for Eating Disorders Utilizing the Minnesota Multiphasic Personality Inventory" (1999). Dissertations. 1559.
<https://digitalcommons.andrews.edu/dissertations/1559>
Subscala ED propusă: <https://digitalcommons.andrews.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2558&context=dissertations>
- Edward J. Cumella, A. David Wall & Noëlle Kerr-Almeida (2000). MMPI-2 in the Inpatient Assessment of Women With Eating Disorders, *Journal of Personality Assessment*, 75:3, 387-403, DOI: [10.1207/S15327752JPA7503_03](https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7503_03).
- **Codurile modale 2-7/7-2 și 2-3/3-2** pentru ED, disponibile la paginile 14 și 13: <https://www.upress.umn.edu/test-division/mtdda/webdocs/mmpi-2-training-slides/interpretation-of-mmpi-2-clinical-scales>

Millon® Clinical Multiaxial Inventory - III (MCMI®-III)

Millon, T., Millon, C., Davis, R., Grossman, S., adaptat de David, D. (2010). Manual tehnic pentru MCMI-III: inventarul clinic multiaxial Millon, București, O.S. România.

<https://testcentral.ro/test/millon-clinical-multiaxial-inventory-iii>

- Michael W. Wiederman & Tamara L. Pryor (1997) MCMI-II Personality Scale Scores Among Women With Anorexia Nervosa or Bulimia Nervosa, *Journal of Personality Assessment*, 69:3, 508-516, DOI: [10.1207/s15327752jpa6903_6](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6903_6)
- Espelage, D. L., Mazzeo, S. E., Sherman, R., & Thompson, R. (2002). MCMI-II profiles of women with eating disorders: a cluster analytic investigation. *Journal of personality disorders*, 16(5), 453-463.
<https://doi.org/10.1521/pedi.16.5.453.22127>

Millon® Adolescent Clinical Inventory (MACI®)

Millon, T., Millon, C., Grossman, S., adaptat de David, D. (2010). Manual tehnic pentru MACI: inventarul clinic pentru adolescenți Millon, București, O.S. România.

<https://testcentral.ro/test/millon-adolescent-clinical-inventory>

- Hopwood CJ, Ansell EB, Fehon DC, Grilo CM (2010). Personality heterogeneity in female adolescent inpatients with features of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry* 51(6):585-591. doi:[10.1016/j.comppsy.2010.03.006](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.03.006)

Positive and Negative Syndrome Scale® (PANSS®)

Kay, R., Opler, L., Fiszben, A, adaptat de Ștefan, S. (2012). Manual tehnic pentru PANSS: Scala de sindrom pozitiv și negativ, București, O.S. România.

<https://testcentral.ro/test/positive-and-negative-syndrome-scale>

- Malaspina, D., Walsh-Messinger, J., Brunner, A., Rahman, N., Corcoran, C., Kimhy, D., Goetz, R. R., & Goldman, S. B. (2019). Features of schizophrenia following premorbid eating disorders. *Psychiatry research*, 278, 275-280.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.035>
- <https://www.psychiatrytimes.com/view/eating-disorders-schizophrenia>

NEO® Personality Inventory, Third Edition (NEO®-PI-3)

McCrae, R., Costa, P., adaptat de Iliescu D. (2019), Inventarele NEO : manual tehnic și interpretativ. Cluj-Napoca, Sinapsis Publishing Projects.

<https://testcentral.ro/test/neo-personality-inventory-third-edition>

- Dufresne, L., Bussi eres, E. L., B edard, A., Gingras, N., Blanchette-Sarrasin, A., & B egin PhD, C. (2020). Personality traits in adolescents with eating disorder: A meta-analytic review. *The International journal of eating disorders*, 53(2), 157-173.
<https://doi.org/10.1002/eat.23183>
- Levallius, J., Clinton, D., B ackstr om, M. et al. Who do you think you are? - Personality in eating disordered patients. *J Eat Disord* 3, 3 (2015).
<https://doi.org/10.1186/s40337-015-0042-6>
- Bollen, E., & Wojciechowski, F. L. (2004). Anorexia Nervosa subtypes and the big five personality factors. *European Eating Disorders Review*, 12(2), 117-121.
<https://doi.org/10.1002/erv.551>

