

PSIHOLOGIA SĂNĂTAȚII

VOLUMUL 2

Coperta: Angelica Mălăescu

Copyright © 2010
Editura Universitară
Director: Drd. Vasile Muscalu
B-dul. N. Bălcescu nr.27-33,
Sector 1, București
Tel./Fax: 021 – 315.32.47 / 319.67.27
www.editurauniversitara.ro
e-mail: redactia@editurauniversitara.ro

EDITURĂ RECUNOSCUTĂ DE CONSILIUL NAȚIONAL AL CERCETĂRII ȘTIINȚIFICE
DIN ÎNVĂȚĂMÂNTUL SUPERIOR (C.N.C.S.I.S.)

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
Psihologia sănătății / coord.: Eugen Avram. - București :
Editura Universitară, 2010
4 vol.
ISBN 978-973-749-942-4
Vol. 2. - ISBN 978-973-749-944-8

81'374.2:811.135.1'282=135.1

© Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate Editurii Universitare.

Distribuție: tel./fax: 021-315.32.47
021-319.67.27
comenzi@editurauniversitara.ro

ISBN 978-973-749-944-8

EUGEN AVRAM

- COORDONATOR -

PSIHOLOGIA SĂNĂȚII

- ABORDĂRI APLICATE -

VOLUMUL 2

COMPORTAMENT DEZADAPTATIV



EDITURA UNIVERSITARĂ
București, 2011

AUTORII

Iuliana Armaș este profesor universitar dr. la Facultatea de Geografie, Universitatea din București (U.B.). Recent a absolvit Facultatea de psihologie în cadrul aceleiași instituții. Este autor al mai multor studii de psihologie environmentală publicate în reviste internaționale, dar și a multor cărți de specialitate. Sub conducerea sa au fost realizate proiecte multidisciplinare de mare anvergură privind cercetarea riscurilor naturale și managementul în situațiile de calamitate. Este fondatorul și directorul Centrului pentru Studii de Risc, Modelare Spațială și Dinamica Sistemelor Terestre și Costiere din cadrul U.B.

Eugen Avram (editor) este Lector univ., doctor în psihologie (o teză de psihologie pozitivă, la Universitatea din București), titular în Catedra de Psihologie a Universității din București și psiholog clinician specialist la Spitalul Clinic de Urgență “Bagdasar-Arseni”, secția Neurochirurgie III. Specializările sale includ (studii de master): managementul sănătății, psihoterapiei cognitiv-comportamentale, psihologie organizațională. De asemenea, a urmat o serie de cursuri de specializare în sisteme de management. Este autor și coordonator a 20 de volume din domeniul sănătății, neuropsihologiei, psihologiei personalității și psihologiei organizaționale, peste 20 de capitole în volume colective, 30 studii în periodice, 3 articole în reviste ISI.

Aurel Ion Clinciu este profesor universitar, Universitatea “Transilvania” din Brașov, doctor în psihologie (cu o teză de neuropsihologie clinică, la Universitatea din București). Mai bine de 20 de ani s-a dedicat neuropsihologiei clinice, având o bogată experiență în evaluarea și consilierea pacienților din Spitalul Brașov. Competența sa cuprinde disciplinele: psihologie generală, neuroștiințe cognitive, metodologia cercetării, psihodiagnostic (autor al unor instrumente incluse în primul catalog românesc de teste), psihologie clinică, psihanaliză. Este autor a peste 40 de studii, 4 volume de specialitate și alte capitole de carte în lucrări colective.

Cristina Ioana Codreanu s-a născut în anul 1976 la Iași, a absolvit Facultatea de Stat de Medicină „Gr.T.Popa” din Iași în anul 2001 și Facultatea de Psihologie din cadrul Universității București în anul 2009. În prezent este medic rezident în anul doi pe specialitatea medicină de familie, în centrul universitar București.

Laurențiu Mitrofan este Conferențiar universitar, doctor în psihologie, Facultatea de Psihologie, Universitatea din București. Este un cunoscut autor pe probleme de psihologie socială, patologie socială, autor a numeroase studii de specialitate. Cărți (selectiv): *Dinamica grupurilor* (Curs Universitar), Editura CREDIS, București, 2006; *Testarea psihologică. Inteligența și aptitudinile* (coautor), Ed. Polirom, Iasi, 2005; *Elemente de psihologie socială*, Ed. SPER, București, 2004; *Dimensiuni ale excluderii sociale* (coautor), Ed. SPER, Colecția Caiete Experimentale nr. 24, București, 2004; *Atracția interpersonală sau Romeo și Julieta în cotidian* (din dosarele X ale Psihologiei Sociale), Ed. SPER, București, 2002; *Prietenia – o cale de dezvoltare și maturizare a personalității*, Ed. SPER, București, 2001.

Aurel George Mohan este medic, preparator universitar doctorand, Universitatea din Oradea, Facultatea de Medicină și Farmacie.

Marius Stanciu a absolvit Facultatea de Științe Politice și Facultatea de Psihologie la Universitatea din București.

Alexandru Tașcu este doctor în științe medicale, medic primar neurochirurg în secția I Neurochirurgie a Spitalului Clinic Bagdasar-Arseni, București. Este șef de lucrări la Catedra de Neurochirurgie Infantilă – UMF „Carol Davila”, București. Are specializări în Israel, Belgia, Franța, competență în Managementul Serviciilor de Sănătate, masterat în Management Sanitar.

Georgiana Ichimescu, Daniela Ionescu, Ioana Teodora Mihai, Cristina Avram, Denisa Florina Neacsu se formează în psihologia clinică la Facultatea de Psihologie/ Universitatea din București.

CUPRINS

Capitolul 1	Laurențiu Mitrofan Cauzele sociale ale tulburărilor de alimentație.....	7
Capitolul 2	Aurel Ion Clinciu Evaluarea dezordinilor alimentare și a insatisfacției corporale la adolescenți.....	24
Capitolul 3	Cristina I. Codreanu Fumatul: fenomen bio- psiho- social.....	40
Capitolul 4	Daniela Ionescu Dependența de droguri	62
Capitolul 5	Marius Stanciu Dependența de alcool din perspectivă evoluționistă.....	83
Capitolul 6	Eugen Avram Tulburări ale personalității.....	113
Capitolul 7	Alexandru Tașcu Fenomene dezadaptative în afecțiunile cerebrale traumatice	124
Capitolul 8	Aurel. G. Mohan Calitatea vieții, stresul și depresia.....	142
Capitolul 9	Iuliana Armaș, Eugen Avram Percepția riscului seismic și vulnerabilitatea umană	161
Capitolul 10	Daniela Ionescu, Georgiana Ichimescu, Denisa F. Neașu, Cristina Avram, Ioana T. Mihai Manifestări ale agresivității.....	175

CAUZELE SOCIALE ALE TULBURĂRILOR DE ALIMENTAȚIE

Laurențiu Mitrofan

1. Efectele psihologice ale imaginii trupului perfect

1.1. Standardele culturale ale frumuseții și perfecțiunii trupului

Societatea în care trăim are o influență marcantă asupra oamenilor. Există numeroase norme, standarde, prescripții și etaloane care stabilesc ceea ce este sau nu acceptat. Cele mai multe etaloane de frumusețe se adresează femeilor. Nu întâmplător femeia este considerată „sexul frumos”.

Dacă ideea de frumusețe a rămas constantă, standardele ei au cunoscut multiple schimbări. Constant a rămas cultul frumuseții și perfecțiunii.

Iată câteva dintre standardele/modelele de frumusețe fizică care au persistat în anumite perioade istorice:

În Evul Mediu idealul feminin era reprezentat de Maria și Eva.

În timpul Renașterii italiene, idealul feminin era zeița Venus. Corpul femeii reflecta sufletul, ceea ce ducea la asumția că femeia frumoasă era cea care putea să își îndeplinească scopul suprem – procreația. Era promovată armonia formelor. În 1539, Augusto Nifo în „Frumusețe și iubire” arată că femeia ideală avea nasul de aceeași lungime cu cea a buzelor, ambele urechi trebuiau să ocupe suprafața gurii deschise, trebuia să aibă o înălțime de opt ori mai mare decât mărimea capului, sânii trebuiau să arate ca o pară pusă invers, trebuia să aibă talie de viespe, umeri largi, șoldurile mari și rotunjite, degetele subțiri, gamba rotunde și picioarele mici. În ceea ce privea fața, ea trebuia să aibă nasul mic și drept; gura mică; ochii, genele și sprâncenele erau negre, ochii și formau un arc perfect de mărimea unei urechi; albe trebuiau să fie mâinile, dinții și pielea; roșii trebuiau să fie unghiile, buzele și obraji. În perioada romantică femeia frumoasă avea ochii verzi, sprâncenele arcuite, gura mică și tenul alb gălbui.

Idealul de frumusețe de la începutul secolului al XX-lea dorea o femeie cu un corp în formă de clepsidră (ideea care exista și există încă), tenul alb și diafan. Apăreau primele fotografii, iar arta fotografiei era acum promotorul principal al perfecțiunii frumuseții feminine. Sarah Bernhardt era primul fotomodel care făcea reclamă unui produs cosmetic. Apar primele reviste de modă, cea mai cunoscută chiar și până în zilele noastre fiind „Vogue”;

Începuturile cinematografului promovează imaginea unei femei exotice, născându-se acum stelele de cinematograf. Este epoca în care, poate și datorită obsesiei din ce în ce mai mari pentru perfecțiune, apare chirurgia estetică.

Lucrurile au evoluat într-atât de mult încât, în anii '90, supremația femeilor filiforme, mereu aranjate și cu un mers grațios, cunoscute ca topmodele, era

incontestabilă. Câștigau sume impresionante, aveau o mare influență asupra tinerelor și își permiteau să dicteze trend-urile.

Reiese de aici câtă atenție s-a acordat aspectului femeii. S-a ajuns atât de departe încât urâtenia era considerată un handicap. Toate aceste canoane au fost urmate de multe femei ale vremii, de multe ori cu consecințe grave asupra sănătății și fericirii lor.

În multe țări din Europa occidentală, S.U.A și Canada, preferința pentru o siluetă slabă a căpătat caracterul unei norme, a unui model socio-cultural; totuși acesta nu este un fenomen universal - sunt multe societăți care asociază forma plinuță a corpului femeii cu atractivitatea acesteia. Sunt de pildă și cazuri în care obezitatea este chiar admirată (Ford and Beach, 1952; Rudofsky, 1972, apud. Wykes, M. and Gunter, B., 2005), însă această situație se întâlnește în special în cazul bărbaților, mai exact în cazul luptătorilor de Sumo, foarte apreciați, respectați și admirați în societatea japoneză.

De peste treizeci de ani, în țările din Europa de Vest dar și în S.U.A., adolescentele și tinerele au evidențiat o atitudine pozitivă față de o formă a corpului micuță și față de un fizic filiform, cu mențiunea că adesea era preferat și un bust bine dezvoltat (Calden et. al, 1959; Nylander, 1971, apud. Wykes & Gunter, 2005).

Cercetări efectuate pe scală largă au demonstrat faptul ca dorința de a slabi, de a pierde în greutate este caracteristică multor segmente de populație, însă ea este definitorie în special în rândul femeilor tinere (Button et al, 1997; Davis & Katzman, 1997; Serdula et. al, 1993, Streigel, et al., 1996, apud. Wykes, M. and Gunter, B., 2005).

Potrivit lui Bruch (1978), succesul personal, profesional și social este asociat cu o siluetă slabă a corpului și în același timp, mărirea este percepută drept o cauză a pierderii siluetei dorite ceea ce echivalează cu sentiment de nemulțumire și insatisfacție pentru multe femei (Chernin, 1983, Orbach, 1978, apud. Wykes, M. and Gunter, B., 2005). Astfel, tentația de a mânca va trebui ținută sub un strict control, iar patternurile alimentare restrictive vor domina comportamentul pentru a se atinge idealul frumuseții așa cum este el valorizat social.

1.2. Imaginea trupului perfect și efectele psihologice adiacente

Mass-media zilelor noastre promovează imaginea unei fete adolescente, foarte slabă, cu o senzualitate ieșită din comun. Dacă la început aceste fete apăreau decât pe podiumuri și în revistele de modă, acum ele sunt peste tot. Ne privesc de pe panourile uriașe existente în orașe, de la televizor, de pe ambalajele diferitelor produse etc.

Fetele frumoase sunt mai populare, au mai mult succes în viață, câștigă mai bine și au o viață sexuală mai bună. Acestea sunt ideile care pot fi regăsite peste tot și marchează cele mai multe femei.

„Ea este slabă, perfect proporționată, cu păr frumos, piele strălucitoare, machiaj fabulos și are cele mai bune haine pe care banii le pot cumpăra. Deși acesta ar putea fi idealul pe care unii se luptă să îl atingă, în mod sigur stabilește un standard care îi face pe mulți să se simtă inadecvați și nesatisfăcuți de corpul lor... În special media promovează imaginea unor femei care este atât nerealistă, cât și potențial nesănătoasă pentru majoritatea femeilor” (Holland, Kossen, Faris, 2002).

Cercetătorii au devenit din ce în ce mai preocupați de efectele pe care le are promovarea acestor modele.

În *International Journal of Psychology*, Constalat Founeau *et. al* (1966) *apud.* Zlate, 1997) au relevat în urma unei cercetări că există corelații între venit și profesie, reprezentările avute asupra traseelor identitare și preferințele față de propriul corp și față de alimentație. Astfel, imaginea corpului ideal este dominantă la subiecții cu venituri mari, iar corpul privit din punct de vedere funcțional predomină ca reprezentare la cei care se alimentează nu pentru a arăta bine, ci pentru a supraviețui (P. Golu, 1993, *apud.* Zlate, 1997).

Un număr de studii au arătat o schimbare în ceea ce privește preferințele sociale care se îndreaptă spre o siluetă mai slabă la femei (de exemplu Darser și Garfinked, 1980; Silverstein, Peterson și Perdue, 1986, *apud.* Tiggemann, 1994). Acest fapt a făcut femeile să fie nesatisfăcute de mărimea și forma corpului lor (Fallon și Rozin, 1985; Tiggemann și Pennington, 1990, *apud.* Tiggemann, 1994) și să se perceapă ca fiind mai grase decât bărbații (Wooley, Wolley și Dryenforth, 1979, *apud.* Tiggemann, 1994). Consecințele sociale percepute legate de a fi supraponderalacompaniate de stereotipuri negative sunt de asemenea mai puternice față de femei decât față de bărbați (Strake și Lauer, 1987; Tiggemann și Routhblum, 1988, *apud.* Tiggemann, 1994). Aceste preocupări față de siluetă au devenit atât de comune printre femei încât Rodin, Silerstein și Striegel-Moore (1985) le descriu ca „nemulțumire normativă” (Tiggemann, 1994). Dieta este atât de comună printre femei încât a mânca „normal” înseamnă pentru femei „să respecte o dietă” (Polivy și Herman, 1987, *apud.* Tiggemann, 1994). Dar multe diete nu au efect, astfel că apar sentimentele de rușine și frica de pierdere a controlului, ducând la scăderea imaginii de sine.

Apare riscul ca fetele să considere felul în care arată o măsură exactă a valorii lor (Heinberg, 1995, *apud.* Holland, Kossen, Faris, 2002).

Deși numai 9% din reclame au legătură directă cu frumusețea, mult mai multe o transmit implicit (Milkie, 1999, *apud.* Idem.).

Thompson (1999, *apud.* ibidem) arăta că expunerea repetată la această imagine a fetei ideale duce la creșterea nemulțumirilor legate de propriul corp și la dorința de a slăbi. Femeile se simt tot mai puțin atractive, prin comparație cu fetele slabe care sunt considerate idealul (Posavac, 1998, *ibidem.*).

Într-un studiu realizat pe 548 de fete din Boston cu vârste între 12 și 18 ani, s-a descoperit că 69% dintre ele declarau că imaginea pe care o aveau despre corpul perfect a fost influențată de pozele cu manechine din revistele de modă, 47% dintre ele chiar dorindu-și să slăbească tocmai datorită acestor poze. Cu cât citeau mai mult articole din revistele de modă, cu atât țineau mai multe cure de slăbire. Fetele care citeau des aceste reviste aveau șanse de 2-3 ori mai mari de a ține o cură de slăbire decât cele care nu le citeau (Field, 2000). Același lucru îl arătase și Crouch (1998, *apud.* Holland, Kossen, Faris, 2002). Astfel, femeile care citeau mai des Vogue, Elle și alte reviste de modă erau mai dezamăgite de felul în care arătau decât cele care citeau The Time, Newsweek ș.a.

Forehand (2001, *apud.* ibidem) arăta că 27% dintre fete se cred neatractive, prea bătrâne sau prea grase ca urmare a presiunii existente în mass-media.

După cum studiile au arătat-o, există numeroase prejudecăți morale și estetice în legătură cu fetele mai grase decât idealul existent (Hofschire, 2002 *apud.* ibidem).

Grodin (1996, apud. ibidem.) arăta că 75% dintre femeile cu o greutate normală se cred grase și un procent și mai îngrijorător de 90% își supraestimează dimensiunile corpului.

S-a ajuns atât de departe încât fetele de 5 ani se tem să nu se îngrășe (Tiggemann, 1996). 8% dintre fetele de 10 ani au ținut diete. Frica de a fi grase le preocupă în general pe femei decât cea de a nu mai fi sănătoase ca urmare a acestei preocupări (Sherwood, 2001, apud. ibidem.).

S-a demonstrat că femeile au o stimă de sine mai scăzută decât a bărbaților (Boza, 2001). Au tendință mai mare de a se subestima și a se vedea mai grase sau mai urâte decât sunt în realitate.

Există teorii care susțin că insatisfacția legată de o problemă importantă pentru persoană poate influența imaginea de sine la nivel global. Din moment ce greutatea corporală este deosebit de importantă pentru femei, insatisfacția legată de ea, poate duce la bombardarea întregii imagini de sine cu mesaje negative care duc la scăderea nivelului ei (Rodin et al., 1985, apud Tiggemann, 1994).

2. Caracteristici ale tulburărilor de alimentație

2.1. Anorexia nervoasă

Organizația Mondială a Sănătății definește anorexia ca pierderea voluntară în greutate (în cazul puberilor oprirea sau încetinirea creșterii și dezvoltării), tulburări ale imaginii corporale și o tulburare endocrină generalizată care implică axul hipotalamic-pituitar-gnadal ce duce la întârzierea menarhei sau amenoree secundară (ICD-10, 1993).

Anorexia nervoasă este o tulburare psihiatrică din categoria tulburărilor de alimentare, caracterizată printr-o reducere anormală a greutății corpului și printr-o deformare a imaginii propriului corp cu teama obsesivă, persistentă, de îngrășare. Persoanele suferind de anorexia nervoasă își limitează greutatea corpului prin abținerea voluntară îndelungată de a se hrăni (starvație sau post voluntar) (anorexia nervoasă de tip restrictiv) și prin alte metode - ca de pildă abuzul de purgative, clisme, și diuretice, folosirea de substanțe anorectigene, și excesul de exerciții fizice (anorexia nervoasă de tip eliminator, purgativ). Boala afectează mai ales tinerele adolescente, însă 10 % din cazuri apar la tineri de sex masculin. Anorexia nervoasă este o tulburare psiho - somatică sau psiho - fiziologică complexă, implicând componente psihologice, neuro-biologice și socio-culturale. Termenul anorexia este de origine greacă veche: an (av- sau α -lipsa de, "α privativ"), și órexis (óρεξις)= dor, poftă, apetit (de la verbul "órego" óρεγω = a întinde, a oferi cuiva, a tinde spre) (există și în greacă modernă: orexi - óρεξι = poftă). Bolnavul de anorexie nervoasă e numit de obicei "anorectic", deși termenul simplu de anorexie (fără adaosul "nervoasă") este de fapt sinonim cu "inapetență", adică lipsa de apetit, lipsa de poftă de mâncare. Bolnavul de anorexie nervoasă nu e lipsit neapărat de poftă de mâncare, mănâncă intenționat foarte puțin. În mass media, dar și în literatura științifică termenul "anorexie nervoasă" este prescurtat de obicei sub forma "anorexie". Anorexia nervoasă are un risc crescut de mortalitate - până la 10%.

Criteriile ICD-10, 1993 (Clasificarea statistică internațională a bolilor și problemelor legate de sănătate) a Organizației Mondiale a Sănătății. pe baza cărora se stabilește diagnosticul sunt:

Greutatea este sub minimul recomandat pentru vârsta, și înălțimea sa cu cel puțin 85%. O altă metodă de calcul este IMC (indicele de masă corporală) care calculează greutatea avută în kilograme pe pătratul înălțimii exprimată în metri. Trebuie să rezulte un IMC mai mic sau egal cu 17,5 kg/m² (ICD-10, 1993). Scăderea în greutate se realizează la început prin reducerea alimentelor incluse în meniul zilnic. Dacă la început elimină alimentele pe care le consideră hipercalorice, ajung să mănânce foarte puține alimente pe zi. Totul începe cu o dietă pe care mulți tineri o țin ca urmare a standardului cultural. Este posibil ca persoana să fie supraponderală și să devină foarte complexată din această cauză deoarece este luat în derâdere de toată lumea. Poate deveni complexat față de tot corpul sau de anumite părți ale corpului. Se începe cu eliminarea dulciurilor și a alimentelor bogate în carbohidrați. Devine treptat expert în conținutul caloric al diferitelor alimente și băuturi. La început acest comportament nu este observat de cei din jur, ajungându-se în acest fel ca persoana bolnavă să piardă controlul asupra dietei. Se pot utiliza și provocarea vărsăturilor, excesul de laxative sau de diuretice și efectuarea obsesivă de exerciții fizice.

Apare o teamă exagerată de a se îngrășa. Această teamă nu dispare nici după scăderea în greutate. Apar tulburări de imagine corporală. Unele persoane se cred grase în continuare, altele realizează că sunt slabe, dar rămân complexate de anumite părți ale corpului. Vor ajunge să se cântărească obsesiv, să își măsoare în mod obsesiv părți ale corpului, vor sta mult în fața oglinzii pentru a observa părțile „grase” ale corpului.

Postmenarha, amenoreea este un indicator al disfuncției endocrine din anorexie. Amenoreea apare în urma scăderii în greutate sau o poate preceda. La prepubertate menarha poate fi întârziată de anorexie. Tabloul clinic include:

- apariția de edeme;
- scăderea țesutului adipos care se stabilește prin măsurarea pliului cutanat de pe partea posterioară a brațului și există probleme când acest pli este sub 4 milimetri la bărbați și 8 milimetri la femei;

- mare intoleranță la frig;
- pielea este uscată, adesea infiltrată;
- părul este roșcat, rar și se rupe foarte ușor;
- limba este depapilată, atrofiată și prezintă fisuri;
- hipotensiune;
- tahicardie;

crește sensibilitatea la boli și infecții (Mogoș, 1994).

Pot apărea:

- iritabilitate;
- insomnie;
- apatie;
- stări depresive însoțite de idei de inutilitate;
- vinovăție;
- umilință;
- reducerea interesului sexual;

- obsesivi-compulsivi vizavi de mâncare și atitudinile alimentare;
- preocuparea pentru mâncatul în locuri publice.

Frecvența bolii este de 1,5-5 la 100000 de locuitori (persoane care prezintă toate criteriile de anorexie nervoasă). Procentul elevilor internate este de 1-2%, al studentelor, 3,5%, al balerinelor, 7%. Incidența bolii este mai mare în clasele socio-economice de sus, fiind a treia boală cronică la adolescente (Gotestam, 2004). Una din 1000 de femei între 13-25 și 1 din 200 de femei de 14-18 ani prezintă anorexie. Ceea ce se constată este că frecvența anorexiei este în creștere. Apare mai des în țările industrializate, mai ales în SUA, Canada, Europa de Vest, Japonia, Australia și Africa de Sud. Apare foarte des și la imigranții din țări cu o incidență mică a bolii care adoptă stereotipurile corporale din țara care îi adoptă.

Categoriile cele mai susceptibile de a dezvolta această boală sunt:

- balerinele;
- atletele;
- studentele;
- manechinele.

Criteriile DSM - IV (Manualul Diagnostic și Statistic al Tulburărilor psihice a Asociației Americane de Psihiatrie) sunt:

- refuzul de a menține greutatea corpului la nivelul sau deasupra greutății minime considerate normală pentru o anumită vârstă și înălțime (ex. pierderea ponderală ducând la menținerea unei greutăți corporale sub 85 % din greutatea optimă; sau incapacitatea de a realiza creșterea ponderală optimă în cursul perioadei de creștere, ducând la o greutate a corpului sub 85% din ponderea optimă);

- teama intensă de a crește în greutate sau de a se îngrășa (de a deveni supraponderal sau obez);

- tulburare în modul de a percepe greutatea și forma corpului, influența exagerată a greutății și a formei corpului asupra auto-evaluării, sau negarea gradului sever de slăbire;

- la femeile postmenarheale, premenopauzale (femei care au trecut de vârsta menarhei, dar nu au ajuns la menopauză), amenoreea (absența a cel puțin trei cicluri menstruale succesive);

- alte tulburări de alimentație.

DSM - IV - TR specifică două tipuri de anorexie nervoasă :

Tipul restrictiv: în timpul episodului curent de anorexie nervoasă, persoana nu a avut comportamente regulate de accese de mâncare rapidă sau de eliminare sau purgație (adică de vărsături auto - provocate, de exerciții fizice exagerate sau abuz de laxative, diuretice sau clisme)

Tipul cu Accese de mâncare rapidă sau Tipul eliminator: în cursul episodului curent de anorexie nervoasă, persoana s-a angajat în mod regulat în comportamente ca accese de mâncare rapidă sau comportamente de eliminare (vărsături auto-provocate, exerciții fizice exagerate sau abuzul de laxative, diuretice sau clisme)

Anorexia nervoasă a fost descrisă prima dată în 1694 de către Richard Morton (1637 - 1698), medicul regelui James al II-lea al Angliei, în tratatul său despre atrofia nervoasă (nervous atrophy), în care a semnalat între altele și apariția amenoreei, precum

și asocierea cu un comportament hiperactiv. Morton a descris cazul unei fete de 18 ani, fără poftă de mâncare și emaciată într-atâta că rămăsese doar "piele și schelet" ("skeleton only clad with skin"; pierduse ciclul menstrual și studia zi și noapte fără semne de oboseală (Wykes, M. and Gunter, B., 2005).

Morton (1684) nu găsisse alte semne de patologie fizică și gândea că boala se datora unei stări anormale a "spiritelor animale" și slăbirii tonusului nervilor. El presupunea că pasiunile violente ale sufletului au deranjat spiritele animale ale acestei fete, trimițând prea mult sânge la creier. De asemenea credea că, poate, și schimbări în climă - nopțile foarte reci din anul 1684 - au contribuit la apariția bolii.

Terapia pe care a propus-o - plasturi pe stomac, săruri de amoniu, doctorii amare (chalybeats) conținând săruri de fier, nu au ajutat și pacienta a decedat după câteva luni.

În 1859 Louis Victor Marce descrie și el un caz de anorexie nervoasă.

În 1861 psihiatrul britanic Forbes Benignus Winslow, în cartea sa "Boli obscure ale creierului și ale sufletului" a descris așa-numita boală a "refuzului de a mânca" (refusal of food), dar cazurile descrise de el par să fi avut psihoze coexistente (schizofrenie sau alte boli psihotice), unde starviția voluntară se datora unor deliruri de otrăvire sau unor halucinații imperative - adică auzirii unor porunci imaginare.

În 1868 Sir William Wiltsey Gull a dedicat și el bolii un tratat și i-a dat numele folosit până astăzi, de anorexia nervoasă. În diagnosticul diferențial el a menționat tuberculoza, tulburări mezenterice, și a susținut că în acest caz e vorba de o "apepsie isterică" (hysteric apepsia). Francezul Ernest Charles Lasègue a descris o triadă caracteristică, după opinia lui, acestei boli, pe care a denumit-o anorexie isterică: post, amenoree și hiperactivitate. După cum se vede, amândoi, Gull și Lasègue au fost convinși de existența unor cauze psihice și au legat această boală de isterie (Wykes, M. and Gunter, B., 2005).

Asociația Americană de Psihiatrie în manualul ei diagnostic DSM III, de asemenea psihiatrul Paul Gurfinkel și antropologul David Gamer de la Toronto, precum și John Feigner de la St Louis în SUA (mai restrictiv) au definit criterii mai precise de diagnostic ale anorexiei nervoase.

Katherine Halmi a descris diverse aspecte psihologice ale pacienților cu anorexie, ca de exemplu surprinzătorul interes pentru rețete culinare și pentru gătit celorlalți membri ai familiei (o "obsesie pentru mâncare") paralel cu abținerea severă de la mâncare (apud. Wykes & Gunter, 2005).

Psihanaliști au emis ipoteze diverse despre originile restricției voluntare a alimentării la bolnavele de anorexie, dorința inconștientă de a fi impregnate (a induce sarcina) prin însămânțare orală, urmate de sentimente de vinovăție care determină abținerea de la alimentare.

Secolul al XX-lea, mai ales în a doua jumătate a lui, a cunoscut o creștere în incidența tulburărilor de alimentare, inclusiv a anorexiei nervoase. Creșterea a fost confirmată de studii în SUA și în Europa de vest, de pildă, în Elveția (Willi și Grossman 1983, apud. Ogden, 2010). În etiologie au fost implicați factori culturali ca noile standarde de frumusețe feminină impuse în diverse societăți vestice, dar și factori traumatici ca de exemplu abuzurile sexuale suferite în copilărie.

2.2. Bulimia Nervosă

Bulimia este o tulburare de alimentație caracterizată prin episoade de mâncat compulsiv și o serie de comportamente compensatorii cum ar fi vărsături autoprovocate, utilizarea în exces a laxativelor, clismelor sau a exercițiilor fizice extenuante.

„Bulimia este o dereglare alimentară cronică, cu accese de foame în timpul cărora bolnavii mănâncă pe ascuns cantități mari de mâncare, într-un timp scurt. Pentru a preveni creșterea în greutate, ei își provoacă apoi singuri vărsături, folosesc laxative sau diuretice, au perioade de restricții alimentare de tip anorexic sau fac exerciții fizice epuizante. Sentimentul de vină, depresia sau dezgustul de sine sunt adesea asociate bulimiei” (Olaru, 2006).

Termenul bulimia provine din limba latină (būlīmia), ce derivă din grecescul βουλιμία (boulīmīa; foame lacomă, nesățioasă).

Cea mai afectată categorie socială este formată de femei mai ales între 18 și 20 de ani. Bulimia este o boală foarte periculoasă mai ales datorită faptului că nu se vede, persoana putând fi slabă, grasă sau în formă.

Este mai frecventă în țările industrializate (peste 1,5% dintre femei), cele mai predispuse fiind elevele și studentele (4-8%).

Simptomele bolii sunt:

- frica de a crește în greutate;
- saturație în multe planuri;
- probleme legate de felul în care arată;
- negarea propriului comportament;
- alternanță între perioade de post cu perioade de supraalimentare;
- deprinderi alimentare neobișnuite;
- cântărire excesivă;
- se poate manifesta și în cazul lichidelor apărând potomanie (consum exagerat de apă, 10-15 litri pe zi).

Semnele care ajută la identificarea unor persoane bulimice sunt:

- schimbări dese de greutate;
- mersul la toaletă după consumul de mâncare;
- dureri de gât și de dinți;
- umflarea glandelor salivare ceea ce face fața rotundă;
- stare proastă a pielii;
- pasivitate și oboseală.

Criteriile de diagnostic ale bulimiei mentale sunt:

- episoade repetate de excese alimentare;
- lipsa sentimentului de control în cursul exceselor alimentare;
- folosirea regulată a mecanismelor de învingere a efectelor de creștere ponderală determinate de excesele alimentare (de ex. declanșarea vărsăturilor, laxative, efort fizic excesiv);
- preocupare excesivă permanentă cu privire la greutatea corporală;
- greutate corporală mai mare decât cea inclusă în diagnosticul anorexiei (diagnosticul de anorexie îl devansează pe cel de bulimie).

Conform criteriilor de mai sus, nutriția excesivă e definită drept: consumarea într-o "perioada discretă de timp" (o perioadă limitată, în general mai puțin de 2 ore) a unei cantități de alimente care e considerată ca fiind mai mare decât ar consuma majoritatea indivizilor în condiții similare

Tipul de alimente consumate în timpul unui "puseu": dulciuri, alimente hipercalorice, ca și înghețata, sau prăjiturile. Excesele alimentare par a fi mai mult o alimentare cu o cantitate mare de mâncare decât preferința pentru anumite alimente cum ar fi carbohidrații. Persoanele cu bulimie sunt, de obicei, rușinate de tulburările lor alimentare și încearcă să ascundă simptomele lor. Abuzul alimentar se petrece în general în secret sau cât mai retras posibil. Nutriția excesivă e declanșată de o stare de depresie, stres, foame intensă secundară unei diete restrictive sau sentimente legate de forma corpului, greutate și mâncare. "Îndoparea" poate scădea disforia, dar în general prin discreditarea autocriticii pot urma stări depresive.

Un episod de alimentație excesivă e de asemenea acompaniat de lipsa de control. O altă caracteristică esențială a bulimiei mentale este utilizarea de comportamente compensatorii inadecvate pentru a preveni creșterea în greutate. Cea mai frecventă metoda este autoinducerea vărsăturilor după un episod de exces alimentar. Această metodă e folosită de 80-90% din indivizii cu bulimie mentală care se prezintă pentru tratament în clinici.

Persoanele cu bulimie mentală acordă o importanță deosebită formei corpului și a greutateii, acești factori fiind cei mai importanți în autoevaluare. Indivizii cu aceste tulburări se pot asemăna cu cei cu anorexie mentală în teama lor de a crește în greutate, în dorința de a slăbi și în nivelul de insatisfacție privind corpurile lor. Oricum diagnosticul de bulimie nu trebuie pus când tulburările apar numai în timpul episoadelor de anorexie mentală.

Clasificarea ICD-10, 1993 (clasificarea statistică internațională a bolilor și problemelor legate de sănătate) a Organizației Mondiale a Sănătății definește 4 criterii majore:

1. Existența unei preocupări permanente pentru mâncare, așteptarea cu nerăbdare a mâncării și, cedarea în fața abuzului alimentar în care sunt consumate mari cantități de alimente în timp scurt.

2. Pacientul încearcă să contracareze efectele alimentării excesive prin unul din următorii factori:

- provocarea vărsăturilor;

- abuzul de purgative;

- perioade de subnutriție;

- folosirea drogurilor ca și inhibitoare ale apetitului, preparate tiroidiene, sau diuretice (când bulimia apare la pacienți cu diabet zaharat aceștia pot să-și neglijeze tratamentul cu insulină).

3. Din punct de vedere psihopatologic există o teamă de grăsime, iar pacientul își stabilește un prag al greutateii, care e însă sub greutatea premorbidă și mult mai mic decât greutatea optimă.

4. Frecvent există un istoric de anorexie mentală în intervalul de câteva luni până la câțiva ani. Episodul de anorexie mentală se poate să fi fost foarte bine conturat sau poate a fost doar cu semne minore.

Criza bulimică prezintă trei stadii:

I. Precriza. Caracteristici principale: sentiment de tensiune, iritabilitate, senzație de teamă, nemulțumire; acesta este momentul în care individul va căuta mâncare.

II. Criza propriu-zisă. Caracteristici principale: individul își pierde controlul, va consuma mii de calorii în foarte puțin timp, va consuma mai ales dulciuri și alimente sărate; apar apoi durerile abdominale și vomă care la început este indusă, devenind apoi automată, urmată de o senzație puternică de jenă.

III. Postcriza. Caracteristici principale: vinovăție, incapacitate de control ceea ce va determina persistența acestui comportament.

Bulimia are o serie de consecințe în plan fizic:

- tulburări ale ciclului menstrual;
- complicații dentare grave și ireversibile;
- alterarea mușchilor buco-faringieni;
- probleme cardiace;
- probleme sangvine;
- probleme digestive;
- probleme hormonale;
- probleme ale rinichilor;
- probleme ale oaselor.

Frecvența acestei boli este între 0,7-7,7%, cu un vârf al acestei afecțiuni în jurul vârstei de 18-19 ani., fiind mai afectate fetele decât băieții.

Factorii etiologici ai bulimiei mentale se suprapun în mare parte cu cei ai anorexiei mentale. În majoritatea cazurilor este vorba despre următorii factori: individuali, familiali, socioculturali și biologici, factorii precipitanți și favorizanți.

Cercul vicios al pacienților cu bulimie mentală este poate mai pronunțat decât cel al pacienților cu anorexie mentală. Suplimentar scăderii autorespectului și instabilității afective apar schimbări psihice cum ar fi: oboseala, iritabilitatea și depresia ce conduc din nou la un abuz alimentară, ce induce de asemenea instabilitate afectivă.

Majoritatea pacienților nu au tulburări de personalitate dar există unele la care anumite trăsături aparte pot fi identificate, în special de tip instabil-emoțional impulsiv sau borderline.

3.Cauzele sociale ale tulburărilor de alimentație

3.1. Valorizarea socială a modelelor prezentate în mass media

Moda se află la confluența dintre nevoia de conformism (a fi la modă înseamnă a urma o tendință majoritară în grupul din care individul face parte) și nevoia de independență (moda distinge grupurile sau chiar masele sociale diferite între ele). Adolescenții și tinerii sunt cei mai atrași de acest fenomen social. În ceea ce privește raportul dintre sexe în această tendință, femeile par cele mai atrase de a urma moda, pe când bărbații par mai degrabă a fi rezistenți la aceste schimbări.

Moda este o metodă foarte eficientă de promovare a standardului general acceptat de frumusețe. Noile tendințe în modă devin cunoscute și urmate în întreaga

societate occidentală. Industria cosmeticelor promite o îmbunătățire considerabilă a felului în care arătăm, iar diferențierile făcute pe rase, tipuri de păr, piele, corp etc. sunt metoda prin care firmele își vând mai bine cosmeticele. Feminitatea a fost astfel asociată cu consumatorismul. Femeile sunt văzute ca victime ale modei, ca acceptându-și stima de sine scăzută ca urmare a reclamelor și atrase de produsele propuse de ele pentru a le rezolva problemele.

Dacă până nu demult industria modei era decât legată de produse, odată cu dezvoltarea chirurgiei plastice, a apărut și dorința de arăta ca fetele care prezintă moda. Corpul a devenit un obiect care, ca un computer, poate fi upgradat și updatat. Pot fi trecute astfel granițele de vârstă, etnie, chiar și de sex. Majoritatea operațiilor cosmetice le suportă femeile în scopuri estetice și cosmetice. Femeile se uniformizează astfel în aspect. Există însă și părerea că operațiile cosmetice sunt o metodă prin care femeile se obiectifică dar se și personifică.

Ce face însă mai ales femeile să respecte moda. Au fost lansate câteva ipoteze și anume:

- nevoia de conformare;
- dorința de a fi recunoscut și de a avea prestigiu;
- dorința de experiențe noi;
- nevoia de compensare a unor complexe de inferioritate;
- nevoia de confort;
- nevoia de frumos etc.

Apare întrebarea firească: Dacă femeile știu că nu vor arăta niciodată ca manechinele din revistă, de ce mai cumpăra revistele de femei? A apărut opinia că femeile sunt mai obsedate de cumpărături decât bărbații tocmai din această cauza: știu că nu vor arăta așa, dar nimic nu le oprește să își cumpere un obiect care apare în acea revistă. Femeile sunt astfel subjugate de frumusețe și tot ceea ce ține de ea. Ele devin astfel convinse că trebuie să arate ca fetele din reviste. Se conving că trebuie să facă tot ceea ce pot pentru a fi perfecte.

Numeroase reviste învață femeile cum să fie (ironic) femei atrăgătoare. Li se spune direct, dar mai ales indirect cum să fie frumoase. Aceste adevărate manuale iau forme diferite: reviste, reclame, modele, filme, vitrine, jucării etc. Se transmite că femeile sunt imperfecte și trebuie să devină perfecte.

Deși revistele mai publică articole în care spun că nu trebuie să fim foarte slabi pentru a fi sănătoși, mesajul pe care îl transmit cel mai des este că dacă nu ești slab, nu ești bun. Astfel, orice persoană care are chiar și un kilogram în plus este arătată cu degetul și criticată.

În 1990 apărea în Australia revista pentru femei *New Woman* care își propunea să schimbe modelul clasic al revistelor de acest gen. Dar când redactorul Cindy Tebbel a ales să pună pe copertă o fată care nu era slabă ca restul modelelor și să scrie articole împotriva regimurilor alimentare, advertiser-ii s-au enervat. Credeau că revista va fi considerată cea a femeilor grase, dorind mai degrabă articole de genul „cum să găsești și să păstrezi un bărbat”. S-a ajuns atât de departe încât Tebbel și-a pierdut slujba (Cranny-Francis *et. al.*, 2003).

Joan Riviere (apud. Wykes, M. and Gunter, 2005) spunea de-a lungul timpului societatea patriarhală a dezvoltat o adevărată mascaradă legată de rolurile sexului feminin

și masculin. Femeile care adoptă roluri considerate masculine în mod clasic sunt nevoite în general să pună o mască a feminității pentru a evita anxietatea și a nu fi criticate de bărbați. Femeile poartă această mască atunci când sunt bărbați prezenți (ibidem.).

Care este însă adevărata părere a femeilor despre propria frumusețe și despre frumusețea la feminin, în general? Dove a realizat un studiu care încearcă să răspundă la această întrebare (Cosmopolitan, 2006). Iată câteva dintre rezultate:

- 59% dintre românce au dificultăți în a recunoaște că sunt frumoase și 64% dintre femeile din alte țări spun că se simt bine doar când arată bine.

- 80% dintre românce recunosc că există o mare presiune socială asupra femeilor pentru a fi frumoase și că bărbații caută decât femei frumoase. 60% dintre femeile din alte țări au aceleași păreri.

- 89% dintre românce ar dori ca mass-media să pună accent nu numai pe aspectul plăcut al femeii, ci și pe intelectul ei. 84% dintre femeile din alte țări vor ca în mass-media să fie prezentate femei de vârste, siluete și înălțimi diferite, vor să apară femei obișnuite.

- 90% dintre românce se simt bine când arată bine în exterior.

Femeile participante la studiu își exprimă dorința ca frumusețea să fie privită dintr-o perspectivă mai largă, independentă de vârstă, siluetă, chip etc.

„S-a spus adese că nu există nimic mai îmbătător decât să te simți liber, descătușat de orice supunere față de altcineva, de orice obligație față de ceilalți... Adevărul este că, pentru majoritatea oamenilor, există o plăcere irezistibilă, inerentă obedienței, credulității, încrederii cvasi-amoroase față de un stăpân admirat” (Tarde, 1895, apud. Moscovici, 1997, p. 85).

Este foarte greu să rezisti tentației de a arăta întocmai modelele din mass media mai ales când aceste modele sunt extrem de valorizate pe plan social. Aceste imagini, prezentate foarte frecvent în reviste și cinematografie, admirate de marea majoritate a oamenilor, încet încet produc un proces insidios de vulnerabilizare a imaginii de sine mai ales la adolescenți și la cei cu un grad crescut de vulnerabilitate emoțională.

Bombardamentul cu stimuli gen modelele din reclame, muzica, tv-showuri împreună cu existența unor factori cum ar fi violența domestică, abuzul fizic, abuzul sexual, abuzul emoțional sau disfuncționalitatea per ansamblu a familiei, întregesc o ecuație cu un singur rezultat: apariția tulburărilor de alimentație.

Acestea pot face parte dintr-un spectru mai larg al comportamentelor autodestructive dintre care putem menționa: abuzul de alcool și droguri sau automutilarea.

3.2. Perturbarea imaginii corporale și tulburările de alimentație

Tulburările de alimentație implică o perturbare a imaginii și schemei corporale; nivelul și intensitatea acestei perturbări variază de la persoană la alta în rândul celor care dezvoltă aceste tulburări.

Distorșiunea imaginii corporale poate căpăta un caracter multidimensional ce ar presupune aspecte perceptuale, atitudinale și comportamentale (Cash & Brown, 1989; Garfinkel & Garner, 1982; Rosin et al., 1989; Thompson, 1990.). În majoritatea cazurilor,

indivizii cu tulburări de alimentație, tind să se autoperceapă foarte mari sau foarte grași într-un mod complet nerealist, sau au impresia că anumite zone ale corpului sunt disproporționate, cel mai frecvent fiind vizate stomacul și coapsele. Indiferent de argumentele prezentate, indiferent de statutul social al celui ce oferă aceste argumente (medic sau specialist), indiferent de gradul de apropiere emoțională (părinte, rudă, prieten), percepția eronată a propriului corp va domina câmpul convingerilor respectivei persoane.

Potrivit cercetătorilor Cash și Brown (1989), supraestimarea formei și a unor trăsături ale corpului se întâlnește atât în rândul celor cu anorexia nervosa cât și în rândul celor care nu prezintă această tulburare; concluzia desprinsă a fost că distorsiunea percepției propriului corp nu reprezintă o caracteristică aparte, specifică doar acestei entități clinice. Hsu (1982) afirmă că perturbarea imaginii corporale nu ar fi un criteriu de diagnosticare al anorexiei și bulimiei cu toate acestea sunt câteva motive întemeiate pentru a contrazice această perspectivă. În primul rând, există studii ample ce demonstrează existența unei mari supraestimări la nivelul percepției corpului în rândul populației cu tulburări de alimentație (Cooper și Taylor, 1987). În al doilea rând această distorsiune perceptuală rămâne constantă chiar și după ce pacientul a fost parțial reabilitat; în al treilea rând este știut faptul că femeile din societățile vest europene tind să își supraestimeze corpul datorită influențelor modelelor și standardelor socio-culturale.

Cooper și Fairburn (1987) au demonstrat faptul că femeile cu anorexie și bulimie simt faptul că ceilalți oameni le evaluează și apreciază numai după înfățișarea lor fizică și că practic celelalte trăsături și caracteristici ale lor nici nu ar conta (de pildă cele psihologice sau cele de personalitate). Adesea, adolescentele ce prezintă comportament bulimic au o imagine de sine foarte scăzută și sunt mult mai preocupate de aspectul lor fizic în comparație cu alte fete de aceeași vârstă (Brown et al., 1988, 1989; Cash et al., 1987).

Perturbarea imaginii de sine la femeile cu tulburări de alimentație a fost atribuită standardelor culturale ale frumuseții, deficiențelor din cadrul procesului dezvoltării identității de sine și distorsiunilor procesului de dezvoltare psiho-sexuală.

Femeile anorexice au o extrem de scăzută imagine sine și în general se simt foarte rău în propria piele (Garfinkel & Garner, 1982, Johnson & Corners, 1987). Teama de asumarea sexualității ar veni ca o explicație, însă studiile comparative între anorexice și persoanele care nu suferă de anorexie au relevat diferențe insignifiante în ceea ce privește atitudinile, comportamentul și experiențele legate de sexualitate (Haimes și Katz, 1988; Mizes, 1988; Scott, 1987).

Stilul dominator, intruziv, hiper protector al părinților ce creează mari dificultăți adolescentului de a se desprinde și de a deveni autonom poate sta la baza dezvoltării unei identități de sine confuze, incerte, neclare. Dorința de a rămâne slabe reprezintă un efort extrem de a căpăta control măcar asupra unui aspect la propriei vieți și anume înfățișarea fizică. A pierde în greutate apare în acest context ca un factor menit să crească sentimentul și percepția eficienței de sine (Cattanach și Rodin, 1988, apud. Wykes, M. and Gunter, B., 2005).

3.3. Rolul mass mediei în promovarea anorexiei ca stil de viață

Chiar dacă nu poate fi considerată singura cauză ce determină intensitatea, frecvența și gradul de severitate al manifestărilor tulburărilor de alimentație, există din ce în ce mai multe (și mai evidente) argumente potrivit cărora mass media și modelele prezentate și promovate ca fiind de un mare succes ar contribui în mod semnificativ la dezvoltarea unei autopercepții distorsionate a imaginii corporale. Studiile demonstrează că expunerea repetată la imaginile din media crește gradul de insatisfacție cu privire la propriul corp în rândul anorexicilor și bulimicilor (Hamilton și Waller, 1993, Waller et al., 1992); De asemenea, Waller, Hamilton și Shaw (1992) au arătat că participanții (subiecți cu tulburări de alimentație) la un experiment în care erau expuse constant imaginile, fotografiile modelelor celebre din lumea modei și filmului, și-au supraestimat exagerat forma corpului, cu mult mai mult decât înaintea prezentării acelor imagini.

Anorexia apare foarte frecvent la adolescentă, perioadă extrem de importantă în cadrul procesului socializării și al dezvoltării identității de sine la tinerele fete; imaginile prezentate în media au un impact extrem de semnificativ asupra acestora, mai ales asupra acelorora cu o nevoie de afecțiune crescută (Arnett, 1995).

Tinerele anorexice au permanent drept reper imaginea modelelor din reviste sau de la tv.; acest reper nu numai că este un factor extrem de motivant în procesul pierderii kilogramelor dar și apare ca un factor de reducere a disonanței cognitive creată de apariția și instaurarea tulburării de alimentație. Practic, anorexica aduce întotdeauna acest argument silueta extrem de slabă înseamnă de fapt succesul social, beneficiul emoțional și satisfacția propriei reușite. Însă, aceasta nu este decât o capcana – ce nu face decât să întărească simptomatologia bolii și distorsiunea percepției propriului eu.

Internetul a facilitat foarte mult transmiterea informației și din păcate nu întotdeauna având conotații pozitive; cel puțin în cazul anorexicilor există site-uri specializate în care această tulburare psihologică este privită ca un stil de viață, ca un mod de a fi mai bun. Consecințele sunt foarte grave – în primul rând anorexica va găsi astfel o confirmare a ideilor și convingerilor sale vis a vis de propriul corp și succesul pe plan social, rezultatul fiind glorificarea practic a acestui comportament autodistructiv. În al doilea rând oferă tinerelor „oportunitatea” de a prelua o serie de conduite și comportamente din cele mai creative însă într-un sens complet negativ, dăunător.

Termenul de *Pro-ana* se referă la promovarea anorexiei ca pe un stil de viață, ca pe o opțiune personală și neagă asocierea acesteia cu o tulburare sau cu o boală; o mulțime de site-uri de acest gen au drept principii (mai mult decât niște simple repere ghid) afirmații cum ar fi: „Un corp imperfect reflectă o persoană imperfectă; Mâncarea este un obstacol în calea progresului și succesului tău ca om; A fi slab înseamnă să fii câștigător; Niciodată nu poți fii prea slab; A fi slab și a nu mânca sunt semnele stăpânirii de sine, voinței și succesului; A pierde în greutate e bine, a lua în greutate e un dezastru; Nu mă înfometez, mă perfecționez; Dacă nu ești slab nu ești atrăgător”.

Aceste afirmații coroborate cu asaltul imaginilor cu persoane extrem de slabe, devin repere cadru în formarea unui ideal – acela de a te transforma în ceva mai bun, de a fi perfect, însă din păcate consecințele sunt absolut dezastruoase: degradarea fizică, degradingolada psihologică și chiar decesul.