

DETERIORAREA RUTINEI DE ALIMENTAȚIE

Psiholog Mr (r) TIHAN EUSEBIU
TIHAN & ASOCIATII. Societate civila profesionala de psihologie

Rezumat: Cu excepția tulburărilor de alimentație în literatura de specialitate se menționează foarte puțin despre deteriorarea/alterarea aportului nutrițional la subiecții cu tulburări de natură psihiatrică. Manifestarea unui aport nutrițional inadecvat pot provoca sechele severe. Echipa de abordare medicală joacă un rol important atât în detectarea cât și în intervenția asupra subiecților ce experimentează deteriorări în nutriție sau aport insatisfăcător față de trebuințele organismului. Echipa teapeutică trebuie să fie conștientă de aspectul dinamic dintre emoții, stare cognitivă și comportamente alimentare cât și de efectele în pla psihologic a medicației psihorope asupra aportului nutrițional.

Resume: With the exception of eating disorders, little is mentioned in the literature regarding the altered nutritional intake of the psychiatric clients. However, the manifestations of an inadequate intake could become a serious sequela to many psychiatric disorders and treatments. The psychiatric mental health team can play a key role in both detection and intervention for the subjects experiencing alteration in nutrition, less than body requirements. The therapeutic team must be aware of the dynamic interplay between emotions, cognitive status, and eating behaviors, as well as the psychological effects of psychotropic medications on nutritional intake

Cuvinte cheie: pacient, alimentație, aport nutrițional, analiză psihologică, evaluare trebuințe, schemă tratament, terapie

Prin deteriorarea rutinei de alimentație înțelegem o stare în care exercițiul unui individ de absorbție de substanțe nutritive este insuficient pentru a realiza trebuințele metabolice. Acest aspect se constituie din ce în ce mai frecvent în diagnostic al subiecților internați în secția ATI II Toxicologie a spitalului clinic d urgență București.

Prin această definiție dorim să evidențiem aportul nutritiv inadecvat simultan cu o diminuare în aportul caloric conform necesarului. Toate acestea conduc la dereglarea de aport nutrițional.

Acest diagnostic poate fi rezultatul unei sume de stări de ordin emoțional, boli de natură psihiatrică, diferite terapii, cât și faptului că subiectul este incapabil pur și simplu să își poarte de grijă. De aceea, în analiză psihologică a unui subiect se are în vedere unele aspecte foarte importante legate de trebuințele nutriționale, cum ar fi:

- înțelegerea de către subiect a legăturii dintre stările emoționale și diferitele tratamente pe care le derulează și aportul nutrițional,
- evaluarea statusului nutritional la acceptarea în cura de spitalizare, pe parcursul acesteia și la externare.
- incorporarea aprecierii stării de nutriție în planul de tratament,
- monitorizarea și analiza conținutului nutrițional a alegerilor alimentare ale subiectului (fișa de aport caloric),
- schema nutrițională după externare

În continuare dorim să explicăm aspecte ale comportamentului instinctual alimentar întâlnite în practica noastră.

Comportamentul instinctual și tulburările lui

Instinctele sunt complexe de însușiri înnăscute și moștenite ereditar, corespunzând trebuințelor biologice ale individului și determinând comportamente specifice, pe bază neurofiziologică complexă și prestabilită. Ele au drept proprietate fundamentală păstrarea însușirilor specifice speciei, păstrarea integrității structurale și funcționale a individului. La om, comportamentul instinctual suferă o diferențiere calitativă, fiind pus sub controlul proceselor voliționale și în acord cu conveniențele sociale.

1. Tulburările instinctului alimentar

Comportamentul alimentar corespunde satisfacerii cererii energetice a organismului, fiind reglat de centrii hipotalamici integrați la nivelul rinencefalului, substanței reticulate și în final, al cortexului, al cărui rol se referă la aspectele mai elaborate ale acestuia. În aparență simplu, comportamentul alimentar „este instrumentul

original și primar al însoțirii dintre om și natură, este prima sa relație vitală” (Tremolieres), de aceea tulburările sale au întotdeauna semnificație psihopatologică.

Exagerarea instinctului alimentar

1.1. **Bulimia** este o exagerare a nevoii de hrană, în care foamea nu poate fi satisfăcută. Se întâlnește în stările de excitație maniacală, stări anxioase, depresii, tumori diencefalice.

1.1.2. **Polifagia** este o creștere a apetitului, însoțită de ingerarea unor materii nealimentare, având aspectul unei lăcomii excesive (voracitate). Se întâlnește în întârzierile mintale grave, demențele de toate tipurile, unele schizofrenii și rar în tulburările severe de personalitate.

1.1.3. **Potomania** este o exagerare a cantității de lichide ingerate, în absența unei cauze organice (diabet insipid, diabet zaharat). Se întâlnește în tulburări de personalitate de tip isteric, border-line.

1.1.4. **Dipsomania** constă în nevoia imperioasă de a consuma alcool, care apare cu caracter periodic. Bolnavul poate să nu fie un alcoolic, iar de multe ori este chiar abstinent (Bleuler) în intervalele dintre accesele dipsomanice.

1.2. ANOREXIA

Reprezintă o scădere până la absență a apetitului alimentar însoțită de reducerea cantității de alimente pe care subiectul le ingeră. Poate apare într-o serie de circumstanțe în care are semnificații deosebite:

1.2.1. **Anorexia mentală** (esențială, a tinerelor fete) a fost descrisă în 1873 de către Lasague și se caracterizează prin lipsa apetitului, scădere ponderală și o stare psihică particulară. Condițiile deosebite în care aceasta apare – tinere de 15-18 ani care-și minimalizează slăbirea, păstrându-și prin contrast activitatea normală adesea chiar amplificându-și-o. Sugerează un refuz inconștient în acceptarea unui nou statut psihosomatic, o teamă de propria feminitate. Se întâlnește la adolescente cu tulburări particulare de personalitate (isterice, obsesionale sau schizoide), uneori însă poate fi posibilă poartă de intrare într-o psihoză schizofrenică.

1.2.2. **Anorexiile nevrotice** sunt scăderi ale apetitului a căror semnificație reiese numai din context. Astfel, în isterie, scăderea ponderală este a conduitei restrictive la care se supune subiectul, în comparație cu „excesele” celorlalți; în hipocondrie, este însoțită de plângeri hipocondriace și o selectivitate „medical-științifică” în alegerea sau în respingerea alimentelor; în stările anxioase, neliniștea poate pur și simplu împiedica subiectul să se alimenteze, în stările fobice și obsesive, unde fobia de îngrășare este însoțită de o luptă anxioasă permanentă (lungi perioade restrictive întretăiate de excese bulimice culpabilizatoare), în stările depresive putându-se ajunge până la refuz alimentar.

Bibliografie

1. APA, *Diagnostic and statistical Manual of mental disorders*, 1987,
2. DSM IV R, *Manual de diagnostic și tratament a tulburărilor mentale*. 2000, București,
3. Gorgos Ctin, *Dictionar de psihiatrie*. Vol.1-4,
4. McFarland G., Durand Thomas M., *Psychiatric mental health nursing*. J.B.Lippincott Co.,1990