

Travaliul terapeutic al pacientului cu obezitate: O abordare centrată pe pacient și comunicare empatică (1)

Partea I: Fundamentele teoretice și epistemologice ale travaliului terapeutic

Psih. Tihan Eusebiu Jean, MSc (1)2), Psih.Tihan Laura Mihaela, MSc (1)

1) Tihan si Asociatii. Societate civilă profesională de psihologie

2) Academia Oamenilor de Știință - România

Autor corespondență:

Psih. Tihan Eusebiu Jean, MSc, Bucuresti, Romania

Email: eusebiu.tihan@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-8316-3679>

Psih.Tihan Laura Mihaela, MSc

ORCID ID : <https://orcid.org/0009-0003-1820-1417>

Tihan, Eusebiu Jean; Tihan, Laura Mihaela (2026). "Travaliul terapeutic al pacientului cu obezitate: O abordare centrată pe pacient și comunicare empatică (1)", în *Index Academic*, II 2026, DOI: [10.58679/IA73643](https://doi.org/10.58679/IA73643), <https://www.indexacademic.ro/pdf/travaliul-terapeutic-al-pacientului-cu-obezitate-1/>

THERAPEUTIC WORK WITH THE OBESE PATIENT: A PATIENT-CENTRED APPROACH AND EMPATHIC COMMUNICATION

PART I: Theoretical And Epistemological Foundations Of Therapeutic Work

ABSTRACT

Context: Obesity represents a chronic, complex medical condition with significant genetic and neurobiological determinism, in which the brain develops homeostatic defence mechanisms against weight loss. The traditional paradigm, which reduces obesity to a problem of willpower and individual choice, has proven insufficient and stigmatising, contributing to the internalisation of guilt and delayed access to appropriate treatment.

Objectives: This paper aims to develop a comprehensive theoretical framework for therapeutic work with the obese patient, integrating the neurobiological, psychological, social and communicative dimensions. The secondary objective consists in operationalising the ALSI method (Ask, Listen, Summarise, Inform/Invite) as a tool for empathic communication and cognitive restructuring in the clinical context.

Methods: The article adopts a narrative-explanatory approach, synthesising the relevant scientific literature from the fields of neuroendocrinology, clinical psychology, medical anthropology and health communication. The primary source of analysis is the educational manuscript on the ALSI method, complemented with data from studies published in the 2020-2026 period on appetite regulation mechanisms, weight stigma and psychological interventions.

Results: The analysis highlights three fundamental categories of determinants of therapeutic work: (1) neurobiological factors (the homeostatic system, the hedonic system, the decisional system), which explain the biological resistance to weight loss; (2) psychosocial factors (internalised stigma, self-image, personal values), which mediate the subjective experience of the disease; and (3) communicational factors (the ALSI method, active listening, emotional validation), which facilitate cognitive restructuring and patient participation in decision-making.

Public utility statement: Understanding obesity as a chronic neurobiological disease and adopting a patient-centred communicational framework can reduce stigma, improve therapeutic alliance and support the sustainability of behavioural changes. The ALSI method offers healthcare professionals a structured yet flexible tool for empathic and collaborative conversations, contributing to the transformation of therapeutic work from a solitary struggle into a partnership based on understanding and hope.

Keywords: obesity, therapeutic work, ALSI method, empathic communication, internalised stigma, homeostatic system, cognitive restructuring, resilience, patient-centred approach, sustainability

REZUMAT

Context: Obezitatea reprezintă o afecțiune medicală cronică, complexă, cu determinism genetic și neurobiologic semnificativ, în care creierul dezvoltă mecanisme homeostatice de apărare împotriva pierderii în greutate. Paradigma tradițională, care reduce obezitatea la o problemă de voință și alegere individuală, s-a dovedit insuficientă și stigmatizantă, contribuind la internalizarea vinovăției și la întârzierea accesului la tratament adecvat.

Objective: Prezenta lucrare își propune să dezvolte un cadru teoretic comprehensiv al travaliului terapeutic al pacientului cu obezitate, integrând dimensiunile neurobiologică, psihologică, socială și comunicativă. Obiectivul secundar constă în operaționalizarea metodei ALSI (Întrebați, Ascultați, Rezumați, Informați/Invitați) ca instrument de comunicare empatică și restructurare cognitivă în contextul clinic.

Metode: Articolul adoptă o abordare narativ-explicativă, sintetizând literatura științifică relevantă din domeniile neuroendocrinologiei, psihologiei clinice, antropologiei medicale și comunicării în sănătate. Sursa primară de analiză o constituie Articolul educațional privind metoda ALSI, completat cu date din studiile publicate în perioada 2020-2026 referitoare la mecanismele reglării apetitului, stigmatizarea greutății și intervențiile psihologice.

Rezultate: Analiza evidențiază trei categorii fundamentale de determinanți ai travaliului terapeutic: (1) factorii neurobiologici (sistemul homeostatic, sistemul hedonic, sistemul decizional), care explică rezistența biologică la pierderea în greutate; (2) factorii psihosociali (stigmatizarea internalizată, imaginea de sine, valorile personale), care mediază experiența subiectivă a bolii; și (3) factorii comunicaționali (metoda ALSI, ascultarea activă, validarea emoțională), care facilitează restructurarea cognitivă și participarea pacientului la decizie.

Declarație privind utilitatea publică: Înțelegerea obezității ca boală cronică neurobiologică și adoptarea unui cadru comunicativ centrat pe pacient pot reduce stigmatizarea, îmbunătăți alianța terapeutică și sprijini sustenabilitatea schimbărilor comportamentale. Metoda ALSI oferă profesioniștilor din sănătate un instrument structurat, dar flexibil, pentru conversații empatică și colaborative, contribuind la transformarea travaliului terapeutic dintr-o luptă singuratică într-un parteneriat bazat pe înțelegere și speranță.

Cuvinte cheie: obezitate, travaliu terapeutic, metodă ALSI, comunicare empatică, stigmatizare internalizată, sistem homeostatic, restructurare cognitivă, reziliență, abordare centrată pe pacient, sustenabilitate

INTRODUCERE

Obezitatea a evoluat de la o problemă percepută de stil de viață la o criză globală de sănătate publică, cu implicații profunde asupra morbidității, mortalității și calității vieții. Conform datelor din studiul Global Burden of Disease 2021¹, în anul 2021 se estima că aproximativ 2,11 miliarde de adulți (1,00 miliarde bărbați și 1,11 miliarde femei) trăiau cu supraponderalitate sau obezitate [1]. Această tendință este prognozată să se accelereze; până în 2050, numărul adulților afectați ar putea ajunge la 3,80 miliarde, reprezentând peste jumătate din populația adultă a planetei [1]. În acest context, nicio țară nu a reușit până acum să reducă semnificativ ratele de prevalență [1], ceea ce subliniază necesitatea unei schimbări de paradigmă de la intervenții sporadice la managementul bolii cronice.

Recunoașterea obezității ca afecțiune medicală reală, cu determinism genetic și neurobiologic, reprezintă o schimbare fundamentală de paradigmă. Cercetările demonstrează că aproximativ 70% din predispoziția pentru obezitate este moștenită, iar mecanismele homeostatice ale creierului apără activ greutatea corporală împotriva eforturilor de reducere [2]. Această realitate științifică transformă fundamental înțelegerea obezității: nu este o problemă de voință sau de caracter, ci o afecțiune în

¹ Coordonat de către [Institute for Health Metrics and Evaluation \(IHME\)](https://www.healthdata.org/), studiul Global Burden of Disease (GBD) 2021 oferă o analiză globală amplă a 371 de boli, 288 cauze de deces și 88 de factori de risc în 204 țări, acoperind perioada 1990–2021, cu un accent deosebit pe impactul pandemiei de COVID-19. Principalele concluzii

- Impactul COVID-19: Speranța de viață la nivel global a scăzut cu 1,6 ani între 2019 și 2021, iar infecția cu SARS-CoV-2 a devenit principala cauză a indicatorului DALY (ani de viață ajustați în funcție de dizabilitate) în 2021.
- Factorii metabolici: Decesele și problemele de sănătate cauzate de riscuri metabolice (hipertensiune, glicemie crescută, IMC ridicat) au crescut cu 50% față de anul 2000.
- Cauze tradiționale: Boli precum cardiopatia ischemică și accidentul vascular cerebral rămân printre principalele cauze majore de mortalitate la nivel global.

Sursa: <https://ghdx.healthdata.org/gbd-2021>

care creierul inconștient „luptă” împotriva pierderii în greutate [3]. Obezitatea este, prin urmare, o „boală cronică a creierului care reglează apetitul”, iar lupta pacientului cu propriul corp este o reacție biologică, nu o lipsă de voință [4].

Pacienții cu obezitate se confruntă însă nu doar cu provocările biologice, ci și cu un peisaj social și relațional complex, marcat de prejudecăți și stigmatizare. Atât pacienții, cât și profesioniștii din domeniul sănătății pot fi influențați de atitudini negative despre obezitate, care afectează grav calitatea vieții persoanelor afectate și reprezintă un obstacol major în tratament [5]. Prejudicata legată de greutate se referă la judecarea valorilor, abilităților și trăsăturilor de personalitate ale unei persoane pe baza greutății sau formei corpului, iar aceste atitudini sunt adesea internalizate de pacienți, generând sentimente de vinovăție, rușine și eșec [5]. Stigmatizarea bazată pe greutate corporală se definește prin ansamblul actelor discriminatorii și al ideologiilor îndreptate împotriva persoanelor în funcție de greutatea și dimensiunile corporale, având potențialul de a afecta negativ persoanele cu supraponderabilitate și obezitate. Cercetările au demonstrat că stigmatizarea ponderală este corelată cu o stare de bunăstare psihologică scăzută, cu niveluri crescute de depresie și anxietate, precum și cu tulburări ale comportamentului alimentar (de exemplu, alimentația emoțională și alimentația compulsivă).[6].

În acest context, travaliul terapeutic al pacientului cu obezitate depășește cu mult simpla aplicare a unor recomandări dietetice sau de exercițiu fizic. El implică un proces profund de reorganizare mentală, de schimbare a percepției despre sine și despre boală, de dezvoltare a unor abilități comportamentale și de gestionare a obstacolelor interne și externe. Metoda ALSI (Întrebați, Ascultați, Rezumați, Informați/Invitați) reprezintă un instrument simplu, bazat pe comunicarea empatică, care poate ghida conversațiile cu pacienții și poate sprijini gestionarea eficientă a obezității, într-un cadru centrat pe pacient [7].

Prezentul articol, structurat în trei părți, își propune să exploreze în profunzime travaliul terapeutic al pacientului cu obezitate, așa cum se conturează în interacțiunea cu profesioniștii din domeniul sănătății. Partea I fundamentează cadrul teoretic și epistemologic al travaliului terapeutic, analizând determinanții neurobiologici, psihologici și sociali ai obezității și explicitând principiile comunicării empatică. Partea II va operaționaliza acest cadru prin analiza momentelor critice ale parcursului terapeutic și prin dezvoltarea unui model integrativ de intervenție. Toate părțile articolului evidențiază rolul esențial al comunicării empatică și al validării experienței pacientului în construirea unui parteneriat terapeutic durabil.

1. POZIȚIONARE METODOLOGICĂ ȘI LIMITE EPISTEMOLOGICE

1.1. Precizări metodologice

Prezentul articol adoptă o abordare narativ-explicativă, sintetizând literatura științifică relevantă din domeniile neuroendocrinologiei, psihologiei clinice, antropologiei medicale și comunicării în sănătate. Sursa primară de analiză o

constituie cursul educațional privind metoda ALSI² [4], completat cu date din studiile publicate în perioada 2020-2026 referitoare la mecanismele reglării apetitului, stigmatizarea greutății și intervențiile psihologice. În mod deliberat, articolul nu prezintă scheme de tratament, doze, criterii farmacologice sau algoritmi terapeutici. Atunci când farmacoterapia sau alte intervenții apar în materialul-sursă, acestea sunt analizate ca momente ale conversației și ale deciziei împărtășite.

Este importantă o delimitare conceptuală: metoda ALSI este tratată aici ca structură conversațională descrisă în cursul Xpeer Medical Education [4], nu ca instrument clinic validat. Nu au fost identificate în literatura consultată date care să permită afirmarea validității sau superiorității ALSI față de alte cadre de comunicare. Această limitare este menținută pe parcursul întregii analize.

1.2. Limite epistemologice ale abordării tradiționale

Abordarea tradițională a obezității, sintetizată prin imperativul simplist „mănâncă mai puțin și mișcă-te mai mult”, nu reprezintă un tratament în sine, ci eventualul rezultat al unei intervenții terapeutice de succes [4]. Această perspectivă reduționistă ignoră complexitatea biologică a bolii și contribuie la perpetuarea stigmatizării.

Cercetările clinice relevă că componenta ereditară controlează între 40% și 70% din indicele de masă corporală (IMC), determinând sensibilitatea creierului la stimuli externi și eficiența retenției calorice [2]. Sute de gene influențează apetitul, metabolismul, distribuția grăsimii și răspunsul la alimente [8]. Această realitate genetică este adesea ignorată în discursul public și în practica clinică, unde obezitatea continuă să fie atribuită predominant alegerilor individuale.

De asemenea, explicația centrată exclusiv pe voință și alegeri individuale poate alimenta stereotipurile potrivit cărora persoanele cu obezitate sunt leneșe, lipsite de autocontrol sau personal responsabile pentru greutatea lor. Consensul internațional privind stigmatizarea obezității arată că aceste stereotipuri sunt larg răspândite, inclusiv în contexte medicale, și pot avea consecințe psihologice, fizice și asupra accesului la îngrijire [5, 6, 9].

O limită suplimentară a epistemologiei tradiționale constă în focalizarea exclusivă pe rezultatul ponderal ca măsură a succesului terapeutic. Această perspectivă reduce complexitatea travaliului terapeutic la o cifră pe cântar, ignorând dimensiunile calitative ale schimbării: adoptarea unor comportamente sănătoase, îmbunătățirea calității vieții, reducerea stigmatizării internalizate și dezvoltarea rezilienței.

² Pentru structurarea articolului, autorii urmează linia cursului “Simple conversations to empower people living with obesity”, în cadrul căruia au dobândit Certificat de participare Xpeer Medical Education/23.08.2026;
Coordonatori:

Prof Vassilios Papalois, President of UEMS, Dr. Joao Grenho, Secretary General of UEMS.
European Accreditation Council for Continuing Medical Education - EACCME

1.3. Necesitatea unei epistemologii integrate

Pentru a depăși aceste limite, autorii propun o epistemologie integrată a travaliului terapeutic, care să includă:

1. Dimensiunea biologică - recunoașterea determinismului genetic și a mecanismelor neurobiologice ale reglării apetitului;
2. Dimensiunea psihologică - explorarea experienței subiective, a stigmatizării internalizate și a valorilor personale;
3. Dimensiunea socială - analiza contextului relațional și a impactului prejudecăților sociale;
4. Dimensiunea comunicativă - utilizarea unui cadru conversațional centrat pe pacient, care validează și implică.

Această perspectivă integrată este congruentă cu modelul biopsihosocial al obezității, care recunoaște interacțiunea complexă dintre genetică, hormoni, creier, mediu și factori psihosociali [8]. Ea permite, de asemenea, o abordare mai nuanțată a sustenabilității schimbării, recunoscând că obezitatea este o boală cronică, recidivantă, care necesită un management pe termen lung [10, 11].

2. CADRUL TEORETIC

2.1. Neurobiologia apetitului și reglarea greutateii

Pentru a înțelege travaliul terapeutic al pacientului cu obezitate, este esențial să explorăm mai întâi mecanismele neurobiologice care stau la baza reglării greutateii. Fiecare persoană moștenește un sistem unic de apetit, structurat pe trei niveluri interconectate, așa cum sunt descrise în cursul Xpeer Medical Education [4].

2.1.1. Sistemul homeostatic („Paznicul” sau „Vigilența”)

Acest nivel reprezintă cel mai cunoscut sistem de reglare, un mecanism automat care menține echilibrul energetic al organismului. Sistemul homeostatic este foarte sensibil la nivelurile de leptină, un hormon produs de celulele adipoase ale organismului care ajută creierul să regleze și să mențină greutatea corporală [4]. Nivelurile ridicate de leptină transmit creierului senzația de sațietate. Când slăbim și nivelurile de leptină scad, acest fapt pune sistemul homeostatic în acțiune ca să caute mai multă hrană, generând căutarea mai multor alimente [4].

Acesta este mecanismul prin care organismul „se apără” împotriva pierderii în greutate, considerând-o o potențială amenințare la adresa supraviețuirii. După cum subliniază literatura de specialitate, scăderea în greutate reduce nivelul de leptină, fapt ce declanșează un mecanism homeostatic de alarmă; creierul percepe o amenințare de înfometare și activează căutarea activă de hrană pentru a apăra greutatea anterioară, considerată eronat drept „normală” [2, 12]. Persoanele care au obezitate, au un nivel mai ridicat de foame și un nivel mai scăzut de sațietate în creier, iar corpul se va apăra împotriva pierderii în greutate, încurajând revenirea la nivelul anterior, pe care îl consideră normal [4].

Sistemul homeostatic este fundamental pentru înțelegerea rezistenței la pierderea în greutate. Indiferent de metoda de slăbire - restricție calorică, exercițiu, intervenție chirurgicală sau farmacoterapie - adaptările homeostatice tind să restabilească greutatea la un setpoint determinat genetic [2, 12, 13]. Când greutatea sau rezervele de grăsime scad, nivelul leptinei (hormonul sațietății, produs de celulele adipoase) scade și el. Această scădere este interpretată de creier ca un semnal de alarmă, care indică un potențial risc de înfometare. Drept răspuns, organismul declanșează o serie de mecanisme homeostatice care favorizează creșterea în greutate pentru a restabili rezervele, cum ar fi stimularea apetitului și încetinirea metabolismului [4, 12].

2.1.2. Sistemul hedonic („Ambițiosul”)

Al doilea nivel al sistemului de apetit este cel care generează tânjirea după mâncare, cu o intensitate variabilă de la o persoană la alta. Acest nivel, denumit „Ambițiosul” în Articolul -sursă, învață să asocieze alimentele bogate în calorii și energie rapidă cu indicii din mediul înconjurător, creând conexiuni între contexte, emoții și nevoia de a consuma anumite alimente [4]. Toate aceste procese se desfășoară în partea inconștientă a creierului, fără implicarea voinței conștiente.

Sistemul hedonic este responsabil pentru poftele alimentare intense (cravings) și pentru căutarea recompensei asociate consumului de alimente palatabile. Acest nivel învață să asocieze alimentele bogate în calorii și energie rapidă cu indicii din mediul înconjurător [4]. Aceste asocieri sunt extrem de puternice și pot fi activate de stimuli contextualii: vederea unui fast-food, mirosul mâncării, stări emoționale sau obiceiuri culturale.

Neuroștiința contemporană a identificat bazele neuroanatomice ale acestui sistem, implicând în special circuitul dopaminergic mezolimbic și zone precum nucleul accumbens, amigdala și cortexul prefrontal ventromedial [14, 15]. Alimentele bogate în zahăr și grăsimi activează acest circuit de recompensă într-un mod comparabil cu substanțele addictive, explicând de ce poftele pot fi atât de intense și greu de controlat prin simpla voință [15].

2.1.3. Sistemul decizional („Directorul somnoros”)

Al treilea nivel reprezintă potențialul erou al acestei povești. „Directorul somnoros” este nivelul decizional lent, inert, care ar putea alege să ignore sau să gestioneze semnalele venite de la sistemul homeostatic („Paznicul”) și de la nivelul de dorințe („Ambițiosul”) și să ia cele mai bune decizii pentru viitor [4]. Din păcate, acest sistem are multe de făcut și adesea doarme. Deciziile referitoare la mâncare și băuturi sunt luate în mod automat, cu gânduri automate precum: „a fost o zi lungă și merit aceasta” sau „oricum m-am abătut de la drum, așa că ce mai contează” [4].

Terapia comportamentală dezvoltă abilitățile necesare pentru a-l menține pe „directorul somnoros” cât mai treaz în momentele cheie ale luării deciziilor alimentare [4]. Acest proces implică activarea cortexului prefrontal dorsolateral, implicat în controlul cognitiv și în reglarea impulsurilor [16]. Atunci când acest sistem este copleșit de stres, oboseală sau suprasolicitare cognitivă, deciziile revin la automatisme, iar comportamentele alimentare devin din nou conduse de sistemele homeostatic și hedonic.

Această arhitectură a sistemului de apetit explică de ce pierderea în greutate este atât de dificilă: atunci când o persoană încearcă să slăbească, ea luptă nu doar împotriva dorinței conștiente, ci și împotriva unor mecanisme homeostatice puternice, inconștiente, care sunt activate pentru a restabili greutatea la nivelul considerat „normal” de organism [4]. După cum subliniază literatura de specialitate, obezitatea este o afecțiune tratabilă, influențată de creier, de genetică și de factori de mediu [4, 17]. Prin urmare, travaliul terapeutic presupune activarea acestui „Director somnoros” prin tehnici de restructurare comportamentală, oferindu-i abilitățile necesare pentru a rămâne treaz în momentele decizionale cheie [4].

2.2. Aspecte de antropologie psihologică

2.2.1. Obezitatea ca fenomen cultural și simbolic

Din perspectivă antropologică, obezitatea nu poate fi înțeleasă exclusiv ca fenomen biologic, ci trebuie analizată și ca produs cultural și simbolic. Semnificațiile atribuite corpului și greutății variază semnificativ între culturi și epoci istorice, reflectând norme sociale, valori și structuri de putere [18, 19].

În societățile occidentale contemporane, corpul subțire este asociat cu disciplină, autocontrol, succes și virtute morală, în timp ce corpul cu greutate crescută este stigmatizat ca semn al lenei, a lipsei de voință și a eșecului personal [20, 21]. Această construcție culturală transformă obezitatea dintr-o problemă medicală într-o problemă morală, plasând responsabilitatea asupra individului și ignorând determinanții sociali și biologici ai bolii.

Literatura reflectă această dimensiune culturală atunci când afirmă: „Pentru foarte mulți, atât pacienți cât și profesioniști, care consideră obezitatea ca o afecțiune medicală reală, este o schimbare totală de mentalitate și necesită o reorganizare mentală” [4]. Această reorganizare mentală implică o deconstrucție a narațiunilor culturale dominante despre greutate și o reconstrucție a sensului obezității în termeni medicali, nu morali.

2.2.2. Corpul ca loc al identității și al luptei simbolice

Pentru pacientul cu obezitate, corpul nu este doar un obiect biologic, ci și un loc al identității, al relațiilor sociale și al luptei simbolice. Experiența trăită a corpului cu greutate crescută este marcată de privirea celorlalți, de judecăți implicite și de stereotipuri internalizate [22, 23]. Putem descrie această experiență prin vocea pacientului care spune: „Sincer, domnule doctor... m-am săturat. Am încercat toate dietele posibile în ultimii cinci ani. Slăbesc 10 kilograme, pun 15 înapoi. Simt că nu am deloc voință și mi-e și rușine să mai vin la cabinet” [4]. Această declarație relevă multiple straturi de semnificație: efortul repetat, eșecul perceput, pierderea încrederii în sine și rușinea socială.

Antropologia medicală ne invită să înțelegem această experiență ca pe o formă de suferință socială, în care boala biologică este indisolubil legată de suferința psihologică și socială generată de stigmatizare și excludere [24, 25]. Travaliul terapeutic trebuie, prin urmare, să abordeze nu doar dimensiunea biologică a obezității, ci și această dimensiune simbolică și relațională.

2.2.3. Rușinea și vinovăția ca mecanisme de control social

Rușinea și vinovăția sunt emoții sociale fundamentale în experiența obezității. Rușinea este o emoție legată de eșecul perceput în fața celorlalți, de trăirea propriei inadecvări în raport cu normele sociale. Vinovăția este o emoție legată de încălcarea unor standarde interne de comportament [26].

Încercăm să ilustrăm aceste emoții prin afirmațiile pacientului: „nu am deloc voință”, „mi-e și rușine să mai vin la cabinet”, „Mă simt vinovat după ce mănânc” [4]. Aceste declarații reflectă internalizarea normelor culturale și transformarea acestora în judecăți asupra propriei persoane.

Din perspectivă antropologică, rușinea și vinovăția funcționează ca mecanisme de control social, menținând conformitatea cu normele culturale privind corpul și greutatea [27]. Trăvialul terapeutic trebuie să ajute pacientul să recunoască aceste mecanisme și să le dezactiveze, permițând o relație mai puțin judecătorească și mai compasională cu propriul corp.

2.2.4. Dimensiunea existențială a trăvialului terapeutic

Trăvialul terapeutic al pacientului cu obezitate are și o dimensiune existențială. Pacientul se confruntă nu doar cu provocări practice (gestionarea alimentației, creșterea activității fizice), ci și cu întrebări fundamentale despre identitate, valoare și sens: „Cine sunt eu dincolo de greutatea mea?”, „Ce înseamnă o viață bună pentru mine?”, „Cum pot trăi în acord cu valorile mele, într-un corp care nu se conformează standardelor sociale?” [4].

Articolul explorează aceste întrebări atunci când clinicianul invită pacientul să reflecteze asupra motivelor pentru care dorește o viață mai sănătoasă: „Ai spus că vrei să slăbești ca să fii mai sănătoasă. Pot să știu de ce?” [4]. Această întrebare deschide o dimensiune mai profundă a trăvialului terapeutic, invitând pacientul să articuleze valorile și sensurile care ghidează demersul său.

Răspunsurile pacienților - „Aș vrea să ies mai des, poate să cunosc pe cineva”, „Vreau să călătoresc și să petrec mai mult timp cu familia și cu prietenii”, „Aș vrea să fiu mai independentă” [4] - indică valori profunde (conexiune socială, apartenență, autonomie, vitalitate) care pot servi ca sursă de motivație durabilă în trăvialul terapeutic.

2.3. Factori psihosociologici

2.3.1. Stigmatizarea și prejudecata legată de greutate

Prejudecata legată de greutate se referă la atitudini negative sau stereotipuri negative despre obezitate și persoanele care suferă de obezitate. Aceasta implică judecarea efectivă a valorilor, abilităților, aptitudinilor sau trăsăturilor de personalitate ale unei persoane pe baza greutății sau formei corpului [4, 5].

Autorii recunosc că prejudecățile sunt firești: „A trăi cu prejudecăți față de ceilalți este ceva destul de natural. Este firesc să simți prejudecăți” [4]. Cu toate acestea, impactul prejudecăților asupra pacientului cu obezitate poate fi devastator: scăderea stimei de sine și a încrederii în sine, evitarea situațiilor sociale, sentimente de

rușine și vinovăție, întârzierea căutării ajutorului medical, non-aderența la tratament și internalizarea mesajelor stigmatizante [4, 28].

Literatura de specialitate confirmă faptul că stigmatizarea greutății este asociată cu o sănătate psihologică precară, niveluri mai ridicate de depresie și anxietate și tulburări alimentare (de exemplu, alimentație emoțională și mâncatul compulsiv (*binge eating*)) [6, 29]. Internalizarea stigmatului, prin care pacienții își însușesc prejudecățile societății și le întorc împotriva lor înșiși, este un fenomen deosebit de dăunător. Ei pot ajunge să creadă că sunt leneși, că nu au voință sau că nu merită ajutor. Aceste convingeri pot sabota eforturile terapeutice și pot menține ciclul de eșec și descurajare [4, 30].

2.3.2. Internalizarea stigmatului și impactul psihologic

Internalizarea stigmatului reprezintă procesul prin care persoana aplică asupra propriei persoane stereotipurile negative și se auto-devalorizează [9, 31]. Articolul oferă numeroase exemple ale acestui fenomen: pacientul care afirmă „nu am voință”, cel care simte rușine să revină la cabinet, cel care se întreabă „ce rost are” să continue eforturile [4].

Studiile recente evidențiază că internalizarea stigmatului poate media relația dintre experiențele de stigmatizare și o serie de rezultate biopsihosociale, inclusiv depresie, anxietate, tulburări alimentare și scăderea calității vieții [9, 30]. Intervențiile psihologice care vizează reducerea stigmatului internalizat - cum ar fi terapia centrată pe compasiune, terapia prin acceptare și angajament sau terapia cognitiv-comportamentală - au demonstrat fezabilitate și eficacitate preliminară în reducerea stigmatului internalizat și îmbunătățirea bunăstării psihologice [6, 32].

Articolul subliniază că explicarea științei obezității poate reduce prejudecățile legate de greutate: descrierea obezității ca o afecțiune medicală reală, care nu este vina individului, ci o afecțiune pentru care există un tratament eficient [4]. Această educație științifică este un act de empowerment (împuternicire) și de dez-stigmatizare. Ea îl eliberează pe pacient de povara vinovăției și îl ajută să vadă obezitatea ca pe o problemă medicală gestionabilă, similar altor boli cronice, pentru care există soluții dovedite științific [4].

2.3.3. Teoria autodeterminării și motivația intrinsecă

Teoria autodeterminării (Self-Determination Theory - SDT) oferă un cadru util pentru înțelegerea motivației în travaliul terapeutic al pacientului cu obezitate [33]. SDT postulează că motivația intrinsecă - angajarea într-un comportament pentru satisfacția intrinsecă pe care o oferă - este facilitată de satisfacerea a trei nevoi psihologice fundamentale: autonomie, competență și relaționalitate [33, 34].

În contextul obezității, abordarea centrată pe pacient descrisă în articol răspunde acestor nevoi:

1. Autonomie - Pacientul este implicat în deciziile terapeutice și în stabilirea obiectivelor. Clinicianul nu prescrie, ci invită la colaborare: „Ați putea încerca astfel până data viitoare?” [4].

2. Competență - Pacientul este ajutat să dezvolte abilități și strategii practice pentru gestionarea poftelor și a obstacolelor. Restructurarea cognitivă și identificarea factorilor declanșatori cresc sentimentul de competență.
3. Relaționalitate - Relația terapeutică bazată pe validare, ascultare și empatie oferă pacientului un sentiment de conexiune și apartenență, contracarând izolarea și rușinea asociate obezității.

2.3.4. Reziliența și construirea psihologică a resurselor

Reziliența este definită ca fiind capacitatea de a face față obstacolelor și de a menține motivația în fața dificultăților. În acest articol, reziliența nu este prezentată ca o însușire pe care pacientul o posedă sau nu o posedă. Ea este construită progresiv prin capacitatea de a examina obstacolele, de a identifica dovezile care contrazic gândurile negative și de a continua procesul [4].

Articolul afirmă explicit că această construcție necesită timp și practică: „Ghidarea pacientului se face pentru a căuta dovezi care să conteste aceste gânduri, poate construi reziliență dar este nevoie de timp și practică” [4]. Întâlnirile regulate îl ajută pe pacient să își ordoneze gândurile, să îi restructureze conotația ideativă și să rămână implicat [4].

Literatura de specialitate identifică mai multe componente ale rezilienței care pot fi dezvoltate în trivaliul terapeutic: auto-compasiunea, flexibilitatea cognitivă, reglarea emoțională, sensul și scopul [35, 36]. Studiile recente arată că auto-compasiunea și auto-acceptarea sunt asociate cu o imagine corporală mai pozitivă și cu o reducere a stigmatului internalizat la persoanele cu obezitate [37].

2.4. Semnificații psihanalitice

2.4.1. Inconștientul și determinismul psihic

Perspectiva psihanalitică aduce o contribuție valoroasă la înțelegerea trivaliului terapeutic al pacientului cu obezitate, prin sublinierea rolului proceselor inconștiente în determinarea comportamentului alimentar. Articolul descrie în mod explicit acest determinism inconștient atunci când prezintă sistemul homeostatic („Paznicul”) și sistemul hedonic („Ambițiosul”) ca funcționând în afara controlului voluntar [4].

Freud a introdus conceptul de inconștient ca rezervor al impulsurilor, dorințelor și conflictelor reprimite, care influențează comportamentul fără ca individul să fie conștient de ele [38]. În contextul obezității, comportamentele alimentare pot fi văzute ca expresii simbolice ale unor conflicte psihice mai profunde: foamea emoțională poate reprezenta o căutare de confort și siguranță, poftele intense pot fi expresia unor dorințe interzise, iar ciclurile de restricție și exces pot reflecta conflicte între impuls și control.

Articolul reflectă această perspectivă atunci când descrie automatismele mentale care guvernează deciziile alimentare: gânduri precum „a fost o zi lungă și merit aceasta” sau „oricum m-am abătut de la drum, așa că ce mai contează” sunt prezentate ca manifestări ale unor procese inconștiente care eludează controlul voluntar [4].

2.4.2. Mecanisme de apărare și rezistență în travaliul terapeutic

Psihanaliza a identificat numeroase mecanisme de apărare - strategii psihice inconștiente prin care individul se protejează de anxietatea generată de conflicte interne sau de amenințări externe [39]. În contextul obezității, aceste mecanisme pot juca un rol semnificativ în menținerea comportamentelor alimentare problematice și în rezistența la schimbare.

Articolul descrie un mecanism de apărare important atunci când pacientul, confruntat cu dificultatea de a respecta planul terapeutic, afirmă: „Este greu. Este prea mult. Mi-e greu să mă țin de planul meu. Trebuie să îmi schimb locul de muncă” [4]. Această deplasare a atenției de la dificultatea specifică a planului terapeutic către dificultăți mai generale poate fi interpretată ca o formă de evitare sau de raționalizare.

De asemenea, fenomenul descris în articol ca „Directorul somnoros” - sistemul decizional care adesea doarme, lăsând deciziile pe seama automatismelor - poate fi înțeles psihanalitic ca o formă de rezistență la schimbare, în care procesele inconștiente sabotează intențiile conștiente [4, 40].

2.4.3. Transferul și relația terapeutică

Conceptul de transfer - proiectarea asupra terapeutului a sentimentelor și atitudinilor care aparțin unor relații anterioare semnificative - este central în psihanaliză și are relevanță pentru travaliul terapeutic în obezitate [41]. Pacienții cu obezitate pot transfera asupra clinicianului atitudini stigmatizante pe care le-au întâlnit în alte contexte, așteptându-se la judecată și critică. Alternativ, pot căuta în clinician o figură parentală care să ofere aprobare și îndrumare. Articolul recunoaște această dinamică atunci când subliniază importanța construirii unei relații terapeutice bazate pe încredere: „Ascultarea activă este fundamentul pentru a construi o relație terapeutică de încredere și pentru a putea oferi ulterior recomandări cu adevărat personalizate și eficiente” [4]. Clinicianul care reușește să ofere validare și acceptare necondiționată poate contracara așteptările negative ale pacientului și poate crea un spațiu sigur pentru explorare și schimbare.

2.4.4. Corpul ca scenă a conflictului psihic

Din perspectivă psihanalitică, corpul este scenă a conflictului psihic. Simptomele somatice, inclusiv obezitatea, pot fi înțelese ca expresii simbolice ale unor conflicte interne nerezolvate [42, 43]. Mâncarea și greutatea devin purtătoare ale unor semnificații psihice profunde: foamea poate simboliza o nevoie emoțională de iubire și îngrijire, greutatea poate reprezenta o apărare împotriva vulnerabilității, iar pierderea în greutate poate fi trăită ca pierdere a identității.

Autorii sugerează această dimensiune atunci când clinicianul explorează valorile și motivațiile profunde ale pacientului: „Ai spus că vrei să slăbești ca să fii mai sănătoasă. Pot să știu de ce? (Întrebarea urmărește aflarea a ceea ce este în spate, dacă există o tulburare de schemă corporală, a imaginii de sine, a imaginii de relaționare față de ceilalți, dacă există o altă formă de patologie)” [4].

Această întrebare invită pacientul să exploreze semnificațiile psihice ale greutății și ale pierderii în greutate, deschizând posibilitatea unei înțelegeri mai profunde a travaliului terapeutic.

2.4.5. Narcisismul și imaginea corporală

Psihanaliza a acordat o atenție deosebită narcisismului - investiția libidinală în imaginea de sine - și relației acestuia cu corpul [44]. Pacienții cu obezitate pot dezvolta o imagine corporală negativă, asociată cu rușine și dezgust, care afectează stima de sine și relațiile sociale. Alternativ, pot dezvolta o investiție narcisică în obezitate ca identitate, rezistând schimbării din teama pierderii de sine.

Articolul descrie această dinamică atunci când pacientul spune: „Nu sunt leneș. Mă străduiesc. Nu am devenit supraponderală pentru că nu mă străduiesc” [4]. Această afirmație poate fi înțeleasă ca o apărare a identității împotriva stigmatizării internalizate, o încercare de a separa valoarea personală de greutatea corporală.

Clinicianul răspunde validând această distincție: „Exact și nu există dovezi în acest sens. Când apar gânduri negative trebuie să ne amintim că acest efort este călătoria către greutatea ideală, nu destinația” [4]. Această intervenție sprijină pacientul în construirea unei imagini de sine mai nuanțate, care separă valoarea personală de fluctuațiile ponderale.

3. MODALITĂȚI DE ACȚIUNE

3.1. Metoda ALSI ca instrument de comunicare empatică

Metoda ALSI (Întrebați - Ask, Ascultați - Listen, Rezumați - Summarize, Informați/Invitați - Inform/Invite) oferă un cadru structurat pentru conversațiile dintre profesioniștii din domeniul sănătății și pacienții cu obezitate. Această metodă, bazată pe comunicarea empatică, transformă consultația dintr-un monolog al specialistului într-un dialog colaborativ, centrat pe pacient [4, 7].

3.1.1. Întrebați (Ask) - deschiderea subiectului

Primul pas al metodei ALSI implică abordarea subiectului greutății cu pacientul, într-un mod non-stigmatizant și respectuos. Acest pas este crucial, deoarece mulți profesioniști din domeniul sănătății ezită să abordeze subiectul, temându-se să nu jignească pacientul. Cercetările arată însă că majoritatea pacienților cu obezitate doresc să discute despre greutatea lor cu medicul, iar atunci când subiectul este abordat corect, doar 3% îl consideră ofensator [4, 45].

În acest articol oferim exemple de formulări care solicită permisiunea pacientului, plasează discuția în contextul mai larg al sănătății, utilizează un limbaj neutru, non-judecător și invită pacientul să își exprime perspectiva și sentimentele [4]. Această abordare este congruentă cu recomandările moderne de îngrijire centrată pe pacient, care subliniază importanța obținerii acordului pacientului înaintea unei discuții despre greutate [46, 47].

Când pacientul solicită deja sprijin, etapa „Întrebați” poate fi considerată îndeplinită, iar clinicianul trece la ascultare [4]. Această observație este importantă deoarece subliniază flexibilitatea metodei și adaptarea la contextul specific al consultației.

3.1.2. Ascultați (Listen) - spațiul pentru vocea pacientului

După deschiderea subiectului, urmează faza de ascultare activă, în care profesionistul oferă pacientului spațiul necesar pentru a-și împărtăși experiențele, emoțiile și preocupările. Această fază este fundamentală pentru construirea relației terapeutice și pentru înțelegerea profundă a travaliului terapeutic al pacientului [4].

Ascultarea activă implică atenție neîntreruptă și contact vizual, validarea emoțiilor exprimate de pacient, întrebări deschise care încurajează elaborarea și absența judecății și a sfaturilor premature [4, 48]. Articolul subliniază că pacientul este invitat să vorbească despre ce l-a determinat să solicite sprijin, ce a încercat anterior, ce speranțe și temeri are și cum îi afectează greutatea viața de zi cu zi [4].

Literatura de specialitate confirmă importanța ascultării active în îngrijirea obezității. Pacienții care se simt ascultați și înțeleși sunt mai predispuși să se angajeze în planul terapeutic și să mențină schimbările pe termen lung [48, 49]. Motivational interviewing (interviul motivațional), care are la bază ascultarea empatică și explorarea ambivalenței, a demonstrat beneficii în îmbunătățirea angajamentului și susținerea schimbării comportamentale în contextul obezității [50, 51].

3.1.3. Rezumați (Summarize) - validarea înțelegerii

Etapă de rezumare implică sintetizarea celor spuse de pacient, pentru a-i arăta că a fost ascultat și înțeles, și pentru a alinia percepțiile. Rezumatul oferă pacientului confirmarea că experiența sa a fost receptată corect și că profesionistul înțelege contextul său unic [4].

Pe parcursul celor trei părți ale articolului vom oferi exemple de rezumate care reunesc mai multe elemente ale experienței pacientului: efortul depus, dificultatea menținerii rezultatelor și apariția poftelor intense, asociate cu vinovăție și epuizare [4]. Rezumarea are multiple funcții terapeutice: validează experiența pacientului și normalizează dificultățile, oferă pacientului ocazia să corecteze eventuale neînțelegeri, creează un sentiment de parteneriat și colaborare și pregătește terenul pentru furnizarea de informații relevante [4].

Un aspect fundamental este întrebarea finală: „Am înțeles bine?” Aceasta introduce o formă de verificare a sensului. Clinicianul nu presupune că propria interpretare este corectă, ci îi oferă pacientului posibilitatea de a confirma, nuanța sau corecta ceea ce a fost înțeles [4]. În acest fel, rezumarea devine un moment de co-construcție a problemei clinice.

3.1.4. Informați/Invitați (Inform/Invite) - educație și colaborare

Ultima etapă implică furnizarea de informații științifice despre obezitate și invitarea pacientului la colaborare în construirea unui plan terapeutic personalizat. Această etapă transformă consultația dintr-un act de prescriere unilaterală într-un parteneriat terapeutic [4].

Articolul subliniază că informarea trebuie să apară după ce pacientul a fost ascultat și după ce clinicianul s-a asigurat că a înțeles corect situația. Această ordine este importantă. Informația medicală oferită prea devreme riscă să devină o intervenție standardizată, insuficient conectată la experiența persoanei [4]. În schimb,

după ascultare și rezumare, informația poate răspunde unei întrebări reale a pacientului.

Autorii recomandă ca informația să fie oferită într-un limbaj accesibil, explicând mecanismele biologice care sabotează eforturile pacientului, de-stigmatizând experiența acestuia și invitându-l să participe activ la decizia terapeutică [4]. O strategie care facilitează schimbul bidirecțional de informații este metoda QIQ (Question-Information-Question), care constă în a oferi informația precedată de o întrebare deschisă și după obținerea permisiunii [51].

3.1.5. ALSI și interviul motivațional: convergențe și complementarități

Metoda ALSI prezintă convergențe semnificative cu interviul motivațional (Motivational Interviewing - MI), un cadru terapeutic dezvoltat de Miller și Rollnick pentru a facilita schimbarea comportamentală prin explorarea și rezolvarea ambivalenței [52, 53].

Interviul motivațional se bazează pe patru procese fundamentale: angajarea (engaging), focalizarea (focusing), evocarea (evoking) și planificarea (planning) [50, 51, 53]. Aceste procese sunt paralele cu etapele ALSI:

1. Angajarea - similar cu etapa „Întrebați” și „Ascultați”, implică construirea unei relații terapeutice bazate pe încredere și empatie.
2. Focalizarea - similară cu etapa „Rezumați”, implică clarificarea obiectivelor și direcției conversației.
3. Evocarea - implică explorarea motivației intrinseci a pacientului, similară cu explorarea valorilor în ALSI.
4. Planificarea - similară cu etapa „Informați/Invitați”, implică dezvoltarea unui plan de schimbare colaborativ.

Ambele abordări subliniază importanța comunicării centrate pe pacient, a evitării judecății și a construirii autonomiei [50, 51]. Diferențele constau în faptul că MI este un cadru terapeutic mai elaborat, cu tehnici specifice (de exemplu, eliciting change talk, rolling with resistance), în timp ce ALSI este un instrument mai simplu, conceput pentru a fi utilizat în consultații clinice de scurtă durată [4, 50].

3.2. Restructurarea cognitivă și gestionarea gândurilor automate

3.2.1. Identificarea gândurilor automate

Un aspect central al travaliului terapeutic este recunoașterea și gestionarea gândurilor automate care apar în momentele de dificultate. Gândurile automate sunt gânduri rapide, involuntare, care apar ca răspuns la situații specifice și care pot influența emoțiile și comportamentele fără o evaluare conștientă [54, 55].

Autorii identifică mai multe tipuri de gânduri automate care apar în contextul obezității:

1. Gânduri permissive - „merit”, „am nevoie”, „vreau asta” - care justifică consumul alimentar în situații de stres sau oboseală [4].

2. Gânduri de auto-învinovățire - „nu am voință”, „este vina mea” - care reflectă internalizarea stigmatului [4].
3. Gânduri de dezamăgire și descurajare - „nu văd nicio schimbare”, „mă întreb ce rost are” - care apar în perioadele de stagnare [4].
4. Gânduri de evitare - „este prea mult”, „sunt obosit de toate acestea” - care reflectă copleșirea și dorința de a abandona [4].

Aceste gânduri automate sunt adesea declanșate de situații specifice: vederea în oglindă, percepția unei zile mai puțin bune, un număr pe cântar la care nu se așteptau, comentarii sau priviri din partea celorlalți [4].

3.2.2. Contestarea și restructurarea cognitivă

Restructurarea cognitivă implică identificarea și contestarea gândurilor negative automate și înlocuirea lor cu gânduri mai realiste și constructive [54, 55]. Articolul descrie acest proces ca pe o „restructurare cognitivă, restructurarea și contestarea acestor gânduri automate de permisiune și crearea unui nou gând de reținere bazat pe dovezi” [4].

Procesul de restructurare cognitivă în travaliul terapeutic include mai multe etape:

1. Conștientizarea - Pacientul învață să observe gândurile automate și să le recunoască atunci când apar. Aceasta implică trecerea de la „Nu mă pot opri” la „Pot observa când începe impulsul” [4].
2. Examinarea dovezilor - Pacientul este ajutat să examineze dovezile pentru și împotriva gândurilor automate. De exemplu, în loc de „nu văd nicio schimbare”, pacientul poate fi ajutat să recunoască progresele realizate în alte domenii (controlul glicemiei, energie crescută, respectarea planului terapeutic) [4].
3. Generarea de alternative - Pacientul este încurajat să dezvolte gânduri alternative, mai realiste și mai constructive. De exemplu, în loc de „am avut o zi aglomerată, merit acest răsfăț”, pacientul poate învăța să gândească: „am avut o zi aglomerată. Cum pot să îmi reîncarc organismul cu combustibilul potrivit?” [4].
4. Practica și consolidarea - Restructurarea cognitivă necesită timp și practică. Întâlnirile regulate îl ajută pe pacient să își ordoneze gândurile, să îi restructureze conotația ideativă și să rămână implicat [4].

3.2.3. Tehnici practice de gestionare a gândurilor automate

Autorii oferă mai multe tehnici practice pentru gestionarea gândurilor automate:

1. Memento-uri vizuale - Plasarea de bilețele cu mesaje în locurile strategice (frigider, dulap) pentru a întrerupe gândurile automate atunci când ajungem în acele locuri [4].
2. Jurnalul alimentar și al gândurilor - Pacienții sunt încurajați să noteze factorii declanșatori și momentele de risc, fie într-un carnet, fie pe telefon. Această practică crește conștientizarea și oferă informații valoroase pentru dezvoltarea strategiilor de gestionare [4].

3. Întrebări strategice - Pacientul este încurajat să se întrebe la sfârșitul zilei: „Mă îndrept în direcția valorilor mele? Dacă da, cum putem repeta asta, mâine? Dacă nu, ce putem schimba din experiența aceasta pentru a schimba viitorul?” [4].
4. Restructurarea narativă - Pacientul este ajutat să construiască o narațiune alternativă despre obezitate, care să înlocuiască narațiunea stigmatizantă. Aceasta implică trecerea de la „nu am voință” la o înțelegere complexă a bolii [4].

3.3. Identificarea și gestionarea momentelor de risc

3.3.1. Cartografierea momentelor de risc

Articolul subliniază importanța identificării momentelor de risc pentru apariția poftelor și a comportamentelor alimentare necontrolate. Această cartografiere implică descrierea contextului în care apar poftele: unde se află pacientul, cât este ceasul, cu cine este, ce face, cât de frecvent apare situația [4].

Sunt descrise mai multe contexte în care apare pofta: relaxarea în fața televizorului, situațiile sociale, drumul spre casă, o zi dificilă, stresul sau, dimpotrivă, dorința de a sărbători o zi bună [4]. Apare și formularea „nu mă pot opri, face parte din rutină” [4].

Această cartografiere permite trecerea de la o descriere globală a propriei incapacități la o descriere contextualizată a comportamentului. „Nu mă pot opri” devine: apare seara, apare în fața televizorului, apare după o zi stresantă, apare în contexte sociale, apare și în momente de recompensă sau sărbătoare, este asociată cu anumite gânduri automate [4].

3.3.2. Dezvoltarea strategiilor de întrerupere

După identificarea momentelor de risc, urmează dezvoltarea unor strategii practice pentru întreruperea automatismelor. Articolul descrie acest proces ca pe o „dezactivare a pilotului automat” [4].

Strategiile de întrerupere includ:

1. Întârzierea - Pacientul este încurajat să întârzie răspunsul la poftă cu un interval scurt (de exemplu, 10 minute), permițând sistemului decizional să se reactiveze.
2. Alternarea comportamentului - Pacientul este încurajat să înlocuiască comportamentul alimentar cu o altă activitate (de exemplu, să iasă la plimbare, să bea un pahar de apă, să sune un prieten).
3. Reformularea cognitivă - Pacientul este încurajat să reformuleze gândul permisiv într-o formă mai constructivă. De exemplu, în loc de „merit acest răsfăț pentru că am avut o zi grea”, să gândească: „cum pot să îmi reîncarc organismul cu combustibilul potrivit?” [4].
4. Modificarea mediului - Pacientul este încurajat să modifice mediul pentru a reduce expunerea la stimuli care declanșează automatismele.

3.3.3. Construirea unui plan de gestionare a poftelor

Articolul descrie construirea unui plan de gestionare a poftelor ca un proces colaborativ între clinician și pacient. Clinicianul invită pacientul să participe la dezvoltarea strategiilor: „Ați putea încerca astfel până data viitoare?” [4].

Planul de gestionare a poftelor include:

1. Identificarea factorilor declanșatori - Pacientul notează momentele, locurile și situațiile în care apar poftele.
2. Dezvoltarea strategiilor de întrerupere - Pacientul experimentează diferite strategii pentru a întrerupe automatismele.
3. Monitorizarea eficacității - Pacientul evaluează eficacitatea strategiilor și le ajustează în funcție de necesități.
4. Revizuirea planului - La consultațiile de urmărire, clinicianul și pacientul revizuiesc planul și îl adaptează în funcție de progrese și obstacole.

CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI STRATEGICE

Travaliul terapeutic al pacientului cu obezitate, așa cum este fundamentat în această primă parte a articolului, se configurează ca un proces complex, multidimensional, care depășește cu mult simpla aplicare a unor recomandări dietetice sau de exercițiu fizic. Fundamentarea teoretică și epistemologică a acestui travaliu relevă câteva concluzii esențiale:

1. Obezitatea este o afecțiune neurobiologică, nu o problemă de voință. Recunoașterea determinismului genetic și a mecanismelor homeostatice și hedonice ale creierului transformă fundamental înțelegerea obezității și eliberează pacientul de vinovăție. Sistemul de apetit structurat pe trei niveluri - homeostatic („Paznicul”), hedonic („Ambițiosul”) și decizional („Directorul somnoros”) - explică de ce pierderea în greutate este atât de dificilă și de ce eforturile conștiente sunt adesea subminate de procese inconștiente.
2. Stigmatizarea și internalizarea acesteia sunt obstacole majore în travaliul terapeutic. Prejudicata legată de greutate afectează calitatea vieții persoanelor cu obezitate și reprezintă un obstacol major în tratament. Internalizarea stigmatului transformă dificultățile ponderale în dovezi ale eșecului personal, sabotând motivația și încrederea în sine. Combaterea stigmatului prin educație științifică și comunicare empatică este esențială pentru travaliul terapeutic.
3. Dimensiunea antropologică și psihanalitică a travaliului terapeutic nu poate fi ignorată. Corpul cu greutate crescută este nu doar un obiect biologic, ci și un loc al identității, al relațiilor sociale și al luptei simbolice. Rușinea, vinovăția și mecanismele de apărare inconștiente influențează profund experiența pacientului și rezistența la schimbare. Explorarea valorilor și motivațiilor profunde este esențială pentru construirea unui sens personal al schimbării.
4. Metoda ALSI oferă un cadru structurat pentru comunicarea empatică și restructurarea cognitivă. Secvența Întrebați-Ascultați-Rezumați-Informați/Invitați transformă consultația dintr-un monolog al specialistului într-un dialog colaborativ,

centrat pe pacient. Ascultarea activă, validarea experienței și implicarea pacientului în decizie sunt fundamentale pentru construirea alianței terapeutice și pentru sustenabilitatea schimbării.

5. Restructurarea cognitivă și gestionarea gândurilor automate sunt componente esențiale ale travaliului terapeutic. Identificarea, contestarea și înlocuirea gândurilor negative automate cu gânduri mai realiste și constructive dezvoltă reziliența și menține motivația pe termen lung. Cartografierea momentelor de risc și dezvoltarea unor strategii practice de întrerupere a automatismelor transformă comportamentul perceput ca fiind necontrolabil într-o experiență care poate fi observată, descrisă și gestionată.

Pe baza acestor concluzii, formulăm următoarele recomandări strategice pentru practica clinică:

1. Adoptarea unei abordări non-stigmatizante - Clinicianul trebuie să fie conștient de propriile prejudecăți și să utilizeze un limbaj care separă persoana de boală („persoană cu obezitate” în loc de „persoană obeză”). Deschiderea conversației despre greutate trebuie să solicite permisiunea pacientului și să fie realizată într-un cadru non-judicativ.
2. Prioritizarea ascultării înaintea soluției - Înainte de a oferi recomandări, clinicianul trebuie să înțeleagă experiența pacientului, inclusiv istoricul încercărilor anterioare, obstacolele întâmpinate, speranțele, temerile și impactul greutății asupra vieții de zi cu zi.
3. Integrarea educației științifice în conversația clinică - Explicarea mecanismelor neurobiologice ale obezității reduce vinovăția și stigmatizarea și deschide calea către acceptarea intervențiilor terapeutice. Informația trebuie oferită într-un limbaj accesibil și adaptată nevoilor pacientului.
4. Conectarea obiectivelor terapeutice la valorile pacientului - În loc să se concentreze exclusiv pe pierderea în greutate, clinicianul trebuie să exploreze valorile și motivațiile profunde ale pacientului și să conecteze obiectivele terapeutice la ceea ce este cu adevărat important pentru acesta.
5. Dezvoltarea abilităților de gestionare a poftelor și a gândurilor automate - Clinicianul trebuie să ajute pacientul să identifice factorii declanșatori ai poftelor, să recunoască gândurile automate și să dezvolte strategii practice de întrerupere a automatismelor.
6. Promovarea sustenabilității și a continuității - Travaliul terapeutic trebuie conceput ca un proces continuu, nu ca un eveniment punctual. Consultațiile de urmărire oferă cadrul pentru evaluarea progresului, gestionarea obstacolelor, ajustarea planului terapeutic și menținerea angajamentului.

Partea a II-a a acestui articol va operaționaliza aceste recomandări prin analiza detaliată a momentelor critice ale travaliului terapeutic și prin dezvoltarea unui model integrativ de intervenție, bazat pe sinergia dintre comunicarea empatică, restructurarea cognitivă și sprijinul comportamental.

DECLARAȚII

Finanțare: Această lucrare nu a beneficiat de nicio sursă de finanțare.

Declarația de conflict de interese: Toți autorii care au contribuit la această lucrare declară că nu au conflicte de interese.

Declarație de etică: Numele de persoane folosite în articol sunt anonimizări.

Notă de recunoștință

Ideea acestei reflecții profesionale a fost stimulată de participarea la cursul:

„Conversații simple pentru a-i ajuta pe cei care suferă de obezitate”, organizat de Xpeer Medical Education.

BIBLIOGRAFIE

1. Teramoto M, et al. Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050. *Lancet*. 2025;405(10486):1173-1186.
2. Bray GA, Frühbeck G, Ryan DH, Wilding JP. Management of obesity. *Lancet*. 2016;387(10031):1947-1956.
3. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 2020;26(4):485-497.
4. Crotty M. Conversații simple pentru a-i ajuta pe cei care suferă de obezitate [Curs video]. Xpeer Medical Education. <https://web.xpeer.app/ro/courses/378?channelId=58>
5. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health*. 2010;100(6):1019-1028.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Evidence review for psychological approaches to address weight stigma in children, young people and adults: Overweight and obesity management: preventing, assessing and managing overweight and obesity. London: NICE; 2025. PMID: 40036390.
7. American Medical Association. AMA adopts new policies on second day of voting at annual meeting. 2013. <https://www.ama-assn.org/news/ama-adopts-new-policies-second-day-voting-annual-meeting>
8. Locke AE, Kahali B, Berndt SI, et al. Genetic studies of body mass index yield new insights for obesity biology. *Nature*. 2015;518(7538):197-206.
9. Bidstrup H, Brennan L, Kaufmann L, de la Piedad Garcia X. Internalised weight stigma as a mediator of the relationship between experienced/perceived weight stigma and biopsychosocial outcomes: a systematic review. *Int J Obes (Lond)*. 2022;46(1):1-9.
10. Hall KD, Sacks G, Chandramohan D, et al. Quantification of the effect of energy imbalance on bodyweight. *Lancet*. 2011;378(9793):826-837.
11. Sumithran P, Prendergast LA, Delbridge E, et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *N Engl J Med*. 2011;365(17):1597-1604.
12. Sumithran P. The physiological regulation of body fat mass. *Gastroenterol Clin North Am*. 2023;52(2):295-310.
13. Piguet CEM, et al. Adaptations of glucagon-like peptide-1 receptor agonist-induced weight loss, drivers of weight regain and future directions of therapeutics. *J Physiol*. 2026; Online ahead of print. doi:10.1113/JP291081.

14. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Tomasi D, Baler R. Food and drug reward: overlapping circuits in human obesity and addiction. *Curr Top Behav Neurosci*. 2012;11:1-24.
15. Kenny PJ. Reward mechanisms in obesity: new insights and future directions. *Neuron*. 2011;69(4):664-679.
16. Hare TA, Camerer CF, Rangel A. Self-control in decision-making involves modulation of the vmPFC valuation system. *Science*. 2009;324(5927):646-648.
17. Bessesen DH. Regulation of body weight: what is the regulated parameter? *Physiol Behav*. 2011;104(4):599-607.
18. Scheper-Hughes N, Lock MM. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Med Anthropol Q*. 1987;1(1):6-41.
19. Csordas TJ. Embodiment and experience: the existential ground of culture and self. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
20. Puhl RM, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res*. 2001;9(12):788-805.
21. Brewis AA. Obesity: cultural and biocultural perspectives. New Brunswick: Rutgers University Press; 2011.
22. Sobal J, Maurer D. Weighty issues: fatness and thinness as social problems. New York: Aldine de Gruyter; 1999.
23. LeBesco K. Revolting bodies? The struggle to redefine fat identity. Amherst: University of Massachusetts Press; 2004.
24. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books; 1988.
25. Good BJ. Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
26. Tangney JP, Dearing RL. Shame and guilt. New York: Guilford Press; 2002.
27. Scheff TJ. Being mentally ill: a sociological theory. 3rd ed. New York: Aldine de Gruyter; 1999.
28. Alberga AS, Edache IY, Forhan M, Russell-Mayhew S. Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:e116.
29. Papadopoulos S, Brennan L. Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: a systematic literature review. *Obesity*. 2015;23(9):1743-1760.
30. Pearl RL, Puhl RM. Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obes Rev*. 2018;19(8):1141-1163.
31. Puhl RM, Himmelstein MS, Pearl RL. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *Am Psychol*. 2020;75(2):274-289.
32. Pearl RL, et al. Psychological interventions for internalized weight stigma: a systematic scoping review. *J Eat Disord*. 2024;12:201. doi:10.1186/s40337-024-01132-7.
33. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory: basic psychological needs in motivation, development, and wellness. New York: Guilford Press; 2017.
34. Teixeira PJ, Carraça EV, Markland D, Silva MN, Ryan RM. Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012;9:78.
35. Masten AS. Ordinary magic: resilience processes in development. *Am Psychol*. 2001;56(3):227-238.
36. Southwick SM, Charney DS. Resilience: the science of mastering life's greatest challenges. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.

- 37.Neff KD. Self-compassion: theory, method, research, and intervention. *Annu Rev Psychol.* 2023;74:193-218.
- 38.Freud S. The interpretation of dreams. 1900.
- 39.Freud A. The ego and the mechanisms of defence. London: Hogarth Press; 1936.
- 40.Cabaniss DL, Cherry S, Douglas CJ, Schwartz A. Psychodynamic psychotherapy: a clinical manual. Hoboken: Wiley; 2011.
- 41.Freud S. The dynamics of transference. 1912.
- 42.McDougall J. Theaters of the body: a psychoanalytic approach to psychosomatic illness. New York: Norton; 1989.
- 43.Schur M. The id and the regulatory principles of mental functioning. New York: International Universities Press; 1966.
- 44.Freud S. On narcissism: an introduction. 1914.
- 45.Puhl RM, Peterson JL, Luedicke J. Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers. *Int J Obes (Lond).* 2013;37(4):612-619.
- 46.Yumuk V, Tsigos C, Fried M, et al. European guidelines for obesity management in adults. *Obes Facts.* 2015;8(6):402-424.
- 47.Nadolsky K, Brown JD, Moore JB, et al. Weight Can't Wait: A Guide to Discussing Obesity and Organizing Treatment in the Primary Care Setting. *Obesity (Silver Spring).* 2021;29(12):1959-1972.
- 48.Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care.* 1988;26(7):657-675.
- 49.Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns.* 2009;74(3):295-301.
- 50.Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
- 51.Heeren FAN, Hales S, Redelfs AH, Saunders KH, Corbin KD, et al. Motivational Interviewing (MI) in Obesity Care: Cultivating Person-Centered and Supportive Clinical Conversations to Reduce Stigma: A Narrative Review. *Obes Sci Pract.* 2025;11:e70057.
- 52.Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronskley PE, et al. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev.* 2011;12(9):709-723.
- 53.Barnes RD, Ivezaj V. A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care. *Obes Rev.* 2015;16(4):304-318.
- 54.Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press; 1976.
- 55.Beck JS. Cognitive behavior therapy: basics and beyond. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2020.