

Travaliul terapeutic al pacientului cu obezitate: O abordare centrată pe pacient și comunicare empatică (2)

Partea a II-a: Operaționalizarea travaliului terapeutic și modelul integrativ

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, București, 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 (2)", în *Index Academic*, II 2026, DOI: [10.58679/IA21735](https://doi.org/10.58679/IA21735), <https://www.indexacademic.ro/pdf/travaliul-terapeutic-al-pacientului-cu-obezitate-2/>

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

Part II: Operationalising The Therapeutic Process And The Integrative Model

ABSTRACT

Context: Part I of this article established the theoretical and epistemological framework of therapeutic work in obesity, highlighting the neurobiological, psychological and social determinants of the disease and the principles of empathic communication through the ALSI method. Part II operationalises this framework, analysing the critical moments of the therapeutic journey and developing an integrative intervention model.

Objectives: This paper aims to: (1) analyse the succession of key moments in the therapeutic process, from opening the conversation to maintaining long-term changes; (2)

explore the dynamics of managing cravings, obstacles and negative automatic thoughts; (3) examine the role of patient values, resilience and continuity in the therapeutic process; and (4) propose an integrative model that synthesises the biological, psychological and communicative dimensions of therapeutic work.

Methods: The article adopts a narrative-explanatory approach, analysing the clinical scenarios and dialogues presented in the source manuscript on the ALSI method, and synthesising the relevant scientific literature from the fields of clinical psychology, health communication and chronic disease management. Conceptual tables are used to synthesise therapeutic moments and intervention strategies.

Results: The analysis identifies ten critical moments of the therapeutic process: opening the conversation, listening to the patient's experience, summarising and validating, reframing obesity as a complex disease, awareness of cravings and automatisms, evidence-based information, invitation to participation, encountering the obstacle, restructuring negative thoughts, and resuming the process through continuity. Each moment is analysed through the lens of conversational dynamics and implications for the therapeutic relationship. The proposed integrative model synthesises these moments into a coherent framework that places empathic communication and cognitive restructuring at the centre of therapeutic work.

Public utility statement: Operationalising the therapeutic process through the ALSI method provides healthcare professionals with a practical, structured and flexible tool for patient-centred conversations. Understanding the critical moments of the therapeutic journey and the strategies for managing them can improve therapeutic alliance, reduce stigma and support the sustainability of behavioural changes. The proposed integrative model offers a conceptual framework for professional training and for developing personalised interventions that address obesity in its biological, psychological and social complexity.

Keywords: therapeutic work, ALSI method, critical moments, craving management, cognitive restructuring, resilience, therapeutic continuity, integrative model, obesity, empathic communication

REZUMAT

Context: Partea I a acestui articol a fundamentat cadrul teoretic și epistemologic al travaliului terapeutic în obezitate, evidențiind determinanții neurobiologici, psihologici și sociali ai bolii și principiile comunicării empatice prin metoda ALSI. Partea a II-a operează acest cadru, analizând momentele critice ale parcursului terapeutic și dezvoltând un model integrativ de intervenție.

Obiective: Prezenta lucrare își propune să: (1) analizeze succesiunea momentelor cheie ale travaliului terapeutic, de la deschiderea conversației la menținerea schimbărilor pe termen lung; (2) exploreze dinamica gestionării poftelor, obstacolelor și gândurilor automate negative; (3) examineze rolul valorilor pacientului, al rezilienței și al continuității în procesul terapeutic; și (4) propună un model integrativ care să sintetizeze dimensiunile biologică, psihologică și comunicativă ale travaliului terapeutic.

Metode: Articolul adoptă o abordare narativ-explicativă, analizând scenariile clinice și dialogurile prezentate în Articolul -sursă privind metoda ALSI, și sintetizând literatura științifică relevantă din domeniile psihologiei clinice, comunicării în sănătate și managementului bolilor cronice. Sunt utilizate tabele conceptuale pentru a sintetiza momentele terapeutice și strategiile de intervenție.

Rezultate: Analiza identifică zece momente critice ale travaliului terapeutic: deschiderea conversației, ascultarea experienței pacientului, rezumarea și validarea,

reîncadrarea obezității ca boală complexă, conștientizarea poftelor și a automatismelor, informarea bazată pe dovezi, invitarea la participare, întâlnirea cu obstacolul, restructurarea gândurilor negative și reluarea procesului prin continuitate. Fiecare moment este analizat prin prisma dinamicii conversaționale și a implicațiilor pentru relația terapeutică. Modelul integrativ propus sintetizează aceste momente într-un cadru coerent, care plasează comunicarea empatică și restructurarea cognitivă în centrul travaliului terapeutic.

Declarație privind utilitatea publică: Operaționalizarea travaliului terapeutic prin metoda ALSI oferă profesioniștilor din sănătate un instrument practic, structurat și flexibil pentru conversații centrate pe pacient. Înțelegerea momentelor critice ale parcursului terapeutic și a strategiilor de gestionare a acestora poate îmbunătăți alianța terapeutică, reduce stigmatizarea și sprijini sustenabilitatea schimbărilor comportamentale. Modelul integrativ propus oferă un cadru conceptual pentru formarea profesioniștilor și pentru dezvoltarea unor intervenții personalizate, care abordează obezitatea în complexitatea sa biologică, psihologică și socială.

Cuvinte cheie: travaliu terapeutic, metodă ALSI, momente critice, gestionarea poftelor, restructurare cognitivă, reziliență, continuitate terapeutică, model integrativ, obezitate, comunicare empatică

INTRODUCERE

Partea I a acestui articol a stabilit fundamentul teoretic și epistemologic al travaliului terapeutic al pacientului cu obezitate, explorând determinanții neurobiologici, psihologici, antropologici și sociali ai bolii, precum și principiile comunicării empatică prin metoda ALSI (Întrebați, Ascultați, Rezumați, Informați/Invitați). Am argumentat că obezitatea nu este o problemă de voință sau de caracter, ci o afecțiune medicală complexă, cu determinism genetic și neurobiologic semnificativ, în care creierul dezvoltă mecanisme homeostatice de apărare împotriva pierderii în greutate [1-3]. Am subliniat, de asemenea, că travaliul terapeutic depășește simpla aplicare a unor recomandări dietetice sau de exercițiu fizic, implicând un proces profund de reorganizare mentală, de schimbare a percepției despre sine și despre boală, și de gestionare a obstacolelor interne și externe [4].

Partea a II-a operează acest cadru teoretic, analizând în profunzime momentele critice ale travaliului terapeutic și dezvoltând un model integrativ de intervenție. Scopul este de a oferi profesioniștilor din domeniul sănătății un instrument practic, structurat și flexibil pentru conversații centrate pe pacient, care să sprijine atât înțelegerea bolii, cât și participarea activă a pacientului la procesul terapeutic.

Analiza se concentrează pe succesiunea momentelor cheie ale parcursului terapeutic, așa cum sunt percepute de către autori¹ [4], integrate cu literatura științifică relevantă. Sunt explorate: deschiderea conversației și obținerea permisiunii, ascultarea activă și validarea experienței pacientului, rezumarea ca instrument de co-construcție a problemei clinice, reîncadrarea obezității ca boală complexă, conștientizarea poftelor și a automatismelor mentale, informarea bazată pe dovezi,

¹ 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

invitarea la participare și decizia colaborativă, întâlnirea cu obstacolul și gestionarea copleșirii, restructurarea gândurilor negative și dezvoltarea rezilienței, și reluarea procesului prin continuitatea terapeutică.

Fiecare moment este analizat prin prisma dinamicii conversaționale, a implicațiilor pentru relația terapeutică și a strategiilor practice de intervenție. Sunt utilizate tabele conceptuale pentru a sintetiza informațiile și pentru a oferi o imagine de ansamblu a travaliului terapeutic.

În final, propunem un model integrativ al travaliului terapeutic, care sintetizează dimensiunile biologică, psihologică și comunicativă ale obezității și oferă un cadru coerent pentru practica clinică. Modelul plasează comunicarea empatică și restructurarea cognitivă în centrul procesului terapeutic, recunoscând că schimbarea sustenabilă necesită nu doar informație medicală, ci și transformarea modului în care pacientul își înțelege boala și propria experiență.

4. MOMENTELE CHEIE ALE TRAVALIULUI TERAPEUTIC

Travaliul terapeutic al pacientului cu obezitate este marcat de o serie de momente critice, în care abordarea profesionistului poate face diferența între abandon și perseverență, între descurajare și speranță. Aceste momente, descrise detaliat în Articolul -sursă [4], oferă o fereastră către lumea interioară a pacientului și ghidează intervenția terapeutică.

4.1. Momentul deschiderii: Întrebați (Ask) - construirea cadrului conversațional

Primul moment al travaliului terapeutic este reprezentat de deschiderea conversației despre obezitate. În aparență, aceasta poate părea o etapă simplă: clinicianul aduce în discuție greutatea pacientului și întreabă dacă acesta este dispus să vorbească despre subiect. În realitate, este un moment deosebit de important, deoarece stabilește cadrul în care se va desfășura întreaga conversație [4].

4.1.1. Obținerea permisiunii și abordarea non-stigmatizantă

Articolul subliniază că, specialistul clinician nu pornește de la presupunerea că pacientul trebuie să discute despre greutate, ci creează posibilitatea unei conversații în care pacientul poate accepta, orienta sau refuza subiectul [4]. Această deschidere reduce caracterul intruziv al conversației și menține consultația centrată pe pacient.

Exemplu de întrebare deschisă:

„Andrei, am analizat analizele tale de sânge de astăzi și aș dori să discutăm puțin și despre starea ta generală de sănătate, inclusiv despre greutate, dacă ești de acord. Cum te simți în acest moment în legătură cu corpul tău?” [4]

Această formulare are mai multe avantaje: solicită permisiunea pacientului, respectând autonomia acestuia; plasează discuția în contextul mai larg al sănătății, nu doar al aspectului fizic; utilizează un limbaj neutru, non-judecător; și invită pacientul să își exprime perspectiva și sentimentele [4].

Cercetările arată 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 [5, 6]. Această constatare contrazice teama frecventă a profesioniștilor de a jigni pacientul și încurajează deschiderea conversației.

4.1.2. Contextualizarea discuției

Un aspect important al deschiderii este contextualizarea discuției despre greutate în cadrul mai larg al sănătății pacientului. Articolul oferă un exemplu relevant în care discuția despre greutate este introdusă în contextul unei consultații pentru o altă problemă: clinicianul observă schimbarea stării psihice și întreabă dacă aceasta a fost însoțită de modificări ale stării fizice și ale greutății [4].

Această contextualizare are multiple funcții:

- Normalizează discuția despre greutate ca parte a evaluării comprehensive a sănătății
- Reduce senzația că greutatea este singurul sau principalul subiect de interes
- Permite pacientului să vadă conexiunea dintre diferite aspecte ale sănătății
- Oferă un cadru pentru explorarea relației dintre starea emoțională și comportamentele alimentare

4.1.3. Când pacientul inițiază subiectul

Articolul subliniază că, atunci când pacientul solicită deja sprijinul, 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.

Atunci când pacientul inițiază subiectul, clinicianul poate valida inițiativa acestuia și poate trece direct la ascultare:

„Este minunat că ați adus în discuție acest subiect. Aș vrea să vă ascult mai întâi: ce v-a determinat să solicitați sprijin acum? Ce ați încercat până acum și cum a fost?” [4]

Această abordare recunoaște și validează motivația pacientului, oferind în același timp spațiul necesar pentru exprimarea experienței.

4.2. Momentul ascultării: Ascultați (Listen) - spațiul pentru vocea pacientului

Dacă primul moment al travaliului terapeutic este reprezentat de deschiderea conversației, al doilea este reprezentat de ascultarea propriu-zisă a pacientului. În manuscris, această etapă este prezentată ca fundament al conversației terapeutice: clinicianul creează spațiul necesar pentru ca persoana să-și exprime experiența, emoțiile, frustrările, dificultățile și obiectivele [4].

4.2.1. Ascultarea ca intervenție terapeutică

Ascultarea nu reprezintă, în această perspectivă, o simplă etapă de colectare a anamnezei. Ea are o funcție terapeutică proprie. Pacientul nu este chemat doar să furnizeze informații despre ceea ce mănâncă sau despre cât a slăbit, ci este invitat să descrie cum trăiește problema greutății [4].

Întrebările propuse în articol — ce l-a determinat să solicite sprijin, ce a încercat până acum, ce speranțe sau temeri are, și în ce fel greutatea îi afectează viața de zi cu zi — deplasează centrul conversației de la greutate ca număr către persoana care trăiește cu această problemă [4]. Această deplasare este importantă deoarece experiența pacientului cu obezitate este adesea caracterizată printr-un istoric al încercărilor repetate.

Un exemplu ilustrativ din practică:

Pacientul: „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, rușinea socială și auto-stigmatizarea. Prin ascultare, clinicianul poate accesa aceste straturi și poate înțelege experiența subiectivă a pacientului.

4.2.2. Validarea emoțiilor și normalizarea experienței

În etapa de ascultare, validarea are o importanță deosebită. În exemplul prezentat, răspunsul clinicianului la descrierea dificultăților nu este unul moralizator, ci recunoaște faptul că pacientul traversează „o luptă reală și epuizantă”, iar frustrarea sa este legitimă [4].

Această validare nu înseamnă confirmarea tuturor interpretărilor pacientului despre propria situație. Ea înseamnă recunoașterea realității experienței subiective. Pacientul poate fi într-adevăr epuizat, frustrat, rușinat sau copleșit, chiar dacă explicația pe care și-o oferă pentru aceste stări — de exemplu, „nu am voință” — poate fi ulterior examinată și reinterpretată [4].

Validarea emoțională are multiple funcții terapeutice:

- Reduce izolarea și singurătatea experienței
- Normalizează dificultățile ca parte a bolii, nu ca eșec personal
- Construiește încrederea în relația terapeutică
- Pregătește terenul pentru explorarea mai profundă a cauzelor și soluțiilor

4.2.3. Explorarea contextului și a factorilor declanșatori

Un aspect esențial al ascultării este explorarea contextului în care apar comportamentele alimentare problematice. Articolul oferă un exemplu detaliat al acestei explorări în cazul poftelor alimentare:

„Unde ești? Cât este ceasul? Cu cine ești? Ce faci? Se întâmplă asta des? Cât de des?” [4]

Aceste întrebări transformă o afirmație globală — „nu mă pot controla” — într-o descriere concretă și contextualizată a comportamentului. Problema devine observabilă și poate fi descrisă în termeni de moment, context și factor declanșator.

Autorii amintesc 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], care indică automatismul comportamental.

Această cartografiere permite trecerea de la o etichetă asupra persoanei la o descriere a comportamentului în context. Nu mai avem doar „pacientul nu are voință”, ci o succesiune care poate fi observată:

context → apariția poftei → gând → impuls → comportament →
consecință emoțională [4].

4.2.4. Ascultarea obstacolelor și a copleșirii

Un al doilea moment important al ascultării apare atunci când pacientul descrie dificultatea de a continua ceea ce și-a propus:

„Este greu. Este prea mult. Mi-e greu să mă țin de planul meu. Trebuie să îmi schimb locul de muncă. Dar sunt obosit de toate acestea. Îmi doresc să revin la normal.” [4]

În continuare apar probleme legate de locul de muncă, oboseală, anularea unor sedințe și dificultatea pregătirii meselor [4]. Un răspuns superficial ar putea transforma aceste afirmații într-o listă de „neconformități”. Articolul propune însă o altă mișcare: înainte de a căuta soluții, clinicianul încearcă să înțeleagă cum funcționează obstacolul în viața pacientului [4].

Replica specialistului — „Cu siguranță se întâmplă multe lucruri și te face să te simți cumva, copleșit” [4] — este urmată de explorarea somnului și a stării generale. Prin urmare, „obstacolul” nu este redus la abaterea de la un plan. El devine un fenomen clinic contextual.

Această abordare schimbă și întrebarea terapeutică. Nu mai este predominant: „De ce nu ai reușit să respecti planul?”, ci: „Ce s-a întâmplat în perioada în care ți-a fost dificil să-l urmezi?” [4]. Diferența dintre cele două întrebări este esențială pentru relația terapeutică. Prima poate reactiva vinovăția; cea de-a doua deschide posibilitatea înțelegerii.

4.2.5. Ascultarea ca antidot la stigmatizarea internalizată

Autorii acordă un loc important prejudecăților legate de greutate și modului în care acestea pot fi internalizate de pacient. Persoana cu obezitate poate ajunge să interpreteze dificultățile prin prisma unor etichete precum „leneș”, „fără voință” sau „nu mă străduiesc suficient” [4].

Ascultarea terapeutică permite ca aceste afirmații să fie aduse în spațiul consultației și examinate fără ca pacientul să fie judecat. Acesta este un punct important: stigmatul nu trebuie doar combătut printr-o declarație a clinicianului; el trebuie mai întâi auzit [4].

Atunci când pacientul spune „este vina mea”, această afirmație devine o informație clinică despre modul în care acesta își interpretează boala. Abia după ce această experiență a fost exprimată și recunoscută poate clinicianul introduce o perspectivă diferită asupra mecanismelor obezității [4].

4.3. Momentul rezumării: Rezumați (Summarize) - co-construcția problemei clinice

După ascultare urmează un moment aparent simplu, dar cu o funcție terapeutică distinctă: rezumarea. În metoda ALSI, rezumarea nu înseamnă repetarea mecanică a ceea ce a spus pacientul. Ea presupune selectarea și reflectarea elementelor esențiale ale experienței sale, astfel încât pacientul să poată verifica dacă a fost înțeles corect [4].

4.3.1. Rezumarea ca reorganizare a experienței

Autorii oferă explicit această structură: clinicianul formulează ceea ce a înțeles și întreabă pacientul dacă rezumatul corespunde experienței sale [4].

De exemplu, în cazul pacientului care a încercat numeroase diete, rezumatul reunește trei elemente: efortul depus, dificultatea menținerii rezultatelor și apariția poftelor intense, asociate cu vinovăție și epuizare [4].

Această formulare realizează o schimbare subtilă, dar importantă. Experiența pacientului nu mai este exprimată printr-o singură concluzie — „nu am voință” — ci este reconstruită într-o formă mai complexă:

- au existat eforturi;
- au existat rezultate;
- menținerea rezultatelor a fost dificilă;
- există momente specifice de vulnerabilitate;
- aceste momente produc suferință și vinovăție [4].

Prin urmare, rezumarea reorganizează experiența pacientului fără a o nega. Ea transformă o narațiune a eșecului într-o narațiune a complexității și a luptei legitime.

4.3.2. Rezumarea ca verificare a sensului

Un aspect fundamental este întrebarea finală: „Am înțeles bine?” [4]. 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.

În acest fel, rezumarea devine un moment de co-construcție a problemei clinice. Problema nu mai este definită exclusiv de clinician și nici exclusiv de pacient. Ea este construită prin dialog [4]. Această caracteristică este esențială pentru travaliul terapeutic, deoarece ceea ce urmează — informarea, explorarea opțiunilor și stabilirea pașilor următori — trebuie să pornească de la o înțelegere comună a situației.

4.3.3. De la rezumat la sens terapeutic

Rezumatul poate deveni și punctul în care clinicianul începe să lege experiența pacientului de perspectiva medicală asupra obezității. Dacă pacientul spune „simt că mă lupt cu propriul meu corp”, iar clinicianul reflectă faptul că există pofte intense și dificultăți de control, se creează o punte către explicarea mecanismelor biologice ale apetitului [4].

Articolul folosește tocmai această tranziție pentru a introduce ideea că dificultatea pacientului nu trebuie interpretată exclusiv ca lipsă de voință. În această etapă însă, explicația încă nu trebuie să domine conversația. Rolul rezumării este să pregătească terenul pentru ea [4].

4.4. Momentul reîncadrării: de la „voință” la complexitatea bolii

Una dintre cele mai importante transformări în travaliul terapeutic al pacientului cu obezitate este schimbarea paradigmei: de la înțelegerea obezității ca o problemă de comportament și voință, la recunoașterea ei ca o boală cronică ereditară, cu determinism genetic și neurobiologic [4].

4.4.1. Obezitatea ca boală cronică ereditară

Autorii subliniază că „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 schimbare de paradigmă are implicații profunde pentru travaliul terapeutic:

1. Eliberarea de vinovăție - Pacienții înțeleg că predispoziția lor genetică nu este vina lor și că eforturile anterioare eșuate nu reflectă o lipsă de voință, ci lupta cu un sistem biologic puternic [4].
2. Normalizarea experienței - Înțelegând că poftele intense și dificultatea de a menține pierderea în greutate sunt consecințe ale unor mecanisme biologice, pacienții își pot normaliza experiența și pot reduce auto-stigmatizarea [4].
3. Deschiderea către tratamente - Recunoașterea obezității ca boală medicală reală, pentru care există tratamente eficiente, deschide calea către acceptarea intervențiilor terapeutice [4].
4. Redefinirea succesului - Succesul nu mai este definit exclusiv prin pierderea în greutate, ci prin adoptarea unor comportamente sănătoase și durabile, care să îmbunătățească calitatea vieții [4].

4.4.2. Explicarea mecanismelor biologice

Autorii oferă un exemplu elocvent de reîncadrare prin explicația științifică:

„Andrei, știința medicală modernă ne arată că ai dreptate: chiar te lupți cu propriul corp. Obezitatea este o boală cronică a creierului care reglează apetitul. Când slăbești, corpul tău secretă hormoni care îți cresc poftele și îți încetinesc metabolismul pentru a recupera greutatea. Nu este o lipsă de voință, ci o reacție biologică.” [4]

Această explicație are multiple funcții terapeutice:

- Validează experiența pacientului („ai dreptate”)
- Oferă un cadru științific pentru înțelegerea dificultăților
- Separă persoana de boală („nu este o lipsă de voință”)
- Creează speranță și deschidere către tratamente

4.4.3. Reîncadrarea ca proces necesitând timp

Autorii recunosc că această transformare mentală nu se produce peste noapte: „pacienții pot avea nevoie de timp să accepte aceste idei” [4]. Profesionistul din domeniul sănătății trebuie să fie pregătit să ofere explicații științifice accesibile și să răspundă cu răbdare întrebărilor și îndoielilor pacientului.

Această observație este importantă pentru practica clinică. Înțelegerea nu produce instantaneu schimbarea. Pacientul poate auzi explicația despre biologia obezității și, totuși, să revină ulterior la gândul „este vina mea”. De aceea, restructurarea acestor convingeri este prezentată ca un proces care necesită timp și practică [4].

4.5. Momentul conștientizării poftelor și a automatismelor

Un moment crucial al travaliului terapeutic este trecerea de la experimentarea poftelor ca fenomene necontrolabile la observarea și înțelegerea lor ca procese contextualizate.

4.5.1. De la „nu mă pot opri” la „pot observa când începe”

Articolul descrie această transformare prin explorarea detaliată a momentelor în care apar poftele:

„Ne ajutăm pacienții să identifice factorii declanșatori sau momentele de risc ridicat. Unde sunt? Cât este ceasul? Cu cine sunt? Ce fac? Se întâmplă asta des? Cât de des se întâmplă?” [4]

Această explorare permite pacientului să treacă de la o descriere globală a propriei incapacități la o descriere contextualizată a comportamentului. „Nu mă pot opri” devine o experiență care poate fi observată, descrisă și înțeleasă în context [4].

Autorii oferă un exemplu concret al acestei transformări:

Pacientul: „Nu văd niciun progres. Consum cantitatea potrivită de calorii, fac aproape totul cum se cuvine dar nu se întâmplă aproape nimic.”

Specialistul: „Simt că ești foarte frustrat. Îmi poți spune mai multe despre ceea ce vrei să transmiți când afirmi că procedezi corect?”

Pacientul: „În general mănânc ok, mă conformez, dar la muncă este mult stres, sunt multe de făcut și, nu este suficient personal. Când ajung acasă vreau doar să mănânc ceva rapid și ușor ca să detașez de muncă.” [4]

Prin această explorare, comportamentul alimentar este contextualizat în raport cu stresul profesional și cu nevoia de detașare. Problema nu mai este „lipsa de voință”, ci gestionarea stresului și a tranziției de la muncă la viața personală.

4.5.2. Identificarea gândurilor automate permissive

Un pas următor în conștientizare este identificarea gândurilor automate care însoțesc apariția poftelor. Articolul descrie gânduri precum:

- „a fost o zi lungă și merit aceasta”
- „oricum m-am abătut de la drum, așa că ce mai contează” [4]

Aceste gânduri sunt prezentate ca automatisme mentale care eludează controlul voluntar și care pot fi contestate și înlocuite cu alternative mai constructive.

Autorii propun restructurarea cognitivă ca strategie de gestionare:

„Un lucru practic pe care l-ai putea face ar fi să pui bilețele cu mesaje (memento-uri), fie pe frigider, pe dulap, ca să oprim acele gânduri automate când ajungem în acele locuri. Dacă am avut o zi aglomerată, în loc să ne gândim «merit, am nevoie sau, vreau asta», am putea să gândim, «am avut o zi aglomerată. Cum pot să îmi reîncarc organismul cu combustibilul potrivit».” [4]

Această strategie transformă un gând permisiv într-o întrebare constructivă, care invită la reflecție și la alegere conștientă.

4.5.3. Dezactivarea „pilotului automat”

Articolul introduce conceptul de „pilot automat” pentru a descrie starea în care deciziile alimentare sunt luate fără conștientizare și fără implicarea sistemului decizional conștient. Gestionarea poftelor și dezactivarea „pilotului automat” ajută pe termen lung la schimbarea comportamentului [4].

Pacientul poate întreba: „Sună atât de simplu. Nu mergem cam repede? Dar unde este «butonul»?” [4]. Răspunsul clinicianului subliniază că este nevoie de timp și de practică pentru a găsi „declanșatorul” și că autocontrolul în acel moment în care subconștientul vrea să găsească cea mai rapidă și cea mai ușoară opțiune este o abilitate care se dezvoltă treptat [4].

4.6. Momentul informării: Informați (Inform) - educația terapeutică

Ultima etapă a secvenței ALSI este reprezentată de informare și invitație. Articolul subliniază că această etapă trebuie să apară după ce pacientul a fost ascultat și după ce clinicianul s-a asigurat că a înțeles corect situația [4].

4.6.1. Informarea ca răspuns la nevoile pacientului

Această ordine este importantă. Informația medicală oferită prea devreme riscă să devină o intervenție standardizată, insuficient conectată la experiența persoanei. În schimb, după ascultare și rezumare, informația poate răspunde unei întrebări reale a pacientului [4].

Un exemplu foarte clar din practică apare atunci când pacientul se întreabă dacă este „leneș” și dacă dificultățile sale sunt consecința lipsei de efort. Specialistul introduce perspectiva științifică asupra obezității pentru a contrazice această interpretare stigmatizantă și pentru a explica rolul mecanismelor biologice implicate în reglarea apetitului și a greutății [4].

Așadar, informarea are aici și o funcție de dez-stigmatizare. Nu este vorba doar despre a transmite cunoștințe medicale, ci despre a modifica cadrul în care pacientul își interpretează propria experiență [4].

4.6.2. Conținutul informării

Articolul sugerează că informarea ar trebui să includă:

- Explicarea obezității ca boală cronică, nu ca alegere

- Descrierea mecanismelor homeostatice și hedonice ale reglării greutății
- Prezentarea opțiunilor terapeutice disponibile
- Combaterea miturilor și a informațiilor greșite

Informarea trebuie să fie adaptată nivelului de înțelegere al pacientului și să utilizeze un limbaj accesibil. Scopul nu este de a transforma pacientul într-un expert în neuroendocrinologie, ci de a-i oferi un cadru conceptual care să îi permită să înțeleagă de ce eforturile sale anterioare au fost atât de dificile și de ce abordările viitoare pot fi mai eficiente.

4.6.3. Informarea ca parteneriat, nu ca prescriere

Un aspect esențial al informării în cadrul ALSI este că aceasta este prezentată ca o invitație la parteneriat, nu ca o prescriere unilaterală. Clinicianul nu spune: „Iată ce trebuie să faceți”, ci: „Iată de ce ceea ce vi se întâmplă poate fi atât de dificil. Ce părere aveți despre aceste informații? Cum credeți că s-ar aplica în viața dumneavoastră?” [4].

Această abordare respectă autonomia pacientului și îl implică în procesul decizional. Ea recunoaște că pacientul este expertul propriei vieți și că soluțiile trebuie să fie adaptate contextului său specific.

4.7. Momentul invitării: Invitați (Invite) - decizia colaborativă

Etapă de invitare completează secvența ALSI, transformând informația într-un plan de acțiune colaborativ. Pacientul este invitat să participe la stabilirea pașilor următori și la construirea unui plan terapeutic personalizat.

4.7.1. De la „plan” la „viață”

Autorii oferă un exemplu important al acestei etape atunci când pacientul vine cu propriul plan de dietă și exercițiu. Clinicianul nu emite un verdict simplist asupra planului, nici nu îl înlocuiește imediat cu o altă opțiune. În schimb, propunerea pacientului devine punct de plecare pentru o conversație despre integrarea acesteia într-un stil de viață sănătos și durabil [4].

Întrebarea terapeutică se schimbă: „Este bun sau rău acest plan?”, devine: „Cum poate acest plan să se potrivească vieții dumneavoastră?” [4]. Se explorează programul de muncă, viața de familie și ceea ce se întâmplă în zilele în care pacientul este mai puțin motivat.

Această schimbare este esențială pentru conceptul de travaliu terapeutic, deoarece mută accentul de la respectarea unui plan exterior la construirea unui mod de viață pe care pacientul îl poate susține [4].

4.7.2. Invitarea la acțiune

Articolul descrie momentul în care pacientul este pregătit să treacă la acțiune:

Pacientul: „Bine, ce ar trebui să fac?” [4]

Această afirmație marchează o schimbare. Pacientul nu mai este doar în etapa exprimării dificultății, ci manifestă disponibilitatea de a trece la acțiune. Este important însă ca această disponibilitate să nu fie confundată cu o invitație la

prescriere automată. În spiritul ALSI, clinicianul poate folosi acest moment pentru a invita pacientul să participe la alegerea următorului pas [4].

Astfel, pregătirea pacientului devine ea însăși o informație terapeutică. Nu orice pacient care exprimă o dificultate este pregătit în acel moment pentru același tip de discuție. Trăvialul terapeutic presupune recunoașterea acestei variabilități [4].

4.7.3. Invitarea la consultații de urmărire

În ultima etapă ALSI, pacientul este invitat să programeze o consultație ulterioară pentru ca procesul să poată continua. Autorii explică această etapă prin necesitatea de a exista „pași următori” în gestionarea greutății [4].

Această continuitate are mai multe funcții:

- Creează predictibilitate: pacientul știe că dificultățile apărute între consultații pot fi aduse înapoi în spațiul terapeutic
- Permite reevaluarea: ceea ce părea o problemă importantă la prima întâlnire poate să nu mai fie prioritar ulterior
- Reduce riscul ca o perioadă dificilă să fie interpretată ca abandon al procesului [4]

Autorii descriu consultația de urmărire ca pe un „punct de ancorare” care poate menține pacientul implicat și îi permite clinicianului să celebreze progresele și să abordeze obstacolele [4].

4.8. Momentul întâlnirii cu obstacolul: când pacientul spune „este prea mult”

Trăvialul terapeutic nu se desfășoară într-un spațiu abstract. Pacientul vine în consultație cu viața sa reală, cu obstacole și provocări care pot sabota eforturile terapeutice.

4.8.1. Obstacolul ca parte a trăvialului

Autorii descriu un pacient confruntat simultan cu schimbarea locului de muncă, oboseala, anularea unor ședințe de consiliere, dificultatea pregătirii meselor și somnul întrerupt [4]:

„Mi-e foarte greu să mă țin de planul terapeutic. Trebuie să îmi schimb locul de muncă dar m-am săturat de toate. Am anulat două ședințe de consiliere iar pregătirea meselor este imposibilă.” [4]

Aceste elemente sunt importante deoarece arată că ceea ce clinicianul poate percepe inițial drept „lipsă de aderență” poate fi, de fapt, expresia unei perioade de supraîncărcare.

Răspunsul terapeutic începe prin recunoașterea acestei stări:

„Cu siguranță se întâmplă multe lucruri și te face să te simți cumva, copleșit.” [4]

Abia apoi sunt explorate somnul și starea generală. Această secvență este importantă metodologic: mai întâi se înțelege obstacolul, apoi se caută posibilitatea de schimbare [4].

4.8.2. Obstacolele specifice în trivaliul terapeutic

Autorii identifică mai multe obstacole care îi pot afecta pe pacienți și îi determină să aibă mai multă poftă și mai puțin autocontrol:

- Lipsa somnului
- Stresul
- Depresia
- ADHD
- Inactivitatea
- Perioadele prelungite fără mâncare [4]

Literatura de specialitate confirmă aceste asocieri. Lipsa somnului poate duce la creșterea aportului caloric și poate face mai dificilă luarea deciziilor bune în ceea ce privește alimentația. Somnul de proastă calitate afectează funcționarea cortexului prefrontal, reducând capacitatea de autocontrol și crescând impulsivitatea [7, 8]. Stresul cronic determină creșterea nivelului de cortizol, care poate favoriza depunerea grăsimii abdominale și poate crește pofta pentru alimente bogate în calorii [9, 10]. Depresia este frecvent asociată cu obezitatea și poate afecta motivația, energia și capacitatea de a menține comportamente sănătoase [11].

4.8.3. Integrarea obstacolului în procesul terapeutic

În această perspectivă, obstacolul nu este o abatere de la trivaliu. El este chiar parte din trivaliu [4]. Când pacientul spune „este prea mult”, această afirmație trebuie înțeleasă ca un moment al procesului, nu ca dovadă că pacientul a abandonat trivaliul terapeutic.

Dimpotrivă, apariția obstacolului poate reprezenta un moment privilegiat pentru aprofundarea înțelegerii pacientului. Clinicianul explorează ce s-a modificat în viața acestuia, ce resurse au devenit indisponibile și ce anume a făcut ca respectarea obiectivelor să devină dificilă [4].

În această logică, aderența nu este o caracteristică fixă a pacientului, ci rezultatul interacțiunii dintre pacient, context și procesul terapeutic.

4.9. Momentul restructurării: combaterea gândurilor negative și dezvoltarea rezilienței

Un aspect crucial al trivaliului terapeutic este gestionarea gândurilor automate negative care apar în momentele de dificultate. Pacienții dezvoltă adesea un dialog intern critic, care poate submina motivația și încrederea în sine.

4.9.1. Identificarea gândurilor negative

Autorii oferă un exemplu elocvent al acestor gânduri:

„Este atât de greu. Știu că iau medicație dar mănânc corect. Glicemia este la un nivel bun. Încerc să mă concentrez în continuare pe ceea ce este important pentru mine. Încerc să nu fiu atât de dură cu mine însămi. Nu văd nicio schimbare așa că, mă întreb ce rost are.” [4]

Aceste gânduri reflectă o luptă internă între efort și descurajare, între auto-compasiune și auto-critică. Ele sunt declanșate de diverse situații: 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].

4.9.2. Restructurarea cognitivă

Autorii descriu restructurarea cognitivă ca un proces de căutare a dovezilor care contestă gândurile negative:

„Ghidarea pacientului se face pentru a căuta dovezi care să conteste aceste gânduri, poate construi reziliență dar este nevoie de timp și practică.” [4]

Exemplu de restructurare:

Pacientul: „Nu sunt leneșă. Mă străduiesc. Nu am devenit supraponderală pentru că nu mă străduiesc.”

Specialistul: „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 are multiple funcții:

- Validează efortul pacientului
- Contestă interpretarea stigmatizantă
- Reorientează atenția de la rezultat la proces
- Oferă o perspectivă pe termen lung

4.9.3. Dezvoltarea rezilienței

Reziliența nu este prezentată în articol 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].

Autorii afirmă explicit că această construcție necesită timp și practică. Întâlnirile regulate îl ajută pe pacient să își ordoneze gândurile, să îi restructureze conotația ideativă și să rămână implicat [4].

Strategiile pentru dezvoltarea rezilienței includ:

- Identificarea și contestarea gândurilor automate
- Concentrarea pe progres, nu pe perfecțiune
- Auto-compasiunea
- Sărbătorirea succeselor
- Suportul social [4]

4.10. Momentul continuității: reluarea procesului

Travaliul terapeutic nu se încheie odată cu încheierea unei consultații. În ultima etapă ALSI, pacientul este invitat să programeze o consultație ulterioară pentru ca procesul să poată continua.

4.10.1. Consultația de urmărire, ca spațiu al continuității

Autorii explică această etapă prin necesitatea de a exista „pași următori” în gestionarea greutății [4]. Consultația de urmărire nu este prezentată ca o formalitate administrativă, ci ca un element al procesului terapeutic.

Scopul este ca pacientul să aibă un „pas următor”, un cadru în care să poată reveni asupra progreselor, dificultăților și obstacolelor întâlnite [4]. Această continuitate este esențială pentru modul în care definim travaliul terapeutic.

Dacă obezitatea este abordată ca o boală cronică, atunci consultația nu poate fi gândită ca un eveniment izolat în care se oferă o soluție definitivă. Ea devine o succesiune de întâlniri în care pacientul:

vorbește → este ascultat → este înțeles → primește informații → reflectează → încearcă → întâmpină obstacole → revine → reevaluează → continuă [4].

4.10.2. Funcțiile continuității

Autorii identifică mai multe funcții ale consultațiilor de urmărire:

- Evaluarea progresului
- Identificarea și gestionarea obstacolelor
- Ajustarea planului terapeutic
- Sărbătorirea succeselor
- Menținerea angajamentului [4]

Literatura de specialitate confirmă importanța continuității în managementul bolilor cronice. Consultațiile regulate oferă un cadru pentru monitorizare, sprijin și ajustare, contribuind la menținerea angajamentului și la prevenirea abandonului [12, 13].

4.10.3. Reluarea procesului după dificultăți

Un aspect esențial al continuității este posibilitatea de a relua procesul după perioade de dificultate. Articolul subliniază că întâlnirile regulate îl ajută pe pacient să își ordoneze gândurile, să îi restructureze conotația ideativă și să rămână implicat [4].

Această perspectivă este în acord cu ideea fundamentală a travaliului terapeutic: acesta este continuu și iterativ, nu punctual. Fiecare consultație oferă posibilitatea de a consolida câștigurile, de a învăța din dificultăți și de a relua procesul cu o înțelegere mai profundă.

5. MODELUL INTEGRATIV AL TRAVALIULUI TERAPEUTIC

Pe baza analizei momentelor cheie ale travaliului terapeutic și a fundamentării teoretice din Partea I, propunem un model integrativ care să sintetizeze dimensiunile biologică, psihologică și comunicativă ale obezității și să ofere un cadru coerent pentru practica clinică.

5.1. Dimensiunile modelului integrativ

Modelul integrativ al travaliului terapeutic în obezitate se structurează în jurul a trei dimensiuni fundamentale, interconectate:

Tabel 1. Dimensiunile modelului integrativ al travaliului terapeutic

Dimensiune	Componente esențiale	Manifestări clinice	Intervenții specifice
Biologică	Genetică, neurobiologie, hormoni, metabolism	Rezistență la pierderea în greutate, poftă intensă, adaptări homeostatice	Educație științifică, reîncadrarea bolii, farmacoterapie (când indicată)
Psihologică	Cogniții, emoții, valori, identitate, reziliență	Stigmatizare internalizată, gânduri automate negative, rușine, ambivalență	Restructurare cognitivă, explorare valori, dezvoltare reziliență, auto-compasiune
Comunicativă	Relație terapeutică, ascultare activă, validare, colaborare	Relație terapeutică dificilă, neîncredere, rezistență	Metoda ALSI, comunicare empatică, decizie colaborativă, continuitate

Sursa: Sinteză realizată de Tihan EJ și Tihan ML, 2026

Aceste trei dimensiuni nu sunt independente; ele interacționează și se influențează reciproc. De exemplu, stigmatizarea internalizată (dimensiunea psihologică) poate fi redusă prin educația științifică despre biologia obezității (dimensiunea biologică), facilitată de o comunicare empatică (dimensiunea comunicativă). La rândul său, o relație terapeutică bazată pe încredere poate permite explorarea mai profundă a valorilor și a obstacolelor psihologice.

5.2. Structura procesuală a travaliului terapeutic

Modelul integrativ propune o structură procesuală a travaliului terapeutic, organizată în jurul celor patru etape ale metodei ALSI, îmbogățite cu elemente din celelalte dimensiuni:

Tabel 2. Structura procesuală a travaliului terapeutic

Etapa ALSI	Obiective	Dimensiuni implicate	Strategii specifice
Întrebați	Deschiderea conversației, obținerea permisiunii, stabilirea cadrului	Comunicativă, Psihologică	Abordare non-stigmatizantă, contextualizare, solicitare acord

Etapa ALSI	Obiective	Dimensiuni implicate	Strategii specifice
Ascultați	Înțelegerea experienței, validarea emoțiilor, cartografierea contextului	Psihologică, Comunicativă	Ascultare activă, validare, explorare factori declanșatori, identificare obstacole
Rezumați	Co-construcția problemei, verificarea sensului, pregătirea pentru informare	Comunicativă, Psihologică	Sinteză experiență, reflectare, verificare înțelegere
Informați/ Invitați	Educație științifică, reîncadrare, decizie colaborativă, continuitate	Biologică, Psihologică, Comunicativă	Explicare mecanisme, dez-stigmatizare, explorare opțiuni, planificare pași următori

Sursa: Sintează realizată de Tihan EJ și Tihan ML, 2026

Această structură procesuală recunoaște că travaliul terapeutic nu este liniar, ci iterativ. Fiecare etapă poate fi reluată pe parcursul consultațiilor succesive, pe măsură ce pacientul progresează, întâmpină obstacole și își reevaluează obiectivele.

5.3. Mecanismele de schimbare în modelul integrativ

Modelul integrativ identifică patru mecanisme principale de schimbare în travaliul terapeutic:

1. Reîncadrarea cognitivă (reframing)

- Transformarea interpretării obezității: de la problemă de voință la boală cronică
- Reducerea stigmatizării internalizate și a vinovăției
- Crearea unui cadru pentru înțelegerea dificultăților

2. Validarea experienței

- Recunoașterea luptei și a efortului pacientului
- Normalizarea dificultăților ca parte a bolii
- Construirea încrederii și a alianței terapeutice

3. Conștientizarea și restructurarea

- Observarea contextelor și factorilor declanșatori
- Identificarea gândurilor automate și a automatismelor
- Dezvoltarea de strategii alternative

4. Colaborarea și autonomia

- Implicarea pacientului în decizii
- Alinierea obiectivelor cu valorile personale
- Construirea sustenabilității prin adaptarea la contextul de viață

5.4. Aplicații practice ale modelului integrativ

Modelul integrativ oferă un cadru pentru practica clinică în mai multe moduri:

Pentru clinician:

- Oferă o hartă a traseului terapeutic, cu momente critice și strategii specifice
- Ghidează comunicarea și construirea relației terapeutice
- Permite identificarea dimensiunilor care necesită atenție prioritară
- Sprijină adaptarea intervenției la contextul și nevoile pacientului

Pentru pacient:

- Oferă un cadru pentru înțelegerea propriei experiențe
- Normalizează dificultățile și reduce stigmatizarea
- Sprijină dezvoltarea abilităților de autogestionare
- Facilitează participarea activă la procesul terapeutic

Pentru echipa multidisciplinară:

- Oferă un limbaj comun pentru discuțiile despre caz
- Permite coordonarea intervențiilor între specialiști
- Sprijină continuitatea și coerența îngrijirii

5.5. Validitatea și limitele modelului integrativ

Modelul integrativ propus are atât puncte forte, cât și limite care trebuie recunoscute.

Puncte forte:

- Integrează multiple dimensiuni ale obezității într-un cadru coerent
- Se bazează pe un material educațional structurat și pe literatura științifică
- Oferă un ghid practic pentru comunicarea centrată pe pacient
- Recunoaște caracterul iterativ și non-liniar al traseului terapeutic

Limite:

- Metoda ALSI nu a fost validată formal ca instrument clinic
- Eficacitatea modelului nu a fost testată în studii clinice controlate
- Generalizabilitatea poate fi limitată de variațiile culturale și contextuale
- Modelul nu oferă indicații specifice pentru subgrupuri particulare de pacienți

Aceste limite subliniază necesitatea cercetărilor viitoare care să evalueze validitatea și eficacitatea modelului integrativ în diferite contexte clinice.

6. MOMENTE DE COTITURĂ ÎN TRAVALIUL TERAPEUTIC

Analiza permite identificarea unor momente în care conversația terapeutică schimbă perspectiva pacientului asupra propriei situații. Aceste momente de cotitură nu sunt neapărat asociate unei intervenții terapeutice propriu-zise, ci unor modificări ale modului în care problema este înțeleasă.

6.1. De la „este vina mea” la „există o boală”

Primul moment de cotitură este depășirea explicației moralizatoare a obezității. Pacientul poate intra în consultație cu ideea că nu a reușit deoarece nu are suficientă voință [4]. În exemplul prezentat în manuscris, pacientul relatează pierderi ponderale urmate de recăștig și concluzionează că „nu are deloc voință”, ajungând chiar să simtă rușine față de revenirea la cabinet [4].

Travaliul terapeutic începe prin a modifica această interpretare. Nu este negată existența comportamentelor asupra cărora pacientul poate interveni, dar acestea sunt plasate într-un context mai larg: genetică, hormoni, creier, mediu și experiențele individuale [4].

Articolul insistă că reducerea obezității la sintagma „mănâncă mai puțin și mișcă-te mai mult”, este insuficientă pentru înțelegerea bolii [4]. Această schimbare poate fi formulată astfel: de la judecata asupra persoanei → la înțelegerea bolii. Este un moment fundamental deoarece fără el pacientul poate interpreta fiecare dificultate ulterioară ca pe o nouă dovadă a propriului eșec [4].

6.2. De la „nu mă pot opri” la „pot observa când începe”

Al doilea moment de cotitură apare în explorarea poftelor. Articolul nu începe prin a încerca să elimine pofta, ci prin a ajuta pacientul să recunoască momentul în care aceasta apare: ora, locul, activitatea, persoanele prezente și situația emoțională [4].

Această observație este importantă pentru că pacientul trece de la o descriere globală a propriei incapacități la o descriere contextualizată a comportamentului [4]. „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].

Prin urmare, automatismul începe să devină observabil. În etapa următoare, Autorii descriu identificarea gândurilor permissive — „merit”, „am nevoie”, „vreau asta” — și construirea unor alternative cognitive [4].

Pentru a avea semnificație, acest moment poate fi exprimat conceptual astfel: Travaliul terapeutic transformă comportamentul perceput ca fiind necontrolabil într-o experiență care poate fi observată, descrisă și înțeleasă în context.

6.3. De la „plan” la „viață”

Un alt moment de cotitură apare atunci când pacientul vine cu propriul plan de dietă și exercițiu. Autorii resping două extreme: nici clinicianul nu trebuie să emită un verdict simplist asupra planului, nici să îl înlocuiască imediat cu o altă opțiune [4].

În etapa „Informați/Invitați”, propunerea pacientului devine punct de plecare pentru o conversație despre integrarea acesteia într-un stil de viață sănătos și durabil [4]. Întrebarea terapeutică se schimbă: „Este bun sau rău acest plan?” devine: „Cum poate acest plan să se potrivească vieții dumneavoastră?” [4].

Se explorează programul de muncă, viața de familie și ceea ce se întâmplă în zilele în care pacientul este mai puțin motivat [4]. Această schimbare este esențială pentru conceptul de travaliu terapeutic, deoarece mută accentul de la respectarea unui plan exterior la construirea unui mod de viață pe care pacientul îl poate susține.

6.4. De la „eșec” la „obstacol”

Un moment de cotitură suplimentar este reinterpretarea stagnării sau a dificultăților. Articolul descrie pacienți care spun: „nu văd niciun progres”, „m-am săturat de asta”, „este prea mult” [4].

În loc să interpreteze aceste afirmații ca dovadă de lipsă de aderență sau de motivație, clinicianul explorează contextul și obstacolele specifice. Răspunsul terapeutic începe prin recunoașterea stării de copleșire și abia apoi explorează factorii contributivi [4].

Această abordare transformă stagnarea sau dificultatea dintr-un verdict asupra persoanei într-un punct de analiză și ajustare în cadrul unei boli cronice. Obstacolul nu mai este o abatere de la travaliu; el este chiar parte din travaliu [4].

6.5. De la „stigmat” la „reziliență”

Ultimul moment de cotitură este trecerea de la internalizarea stigmatului la dezvoltarea rezilienței. Articolul descrie pacientul care spune: „Nu sunt leneș. Mă străduiesc. Nu am devenit supraponderală pentru că nu mă străduiesc” [4].

Această afirmație reflectă o luptă împotriva stigmatizării internalizate, o încercare de a separa valoarea personală de greutatea corporală. Clinicianul răspunde validând această distincție și ajutând pacientul să caute dovezi care contestă gândurile negative [4].

Când pacientul poate identifica stereotipul și îl poate confrunta cu propriile dovezi, conversația terapeutică contribuie la reconstruirea sensului experienței și la menținerea implicării [4]. Această transformare este una dintre cele mai importante realizări ale travaliului terapeutic.

CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI STRATEGICE

Partea a II-a a acestui articol a operat cadrul teoretic fundamentat în Partea I, analizând în profunzime momentele critice ale travaliului terapeutic al pacientului cu obezitate și dezvoltând un model integrativ de intervenție. Analiza a evidențiat că

travaliul terapeutic este un proces complex, iterativ și multidimensional, care depășește cu mult simpla aplicare a unor recomandări dietetice sau de exercițiu fizic.

Concluziile principale ale acestei analize sunt:

1. Travaliul terapeutic urmează o succesiune de momente critice. De la deschiderea conversației și obținerea permisiunii, la ascultarea activă și validarea experienței, rezumarea ca instrument de co-construcție a problemei clinice, reîncadrarea obezității ca boală complexă, conștientizarea poftelor și a automatismelor, informarea bazată pe dovezi, invitarea la participare și decizia colaborativă, întâlnirea cu obstacolul, restructurarea gândurilor negative și reluarea procesului prin continuitate - fiecare moment are o funcție specifică în construirea travaliului terapeutic.
2. Metoda ALSI oferă un cadru structurat, dar flexibil, pentru aceste momente. 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.
3. 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.
4. Modelul integrativ propus sintetizează dimensiunile biologică, psihologică și comunicativă ale travaliului terapeutic. Acest model recunoaște că obezitatea este o afecțiune complexă, cu determinanți multipli, și că intervenția terapeutică trebuie să abordeze toate aceste dimensiuni într-un mod integrat și coerent. Mecanisme de schimbare identificate - reîncadrarea cognitivă, validarea experienței, conștientizarea și restructurarea, colaborarea și autonomia - oferă un cadru pentru înțelegerea modului în care travaliul terapeutic produce transformări durabile.
5. Momentele de cotitură ale travaliului terapeutic - de la „este vina mea” la „există o boală”, de la „nu mă pot opri” la „pot observa când începe”, de la „plan” la „viață”, de la „eșec” la „obstacol”, de la „stigmat” la „reziliență” - reprezintă transformări fundamentale în modul în care pacientul își înțelege boala și propria experiență. Aceste transformări sunt esențiale pentru sustenabilitatea schimbării și pentru menținerea implicării în procesul terapeutic.

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

1. Adoptarea unei abordări sistematice a travaliului terapeutic. Clinicianul trebuie să recunoască și să gestioneze în mod conștient momentele critice ale travaliului terapeutic, de la deschiderea conversației la menținerea continuității. Utilizarea metodei ALSI ca ghid pentru succesiunea acestor momente poate îmbunătăți calitatea comunicării și a relației terapeutice.

2. Prioritizarea ascultării și a validării. Înainte de a oferi recomandări, clinicianul trebuie să înțeleagă experiența pacientului, să valideze emoțiile și dificultățile și să construiască o înțelegere comună a problemei. Ascultarea activă și validarea sunt fundamentale pentru reducerea stigmatizării și pentru construirea încrederii.
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, ca parte a unui parteneriat terapeutic.
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. Această aliniere sporește motivația intrinsecă și sustenabilitatea schimbării.
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. Restructurarea cognitivă și dezvoltarea rezilienței sunt esențiale pentru menținerea schimbărilor pe termen lung.
6. Promovarea continuității și a reluării procesului. Trăvialul 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. Perioadele de dificultate trebuie integrate în proces, nu interpretate ca eșec.
7. Formarea profesioniștilor în comunicarea empatică și în utilizarea metodei ALSI. Pentru a implementa această abordare, este necesară o formare adecvată a profesioniștilor din domeniul sănătății, care să includă înțelegerea științei obezității, dezvoltarea abilităților de comunicare empatică și practicarea metodei ALSI prin simulări și studii de caz.

În final, trăvialul terapeutic al pacientului cu obezitate este o călătorie care necesită răbdare, perseverență și compasiune - atât din partea pacientului, cât și din partea profesioniștilor care îl însoțesc pe acest drum. Prin adoptarea unei abordări centrate pe pacient, bazată pe comunicare empatică și pe înțelegerea științifică a obezității, putem transforma această călătorie dintr-o luptă singuratică și descurajantă într-un parteneriat terapeutic plin de speranță și de posibilități.

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. Bray GA, Frühbeck G, Ryan DH, Wilding JP. Management of obesity. *Lancet*. 2016;387(10031):1947-1956.
2. Sumithran P, Prendergast LA, Delbridge E, Purcell K, Shulkes A, Kriketos A, Proietto J. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *N Engl J Med*. 2011;365(17):1597-1604.
3. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JL, 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. Disponibil la: <https://web.xpeer.app/ro/courses/378?channelId=58>
5. 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.
6. 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.
7. Spiegel K, Tasali E, Penev P, Van Cauter E. Brief communication: Sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Ann Intern Med*. 2004;141(11):846-850.
8. Chaput JP, Després JP, Bouchard C, Tremblay A. Short sleep duration is associated with reduced leptin levels and increased adiposity: Results from the Quebec Family Study. *Obesity*. 2007;15(1):253-261.
9. Epel ES, McEwen B, Seeman T, et al. Stress and body shape: stress-induced cortisol secretion is consistently greater among women with central fat. *Psychosom Med*. 2000;62(5):623-632.
10. Adam TC, Epel ES. Stress, eating and the reward system. *Physiol Behav*. 2007;91(4):449-458.
11. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(3):220-229.
12. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002;288(14):1775-1779.
13. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1(1):2-4.
14. Hall KD, Sacks G, Chandramohan D, Chow CC, Wang YC, Gortmaker SL, Swinburn BA. Quantification of the effect of energy imbalance on bodyweight. *Lancet*. 2011;378(9793):826-837.
15. Sumithran P. The physiological regulation of body fat mass. *Gastroenterol Clin North Am*. 2023;52(2):295-310.

16. Bessesen DH. Regulation of body weight: what is the regulated parameter? *Physiol Behav.* 2011;104(4):599-607.
17. 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.
18. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health.* 2010;100(6):1019-1028.
19. 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.
20. Pearl RL, Puhl RM. Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obes Rev.* 2018;19(8):1141-1163.
21. Puhl RM, Himmelstein MS, Pearl RL. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *Am Psychol.* 2020;75(2):274-289.
22. 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.
23. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change.* 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
24. 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.
25. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronskley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. 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.
26. 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.
27. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press; 1976.
28. Beck JS. *Cognitive behavior therapy: basics and beyond.* 3rd ed. New York: Guilford Press; 2020.
29. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, Toplak H. European guidelines for obesity management in adults. *Obes Facts.* 2015;8(6):402-424.
30. 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.
31. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care.* 1988;26(7):657-675.
32. 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.

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. 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.
39. Jensen SBK, et al. Healthy weight loss maintenance with exercise, GLP-1 receptor agonist, or both combined followed by one year without treatment. *EClinicalMedicine*. 2024;72:102475.
40. West S, et al. Weight Regain After Cessation of Weight-Management Medication: Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ*. 2026;392:e085304.