

SIMPÓSIO INTERNACIONAL

Transtornos Alimentares

& EMDR

▣ MÓDULO I ▣



NATALIA SEIJO



Brasília - 31 de janeiro e 1º de fevereiro de 2020

Trastornos alimentarios



CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Critérios para o diagnóstico de F50.0 Anorexia nervosa (307.1)



- A. Recusa a manter o peso corporal.** Perda de peso que resulta em um peso inferior a 85% do esperado
- B. Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar obeso**
- C. Alteração na maneira como percebe seu próprio peso.**
- D. Em mulheres pós-púberes, a presença de amenorréia.**

Critérios para o diagnóstico de F50.0 Anorexia nervosa

Especificar o tipo:

(F50.01) Tipo restritivo: durante os últimos três meses.

(F50.02) Tipo com compulsão/purgação: episódios recorrentes de compulsão alimentar ou purgação nos últimos três meses

A gravidade mínima é baseada, em adultos, no índice atual de massa corporal (IMC) ou em crianças e adolescentes, no percentil do IMC. Os limites seguintes são definidos pela OMS.

Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg} / \text{m}^2$

Moderado: $IMC 16-16,99 \text{ kg} / \text{m}^2$

Grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg} / \text{m}^2$

Extremo: $IMC < 15 \text{ kg} / \text{m}^2$

Critérios de Anorexia nervosa atípica (F50.8)

- Todos os critérios para anorexia nervosa são preenchidos, exceto pelo fato que o peso do indivíduo, apesar da perda significativa de peso, está dentro ou acima do intervalo normal.
- Também podem ser incluídos aqui os pacientes que apresentam todos os sintomas importantes da anorexia nervosa, mas em menor grau. **Este termo não deve ser usado** para transtornos alimentares que se assemelham à anorexia nervosa, mas são devidos a uma etiologia somática conhecida.



**Critérios de diagnósticos de F50.2
Bulimia nervosa (307.51)**

A. **Presença de compulsões recorrentes.** Uma compulsão caracteriza-se por:

1. **ingestão de alimentos em um curto período de tempo** (por exemplo, durante um período de 2 horas) em uma quantidade maior do que a maioria das pessoas ingeriria.
2. **Sensação de perda de controle sobre a ingestão de alimentos.**

B. **Condutas compensatórias inapropriadas, repetidamente,** para não ganhar peso; vômito, uso excessivo de laxantes, diuréticos, enemas ou outras drogas; jejum e exercício excessivo.

C. A compulsão alimentar e as condutas compensatórias inapropriadas ocorrem, **em média, pelo menos duas vezes por semana durante um período de 3 meses.**

D. **A autoavaliação é exageradamente influenciada pelo peso corporal e pela silhueta.**

**Critérios para o diagnóstico de F50.2
Bulimia nervosa (307.51)**

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante o episódio de bulimia nervosa, o indivíduo provoca vômitos regularmente ou usa laxantes, diuréticos ou enemas em excesso.

Tipo não purgativo: durante o episódio de bulimia nervosa, o indivíduo emprega outras condutas compensatórias inapropriadas, como o jejum ou o exercício intenso, mas não recorre regularmente à prática de induzir vômitos ou ao uso de laxantes, diuréticos ou enemas em excesso.

Transtorno de conduta alimentar ou a ingestão de alimentos não especificada (F50.90)

- Esta categoria aplica-se a apresentações que não preenchem todos os critérios para qualquer um dos transtornos na categoria diagnóstica.



**Critérios diagnósticos do (F50.81)
Transtorno por Compulsão.**

Episódios recorrentes de compulsão, caracterizados por estas duas condições:

1. **Ingestão em um curto período de tempo** (por exemplo: em 2 horas) de uma grande quantidade de alimentos
2. **Sensações de perda de controle sobre a ingestão**

B. **Os episódios de compulsão estão associados a três (ou mais) dos seguintes sintomas:**

1. Ingerir muito mais rápido que o normal.
2. Comer até se sentir desagradavelmente cheio.
3. Ingerir grandes quantidades de alimentos, apesar de não estar fisicamente com fome.
4. Comer apenas por causa da vergonha sentida pela quantidade ingerida.
5. Sentir-se desgostoso consigo mesmo, deprimido ou muito envergonhado.

C. **Profundo mal-estar ao recordar as compulsões.**

D. **A compulsão alimentar ocorre, em média, pelo menos 2 dias por semana durante 6 meses.**

E. **A compulsão alimentar não está associada a estratégias compensatórias.**

Critérios diagnósticos do Transtorno de Compulsão.

- A gravidade pode aumentar para refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.
- **Leve:** 1-3 episódios de compulsão por semana.
- **Moderado:** 4-7 episódios de compulsão por semana.
- **Grave:** 8-13 episódios de compulsão por semana.
- **Extremo:** 14 ou mais episódios de compulsão por semana.

Transtorno de purgação (F50.8)

- Comportamento de purgação recorrente para influenciar o peso ou a constituição (por exemplo, vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos) na ausência de compulsão alimentar.

Síndrome de ingestão noturna de alimentos (F.50.8)

- Episódios recorrentes de ingestão de alimentos à noite, que se manifesta pela ingestão de alimentos ao acordar do sono ou por um consumo excessivo de alimentos após o jantar.
- Há consciência e memória da ingesta.
- A ingestão noturna de alimentos não é melhor explicada por influências externas, como mudanças no ciclo de sono-vigília do indivíduo, ou por normas sociais locais.
- A ingestão noturna de alimentos causa desconforto significativo e / ou problemas de funcionamento.
- O padrão de ingestão alterada não é melhor explicado pela compulsão alimentar ou outro transtorno mental, incluído o uso de substâncias ou o efeito da medicação.



Hiperfagia e polifagia

- Os termos **hiperfagia** e **polifagia** referem-se a alguém que se concentra apenas em comer.
- O **desejo é aumentado ou descontrolado** (come-se a qualquer momento, mesmo depois de comer adequadamente), denomina-se polifagia, hiperfagia ou aumento do apetite.

Critérios para **hiperfagia** em outras alterações psicológicas (F50.4) segundo o CID-10

- Ingesta excessiva como uma reação a acontecimentos estressantes e que leva à obesidade.
- Lutos, acidentes, intervenções cirúrgicas e acontecimentos emocionalmente estressantes podem **levar a uma “obesidade exógena reativa”**, em especial a doentes predispostos ao ganho de peso.

Critérios para **vômitos** em outras alterações psicológicas (F50.5) segundo o CID-10.

Além da **bulimia nerviosa**, em que o vômito é auto provocado, os vômitos repetidos podem ocorrer:

- nos **transtornos dissociativos (de conversão)** (F.44.-);
- na **hipocondria** (F45.2), na qual os vômitos podem ser um dos múltiplos sintomas corporais;
- na **gravidez**, onde os fatores emocionais podem contribuir para o aparecimento de vômitos e náuseas recorrentes.

Inclui:

- **Vômito psicogênico.**
- **Hiperemese gravídica psicogênica.**

Critérios diagnósticos para o **Vômito Psicogênico**

- São observados geralmente em **mulheres jovens**
- Devem estar desencadeados por uma alteração emocional. Deve-se ter descartado razoavelmente uma causa orgânica.
- O vômito psicogênico apresenta uma série de **características especiais**:
 - Vômitos durante anos de forma intermitente ou crônica
 - Aparição imediatamente depois do início ou do fim da ingesta
- Antecedentes familiares de vômito
- Sem náusea associada
- Não há perda de apetite, salvo em anorexia nervosa
- Paciente magros e ocasionalmente caquéticos
- Deve ceder após a hospitalização.

Critérios para o diagnóstico de **F98.3 Pica – alotriofagia** (307.52)

- Ingestão persistente de substâncias não nutritivas durante um período de pelo menos 1 mês.
- A ingestão de substâncias não nutritivas é inadequada para o nível de desenvolvimento.
- A conduta ingestiva não faz parte de práticas sancionadas culturalmente

Critérios para o diagnóstico do F98.2 Transtorno de ingesta em crianças (307.59)

- A. Alteração da alimentação manifestada por **uma dificuldade persistente de comer**
- B. A alteração **não é devida a uma doença gastrointestinal** ou outras doenças médicas associadas (por exemplo, refluxo esofágico).
- C. O transtorno **não é melhor explicado pela presença de outro transtorno mental** (por exemplo, transtorno de ruminação) ou pela indisponibilidade de alimentos.
- D. O **começo é anterior aos 6 anos de idade**.

Critérios para o diagnóstico F98.2 Transtorno por Ruminação (307.59)

- Regurgitações repetidas, sem náuseas ou doença gastrointestinal associada por ao menos um mês, após um período de funcionamento normal.
- Perda de peso ou incapacidade de atingir peso normal.

Obesidade

- A maioria dos casos de obesidade é de **origem multifatorial**. Fatores genéticos, metabólicos, endocrinológicos e ambientais são reconhecidos.
- No entanto, a **obesidade exógena ou por superalimentação constitui a principal causa**.
- Os **transtornos psicológicos parecem ser os fatores mais importantes** na etiologia da obesidade hoje em dia.
- O desconhecimento de conceitos básicos de nutrição agrava ainda mais o problema.
- **Apenas uma pequena porcentagem (2 a 3%) dos obesos teria como causa alguma patologia de origem endocrinológica**. Entre estas destacam-se o hipotireoidismo, síndrome de Cushing, hipogonadismo, ovário policístico e lesões hipotalâmicas.

Classificação da Obesidade

	GRAU	IMC
Grau 0	peso normal	20-24.9
Grau I	sobrepeso	25-29.9
Grau II	obesidade	30-39.9
Grau III	obesidade mórbida	40

Características da terapia do vômito psicogênico

Natalia Seijo



Vômito Psicogênico

- Um estudo de Muraoka, M. et al. 1989 no Japão observou que o vômito psicogênico está relacionado a dois transtornos básicos; depressão maior e o transtorno de conversão.



Vômito Psicogênico

- As pessoas que padecem de vômito psicogênico e seus vômitos são contínuos, encontramos de base um transtorno conversivo.
- É na depressão maior que os vômitos ocorrem após as refeições ou aparecem de maneira irregular.



Vômito Psicogênico

- É um transtorno com alto grau de dissociação.
- Com isso, dependendo da frequência do vômito, deverá ser descartado um transtorno de base ou algum outro, que deverá ser trabalhado.



Vômito Psicogênico

- Esse transtorno está associado a pessoas com tendência à fragilidade física, nas quais o vômito é uma forma de "esvaziar", "sentir alívio", "substitutivo na expressão da emoção".



Vômito Psicogênico

- O início do tratamento é o trabalho com a tristeza e a identificação da depressão.
- Situações nas quais isso acontece, o que acontece
- Eventos relacionados de vida.



Vômito Psicogênico

- Neste transtorno trabalharemos diretamente a partir da parte do trauma e da dissociação.
- Será necessário regular os padrões das refeições, a hora de respeitar as pausas e descansos após as refeições.



Vômito Psicogênico

- Comer de maneira relaxada e em um ambiente o mais relaxado possível, para evitar de precipitar o vômito o máximo possível, após as refeições.
- Desta forma, vai se reaprendendo a partir do somático que a comida tem que ser digerida



Fase 1

LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÃO



LEVANTAMENTO DE HISTÓRIA CLÍNICA

- Anamnese
- Genograma
- Antecedentes pessoais; médicos, psicológicos,
- Avaliação psicopatológica
- Transtornos associados

LEVANTAMENTO DE DADOS CLÍNICOS

- **Histórico do peso do paciente:**
 - Altura
 - Peso atual
 - Peso máximo
 - Peso mínimo
 - IMC (peso/ altura *2)
 - Amenorréia (atual e/ou passada)
 - Data de início da menarca
 - Constipação
 - Segue dietas ou não.
 - Sintomas; lanugem, sinal de Russell, rosto redondo, boqueira (queilite angular) ...

LEVANTAMENTO DE HISTÓRIA CLÍNICA

- **História do episódio atual:**
 - Em que se coleta toda a informação que levou à situação, tal como ela se encontra no momento atual
 - Fatores que precipitaram a marcação de consulta
 - Momentos de restrição, que levou a paciente a se restringir
 - Se utiliza laxantes
 - Se houver vômitos, com qual frequência, em casa ou também fora
 - Se esconde comida (muitas vezes o mentir ou omitir informações é algo que vamos descobrir ao longo da terapia)

DURANTE A COLETA DE INFORMAÇÃO

- Para Bowlby, o estado de segurança, ansiedade ou temor de uma criança é determinado em grande medida pela acessibilidade de resposta de sua principal figura de afeto.
- A base segura
- A figura de segurança não esteve presente da maneira que era necessária. O dano no vínculo de apego começa a ser reparado na terapia desde a primeira sessão.
- O terapeuta como figura de apego substitutivo.

DURANTE A COLETA DE INFORMAÇÃO

- O/a terapeuta que lida com TA deve ter em conta o tema de apego durante o tratamento, já que este será um dos marcadores de sucesso terapêutico.
- **O vínculo terapêutico** é importante em qualquer transtorno com os quais o profissional trabalhe, mas nos TA é o primeiro passo sem o qual se pode prever um abandono terapêutico ou um bloqueio no tratamento.
- **A desconfiança** é uma das defesas que protegem e a vinculação se torna difícil a partir daí. Isso se relaciona com o estado do “eu escondido”, tão comum nestes pacientes. Constructo que serve de utilidade no trabalho com toda a parte que reúne o não se expor por medo.

- Facilitar a relação terapêutica, dando espaço, entendendo as reações da paciente a partir do prisma que se explica aqui e agora será muito benéfico para reparar uma das grandes feridas que mantém o TA.
- Uma vez atingido esse objetivo, mantê-lo será mais simples, mas é preciso **ser impecável com o que é dito**, porque na história dessas pacientes existe muita falta de respeito em nível familiar e muitos profissionais repetem esta conduta durante o tratamento.

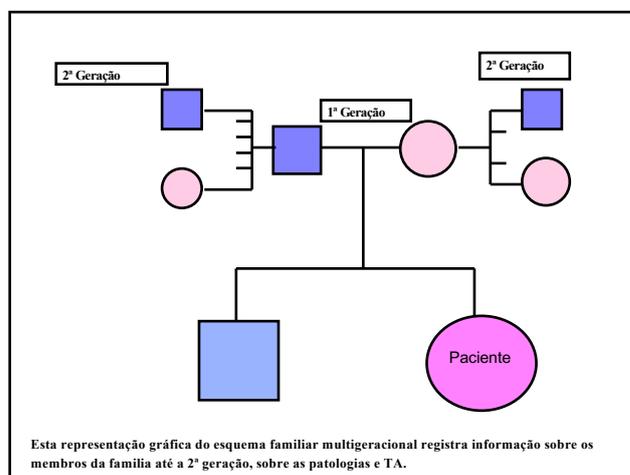
DISPARADORES

- Informação acerca daquelas situações que disparam a urgência de comer e levam às compulsões nos transtornos que levam a comer em excesso.
- Perguntar sobre os disparadores mais gerais como; solidão, tédio e tristeza que são acalmados com a comida.
- Aquelas situações que levam à restrição.

LEVANTAMENTO DE HISTÓRIA CLÍNICA

História de apego.

- Perguntas como:
 - Por quem se sente entendida...
 - Em quê não se sente entendida ...
 - O que precisa para sentir-se entendida...
 - Quem foi a pessoa que mais lhe deu amor...
 - Quem é a pessoa que a faz sentir-se segura...



LEVANTAMENTO DE HISTÓRIA CLÍNICA

- **HISTÓRIA DE APEGO.**
- Por meio desta informação podemos avaliar o tipo de apego nestas pacientes. É um ponto básico, uma vez que, na maioria dos casos, o trauma de base é de apego ou **trauma oculto**.
- Será necessário avaliar se existe uma **inversão de papéis**, que possibilitará identificar quais são suas estratégias de relação com os outros.
- Este ponto é importante, pois nos pacientes com TA, especialmente em AN e Compulsão Alimentar (CA), há muita inversão de papéis. São meninas que nunca foram crianças e se sentem obrigadas a se vincular-se a partir de um lugar muito diferente do resto, o que faz com que elas percam o sentido de se vincular com iguais.

- Isto faz com que no futuro sua vinculação com os outros acabe sendo diferente, ou simplesmente custosa porque não conhecem outro jeito.
- Isso gera crenças de se sentir diferente e fomenta a evitação e o não se expor por medo de não fazê-lo bem ou serem rejeitadas por diferentes.

LEVANTAMENTO DE HISTÓRIA CLÍNICA

- Como é o seu relacionamento no social com amigas e amigos e as crenças que surgem a partir disso. Casais, parceiros, chefes...
- Ir coletando as crenças à medida que se levanta a história facilita o trabalho do terapeuta ao longo do tratamento.
- **As crenças são o constructo pelo qual o sistema interno navega**, sobre as quais se sustentam nossa auto-estima, autoconceito e personalidade.

COLETA DE INFORMAÇÃO.

- Aqui o esquema seria completar a história de apego com toda a informação que nos possam facilitar
- Expressão típica da mãe...
- Expressão típica do pai...
- As lembranças das reações dos pais são usadas como alvos de trabalho, relação com cada um deles, cônjuges de ambos no caso de estarem separados e como a pessoa com TA viveu a separação

COLETA DE INFORMAÇÃO

No caso de **haver separação dos pais**, coletar essa informação:

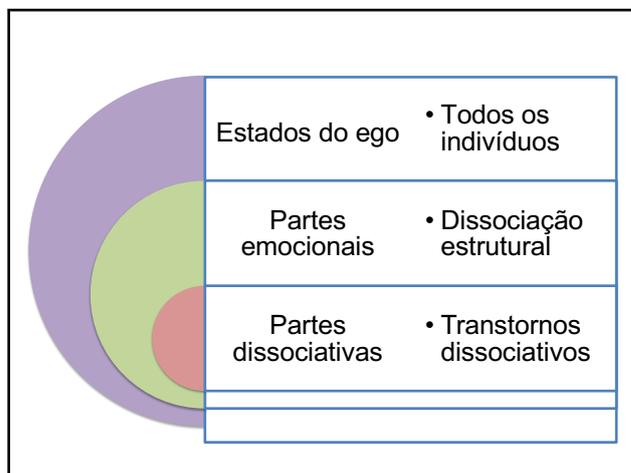
- Que idade tinha...
- Como se lembra da separação...
- As crenças que poderiam ser geradas a partir daí; **“não sou digna de ser amada”, “foi minha culpa”, “estou sozinha”...**
- **A história com o pai** é importante e se destaca porque no trabalho mais clássico com os TA a mãe é a figura sobre a qual se projeta o trabalho terapêutico e em muitos dos casos o pai é a figura de apego que contribuiu para o desenvolvimento do transtornos.
- Muitos dos **disparadores atuais com a figura masculina, casais** atuais.. Poderão surgir daqui ou no geral as relações com o gênero masculino.

HISTÓRIA DA COMIDA

- Informação acerca da comida
- Como come
- Como são ou eram as horas das refeições em casa, se existe discussão à mesa...
- Quem lhe serve a comida
- História das dietas
- De quem foi a ideia das dietas
- Qual era a necessidade da dieta
- Alimentos proibidos e por que o são... (daqui pode-se obter muita informação)
- Como é e como foi a hora de comer em casa
- Condutas estranhas com a comida

HISTORIA DA COMIDA

- **O que acontece dentro da paciente na hora de comer**, temos que dedicar tempo a este momento, pois nesses momentos aparecem tanto os disparadores como estados ou partes geradas no transtorno.
- Sejam estados do ego, próprios do transtorno, sejam como se fossem partes emocionais, é importante coletar a informação que vem daí.
- Estes estados, **partes emocionais ou partes dissociativas**, diferenciam-se no gráfico seguinte e podem ser identificadas através do DES, que é o que contribuirá para definir se podemos falar sobre partes ou estados.



HISTÓRIA DA IMAGEM



A informação sobre a imagem corporal nos dará uma ideia de como é o tema da **imagem na sua família, como ela era quando criança e qual é a época que se relaciona com o pior momento para ela com respeito ao corpo, quais mensagens, de familiares ou amigos, recebia acerca de seu corpo, se houve comparações com alguém, importante se houver irmã/s, ou primas...** com quem pudesse ter sido comparada.

HISTÓRIA DAS EMOÇÕES

- **Desconexão com emoções ou sentimentos.**
- O corpo é percebido como não sendo dela, lutando contra ele, sente raiva e não há expressão disso..
- **Em outros TA como BN as emoções são expressas de maneira impulsiva através das compulsões e nos casos de CA a tristeza se acalma pela comida. Na AN elas não se expressam.**
- Avaliação de Alexitimia.
- A Alexitimia se caracteriza por uma dificuldade na identificação e descrição dos estados emocionais.
- Em um estudo de O. Tyson M. Jones, se concluiu que a Alexitimia está ligada à dissociação e à percepção de falta de cuidado materno.
- As experiências dissociativas foram previsíveis devido à superproteção materna e pela dificuldade na identificação de sentimentos.

HISTÓRIA DE TRAUMAS

- Estabelecer os “T” e as **experiências adversas da vida**
- **História de lutos**, incluindo as separações dos pais, se tiver havido, quais são as crenças que surgiram a partir daí porque pode ser a origem de muitas delas.
- **Mudanças do lugar onde morava**, o que isso significou para ela, o que mudou a partir de então.
- **Abusos** se houve, sexuais, de poder, bullying...Como foi a escola, o instituto, etc ...
- Os eventos traumáticos que marcaram sua vida. Linha da vida.
- Olhadas ou condutas que incomodaram.

História das dietas



- De quem foi a ideia das dietas
- Qual era a necessidade da dieta
- Alimentos proibidos e por que são (aqui pode-se obter muita informação)
- Como foi e é a hora de comer em casa
- Condutas estranhas com a comida
- A primeira dieta
- A mais significativa

Dissociação



- Verificar se há indícios de dissociação. O DES é um bom instrumento.
- Através dos indícios clínicos que nos permitam devolver que o paciente pode apresentar dissociação.

A NÃO-CONSCIÊNCIA DA DOENÇA



A NÃO-CONSCIÊNCIA DA DOENÇA

- A não-consciência da doença é um dos critérios diagnósticos, especialmente na AN e a defesa é o **medo de melhorar**.
- A coleta de informação sobre esta defesa facilitará o trabalho com esta defesa.
- Um dos critérios centrais nos TA especialmente na Anorexia (AN)
- **É fundamental para preparar o trabalho futuro, porque esta defesa é o que geralmente bloqueia o avanço da terapia.**
- **O medo de melhorar e falta de confiança é a base desde o começo até a hora de trabalhar.**

Meu Corpo é um Livro de Aventuras Vivas



FASE 1



História da imagem

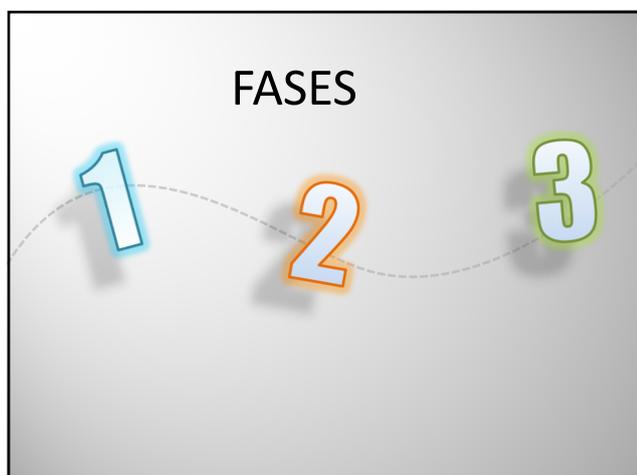
- **Informação acerca da imagem corporal**
- Como é o tema da **imagem em sua família**
- Como ela era quando criança e **qual é época que se relaciona com o pior momento a respeito do corpo.**
- Que **mensagens** de parentes ou amigos **recebia sobre seu corpo.**
- **Comparações às quais foi submetida**
- **Importante com as irmãs, ou primas/os ... com quem poderia ter sido comparada.**

- Avaliar se há **imagem corporal negativa, distorção e em que grau.**
- **Áreas mais rejeitadas ou complexas** que vivem como tal e que podem não sê-las, descartando o transtorno dismórfico corporal.
- Aqui se coleta informação e faz um perfil para o trabalho futuro do "eu rejeitado". Essa será a parte delas que não querem ser nunca mais, que rechaçam e desprezam.

- Perguntar como está o corpo; se houve um efeito iô-iô, se retém líquido, se incha, se perde peso com facilidade, as estrias, as marcas, os cortes, flacidez.
- Todas as questões relacionadas ao corpo devem ser formuladas de maneira absolutamente cuidadosa.
- Porque é a parte mais ameaçadora para elas e lhes causa muita vergonha e preocupação ter que falar daquilo que é a fonte fóbica.
- Sempre com grande respeito e até onde o paciente der conta de falar.

PROJETO DE VIDA

- Comida
- Hábitos saudáveis de higiene e sono
- Orientações alimentares, horários, portas abertas ou fechadas.
- Descanso depois das refeições.
- Diretrizes para a família.
- Estudos ou trabalho.
- Tempo livre.
- Tempo de descanso.



FASE 2

- A fase 2 é a fase da **estabilização**, onde se organiza o trabalho que preparará o paciente para começar a trabalhar da fase 3 em diante.
- Nesta fase começa o trabalho de:
 - **Psicoeducação**
 - **Identificar Crenças**
 - **Recursos**
 - **Defesas**

FASE 2

- Aqui já podemos introduzir o trabalho com os recursos que estão focados em regular e estabilizar a sintomatologia.
- Todos aqueles recursos que possam ser destinados a reconhecer sua parte emocional como verdadeira e autêntica.
- Esta será uma parte do tratamento que se estenderá ao longo de toda a terapia.

Crenças comuns nos T.A.

- "Não é seguro amar e confiar"
- "Não é seguro ter emoções, abrir-se às emoções"
- "Eu tenho que estar no controle", não é seguro ser vulnerável"
- "Ninguém pode me ajudar"
- "Só existo se eu existir para os outros"
- "Não tenho apoio"
- "Não pertença"

Crenças comuns nos T.A.

- "Sou insignificante"
- "Não sou suficiente boa"
- "O mundo é perigoso"
- "Coisas ruins vão acontecer"
- "Não posso consigo o que necessito"
- "Se não me vir ou me ouvir, desaparecerei"
- "Não estou doente, só como de modo saudável"
- "Querem me engordar"

A NÃO CONSCIÊNCIA DA DOENÇA



FASE 2

- Quando recebemos uma paciente com T.A., devemos ter em conta que a motivação para a mudança não deve ser frequente no paciente, é o **trabalho com a defesa da NÃO CONSCIÊNCIA DA DOENÇA**, promovendo desta maneira a mudança.
- Como **terapeutas não somos observadores passivos** dos estados motivacionais das pacientes, "a falta de motivação" é um desafio para suas habilidades terapêuticas, não uma falta pela qual culpabilizá-las.
- O desafio é descobrir como se pode **ajudar a aumentar a motivação** de uma pessoa para promover a mudança.
- NÃO nos precipitarmos, **ir devagar significa ir rápido** no processo terapêutico.
- Nos casos de T.A., as pacientes precisarão de tempo, será positivo para o clínico ter isso em mente para ajudar a evitar sua possível frustração
- Aceitar o transtorno para ajudar a entrar no "dar-se conta" do que a comida significa em sua vida.

FASE 2

A base é um problema de apego, uma vez que a base nos T.A. são problema de apego e o trabalho terapêutico nos levará até lá.

Há que se promover a confiança necessária para que pouco a pouco o paciente possa começar a implicar-se, sendo este trabalho todo um trabalho em si mesmo, já que é um ponto importante nos T.A.

O vínculo terapêutico é aquele que, na maioria dos casos, determina que a terapia se desenvolva por um bom caminho ou não

FASE 2

- **A compaixão entendida em termos de compreensão** e empatia é uma das bases que fará com que a paciente aprenda a confiar.
- Dedicar tempo **ao vínculo terapêutico** é investir no sucesso terapêutico.
- **Revise as expectativas** com que ela vem porque nessas meninas devem ser altas e teremos que normalizá-las porque a terapia tem seu tempo e terá que ir pouco a pouco, sem pressa e com objetivos realistas.

FASE 2

- Pressionar as pacientes para que promovam uma mudança será avançar em velocidade demasiada e representará um risco.
- Nos casos graves ou crônicos, um plano de tratamento deverá ser especificado em um contexto multidisciplinar. Nesses casos, teremos que esperar pela recuperação física para continuar trabalhando a nossa parte, que é a terapêutica.
- Existe a armadilha da confrontação-negação, nesta dicotomia o terapeuta assume a responsabilidade de encarregar-se da parte pró-mudança do conflito do paciente e o paciente fica competente a parte de manter "o estado atual".

FASE 2

- Cinco princípios gerais para incentivar uma entrevista motivacional em TA
 1. Expressar empatia
 2. Escutar reflexivamente para poder dar respostas ao que a paciente quer dizer, fazendo com que se sinta ouvida e compreendida.
 3. Atitude de abertura, estando presentes para a paciente, sem julgamentos, dando-lhe seu espaço e seu tempo.
 4. Dar uma guinada na resistência, **a forma na qual respondemos às possíveis defesas que surjam da paciente marca a diferença** de uma terapia motivacional para outra de outro tipo.
 5. Fomentar a auto-eficácia, gerando perspectivas saudáveis de mudança. Validar

FASE 3

- O característico nesta fase é que as capacidades desses pacientes podem estar prejudicadas devido à parte orgânica.
- Pelas mesmas razões, por vezes a dificuldade estaria na compreensão das questões do protocolo; então ir com mais calma para que elas possam ter uma compreensão do protocolo.
- Nas pacientes com A.N., o SUD nem sempre pode ser registrado, pois a alexitimia às vezes o dificulta e é difícil identificar como se sentem.

FASE 3

- Trabalhar simplesmente com a cognição, naqueles processamentos nos quais ainda não se pode trabalhar com a emoção, sabendo que ao longo do tratamento o sistema irá se equilibrando e poderemos trabalhar de uma maneira mais fluida.
- O objetivo é completar e trabalhar reprocessando com o protocolo padrão

FASE 4

- As condições físicas determinam se as pacientes podem fazer um reprocessamento melhor ou pior.
- Será necessário ajudar a paciente a identificar se ela sente alguma perturbação ou se a perturbação é "normal" ou não.
- Ajudar a identificar tanto as emoções quanto as sensações corporais, apoiando o ABC das emoções que já havíamos começado em fase 2.
- O trabalho com as defesas para todos aqueles bloqueios que impeçam o processamento.

FASE 4

- Outra característica desta fase nos TA é o **processamento** que geralmente é **somático**, é importante reconhecê-lo e levá-lo em conta.
- Nesta fase, devemos lembrar que a conexão com o emocional nem sempre está "on"

FASE 5

- Nesta fase, a defesa contra a melhora pode fazer com que o paciente evite de alguma forma a validação da cognição positiva.
- Desta forma, não há melhora e a mudança não ocorre.
- Por exemplo, em AN, essa defesa pode aparecer devido aos benefícios secundários.

FASE 6

- Na checagem corporal, certas dificuldades podem surgir novamente para as pacientes, dada a desconexão ou dissociação do corpo com a qual habitualmente convivem.
- Teremos que tomar nota de qualquer feedback que elas nos dão sobre sensações corporais, já que a resposta habitual é "eu o sinto normal", "não sei ... não sinto nada"

FASE 7

- Em muitas sessões, será necessário encerrar com uma sessão incompleta e podemos ficar frustrados pensando que não podemos trabalhar bem com os pacientes.
- No entanto, muitos dos processamentos desempenham sua função, apesar da sensação com a qual o terapeuta permanece.
- O processamento da informação nessas pacientes em geral é mais lento e leva mais tempo para confiarem no processo.

FASE 7

- Por esse motivo, muitos dos processamentos acabam sendo integrados ao longo dos dias após a sessão.
- Embora possamos duvidar que ao fazer o EMDR as coisas não se movem, os alvos permanecem incompletos e a garota traga as mesmas queixas.
- **Confiamos no processo** e continuamos, pois nos TA o trabalho é do tipo cumulativo e é gratificante, mas a longo prazo.

FASE 7

- São necessárias palavras de calma e tranquilidade.
- Promover a **validação**.
- Restaurar a confiança é fundamental porque elas sempre necessitam dela.
- Ajudando assim a curar a insegurança que estas pacientes sentem.
- Sua Base não é Segura e em muitos casos a comida a substitui.

FASE 8

- Reavaliar o que aconteceu.
- Validar o que tiver acontecido, mesmo se ela informar que nada aconteceu.
- Lembre-se de fechar os alvos abertos.

O TRABALHO COM OS RECURSOS

FASE DE ESTABILIZAÇÃO

Fase de Estabilização

- Psicoeducação específica de fobias e defesas.
- Quando o mundo interior é ativado.
 - A borda do trauma
 - Defesas de hiper e hipoativação.
 - Enraizamento
 - Respostas de orientação.
 - Recursos somáticos.

Recursos criativos na terapia com TA

- O trabalho com os recursos em terapia ajuda a poder conectar-se com o trauma de uma maneira sutil,
- sem forçar, criando o caminho para uma conexão futura fluida.
- O trabalho criativo

DIFERENÇAS ENTRE **AUTOCONCEITO** E **AUTOESTIMA**

- **AUTOCONCEITO:** É a imagem que cada pessoa tem de si mesma, assim como a capacidade de se reconhecer.
- O autoconceito inclui valorações de todos os parâmetros que são relevantes para a pessoa: da aparência física a suas habilidades.
- O autoconceito não é inato, desenvolve-se com a experiência e a imagem projetada e percebida dos outros
- É dinâmico, o que significa que pode ser modificado com novos dados



DIFERENÇAS ENTRE AUTOCONCEITO E AUTOESTIMA

- **Autoestima:** É o conjunto de percepções, pensamentos, sentimentos e comportamentos dirigidos para nós mesmos, para o nosso modo de ser e de nos comportarmos, voltada aos traços de nosso corpo e do nosso caráter. Em suma, é como nos avaliamos.



A autoestima depende do que você pensa de si mesmo, não do que os outros pensam sobre você

RECURSOS

- Caixa que representa a paciente
- Feita de materiais de todo tipo

Com a qual se identifica, onde coloca suas vivências, suas experiências, aquilo com o que se sente identificada, ou com o que não se identifica.

O escuro, o claro ... e a representação da comida.



RECURSOS

- TRABALHO COM AS PARTES REPRESENTADAS POR BONECOS.



RECURSOS

- METÁFORAS E CONTOS, O DIÁRIO



RECURSOS

- BIOGRAFIA ATRAVÉS DO ÁLBUM DE FOTOGRAFIAS



RECURSOS

- TRABALHO COM MASSA DE MOLDAR



RECURSOS

- OFICINA DE SONHOS
- As almofadas e as cores



RECURSOS

• OFICINA DE CINEMA

- Por meio de um filme trabalhar um aspecto, como o vive, qual é a projeção, sua identificação.
- Também pode ser feito com uma obra de arte, um livro, um personagem histórico ou artista com quem a pessoa se identifica.
- Quando uma palavra que se repete, indagar sobre o significado, e que uma identificação pode sair daí.



RECURSOS

- COLAGEM - o trabalho com perfeccionismo e rigidez
- O SIMÉTRICO E O ASSIMÉTRICO



RECURSOS

OFICINA DE PUBLICIDADE

- Aprender a saber diferenciar e a ter critérios.
- Como sabe que tudo que eles lhe mostram é verdade ?
- Qual é o critério você usa para tomar suas decisões com base no que vê e no que ouve?



RECURSOS

- O TRABALHO COM A MÁSCARA



RECURSOS

• TRABALHO COM AS CADEIRAS

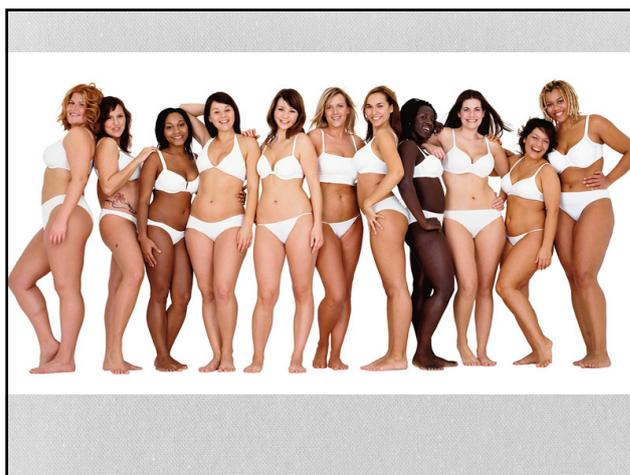
- A cadeira vazia e o trabalho com o negado, o rejeitado ...
- O psicossomático, as partes do corpo rejeitadas

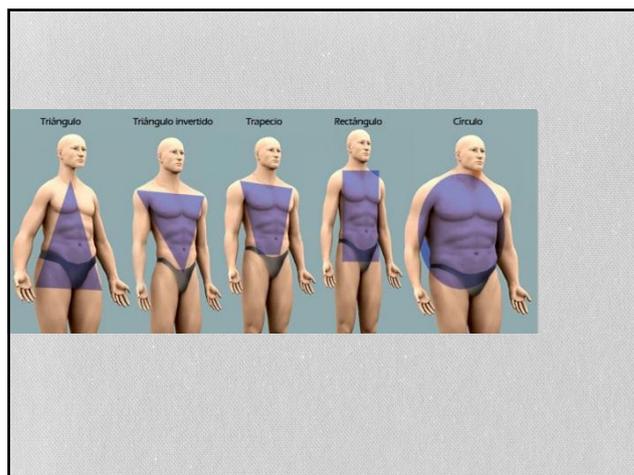
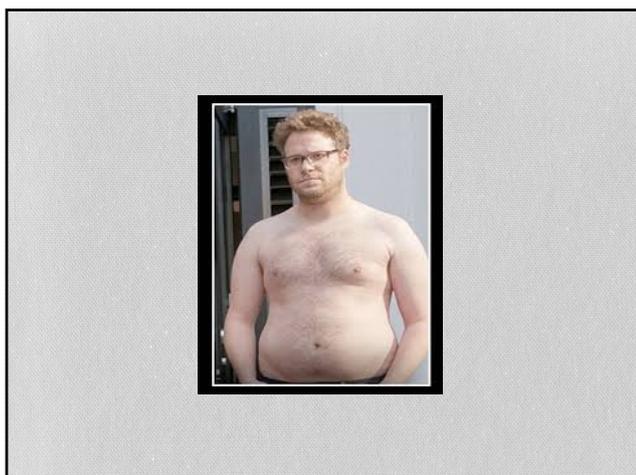
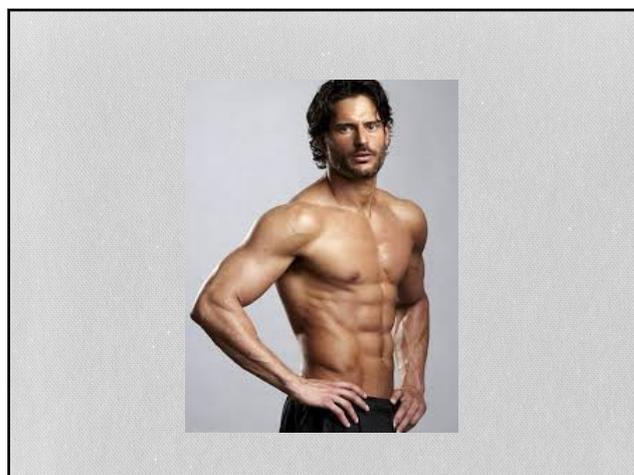
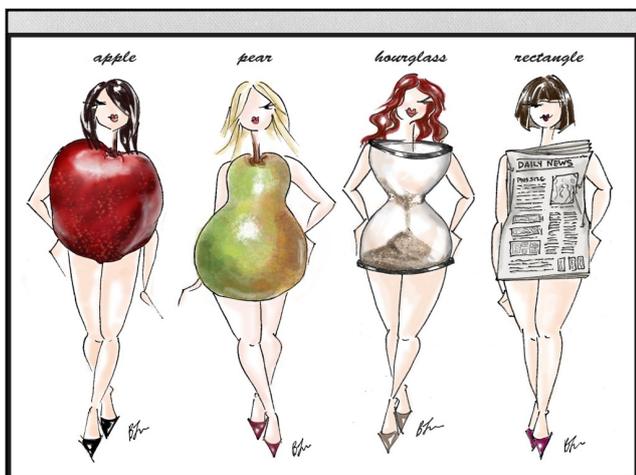


RECURSOS

OFICINA DOS CORPOS

- Diferenças entre os corpos e as diferentes visões de acordo com o olhar.





As defesas frequentes em TA

Natalia Seijo

copyright (c) Natalia Seijo 2017

A METÁFORA DA ALCACHOFRA

- As defesas são mecanismos ou estratégias usadas para enfrentar a realidade e manter a auto-imagem
- A metáfora da "alcachofra" é útil para entender como funcionam os TA e suas defesas, e para alcançar o centro através de um trabalho que parte de fora para dentro, que requer treinamento e perseverança.



Sem consciência de enfermidade

- Negação de padecer de TA
- Falta de identificação com pessoas que sofrem de TA
- É normal que utilizem aquelas características nas quais elas se diferenciam do TA como base da defesa
- Demonstam desconforto ou irritação quando falam sobre TA
- Demonstram uma atitude pouco colaboradora e fechada.
- Frequentemente, essa defesa gera frustração no terapeuta.
- Sob esta defesa está o **medo de melhorar**

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Sem consciência de enfermidade

- Nós trabalhamos "Eu tenho Anorexia"
- Aparece o "melhorar é engordar"
- Medo de Mudança

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Sem consciência de enfermidade

O trabalho com a defesa é realizado em três passos:

- 1) Buscar exceções ao aceitar que tenha o TA. Momentos em que tenha se dado conta de que algo acontece com a comida.
- 2) Focalizar a crença "eu tenho anorexia" e fazer EBL. O objetivo deste segundo passo é baixar a defesa e localizar o ponto de bloqueio.
- 3) Buscamos a função da defesa

copyright (c) Natalia Seijo 2017

A não consciência do transtorno

Usamos as seguintes perguntas, com base no trabalho de Jim Knipe.

- "Que há de bom em você não se identificar com o TA?"
- "Que há de mau em você não se identificar com o TA?"

Chegado a este ponto, a defesa ficará mais baixa ou será eliminada.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Defesa da Não confiança

- Costuma ser apresentada no início do tratamento.
- A pessoa costuma mostrar-se fechada ao trabalho terapêutico e não está associada à defesa da Não Consciência da Enfermidade (NCE).
- Normalmente bloqueia o processamento e impede o acesso às camadas da "alcachofra"

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Defesa da Não Confiança

- É trabalhada identificando-se a não confiança.
- É localizada no corpo e estimula-se a sensação.
- Se a crença "não posso confiar" surgir, ela pode ser processada com o protocolo padrão.
- Se não der para processar, trabalha-se o bom e o mau de não confiar.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Medo de melhorar

- O medo de que a terapia funcione
- Melhorar é engordar
- Essa defesa é fundamental para evitar possíveis bloqueios no avanço do tratamento.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Medo de melhorar

- Frases como:
- "Não quero trabalhar na terapia" esconde este medo da mudança.
- O medo de "como vou ser depois", para "o quanto que vou ficar gorda".

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Medo de melhorar

- Identificamos o medo de mudança
- Nós o nomeamos e o localizamos no corpo.
- Se não houver sensação, processamos a experiência que a pessoa sinta como medo.
- Geralmente se conecta com o Eu Rejeitado.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Defesa de alexitimia

- Essa defesa é caracterizada pela dificuldade de verbalizar emoções, reconhecê-las e utilizá-las como sinais internos.
- Esta defesa encontra-se dentro da experiência dissociativa.
- Provoca um déficit somatossensorial.
- O objetivo do trabalho com a alexitimia é a reconexão com o corpo.
- Debaixo desta defesa está o "**Se não sinto, não sofro**".

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Defesa de alexitimia

Passos:

- 1) Pede-se à paciente que descreva como é para ela "o não sentir"
- 2) Vai se desativando por meio da pergunta: "O que ocorre dentro de você quando ...?"
- 3) Uma vez que a defesa baixe, trabalhamos as lembranças de onde aprendeu a crença.

Uma vez desativada a defesa, a pessoa poderá começar a reconectar-se.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Defesa somática

- Defesas somáticas são sintomas, sensações, reações físicas, gestos ou somatizações por meio das quais o corpo se comunica.
- São ativadas durante o processo terapêutico quando o sistema interno se vê comprometido, geralmente por dor emocional ou por um disparador ameaçador.
- As defesas somáticas são a armadura que a pessoa aprendeu a colocar ao longo dos anos.
- A maneira de sobreviver a situações que de outra forma poderiam ter sido insuportáveis ou estressantes.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Defesa somática

- É muito frequente que as pessoas que sofram de AT, processem em um nível somático.
- Seu processamento é carente de imagens e de pensamentos.
- A pessoa volta e meia costuma a repetir "não me vem nada".
- O terapeuta tem que prestar atenção ao corpo para identificar algum sinal de que algo está se movendo, algo está mudando.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Defesa somática

- Trabalha-se intercalando o "entrelaçamento somático" do tipo: "Se o comichão em sua mão quisesse expressar algo com essa sensação, o que diria?"
- Nessas pessoas, o trauma está no corpo, que é contra o que elas vivenciam.
- Pessoas que processam no nível somático nos devolvem informações do tipo; "Estou relaxada" enquanto seu punho direito está cerrado.
- É aí que o terapeuta deve estar atento para focar sua atenção na defesa.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Defesa da fome

- É uma sensação que parece com a sensação de fome, mas não é.
- A função desta defesa consiste em encobrir a emoção que está por debaixo e que a pessoa acredita não poder enfrentar.
- Sente-se sem recursos para fazê-lo.
- Por causa dela a pessoa come. Para acalmar a sensação de fome e para tapar a emoção que acredita não poder tolerar.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Defesa da fome

Passos:

- 1) Aprender a diferenciar a defesa da fome da fome física.
- 2) Identifique a defesa e a emoção que está por debaixo.
- 3) Pedir à pessoa que se conecte com essa sensação de fome que está sentindo e a medimos para saber sua intensidade.
- 4) Começamos com os EBL

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Defesa da fome

Objetivos:

- Que a pessoa possa diferenciar a defesa da fome da fome física.
- Desta forma, a pessoa aumenta sua sensação de controle, muito importante quando esta defesa está instalada

copyright (c) Natalia Seijo 2017

AS DEFESAS SOMÁTICAS

Natalia Seijo

©2017 Natalia Seijo

O que são as defesas somáticas?

- As defesas somáticas são sintomas, sensações, reações físicas, gestos ou somatizações por meio das quais o corpo se comunica,
- Eles são ativados durante o processo terapêutico quando o sistema interno é comprometido, geralmente por dor emocional ou por disparador ameaçador.
- Estas defesas podem manifestar-se de maneira diferente.
- Identificá-las fará com que possam ser trabalhadas, para que o processo terapêutico possa fluir sem bloqueios.
- O objetivo das defesas somáticas, como das defesas em geral, é proteger o sistema interno.

©2017 Natalia Seijo

- Um dos pontos-chave no trabalho clínico consiste em respeitar a função da defesa somática e entender sua linguagem e significado.
- O trabalho terapêutico não será focado em eliminar a defesa, já que só causaria sua intensificação, acentuando o sintoma, a sensação ou a emoção perturbadora que a contém.
- A partir da terapia, trabalha-se a mudança e a neutralização da defesa. Validando as contribuições e funções que têm protegido o sistema.
- É toda a informação implícita que o paciente nos devolve.

©2017 Natalia Seijo

- As defesas somáticas geralmente estão associadas a partes emocionais, habitualmente infantis, que defendem o sistema; da dor, do segredo, do não falado, do traumático.
- São a armadura que a pessoa aprendeu a usar ao longo dos anos, como forma de sobreviver a situações que, de outra forma, seriam esmagadoras ou estressantes.

©2017 Natalia Seijo

A linguagem das defesas somáticas.

- Há pessoas que processam no nível somático, seu processamento é carente de imagens e pensamentos.
- Durante o processamento a pessoa costuma repetir "não me vem nada" repetidas vezes.
- No entanto, se prestarmos atenção ao corpo, podemos identificar, como no final de cada série de estimulação, há um sinal no corpo que nos indica que algo se move ou muda.
- Pode ser um suspiro, um leve movimento da mão, uma mudança de postura, os ombros que se levantam
- Algum indicativo somático de que há movimento interno.

©2017 Haroldo Saigo

Exemplo:

- P. Respiração espontânea. T. O que vem para você agora?
- P. Não me vem nada.
- Se ficarmos com o que a pessoa nos diz, continuamos com a estimulação e, provavelmente, a resposta que nos retorna é "**não me vem nada**".
- Em vez de ficar com o que ela nos diz, ficamos com o que observamos e prestamos atenção a isso.

©2017 Haroldo Saigo

Exemplo:

T. É curioso, você responde que não vem nada, mas acaba de respirar profundamente quando eu parei meus dedos.

P. Sim

T. ok, fique com isso/o que vem agora?.

P. Não me vem nada.

T. Provavelmente não será informação que surge da cabeça, nem imagens ou pensamentos, lembre-se de que você processa em nível corporal, somático. Talvez possa sentir zozzeira, ardência, tensão ... em alguma parte do corpo. É isso que pode estar saindo e o que você pode compartilhar comigo.

P. Ok

T. Siga com isso/ o que vem agora?

©2017 Haroldo Saigo

P. meu corpo inteiro coça!

T. siga com isso/o que te vem agora?

P. coça muito o corpo!

T. O que ou quem lhe dá tanta alergia?
(entrelaçamento somático)

P. Minha mãe e minha irmã.

T. siga com isso/o que vem agora?

P. elas estão contra mim e sempre estiveram contra mim. Tenho muita dor de estômago...

©2017 Haroldo Saigo

- ▶ Durante a fase 3 no processamento somático, em vez de a imagem, buscamos uma sensação, uma emoção ou uma dor. As pessoas que processam somaticamente têm o corpo como seu canal principal.
- ▶ Vamos proceder buscando encontrar a sensação, dor ou sintoma, perguntamos pela crença negativa, com perguntas como:
 - ▶ "O que aquela sensação de queimação diz sobre você?"
 - ▶ "Se essa ardência no estômago pudesse ter palavras, o que diria?" E nós perguntamos sobre a intensidade da emoção, dor ... e começamos a estimulação.
 - ▶ Se a pessoa não chega à crença, tomamos a reação somática, a avaliamos de 0 a 10 e simplesmente fazemos a estimulação com esses dois elementos.

©2017 Haroldo Saigo

- ▶ As pessoas que processam no nível somático nos dão informações do tipo: "Estou relaxado" enquanto seu punho direito está fechado ao lado de sua perna, ou enquanto está sentado na beira da cadeira.
- ▶ Neste ponto, será interessante descobrir o significado ou a informação da qual essa defesa se nutre, prestando atenção ao que é transmitido em um nível não-verbal.
- ▶ por exemplo: se a pessoa passa a sessão sentada na beira da cadeira, podemos fazer um entrelaçamento somático do tipo: "o que isso diz sobre você, que você responde que está relaxado, enquanto está sentado na beira da cadeira".

©2017 Haroldo Saigo

- ▶ Nada é tomado como certo, a linguagem deve ser concreta e com poucas palavras, já que o referente ao corpo não é sentido nem pensado.
- ▶ Um dos lugares onde o trauma se abriga é o corpo. O trauma é armazenado no nível somático. Se trabalharmos na zona do corpo onde ele foi guardado, ela pode ajudar a processar e a liberar todo o material traumático que essa zona contém.
- ▶ Abaixo de cada defesa somática existem pacotes de informação que contém, o traumático, o bloqueado, o não dito.
- ▶ Por isso, é necessário estar atento como clínicos a toda parte do corpo que se mostre com tensão, com contração, com pressão, com tremor, com formigamento, com fraqueza muscular, com inquietude, com fadiga, com dor, com ardência ...

©2017 Haroldo Saigo

O APEGO NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES



BASE SEGURA

- ☉ No início da vida, a "base segura" (BS) originalmente se referia ao cuidador ao qual o bebê se dirige quando está angustiado.
- ☉ Esta BS pode proporcionar um apego seguro, inseguro ou desorganizado, dependendo das circunstâncias.
- ☉ Paradoxalmente, uma BS pode proporcionar uma experiência de apego inseguro.
- ☉ ***A questão aqui é a impossibilidade de sobreviver sem algum tipo de BS***

BASE SEGURA

- **Como adultos, dispomos de uma base segura interna**, à qual nos dirigimos quando necessitamos, especialmente como parte de nossa regulação de afeto.
- A ativação da BS interna pode ser produzida pelo efeito de pensamentos, imagens e/ou comportamentos reconfortantes, dentre os quais se incluem os recursos que a pessoa utiliza para se tranquilizar; banho quente, **comida**, música..
- A representação interna da base segura pode ser ativada por diferentes partes do ciclo de BS, como por exemplo: o calor, a suavidade dos banhos ou da cama, que produzem os estados desejados de calma.



BASE SEGURA

- Na anorexia, a paciente **luta contra seu desejo por comida e, paradoxalmente, o domínio temporário de seu desejo de comer produz conforto: "ela não está à mercê de uma necessidade de BS sobre a qual não tenha controle"**

BASE SEGURA

- No "não comer", a parte dissociativa da "garota que nunca foi" usa a restrição para se dissociar precisamente do que ela sente.
- Ao não comer, corta o emocional e dissocia-se dele. Esta parte é baseada, acima de tudo, no apego evitativo, aquele que evita precisamente o sentir.

BASE SEGURA

- O simbólico disto é que evita a comida como evita o apego.
- O não comer ajuda a dissociar o sentir.
- A rigidez pode ser mantida porque a pessoa está dissociada; se não, seria muito difícil manter esse grau de controle, rigidez e restrição.

BASE SEGURA

- Na AN, as pacientes lutam contra suas necessidades. Não necessitar é parte de seu sistema de crenças, não escutar o corpo nem o que vem dele. Essa é "sua BS", sua forma de regular-se, já que elas não têm outra e acreditam que essa seja a real. **Está baseada no controle, associando o ser forte com o não se deixar levar pelas fraquezas do corpo que são, em essência, as necessidades básicas.**

Base Segura

- Mantêm, em muitas ocasiões, a antiga ideia de que "se você ouvir o seu corpo acabará se aprisionando", o que é apenas parte do processo de desconexão ou dissociação em relação a ele.
- Como terapeutas, devemos ter toda essa informação presente e estar atentos para poder coletar todo o referente à BS, pois ela contém a essência do que em breve trabalharemos com EMDR para identificar onde, como e de quem elas aprenderam.

A base segura não tão segura O apego traumático

- **As variantes patológicas da conduta de BS incluem a compulsão alimentar ou a inanição, o abuso de substâncias e as autolesões.** Essas também são maneiras de entrar em contato com a BS que aprenderam a ter.
- Como é possível que condutas aparentemente prejudiciais para a pessoa produzam segurança?
- Porque criam um certo elemento do ciclo da BS e isso tem uma função tranquilizadora, mesmo que seja conseguida de forma autodestrutiva.

Tipos de apego nos T.A. e sua relação com a comida

T.A.	Estilo de apego	Relação com a comida
Anorexia Nervosa	Evitativo	Evita a comida como evita o apego
Bulimia Nervosa	Ambivalente ou desorganizado com tendências ambivalentes	Compulsões e falta de orden com a comida Pode controlar a comida e deixar de controlá-la de repente
Transtorno por compulsão	Evitativo com tendências ambivalentes	Evita o apego comendo, substituindo o vínculo pela comida. Parece em calma e depois tem come compulsivamente para acalmar-se.
Vômito psicogênico	Evitativo-desorganizado, evitativo-ambivalente	Impossível manter a comida dentro do corpo. A paciente tenta, mas o corpo não aceita

A figura da mãe

Nas pacientes com TA o apego com a mãe é do tipo inseguro.

(Fainbum, 1999)

Foi estudada a importância das mensagens explícitas e implícitas enviadas pela mãe à filha.

Turón (1997) compilou estudos controlados de Barcelona, nos quais mostra que mães de meninas com T.A. pontuam mais alto em alterações da ingestão, antecedentes de dietas restritivas e insatisfação com a imagem corporal.



A figura do Pai



-Muitas pacientes com T.A. dizem nunca terem se sentido amadas pelo pai em toda a vida.

-Elas se solidarizam com as mães e sentem que seus pais não se importam com elas.

-A ausência de mensagens afetivas entre a adolescente e seu pai, leva a menina a não saber o que ele pensa ou sente em relação a ela.

Isso é vivenciado pela filha como um abandono e podem pensar que seu pai não as aceita como mulheres e que é melhor não crescer.

Essa necessidade de pai, unida ao próprio medo da menina pelas transformações de seu corpo, compromete seu relacionamento com ele e a mudança para a vida adulta.

A figura de apego paterna

- O pai exerce muita influência na atitude que as filhas têm em relação à sexualidade, à imagem corporal e aos hábitos alimentares.
- Para muitos homens, é muito difícil separar o afetivo do sexual, acabam optando por se afastar de suas filhas adolescentes, embora tenham tido um bom relacionamento com elas quando eram meninas.

ASOCIACION EMDR ESPAÑA

EMDR EUROPE

Obesidade e EMDR

Natalia Seijo
Psicóloga
Especialista em Transtornos Alimentares e Obesidade

Copyright (c) Natalia Seijo

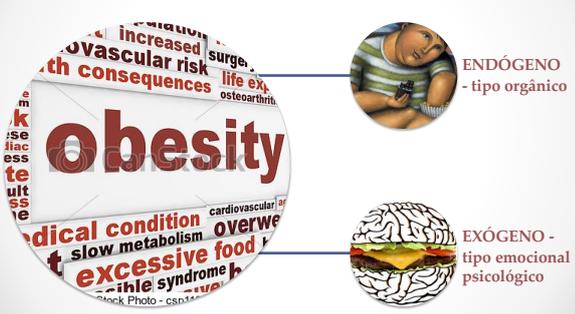


Obesidade

- O sobrepeso e a obesidade são o quinto maior fator de risco de morte no mundo
- Pelo menos 2,8 milhões de adultos morrem a cada ano de sobrepeso ou obesidade.
- A maioria dos casos de obesidade tem origem multifatorial.

Copyright (c) Natalia Seijo

• A obesidade é geralmente classificada em dois tipos::



ENDÓGENO - tipo orgânico

EXÓGENO - tipo emocional psicológico

Copyright (c) Natalia Seijo



Obesidade e EMDR

- A **obesidade endógena**, cuja origem está associada a doenças orgânicas endócrinas ou metabólicas, constitui 5 -10% dos casos.
- A **obesidade exógena** está frequentemente associada a um transtorno alimentar; compulsão alimentar, bulimia nervosa não purgativa, hiperfagia psicogênica, transtorno somatoforme e/ou outro transtorno psicológico associado. Constitui 90-95% dos casos.

Copyright (c) Natalia Seijo

Obesidade Endógena



O trabalho de EMDR com as pessoas que padecem de **obesidade endógena** tem como objetivo:

- Recuperação da motivação para promover o autocuidado.
- Trabalho com a defesa da "não consciência" da doença.
- Autoestima e autoconceito.
- Eventos que podem estar associados com a doença.
- O corpo e a percepção do corpo.

• Copyright (c) Natalia Seijo

Obesidade Exógena



- No trabalho com as pessoas que padecem de **obesidade exógena**, se delineia um plano de tratamento, cujo objetivo estará centrado em processar aqueles eventos ou episódios que resultaram na situação atual.

Para fazer isso, devemos organizar um plano de tratamento que nos permita chegar ao cerne do problema.

• Copyright (c) Natalia Seijo

Obesidade & EMDR

- O trabalho da obesidade com a Terapia EMDR irá integrar:



• Copyright (c) Natalia Seijo

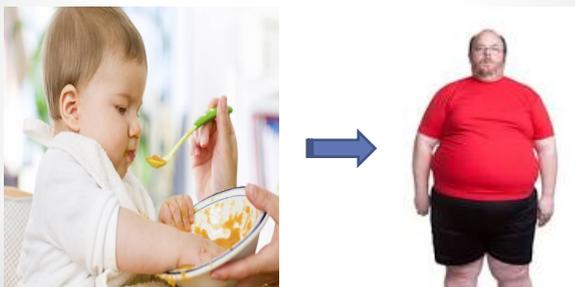
A figura de apego da superalimentação



• Copyright (c) Natalia Seijo

Google

Lidar com as consequências futuras



• Copyright (c) Natalia Seijo



Obesidade

Levantamento de História Fase 1

- A história da comida e sua relação com ela.
- A história das dietas, redução e elevação de peso.
- A história de Apego e as relações com os outros.
- A história do corpo e sua percepção que se tem dele.
- A parte "teimosa" / obstinada
- A história de rejeição ou humilhação o "Eu gorda"
- Os Traumas de (T e t). Lista de eventos traumáticos mais significativos.
- Lista de disparadores que levam a comer.



Obesidade

- **A ponta do iceberg é o que se vê.**
- Pôr em palavras o porquê está gorda.
- Dar voz à parte que não se mostra, a esse "eu gorda"
- O terapeuta deverá reconhecer e respeitar o significado em torno do qual a pessoa construiu seu problema e a estrutura dissociativa que o mantém.
- Foi desse jeito que pôde sobreviver.




Defesas

- É habitual encontrar defesas que bloqueiam e impedem o fluir da terapia.
- **Têm sua função e reconhecê-las é essencial.**
- **A partir do EMDR tentamos neutralizá-las para continuar processando.**

Obesidade

As **crenças limitantes mais frequentes** no sistema interno das pessoas que sofrem de obesidade:

- Não tenho o controle.
- Não há um lugar para mim no mundo.
- Sou incapaz.
- Não posso me defender.
- Não confio em mim
- Não posso ser eu.
- Não tenho limites
- Não posso dizer "não"
- Não tenho valor
- Tenho que agradecer.
- Tenho que aguentar.

•

•



Eye
Movement
Desensitization
Reprocessing

EMDR

- **A Terapia EMDR tem sido empregada no tratamento da obesidade com resultados clínicos satisfatórios.**

• Copyright (c) Natalia Seijo

•

Estados do ego ou partes dissociativas

- O eu gordinha/o
- O eu teimoso / obstinado

• Copyright (c) Natalia Seijo

•



O eu gordinha/o

(Seijo, 2013)

- É a parte dissociativa que aparece com mais frequência na obesidade

- Está relacionada com o sobrepeso e fica impressa no sistema interno
- É uma parte muito resistente à mudança
- Gera muitas defesas
- Reflete-se externamente como defesa somática por meio do peso
- Esconder-se dentro do corpo o ficar grande para ser visto/a.

•

•

O eu Teimoso ou obstinado

(Seijo, 2018)



- É uma parte que contém a dificuldade para se mover de uma ideia ou pensamento.
- Mantém-se excessivamente firme em uma ideia, intenção ou opinião, geralmente pouco acertada, sem levar em conta outras possibilidades.
- "A parte obstinada dev ser difícil de convencer"

• Copyright (c) Natalia Seijo



O EU REJEITADO

“ Tratamento da distorção da imagem corporal em transtornos alimentares”

NATALIA SEIJO



O EU REJEITADO TRANSTORNOS ALIMENTARES E EMDR

Tudo o que nos foi dito que somos e como nos disseram que somos vincula-se a nossa imagem. Por detrás disso há um significado que nas pessoas com TA cobra um valor que acaba se convertendo no centro de suas vidas, em torno do que giram.

Através do trabalho com o EMDR trabalha-se a distorção da imagem para se chegar ao trabalho de uma das partes mais nucleares nos TA, de como é a **consciência real do corpo e sua aceitação.**

IMAGEM CORPORAL E T.A.

- Uma insatisfação moderada do corpo pode ser saudável, gerando hábitos alimentares saudáveis e prática saudável de exercício.
- As experiências que temos com o corpo incidirão na formação da própria imagem corporal. Gempeler, J. (2004)



O QUE É A IMAGEM CORPORAL?

Uma das primeiras definições da imagem corporal é:

- **A imagem que criamos na mente sobre nosso próprio corpo, ou seja, a maneira como nos vemos.** Schilder (1935)
- Além da percepção do nosso corpo **a avaliação do nosso tamanho, há um aspecto emocional ou atitudinal na imagem, ou seja, a maneira como nos sentimos a respeito dele.**
- **Este é o aspecto** em que normalmente nos concentramos quando falamos **de imagem corporal negativa em pessoas com Transtornos Alimentares, usando insatisfação ou rejeição corporal**

O que é definido como problema da imagem corporal



– **UMA IMAGEM CORPORAL NEGATIVA** pode abarcar um descontentamento ou avaliação negativa de algum elemento físico a uma obsessão extrema com o aspecto físico que limita o funcionamento normal (Lorraine Bell, 2010).

PROBLEMA COM A IMAGEM CORPORAL



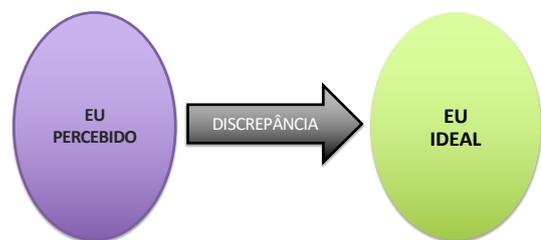
- **Resumo:**
Distorção perceptiva
Objetivos irrealistas de tamanho e peso levam à insatisfação com a imagem corporal.
A imagem corporal é estabelecida pouco a pouco e, uma vez alcançada, muda muito lentamente.



O CONCEITO

- Thompson (1992) propôs o **conceito de Transtorno da Imagem Corporal** como um estado persistente de **insatisfação e preocupação** relacionada a algum aspecto da **imagem física.**

INSATISFAÇÃO CORPORAL



INSATISFAÇÃO IMAGEM CORPORAL

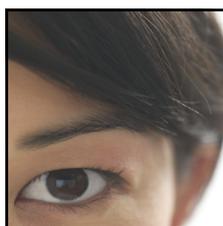
–A **insatisfação corporal** é o resultado de uma discrepância **entre o eu percebido e o eu ideal**, mas a **preocupação na percepção do corpo começa quando aparece a aversão ao eu rejeitado do passado.**

O conceito de imagem corporal implica um contínuo com graus de dificuldade.



DISTORÇÃO CORPORAL

- Parece que no fenômeno da **distorção corporal**, a experiência do dia a dia não modifica a representação que se tem do próprio corpo.
- É como se a representação tivesse ficado estática, impermeável ao efeito da passagem do tempo e das experiências corporais
- Como se houvesse um filtro cognitivo distorcido.



O que é Transtorno Dismórfico Corporal?

- **Transtorno Dismórfico Corporal (TDC)** é uma preocupação total com um pequeno defeito físico ou um defeito percebido como tal que causa grande estresse e não é causado por outro transtorno, como; Transtorno de ansiedade, TOC, depressão maior ... **está frequentemente relacionado ao TA.**
- A preocupação é direcionada a um exame corporal obsessivo, beliscar a pele, dedicar tempo excessivo para camuflar o defeito, ansiedade social, tratamentos e cirurgias desnecessárias, às vezes auto-mutilação ou suicídio.



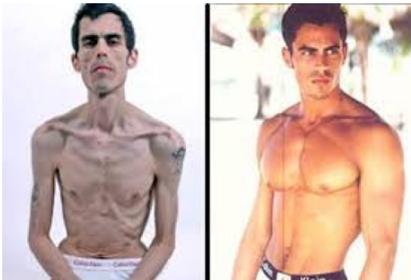
O que é Transtorno Dismórfico Corporal?

- Na maioria dos estudos, a preocupação aparece na **adolescência ou no início da idade adulta**, no entanto, os estudos encontram TDC em pessoas de todas as idades e em ambos os sexos.
- Pessoas com TDC marcam consulta por perder o emprego, ansiedade por estudos, problemas de casal, mas não pelo próprio TDC, porque **têm muitas dificuldades em reconhecer que sua percepção é defeituosa.**

Dismorfia Muscular Vigorexia

- É um distúrbio comportamental caracterizado pela presença de uma preocupação obsessiva com o físico e uma distorção da imagem corporal (dismorfofobia)
- Às vezes referido como anorexia nervosa inversa ou complexo de Adonis.
- É mais comum entre os homens.
- A vigorexia não é reconhecida como doença pela comunidade médica internacional, seria um transtorno emocional em que as características físicas são percebidas de maneira distorcida, igual como acontece com a Anorexia.

DISTORÇÃO DA IMAGEM CORPORAL NO T.A.



FATOREXIA



- A outra cara da distorção da imagem corporal.
- As pessoas vêm-se magras, mas na realidade estão acima do peso.
- As pessoas que sofrem com isso têm um grande excesso de peso e não percebem, pelo contrário, se enxergam magras e saudáveis.

O EU REJEITADO

É a imagem de si mesmo com a qual você se compara e não quer voltar a ser nunca mais.

IMAGEM NO EU REJEITADO



Trabalhando com Distorção da Imagem Corporal

- Obtendo informações sobre o defeito e o eu rejeitado
- Psicoeducação e autocuidado adequado.
- Trabalhando com as defesas que mantêm a distorção e o grau de dissociação que possa existir.
- Recursos que a pessoa pode usar para se ajudar
- Protocolo Eu Rejeitado.

Obtendo informações sobre o defeito

- Quantos anos você tinha quando percebeu o problema pela primeira vez?
- Onde você aprendeu que ter um peso e uma figura particular é importante?
- Quando você pensa sobre essa área do corpo, o que faz você crer sobre si mesma?
- Quanto tempo você se dedica a ocultar ou a encobrir a região de sua queixa?
- O que mais estava acontecendo em sua vida quando você ficou ciente desta região?
- Existe alguém na sua família que tenha o mesmo problema?

Trabalhando com Distorção da Imagem Corporal

- Oferecemos **psicoeducação** para recuperar o seu lugar de controle interno e sentido de si mesmo e fortalecê-lo através de um cuidado saudável e adequado do corpo, comida, higiene, sono, revisões, hidratação ...
- Explicamos o que são auto-estima e imagem de si mesmo. Obteremos informações através da pergunta: "**Onde você aprendeu a se ver dessa maneira?**"



As Defesas: Rejeição, Vergonha e Preocupação

- **Rejeição** é a não aceitação, enfrentamento ou oposição.
- **Vergonha** é não se mostrar para esconder o que é percebido como negativo.
- **Preocupação** com a qual se protege para não voltar a ser aquilo que já foi.
- **Defesas são os mecanismos através dos quais o sistema interno se protege para que a pessoa seja "funcional"**
- O corpo ou parte do corpo muitas vezes não é sentido como seu, parece estranho.

Recursos

- De quais recursos você precisa para fazer mudanças?
- Memórias onde eles foram aceitos como são.
- Focalizar naquelas partes que são aceitas pela paciente, tanto físicas quanto de caráter ... que ajudaram a seguir em frente.
- Eles ajudarão para que aos poucos o sistema defensivo interno possa permitir acesso a esse eu rejeitado.



- No EMDR, você trabalha flutuando ao passado, procurando a memória mais antiga ou mais significativa na qual a pessoa tenha se sentido ou visto da mesma maneira que está se vendo no presente.
- **Na distorção da imagem corporal, tomamos a imagem que representa o eu rejeitado que a pessoa não quer voltar a ser nunca mais e que costuma ser a imagem que está sempre presente e com a qual se compara ao observar o corpo.**

Desenvolvendo o protocolo

Primeiro, exploramos a imagem que representa o eu rejeitado.

Protocolo



- Coloque a imagem de si mesma diante de si.
- É a imagem com a qual você sempre se compara e a qual você não chegar nunca mais a ser.
- Essa imagem sempre esteve aí todos esses anos ... é chamada de eu rejeitado, a parte de você que você não quer voltar a ser.
- Realizamos uma exploração através desta explicação.

Trabalhando com Distorção da Imagem Corporal

Objetivos terapêuticos:

- 1- Identificar o corpo como próprio
- 2- Aceitar o corpo tal como ele é.
- 3- Autocuidado do corpo.
- 4- Substituir distorção por aceitação.

EU REJEITADO



- a gravidade na percepção do corpo começa quando há aversão ao eu rejeitado do passado.

Desenvolvimento do protocolo

. Identificam-se as crenças que bloqueiam o desenvolvimento da aceitação do eu real.

Costumam ser do tipo:

"Não valho nada", "Se não for bonita ninguém vai me querer", "Meu corpo não vale nada", "Tem algo de errado comigo" ..

Desenvolvimento do protocolo

- Exploramos qual é a imagem que representa o seu eu rejeitado.
- A paciente nos dá uma imagem e pedimos para que olhe e nos diga se causa rejeição, vergonha ou preocupação, essas são três das defesas que apresentam mais dificuldade em trabalhar com o eu rejeitado, mas a opção é dada ao paciente para poder nos dar outra defesa na forma de emoção ou sensação que pode aparecer e que não sejam essas três.
- A paciente nos dá as defesas, pedimos para ter mais alguma informação sobre o que é que lhe dá vergonha nesse eu que rejeita? Por exemplo, e depois procedemos a medi-las.

Desenvolvimento do protocolo

Sabemos que está sendo processado porque a rejeição, a vergonha e a preocupação se convertem em pena por esse eu rejeitado e, pouco a pouco, as defesas enfraquecem, abrindo espaço para as emoções que sempre estiveram por debaixo.

A FIGURA MATERNA E A CONSTRUÇÃO DA IMAGEM CORPORAL



- Necessidade de reconhecimento que constrói a autoestima.
- Sem esse reconhecimento e validação, sobretudo a partir da figura materna, o conceito de si mesmo (self) é construído a partir de uma base de insegurança e buscará confirmação externa para poder ser validado internamente.

A FIGURA DA MATERNA E A CONSTRUÇÃO DA IMAGEM CORPORAL



- As representações maternas têm um papel fundamental na construção da imagem corporal.
- Kohut disse que a figura do apego materno cumpre as funções de validação e aceitação que são as que cimentam o constructo de si mesmo.

A mãe como sujeito de múltiplas motivações.

- Quando trabalhamos com o eu rejeitado em muitas ocasiões, a figura da mãe aparece como parte do processamento.
- Como figura de referência.
- Representa o modelo físico do que aprender e fazer a modelagem.
- Quando se processa o eu rejeitado, o relacionamento com essa figura de apego também é processado e restaurado.

O SISTEMA PDT

Natalia Seijo

Copyright (c) Natalia Seijo 2017

O SISTEMA PDT

- O modelo de tratamento nos TÁ desenvolve-se em um deslocamento de fora para dentro, das camadas mais externas para as camadas mais internas.
- Ao acessar cada camada, inicia-se um processo seguindo o seguinte padrão: Parte / Defesa / Trauma (PDT).
- Quando as partes do sistema interno são ativadas, as defesas são disparadas.
- Quando essas defesas são neutralizadas, elas permitem o acesso ao trauma, que é então reprocessado com o protocolo clássico.

Copyright (c) Natalia Seijo 2017

O SISTEMA PDT

- Acessamos uma camada
- Uma parte é ativada
- A defesa aparece
- Trabalha-se a defesa e a neutralizamos
- O trauma é acessado
- Processamento padrão com EMDR.

Copyright (c) Natalia Seijo 2017

O SISTEMA PDT

- O processo é semelhante ao "tecer".
- Cada camada nos leva ao sistema PDT, através do qual as defesas são neutralizadas e permitem conectar com o trauma para reprocessá-lo.
- O resultado final é a fusão (integração de duas ou mais partes) do mundo interior e a normalização da comida e o processo de alimentação.

Copyright (c) Natalia Seijo 2017

O SISTEMA PDT

- As principais defesas serão reprocessadas com EMDR através dos diferentes sub-protocolos descritos na seção das defesas.
- Porém, as defesas que devem ser neutralizadas primeiro são as mais sutis, como: a defesa de "e se ..." ("e se eu o confrontar e não puder"); a defesa de "tudo está estupendo", ser complacente com o terapeuta para não aprofundar muito, etc.

Copyright (c) Natália Seijo 2017



O SISTEMA PDT

- Se acessamos muito rápido as camadas interiores, corremos o risco de a pessoa se sentir ameaçada e abandonar a terapia.
- Uma vez neutralizadas essas defesas, começamos a trabalhar com as principais:
 - A não consciência da doença,
 - O medo de melhorar
 - A defesa da fome

Todas aquelas que serão nomeadas mais tarde ao longo do protocolo e com as quais começamos a trabalhar na fase 2 e no resto das fases de tratamento.

Copyright (c) Natália Seijo 2017



INTEGRAÇÃO nos Transtornos Alimentares



copyright (c) Natalia Seijo 2017

- .Quando a integração chega
- .O luto das partes e o silêncio das vozes
- .A tristeza de se dar conta e o tempo perdido.
- .Normalização da comida, reconciliação com o corpo.
- .O dar-se conta
- .O que trabalhar quando já houve transformação
- .A Regulação do sistema interno
- .O medo da mudança



copyright (c) Natalia Seijo 2017

INTEGRAÇÃO

- quando a recuperação ocorre
- a tristeza de estar ciente do tempo perdido e do medo da mudança



copyright (c) Natalia Seijo 2017

INTEGRAÇÃO TA

- Quando a recuperação chega, o luto geralmente aparece.
- O luto como experiência interna de perda ante o que a pessoa havia se apoiado durante anos para proteger-se: partes, defesas, fantasia ...
- Reflete-se na tristeza que a pessoa começa a descrever quando chega o "dar-se conta".

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Integração TA

- A pessoa chega a ter **compaixão por si mesma** e a **compreensão de como e por que** os eventos foram acontecendo.
- Vem a **sensação de tempo perdido** que vai ser trabalhado permitindo deixar sair a dor da perda.
- O tempo que levou para entender sua vida e todas as circunstâncias rodearam o estar doente.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Integração

- Depois de trabalhar o primeiro contato com a dor da perda, da sensação de tempo perdido.
- O objetivo é o perdão de si mesmo.
- Uma das maneiras de trabalhá-lo é buscar a partir da crença "não posso me perdoar" o alvo no tempo que melhor a representa.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Integração

- Até que se possa alcançar a compaixão, compreensão e o perdão.



copyright (c) Natalia Seijo 2017

Defesa contra a Integração

- O "medo da mudança" que pode englobar o medo de engordar, o medo de mudar e que as pessoas não me aceitem, o medo de recuperar-se e voltar a recair... é a defesa que pode aparecer na etapa de integração.



copyright (c) Natalia Seijo 2017

Defesa contra a Integração

- Para trabalhar esta defesa, vamos localizar o medo do corpo e da situação temida
- Pode ser imaginada ou real.
- Podem ser situações antigas ou memórias de recaída ou de tentar sair com esforço e ficar indefeso.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

Defesa contra a Integração

- Trabalham-se essas situações temidas para seguir adiante no processo de integração.
- Vamos aguardar o tempo necessário nas defesas que surjam para permitir que a dor contida nessa etapa possa sair.
- É habitual que nesta etapa muitas partes infantis que já poderão se mostrar e confiar no processo se integrem.

copyright (c) Natalia Seijo 2017



copyright (c) Natalia Seijo 2017